

**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Emanuel José Costa Meireles Melo

**Práticas e Estratégias de Marketing nas  
Unidades de Saúde das Misericórdias**



**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Emanuel José Costa Meireles Melo

**Práticas e Estratégias de Marketing nas  
Unidades de Saúde das Misericórdias**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor Vasco Eiriz**

## DECLARAÇÃO

Nome: Emanuel José Costa Meireles Melo

Endereço eletrónico: e.melo87@hotmail.com Telefone: 917391897

Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão: 12927870 OZY3

Título da dissertação: Práticas e Estratégias de Marketing nas Unidades de Saúde das Misericórdias

Orientador:

Professor Doutor Vasco Eiriz

Ano de conclusão: 2016

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura:

## **AGRADECIMENTOS**

Foram vários os que, de alguma forma, deram o seu contributo para a concretização desta dissertação.

O Prof. Dr. Vasco Eiriz, através da sua orientação, aconselhamento, *feedback* e método, contribuiu indelevelmente para a concretização deste trabalho.

Todos os participantes no estudo, sobretudo os que me presentearam não só com as respetivas respostas, mas também com o *feedback* e sobretudo interesse demonstrado pelo estudo, que muito me motivaram para a concretização de todo o trabalho.

A minha Família, pelo apoio incondicional ao longo de todo este ciclo de estudos.

O meu Amigo Filipe Sousa, que ao longo de todo este processo me apoiou e transmitiu muita da sua experiência nestas lides da investigação científica.

Todos os Amigos que me apoiaram, até mesmo nos momentos de maior ausência.

A todos, o meu obrigado.



## RESUMO

O mercado da saúde caracteriza-se por uma elevada incerteza que surge associada a fatores como a necessidade crescente de cuidados de saúde e tratamentos eficazes por parte da população, os desafios éticos, as alterações na base da concorrência entre prestadores, os múltiplos papéis assumidos pelo Estado, a assimetria de informação entre o prestador e o cliente/consumidor dos cuidados, e a atuação de organizações de natureza diversa na prestação dos serviços. Neste contexto, as pressões sobre a oferta dos serviços de saúde cresceram, assistindo-se a uma disseminação do uso do marketing entre as unidades de saúde, sejam elas públicas, privadas, lucrativas ou não, como resposta às pressões crescentes do mercado e da sociedade. Nesta dissertação, foram estudadas as práticas e estratégias de marketing nas unidades de saúde das Misericórdias. O seu objetivo central é a obtenção duma visão mais clara, completa e objetiva do Marketing nestas unidades de saúde. Para o efeito, foi aplicado um inquérito aos administradores das unidades de saúde das Misericórdias que avaliou a sua perceção do marketing, a existência duma função organizacional de marketing, a existência de orientação estratégica, e as estratégias de marketing desenvolvidas. Os resultados baseados em 85 respostas válidas (43,2 por cento da população inquirida) mostram que os administradores das unidades de saúde das Misericórdias conhecem o conceito de marketing e reconhecem a sua utilidade nas unidades de saúde que administram. Os resultados mostram igualmente que, apesar de na maioria das unidades estudadas não existir uma função organizacional de marketing formalizada, existem fortes indícios da existência de orientação para o mercado e que a maioria dos componentes do composto de marketing são utilizados como ferramentas de gestão.

**PALAVRAS-CHAVE:** UNIDADES DE SAÚDE DAS MISERICÓRDIAS, UNIDADES DE SAÚDE SEM FINS LUCRATIVOS, PRÁTICAS DE MARKETING, ESTRATÉGIAS DE MARKETING



## **ABSTRACT**

The healthcare market is defined by the uncertainty associated to factors like the demand's ever-growing necessities of care and effective treatment, the ethical challenges, the supply's competition restrictions, the State's multiple roles in the market, the asymmetrical allocation of the information between the supply and the demand and the involvement of non-profit organizations. As a result, the market pressures over the supply have grown significantly, causing the dissemination of marketing practice among public and private healthcare units. In this dissertation, the marketing practices and strategies among healthcare units of Portuguese Mercies (non-profit organizations) were studied, aiming to provide a clearer and comprehensive insight of the Marketing in these organizations. To this purpose, the administrators of Portuguese Mercies healthcare units were inquired, to evaluate their Marketing perception, the existence of a Marketing function, the existence of market orientation and their marketing strategies. The results, based on 85 valid answers (43,2% of the population), shown that the administrators know the Marketing concept and recognize its utility in the scope of their healthcare units. It also show that, albeit most of the studied healthcare units don't have a formal Marketing function, there are strong evidences of the existence of market orientation and that most of the marketing-mix components are used as management tools.

**KEYWORDS:** MERCIES HEALTHCARE UNITS, NON-PROFIT HEALTHCARE UNITS, MARKETING PRACTICES, MARKETING STRATEGIES



# ÍNDICE

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Lista de Gráficos.....	xiii
Lista de Quadros .....	xv
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
1. Introdução .....	1
1.1 Introdução .....	1
1.2 Apresentação e Relevância do Tema.....	1
1.3 Objetivos e Metodologia.....	8
1.4 Estrutura da Dissertação .....	9
2. Marketing nas Organizações Sem Fins Lucrativos .....	11
2.1 Introdução .....	11
2.2 Do Marketing Tradicional ao Marketing nas Organizações Sem Fins Lucrativos.....	11
2.3 A Orientação Estratégica nas Organizações Sem Fins Lucrativos .....	16
2.4 A Estratégia de Marketing nas Organizações Sem Fins Lucrativos .....	18
2.5 A Adoção do Marketing pelas Organizações Sem Fins Lucrativos.....	20
2.6 Conclusão.....	22
3. Marketing nas Unidades de Saúde .....	25
3.1 Introdução .....	25
3.2 Do Marketing de Serviços ao Marketing nos Serviços de Saúde .....	25
3.3 A Orientação Estratégica nas Unidades de Saúde.....	33
3.4 A Estratégia de Marketing nas Unidades de Saúde.....	35
3.5 A Adoção do Marketing pelas Unidades de Saúde .....	39
3.6 Conclusão.....	40
4. Metodologia .....	43
4.1 Introdução .....	43
4.2 Desenho e Questões de Estudo .....	43
4.3 População.....	50

4.4	Desenho do Questionário e Recolha de Dados .....	52
4.5	Tratamento de Dados .....	57
4.6	Conclusão.....	58
5.	Marketing como Função da Organização .....	61
5.1	Introdução .....	61
5.2	Caracterização da Amostra.....	61
5.3	O Marketing como Função da Organização .....	63
5.4	Perceção de Marketing dos Administradores.....	65
5.5	Orientação Estratégica.....	67
5.6	Conclusão.....	70
6.	Estratégias de Marketing.....	73
6.1	Introdução .....	73
6.2	Produto.....	73
6.3	Preço.....	76
6.4	Distribuição.....	79
6.5	Promoção e Comunicação.....	84
6.6	Pessoas .....	88
6.7	Processos .....	91
6.8	Ambiente Físico.....	93
6.9	Conclusão.....	95
7.	Discussão dos Principais Resultados .....	97
7.1	Introdução .....	97
7.2	Discussão dos Principais Resultados .....	97
7.3	Principais Limitações e Propostas de Investigação Futuras.....	104
	Apêndice I – Email remetido aos inquiridos.....	107
	Apêndice II – Questionário.....	108
	Apêndice III – Análise bivariada da secção O Marketing como Função da Organização.....	112
	Apêndice IV – Validação interna da secção Perceção do Marketing dos Administradores.....	115
	Apêndice V – Análise bivariada da secção Orientação Estratégica .....	116
	Apêndice VI – Validação interna da secção Orientação Estratégica.....	119
	Apêndice VII – Análise bivariada da secção Produto .....	120

Apêndice VIII – Validação interna da secção Produto.....	122
Apêndice IX – Análise bivariada da secção Preço .....	123
Apêndice X – Validação interna da secção Preço.....	126
Apêndice XI – Análise bivariada da secção Distribuição .....	127
Apêndice XII – Validação interna da secção Distribuição.....	131
Apêndice XIII – Análise bivariada da secção Promoção e Comunicação .....	132
Apêndice XIV – Validação interna da secção Promoção e Comunicação.....	136
Apêndice XV – Análise bivariada da secção Pessoas.....	138
Apêndice XVI – Validação interna da secção Pessoas .....	140
Apêndice XVII – Análise bivariada da secção Processos.....	141
Apêndice XVIII – Análise bivariada da secção Ambiente Físico .....	142
Bibliografia .....	143



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde? .....	63
Gráfico 2 - A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing? .....	64
Gráfico 3 – Distribuição das respostas obtidas na secção Perceção do Marketing dos Administradores .....	66
Gráfico 4 - Distribuição das respostas à secção Orientação Estratégica .....	68
Gráfico 5 - Distribuição das respostas da secção Produto .....	74
Gráfico 6 - Distribuição das respostas da secção Preço .....	77
Gráfico 7 - Distribuição das respostas da secção Distribuição .....	81
Gráfico 8 - Distribuição das respostas da secção Promoção e Comunicação .....	86
Gráfico 9 - Distribuição das respostas da secção Pessoas.....	90
Gráfico 10 - Distribuição das respostas da secção Processos.....	92
Gráfico 11 - Distribuição das respostas da secção Ambiente Físico .....	94



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições de Marketing Social .....	12
Quadro 2 – Questões de investigação e respetivas variáveis .....	49
Quadro 3 – Tipologia das Unidades de Saúde das Misericórdias.....	51
Quadro 4 – Cargo, na unidade de saúde, dos respondentes ao questionário.....	61
Quadro 5 - Participação dos respondentes na administração da(s) unidade(s) de saúde.....	62
Quadro 6 – Distribuição tipológica das unidade de saúde na amostra.....	62
Quadro 7 – Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Perceção de Marketing dos Administradores .....	65
Quadro 8 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Perceção de Marketing dos Administradores .....	67
Quadro 9 – Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Orientação Estratégica .....	68
Quadro 10 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Orientação Estratégica .....	70
Quadro 11 – Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Produto .....	74
Quadro 12 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Produto .....	75
Quadro 13 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Preço.....	76
Quadro 14 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Preço.....	79
Quadro 15 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Distribuição.....	80
Quadro 16 – Composição da componente extraída pela ACP da secção Distribuição .....	83
Quadro 17 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Promoção e Comunicação .....	85
Quadro 18 - Composição das componentes extraídas pela ACP da dimensão Promoção e Comunicação .....	88
Quadro 19 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Pessoas .....	89
Quadro 20 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Pessoas.....	91
Quadro 21 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Processos .....	92
Quadro 22 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Ambiente Físico .....	93



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACP – Análise das componentes principais

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

KMO – Medida de adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin*

OCFL – Organização Com Fins Lucrativos

OSFL – Organização Sem Fins Lucrativos

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMFR – Unidade de Medicina Física e de Reabilitação

MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

SNS – Serviço Nacional de Saúde



# **1. INTRODUÇÃO**

## **1.1 Introdução**

No presente capítulo são apresentados o tema da presente dissertação, os objetivos delineados para esta, a metodologia escolhida para a sua concretização e ainda a sua estrutura.

Seguindo esta ordem, começará por ser apresentado o tema e a sua contextualização (secção 1.2), seguindo-se a apresentação dos objetivos definidos para esta e da metodologia idealizada para a concretização destes (secção 1.3) e, a encerrar o capítulo, é apresentada a estrutura desta (secção 1.4).

## **1.2 Apresentação e Relevância do Tema**

A saúde é um bem cujo valor é controverso. Se, numa perspetiva estritamente económica, se argumenta que a saúde e, conseqüentemente, a vida humana têm um valor quantificável, numa perspetiva humanista é arguido que a saúde e a vida são bens de valor inquantificável, sem preço.

Colocando ênfase nesta última perspetiva, o direito individual e coletivo à saúde é reconhecido constitucionalmente à escala global. Levando em conta os potenciais problemas da delegação na iniciativa privada da defesa deste direito das suas populações, muitos países contam com um serviço nacional de saúde de iniciativa pública, não obstante a permissão da prestação de cuidados de saúde por organizações de iniciativa privada, conferindo por isso aos seus mercados de saúde a forma de mercados mistos. Esta é a realidade do mercado/sistema de saúde português, que conta com a presença de prestadores de cuidados dos sectores público, privado lucrativo e privado sem fins lucrativos (Economia Social).

Nos últimos anos, o interesse em torno da Economia Social, também designada de Terceiro Sector e Sector Social, tem crescido significativamente, fruto do reconhecimento da preponderância desta para a sociedade e para a economia. A rápida proliferação de publicações referentes a esta nos meios de comunicação social e publicações académicas é a face mais visível deste interesse e do debate e escrutínio que este despoletou no seio do Estado e da sociedade civil.

A representatividade desta na economia nacional é retratada pela Conta Satélite da Economia do Social; De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013), a Economia Social foi, em 2010,

responsável por 2,8% do Valor Acrescentado Bruto (VAB) nacional total e por 5,5% do emprego remunerado no país.

A Economia Social caracteriza-se também pela relativa diversidade de atividades económicas praticadas pelas organizações que a constituem. Franco *et al.*, (2006) enumeram-nas na Economia Social portuguesa: agricultura, silvicultura e pescas, atividades financeiras, ensino, saúde, ação e solidariedade social, cultura, desporto e lazer, cultos e congregações ou organizações profissionais, sindicais e políticas.

Esta diversidade de atividades económicas caracteriza o sector, mas, simultaneamente, dificulta a definição conceptual das organizações que o constituem, existindo por isso uma grande variedade de denominações e de critérios utilizados para definir conceptualmente as organizações da Economia Social.

Ademais, esta diversidade de atividades económicas é também intrínseca às economias sociais dos diferentes países e respetivas economias, como reflexo dos diferentes contextos históricos e sociais destes e destas e dos papéis assumidos pelos diversos *stakeholders* envolvidos nestas organizações. Como tal, as definições conceptuais destas organizações que, não sendo públicas, perseguem objetivos sociais e que, enquanto privadas, não têm como finalidade primária a obtenção de lucros, revestem-se de grande ambiguidade.

Para Franco *et al.*, (2006), as organizações da Economia Social são entidades organizadas (como reflexo da existência duma estrutura, ainda que nem sempre bem definida, e de regularidade nas suas operações), particulares e autogovernadas (independentes do Estado e com autonomia governativa, ainda que podendo ser financias por este), não distribuidoras de lucros (os excedentes são reinvestidos nas próprias organizações) e voluntárias (a decisão de contribuição, participação e filiação é da iniciativa própria de quem nestas se envolve, e não legalmente imposta). Esta definição, ainda que constante dum estudo que se reporta à Economia Social portuguesa, parte dum projeto da Universidade John Hopkins, que tem por base a Economia Social americana, onde é dado ênfase às restrições legais da distribuição de lucros nestas organizações, sendo por isso as mesmas usualmente denominadas de Organizações Sem Fins Lucrativos (*Non-Profit Organizations*).

Estas restrições têm como consequência a exclusão do Sector Social das organizações de membros (*Mutual-Benefit Organizations*), como as associações mutualistas e as cooperativas, as quais são juridicamente reconhecidas em Portugal como organizações da Economia Social pelo Artigo 4º, da Lei 30/2013, de 8 de maio (Lei de Bases da Economia Social). A definição destas organizações apresentada nesta Lei tem por base a finalidade das atividades destas, definindo-se como entidades da Economia Social, as entidades cujas atividades “têm por finalidade prosseguir o interesse geral da

sociedade, quer diretamente quer através da prossecução dos interesses dos seus membros, utilizadores e beneficiários, quando socialmente relevantes”.

Não obstante esta diferença, as definições partilham a finalidade social dos bens e serviços produzidos por estas organizações, a democracia na gestão e participação, a autonomia administrativa relativamente ao Estado e a restrição, total ou parcial, da distribuição de excedentes.

Sendo a literatura sobre este tipo de organizações predominantemente de origem americana, nesta dissertação será utilizada a denominação Organização Sem Fins Lucrativos (OSFL) para denominar este tipo de organizações, pertencentes à Economia Social, independentemente da origem destas.

É neste contexto, das OSFL em Portugal, que surgem as Misericórdias. Estas são organizações fundadas por movimentos associativistas de iniciativa privada não clerical, com fins sociais e solidários. Gozam, também, de autonomia administrativa e não objetivam a distribuição de excedentes. Até aqui, estas seriam idênticas a um sem número de outras OSFL, mais concretamente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que partilham com as Misericórdias os fins sociais e solidários. No entanto, estas adquirem um estatuto próprio que as diferencia de todas as restantes OSFL e IPSS pelo móbil da sua fundação, o qual se prende com o cumprimento do dever de solidariedade preconizado pela religião católica.

Apesar das Misericórdias serem normalmente fundadas por movimentos associativistas civis, a primeira delas foi, na realidade, fundada pela Rainha D. Leonor, em 1458 (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), como resposta às mudanças socioeconómicas ocorridas no país durante a Era dos Descobrimentos, mais concretamente para dar resposta à crescente pobreza que surgiu entre as famílias dos marinheiros que partiam nas expedições marítimas (Franco *et al.*, 2006). À fundação desta, seguiu-se um esforço de fundação de mais Misericórdias pelo Rei D. Manuel I, tendo daí em diante as Misericórdias fundadas sido resultado da iniciativa civil (União das Misericórdias Portuguesas, Misericórdias, s.d.).

Atualmente existem 386 Misericórdias ativas em todo o país, as quais prestam apoio diariamente a cerca de 150 mil pessoas, através dos seus cerca de 42 mil colaboradores. As atividades destas centram-se sobretudo no apoio social e prestação de cuidados de saúde. No entanto, estas desenvolvem também atividades nas áreas da educação e da cultura (União das Misericórdias Portuguesas, Misericórdias Nacionais, s.d.).

As atividades em Saúde destas remontam à sua criação, altura em que, entre outras atividades, prestavam assistência na doença ao grupo especialmente vulnerável supra mencionado. Contudo, de acordo com Sá & Lopes (2008), estas atividades apenas assumiram verdadeiro relevo e expressão no

final do século XIX. Nessa altura, um elevado número de pequenas Misericórdias começou a construir hospitais, os quais vieram juntar-se aos hospitais detidos por algumas das maiores Misericórdias do país, como o Hospital de Santo António, da Misericórdia do Porto, o Hospital de S. Marcos, da Misericórdia de Braga ou Hospital de Santo António dos Capuchos, da Misericórdia de Guimarães. Desta proliferação de hospitais das Misericórdias, no século XIX, emergiu uma crescente especialização destas na prestação de cuidados de saúde às populações.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, a implantação da República trouxe a formalização do reconhecimento pelo Estado da preponderância das Misericórdias na atividade assistencial, tendo sido mesmo legislado, por decreto de 1 de Novembro de 1924, a assistência obrigatória prestada pelas Misericórdias em cada concelho como sendo o “socorro aos doentes em hospitais e domicilio, proteção às grávidas e recém-nascidos (...)”. Posteriormente, o Estado Novo, em 1928, assumiu que as atividades assistenciais e de beneficência do Estado tinham um carácter supletivo ao das Misericórdias, atribuindo a estas um papel central na assistência às populações, que englobava a orientação e coordenação das atividades assistenciais ao nível concelhio.

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 trouxe, no entanto, importantes e significativas mudanças no paradigma da Saúde em Portugal, com repercussões profundas nas atividades em saúde das Misericórdias. Apesar da sua criação em 1979, após a revolução de Abril de 1974, as movimentações políticas que lhe deram origem começaram na década anterior.

Com efeito, à data de início destas movimentações, de acordo com Sakellarides *et al.* (2005), o sistema de saúde português era constituído por uma ampla rede de hospitais das Misericórdias (locais e regionais), alguns grandes hospitais do Estado (regionais), postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Providência, Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971), médicos municipais, serviços especializados para a saúde materno infantil, tuberculose e doenças psiquiátricas, e pelo sector privado puro. Esta elevada fragmentação do sistema era acompanhada por indicadores de saúde pobres, impondo uma reforma deste sistema.

Em 1967, o Estado dava sinais de querer iniciar tal reforma, preparando a introdução dum *Estatuto Hospitalar Nacional* e dum *Regulamento Geral dos Hospitais*, que mereceram a reprovação das Misericórdias por os considerarem uma ingerência do Estado, mas que ainda assim foram aprovados. Mais tarde, no início da década de 70, o Estado dava já indícios de querer abandonar o carácter supletivo do seu papel na assistência à população, para assumir um papel mais ativo, causando mesmo apreensão entre as Misericórdias que temiam a intensão deste de progressivamente integrar as instituições particulares de assistência nos seus serviços, de acordo com Sá & Lopes (2008).

Esta integração, ainda que parcialmente, veio de facto a materializar-se, mas já num contexto socioeconómico diferente, com a nacionalização dos hospitais das Misericórdias em 1974, após a revolução de Abril desse mesmo ano, culminando na interrupção das atividades em Saúde destas.

Após estes acontecimentos, o regresso das Misericórdias às atividades em Saúde deu-se na década de 1990, quando, após a primeira grande revisão do quadro legislativo do sector, foi introduzida a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e devolvidos à Misericórdia parte dos hospitais que haviam sido nacionalizados. Nessa altura, foram celebrados acordos de cooperação com as Misericórdias, tendo por finalidade a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS nos hospitais destas, com financiamento do Estado, atribuindo-lhes o papel supletivo que outrora havia pertencido a este.

De realçar, ainda, que este papel de complementaridade atribuído às Misericórdias, ainda que legalmente aberto a todas as OSFL portuguesas, transparece a eleição destas pelo Estado como o parceiro estratégico de eleição para as atividades em Saúde. Tal é evidenciado pela intensão do XIX Governo Constitucional, de devolver às Misericórdias os restantes hospitais nacionalizados em 1974 (Público e COM Lusa, 2014), tendo mesmo a devolução de alguns destes chegado a concretizar-se.

Desde este regresso, as Misericórdias têm vindo a diversificar as suas atividades em Saúde, as quais abrangem, atualmente, todos os níveis de cuidados, desde os primários aos cuidados continuados, passando pelos cuidados hospitalares e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT's), tirando partido desta relação privilegiada que mantêm com o Estado e da possibilidade de prestarem nos seus estabelecimentos cuidados de saúde simultaneamente a utentes do SNS e a clientes particulares.

Esta possibilidade de operar nos diferentes níveis de cuidados e, simultaneamente, para diferentes tipos de clientes em simultâneo, confere às unidades de saúde de OSFL em Portugal um leque de possibilidades de posicionamento no mercado sem paralelo nas organizações do sector público ou privado lucrativo, evidenciando desde logo a preponderância do planeamento de marketing para o sucesso das unidades de saúde das OSFL em geral e das Misericórdias em particular, no contexto do sector da Saúde em Portugal.

Existem no entanto outras características do mercado da Saúde que reforçam esta preponderância.

Segundo Barros (2013), o mercado da Saúde caracteriza-se pela presença constante da incerteza, pela interveniência das OSFL, pelos fortes juízos éticos que rodeiam os cuidados de saúde, pela limitação da livre concorrência, pelos múltiplos papéis assumidos pelo Estado e pela pronunciada assimetria de informação entre o prestador e o cliente/consumidor dos cuidados. A incerteza apresenta-se sob

diferentes formas, como quando serão necessários os cuidados de saúde, o custo destes, o estado de saúde do beneficiário dos cuidados, qual o tratamento adequado e quais os resultados dos tratamentos, acabando esta incerteza por condicionar a participação dos seguros (públicos e sociais) neste mercado. A participação destes seguros acrescenta mais um agente à transação económica, nas transações em que estes estão envolvidos, visto que nestas quem financia os serviços não é o cliente/consumidor destes em si, mas o segurador. Por outro lado, a incerteza estende-se também ao comportamento dos agentes económicos e à estrutura de mercado, dada a possibilidade de intervenção de OSFL neste. Ainda de acordo com o mesmo autor, uma outra característica deste mercado é a limitação da livre concorrência pela regulamentação existente ao nível dos licenciamentos, publicidade, qualidade e número de prestadores. Há também a considerar a participação simultânea do Estado no mercado como agente económico e como regulador. Por último, o facto de o prestador possuir, usualmente, mais informação relevante para a transação do que o cliente/consumidor dos cuidados condiciona a existência duma assimetria de informação, a qual tem como derradeira consequência a delegação por estes últimos nos prestadores de cuidados da decisão quanto aos cuidados a adquirir.

Apesar desta assimetria de informação, o crescente acesso a esta pelos clientes/beneficiários e a sua crescente literacia em Saúde, conjugadas com a sua crescente preocupação com a saúde e o bem-estar, o aumento do seu poder de compra registado até ao final da década passada e a possibilidade de escolher livremente o prestador nos sectores privados têm-se traduzido em necessidades e expectativas cada vez mais exigentes e em novos padrões de decisão de procura e compra de cuidados.

Estas contingências do mercado de saúde contemporâneo geram pressões de adaptação crescentes e transversais à oferta destes cuidados, que necessita de conhecer e compreender as necessidades e expectativas sempre em mudança do seu público-alvo e criar produtos que vão de encontro a estas neste contexto de mercado, assegurando ainda uma performance organizacional dentro dos padrões desejáveis. Neste contexto, o Marketing surge como a ferramenta de gestão da organização que permite dar resposta a estas contingências e pressões, sendo por esta razão já amplamente utilizado nas unidades de saúde dos sectores público e privado lucrativo.

Nas unidades de saúde das Misericórdias, contudo, o uso do Marketing poderá não ser tão consensual.

À luz da Teoria do Institucionalismo, enquanto sistemas sociais dos quais fazem parte múltiplos indivíduos e grupos, as Misericórdias detêm um conjunto de instituições que as tornam singulares e relativamente complexas. De facto, o comportamento dos agentes internos destas é regido formalmente por um estatuto, o qual incorpora direito civil e direito canónico, vincando desde logo o legado religioso

existente nestas. Este estatuto define um mecanismo democrático de eleição dos administradores destas entre os seus associados, que não leva em conta a capacidade e competências de gestão destes para o exercício destes cargos, os quais são desempenhados, maioritariamente, de forma voluntária e não assalariada. Por outro lado, as estruturas de valores organizacionais das Misericórdias partilham valores que vão para além dos valores associados à sua missão, e que se prendem com a religião e com a tradição, funcionando estes como normas que têm como objetivo legitimar a organização junto da comunidade que serve.

O âmago do institucionalismo consiste de que as instituições, isto é, as regras, as normas, os valores, as convenções e os hábitos, estruturam o comportamento dos indivíduos e moldam as dinâmicas dos sistemas sociais. Consequentemente, e porque as organizações são indissociáveis dos indivíduos que delas participam e da sociedade, de acordo com Meyer & Rowan (1977) estas incorporaram as práticas e processos que imperam no seu ambiente organizacional e que se encontram institucionalizados na sociedade, acabando as estruturas formais de muitas destas por refletirem os mitos deste ambiente em vez das suas reais necessidades.

As unidades de saúde das Misericórdias conjugam os ambientes organizacionais de unidades de saúde e de OSFL, nos quais imperam instituições distintas e que se pressupõe contrastantes. De facto, a complexidade das atividades em saúde e as suas consequentemente elevadas exigência, *tecnocracia*, profissionalização e dinâmica contrastam com o amadorismo da gestão voluntariosa proporcionada pelo estatuto instituído, com o tradicionalismo motivado pelo legado histórico da organização e a orientação não lucrativa encontrados nas Misericórdias, e que condicionam uma gestão conservadora destas.

Perspetiva-se assim que o Marketing, ainda que instrumental no contexto mercadológico das unidades de saúde das Misericórdias, enquanto função da organização no contexto Misericórdia encontra diversas resistências à sua adoção decorrentes das instituições intrínsecas do Sector Social e das próprias Misericórdias. De facto, a observação direta da realidade de algumas destas unidades de saúde e da gestão nelas praticada evidenciou que a adoção do Marketing nestas se encontra ainda numa fase incipiente. Conjetura-se, por isso, que esta incipiência da adoção do Marketing será comum entre as unidades de saúde das Misericórdias, não obstante as pressões do ambiente organizacional da Saúde e da necessidade de legitimar estas, residindo nesta conjetura a motivação da escolha do tema desta dissertação.

Esta surge sob o tema “Práticas e Estratégias de Marketing nas Unidades de Saúde das Misericórdias”, tendo como objetivo primário efetuar uma descrição das práticas e estratégias de marketing, que permita obter uma visão mais clara e objetiva do paradigma do Marketing nestas.

Para além do contexto singular descrito, a exiguidade da literatura científica sobre a gestão de unidades de saúde da Economia Social revestiu de particular interesse a escolha deste tema, pela originalidade e contributo para o conhecimento sobre a gestão destas organizações que, nos dias que correm, continuam a assumir um papel de grande relevo na prestação de cuidados de saúde em Portugal.

### **1.3 Objetivos e Metodologia**

Constituindo o Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias ainda uma incógnita, ao nível da sua adoção, integração como função da organização, práticas e estratégias, o objetivo central deste estudo passa por proporcionar uma visão mais clara, completa e objetiva do paradigma deste nestas unidades de saúde, através duma descrição das práticas e estratégias nestas.

A complexidade e a amplitude do Marketing e a variabilidade de práticas entre organizações nos dias que correm comportam a impossibilidade de retratar integralmente estas práticas num trabalho deste carácter. Como tal, esta descrição incidirá sobre um conjunto de práticas de marketing que, pela sua representatividade nos processos organizacionais de marketing, constituem um ponto de partida para a descrição do paradigma deste nestas organizações. Como tal, os objetivos secundários deste estudo são:

- a) Avaliar se o Marketing é uma prática de gestão habitual entre estas unidades de saúde, por forma a conhecer a adoção deste entre estas e a contextualiza-la no paradigma das OSFL e das unidades de saúde;
- b) Conhecer a perceção de Marketing dos administradores destas unidades de saúde, dado que esta poderá ser o fator determinante da adoção do Marketing por estas unidades de saúde e das práticas e estratégias nestas;
- c) Aferir a existência de orientação estratégica nestas unidades de saúde, enquanto indicador da integração dos princípios do marketing na gestão destas e nos seus processos operacionais e elemento caracterizador da adoção do marketing nestas;
- d) Conhecer as práticas em torno das estratégias de marketing nestas unidades de saúde, enquanto elementos caracterizadores da adoção do marketing e das diferentes abordagens mercadológicas expectáveis nos diferentes tipos de unidade de saúde existentes.

Com a finalidade de descrever estas práticas, foi idealizado um estudo empírico, descritivo quanto à sua natureza e quantitativo quanto ao processo de pesquisa, tendo o inquérito sido a técnica de recolha de dados aplicada. O instrumento de recolha de dados escolhido para este inquérito foi um questionário, implicando a inexistência de questionários com fins semelhantes a necessidade de conceber um especificamente para este estudo, com base noutros questionários e nas variáveis operacionalizadas a partir dos objetivos propostos e na revisão da literatura. Este questionário foi endereçado por correio eletrónico aos administradores das 201 unidades de saúde que se apurou constituírem a população alvo deste estudo.

Os dados recolhidos foram analisados com o recurso a técnicas da estatística descritiva univariada e bivariada para descrição das práticas no âmbito geral e ao nível dos diferentes tipos de unidade de saúde, respetivamente. Paralelamente a esta descrição das práticas, foi ainda efetuada a validação interna do questionário concebido, tendo sido nesta empreza as técnicas de Análise das Componentes Principais (ACP) e do Teste Alpha de Cronbach para avaliação da estrutura interna e da consistência interna, respetivamente.

#### **1.4 Estrutura da Dissertação**

Esta dissertação encontra-se dividida em 7 capítulos. O primeiro destes constitui a Introdução, à qual se seguem 2 capítulos de revisão da literatura (capítulos 2 e 3), 3 capítulos da componente empírica (capítulos 4, 5 e 6) e um capítulo de conclusão (capítulo 7).

No primeiro destes capítulos – o presente – é feita uma apresentação do tema, a sua contextualização e apresentados os objetivos gerais e específicos delineados para esta.

O segundo capítulo – o primeiro de revisão da literatura – debruça-se sobre o Marketing nas OSFL. Neste, são abordadas a adaptação do Marketing às OSFL e a sua adoção por estas, assim como a orientação estratégica e as especificidades das estratégias de marketing nestas.

O terceiro capítulo, dedicado à revisão da literatura sobre o Marketing nas unidades de saúde, segue uma estrutura em muito semelhante à do capítulo anterior. Nele, são abordadas a adaptação do Marketing de serviços aos serviços de saúde, a sua adoção pelas unidades de saúde e a orientação estratégica e as estratégias de marketing nestas.

Após a revisão da literatura, no capítulo 4 é apresentada a metodologia aplicada no estudo empírico, sendo este aberto com a apresentação e fundamentação do desenho de estudo e a delimitação

das questões de investigação. Seguem-se-lhes a definição e caracterização da população alvo do estudo e as metodologias idealizadas para a aquisição e análise de dados no âmbito deste.

No capítulo 5, é iniciada a exposição dos resultados do estudo empírico. Neste capítulo em concreto é feita a caracterização da amostra obtida e apresentados os resultados relativos à integração do Marketing como função da organização nestas unidades de saúde, à perceção de Marketing dos seus administradores e à orientação estratégica nestas. Paralelamente à apresentação e análise dos resultados no âmbito do paradigma do Marketing, são apresentados os resultados obtidos na validação interna do instrumento de recolha de dados.

O capítulo 6 dá continuidade à exposição dos resultados, sendo abordados neste, de forma individualizada, os resultados obtidos relativamente a cada uma das ferramentas do composto de marketing.

Por fim, o capítulo 7 encerra a dissertação com a discussão dos principais resultados desta e a apresentação das suas principais limitações e sugestões para trabalhos futuros.

## **2. MARKETING NAS ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS**

### **2.1 Introdução**

As Misericórdias são organizações com um espectro de atividades que inclui outras atividades fora do âmbito da saúde, nomeadamente sociais, educacionais e culturais. Como tal, as unidades de saúde alvo deste trabalho estão integradas em organizações complexas, sendo que o Marketing pode ser uma função da organização e trabalhado sob o ponto de vista unicamente institucional, sem que as unidades de saúde disponham de uma estrutura de Marketing própria. Por outro lado, estas organizações têm um conjunto de características próprias do sector não-lucrativo, que podem influir no Marketing praticado ao nível das suas unidades de saúde, caso estas últimas disponham de uma estrutura de Marketing própria.

Como tal, neste capítulo será feita uma revisão do estado de arte da aplicação dos princípios de marketing em OSFL, com o objetivo de conhecer as peculiaridades desta aplicação que se podem repercutir também na aplicação dos princípios de marketing nas unidades de saúde destas organizações e de caracterizar as suas práticas de marketing.

Assim, este capítulo será desenvolvido ao longo de quatro secções, onde será abordada, na secção 2.2, a aplicação dos princípios do marketing nestas organizações, feita uma caracterização das práticas de marketing nestas organizações, nomeadamente das suas orientações estratégicas e estratégias de marketing, respetivamente, nas secções 2.3 e 2.4, e abordada a adoção do Marketing por estas organizações na secção 2.5.

### **2.2 Do Marketing Tradicional ao Marketing nas Organizações Sem Fins Lucrativos**

O Marketing nas OSFL é um tema atual, mas cuja discussão se iniciou no final da década de 60.

A primeira premissa da aplicabilidade do Marketing às OSFL foi apresentada por Kotler & Levy (1969). Estes autores defendiam que, apesar de o Marketing ser visto à época como uma “tecnologia cada vez mais perigosa, que torna possível vender aos consumidores coisas, proposições e causas não desejadas ou que são nocivas para estes”, este era na realidade uma ferramenta para satisfação das necessidades humanas e, como tal, tinha uma orientação para o consumidor, orientação esta que lhe conferia uma dimensão social superior. Com base nesta premissa, os autores defendiam que o Marketing

não seria uma ferramenta apenas para as empresas, mas antes para todas as organizações. No seguimento desta ideia e aproveitando a discussão existente na comunidade científica da época em torno do Marketing, Kotler & Zaltman (1971) introduziram o conceito de Marketing Social. Este foi definido como o *design*, implementação e controlo de programas planeados para influenciar a aceitabilidade de ideias sociais, os quais compreendem o planeamento do produto, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de Marketing. Estes autores advogavam a diferenciação do Marketing Social relativamente ao Marketing convencional – da esfera dos negócios - por este lidar com as crenças e valores do mercado, enquanto o Marketing convencional lidava com preferências e opiniões.

Nesta primeira abordagem à aplicação do Marketing às OSFL, o conceito de ideia social surgia como a causa defendida pela OSFL, a qual é normalmente definida pela sua missão e valores. Assim, esta primeira abordagem visava promover a aceitação da missão e valores destas organizações, junto dos seus públicos-alvo.

O conceito de Marketing Social evoluiu desde a sua criação. O Quadro 1 sintetiza algumas definições de Marketing Social atuais.

#### **Quadro 1 – Definições de Marketing Social**

Cheng, Kotler, & Lee (2011)	“O Marketing Social é um processo que aplica os princípios e técnicas do Marketing para criar, comunicar e distribuir valor, com o objetivo de influenciar o comportamento do público-alvo com vista ao benefício deste e da sociedade.”
Lee, Rothschild, & Smith (2011)	“O Marketing Social é um processo que utiliza os princípios e técnicas do Marketing para influenciar comportamentos do público-alvo que irão beneficiar a sociedade, bem como o indivíduo. Esta disciplina estrategicamente orientada consiste em criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que têm valor positivo para os indivíduos, clientes, parceiros e sociedade em geral.”
The National Social Marketing Center (2010)	“O Marketing Social é uma abordagem utilizada para desenvolver atividades direcionadas para a mudança ou manutenção do comportamento de indivíduos para o seu próprio benefício ou da sociedade em geral.”

Fonte: autor

Apesar das diferentes definições apresentadas, todas gravitam em torno da utilização das técnicas do Marketing para agir sobre o comportamento individual, tendo como finalidade o benefício do próprio indivíduo e da sociedade. Comparativamente ao conceito inicialmente apresentado por Kotler & Zaltman (1971), o objetivo do Marketing Social passou da promoção da missão e valores das OSFL, para a promoção de mudanças comportamentais individuais; passou de um paradigma centrado na organização, para um paradigma centrado no público-alvo e na sociedade.

O Marketing Social não é, no entanto, suscetível de utilização por todas as OSFL. Apesar de o bem dos indivíduos e da sociedade ser um objetivo comum às OSFL, a mudança de comportamentos individuais não é compatível com a prossecução da missão de todas elas. Muitas organizações – como é o caso das Misericórdias e outras instituições de solidariedade social – têm um desígnio diferente, nomeadamente o de agir no sentido de suprimir carências existentes na sociedade, oferecendo para tal, aos indivíduos que a constituem, produtos como forma de combater os desequilíbrios sociais. A este facto, acresce ainda o Marketing Social não levar em conta as necessidades intrínsecas da própria organização, como a captação de recursos ou a relação com as múltiplas partes envolvidas na OSFL. Neste contexto, justifica-se uma abordagem de Marketing diferente do Marketing Social, que incorpore o Marketing de bens e/ou serviços, mais próxima do Marketing do sector lucrativo, que vá de encontro às necessidades concretas da organização e dos diferentes *stakeholders* nela envolvidos.

A discussão em torno da aplicação do Marketing tradicional às OSFL foi introduzida por Shapiro (1973). Este autor defendia a utilização do Marketing tradicional nestas organizações, visto que esta utilização se traduziria num benefício mútuo para a OSFL e para o seu cliente, porque o Marketing tinha como objetivo a satisfação das necessidades dos clientes e porque, na sua perspetiva, o conceito de composto de marketing era aplicável nestas organizações. Existiam no entanto, na comunidade científica da altura, opiniões divergentes relativamente ao Marketing e à aplicabilidade dos seus princípios ao sector social. Vários autores defendiam a inexistência e necessidade de desenvolvimento de dimensões social e humanista do Marketing, as quais seriam necessárias à aplicação deste nas OSFL. Dawson (1969) defendia que, as novas exigências sociais e humanas que o mundo dos negócios enfrentava na época, impunham a criação de um novo conceito de Marketing; Lazer (1969) advogava que as responsabilidades do Marketing iam para além do domínio dos lucros, atribuindo-lhe um papel na mudança social, que requeria uma redefinição daqueles que eram os seus limites; Sweeney (1972) e Bell & Emory (1971), apontavam a não consideração das implicações sociais do Marketing como uma lacuna deste na altura.

Posteriormente, na década de 80, surgiram os primeiros trabalhos defensores de que a aplicação do Marketing tradicional ao sector não lucrativo dependeria da adaptação deste às

idiosincrasias deste sector. Estas idiosincrasias foram identificadas primariamente por Lovelock & Weinberg (1984) como sendo: necessidade de atração de recursos para cumprimento dos seus objetivos, existência de múltiplos *stakeholders*, o potencial conflito entre a missão da organização e a satisfação dos clientes, a existência de pressões provenientes de fora do mercado (regulamentação legal) e o envolvimento de diversos grupos na administração da organização. Após este período, nos anos 90, surgiram os primeiros trabalhos que criaram um “amplo consenso” quanto à aplicabilidade do Marketing e orientação de mercado nas OSFL, de acordo com Vázquez, Álvarez, & Santos (2002). Ainda de acordo com estes autores e também com Wright, Chew, & Hines (2012), o Marketing praticado pelas OSFL é o Marketing de Serviços, pois a natureza do produto que estas oferecem é a de um serviço, visto este produto ser intangível por se apresentar sob a forma de um benefício social ou psicológico. Nalguns casos, as OSFL oferecem bens tangíveis. No entanto, mesmo nestes casos, o produto em si é também um benefício social ou psicológico, pelo que também nestes casos o Marketing de Serviços é o aplicável.

A pesquisa bibliográfica permitiu ainda identificar uma terceira vertente de Marketing associada às OSFL: o Marketing de Causas. Neste, de acordo com Muller, Fries, & Gedenk (2014), as organizações com fins lucrativos (OCFL) promovem uma doação a uma causa (advogada por uma OSFL), sempre que um cliente faz uma compra. Hawkins (2015) corrobora esta definição, acrescentando que, entre as causas a que as OCFL procuram para se associarem se encontram as causas sociais e de solidariedade. De acordo com Berglind & Tanaka (2005), esta é uma forma recente de filantropia corporativa, que resulta em ganhos ao nível da marca, reputação e receitas para as OCFL envolvidas, e num aumento do financiamento, do conhecimento e da recetividade para a sua causa junto do seu público-alvo, para as OSFL. Assim, esta relação simbiótica traduz-se em ganhos para a OSFL provenientes do uso de Marketing. Contudo, este Marketing não é iniciativa da OSFL e o esforço de Marketing é, usualmente, inteiramente da OCFL, acabando por isso por ter como objetivo primário ganhos para esta. Como tal, apesar de ter associadas OSFL, estas têm neste um papel meramente passivo.

Assim, nas OSFL são praticadas, na atualidade, essencialmente duas vertentes do Marketing: o Social e o de Serviços. De notar que, apesar das abordagens serem diferentes nas duas vertentes, ambas partilham o mesmo conceito de valor a criar. De acordo com Sánchez-Fernández & Iniesta-Bonillo (2007), o conceito de valor é um conceito ambíguo, havendo diversas correntes de investigação em torno do mesmo. No entanto, este pode ser definido como a avaliação que um consumidor faz da utilidade de um produto, com base na sua perceção do que é dado e do que é recebido em troca. No caso das OSFL, estas não têm como objetivo criar valor que se consubstancia num benefício direcionado ao próprio

cliente – como acontece nas OCFL - mas antes um benefício social direcionado à sociedade (Félicio, Gonçalves & Gonçalves, 2013).

De salientar que, na revisão da literatura efetuada, os trabalhos encontrados debruçam-se essencialmente sobre o Marketing de Serviços aplicado às OSFL. Tal poderá dever-se ao facto de este ser útil e aplicável num número superior de OSFL, mas também ao facto de ter um espectro mais alargado de valências para estas organizações, sendo essencialmente em torno deste que se desenvolve a temática do Marketing nas OSFL. Esta permitiu identificar várias opiniões sobre a valência e aplicações do Marketing nas OSFL. Para Stater (2009), o Marketing nas OSFL concentra-se em transmitir a uma variedade de potenciais financiadores a legitimidade da organização, a importância da sua missão, as necessidades dos seus beneficiários e a eficácia dos serviços prestados. Já de acordo com Wymer (2006), o Marketing é utilizado nestas organizações como ferramenta de promoção, nomeadamente para fortalecer a sua imagem, construir uma reputação na sociedade e ajudar a lembrar a organização e a sua causa. Para Andreasen, Goodstein & Wilson (2005), com o crescimento do sector não lucrativo, o Marketing pode ajudar as OSFL na captação de fundos e na angariação de novos benfeitores e voluntários. Já para Blery, Katseli, & Nertilda (2010), as OSFL operam num ambiente competitivo, com recursos financeiros e humanos limitados, sendo por isso necessária a aplicação do Marketing para construção de uma vantagem competitiva. O Marketing assume-se assim, nas OSFL, como a função da organização que promove a sua missão e valores junto dos seus *stakeholders*, com o objetivo de potenciar a captação dos recursos necessários à prossecução da sua missão e o incremento do seu valor social, no ambiente competitivo em que estas organizações coabitam.

A aplicação do Marketing às OSFL não pode no entanto ser feita sem levar em conta, tal como referido anteriormente, as idiosincrasias das OSFL. Wright *et al.* (2012) apontam quatro características próprias que condicionam esta aplicação dos princípios e, conseqüentemente, as práticas de marketing das OSFL. De acordo com estes autores, as OSFL ainda que não estando orientadas para a obtenção de lucros, não podem negligenciar a gestão financeira dos recursos de que dispõem. No entanto, o facto de não estarem orientadas para a obtenção de lucros, acaba por relegar a gestão financeira para segundo plano, sendo priorizados objetivos não financeiros, os quais acabam por ser avaliados por indicadores de performance também não financeiros. Por este motivo, uma das diferenças-chave apontadas pelos autores é o facto de as OSFL enfatizarem objetivos e medidas de performance não económico-financeiros. Estes objetivos são concretizados através da oferta de serviços, ideias e comportamentos sociais, pelo que os produtos oferecidos pelas OSFL são intangíveis e, como tal, a natureza destes produtos é outra das características próprias das OSFL. Verifica-se também, nas OSFL, a existência de

uma relação indireta entre quem financia e quem beneficia dos serviços. As OSFL são usualmente financiadas pelos estados a que pertencem e por benfeitores, os quais não são os beneficiários dos serviços, o que condiciona a adoção de dois sistemas distintos de avaliação de performance: um para avaliação das funções/atividades da organização na atração de recursos e um outro que avalie as funções/atividades de alocação dos recursos na produção de benefícios sociais. Esta dicotomia entre quem paga e quem beneficia dos serviços é também parte da quarta diferença-chave entre as OSFL e as OCFL: a existência de múltiplos *stakeholders*. De acordo com os autores, este fluxo indireto de recursos entre quem financia e quem beneficia dos serviços, faz com que as OSFL tenham que operar num balanço entre as expectativas destes dois grupos, para além da necessidade de dar resposta às expectativas de outros grupos como os voluntários, agências governamentais centrais/locais, parceiros e uma comunidade mais ampla que é indiretamente influenciada e beneficiada pelas atividades da OSFL. Esta visão relativamente à problemática dos múltiplos *stakeholders* nas OSFL é partilhada por Dolnicar & Lazarevski (2009), Stater (2009) e Vázquez *et al.* (2002). O domínio do relacionamento com múltiplos *stakeholders* afigura-se assim como preponderante para a criação de valor e obtenção de uma vantagem competitiva para as OSFL (McLeish, 2011), porque este domínio lhes vai permitir conhecer quais as expectativas dos *stakeholders*, avaliar a necessidade de novas respostas, aprender, melhorar os serviços que a organização presta e proceder a mudanças sempre que necessário.

### **2.3 A Orientação Estratégica nas Organizações Sem Fins Lucrativos**

A orientação estratégica é, de acordo com Chad (2014), o conjunto de princípios orientadores das atividades de marketing e de delineação de estratégias no seio da organização, que visam criar um padrão comportamental adequado nesta com vista ao atingimento de uma performance superior. Ainda de acordo com estes autores, existem diferentes tipos de orientações estratégicas organizacionais, nomeadamente de mercado, empreendedora e para a aprendizagem, e um conjunto de derivações destas: orientação para os recursos, orientação para a inovação, orientação para a tecnologia e orientação para os custos. Os autores consideram a adoção da orientação de mercado como fator chave para a melhoria da performance organizacional, referindo que, por esse motivo, as OSFL devem adotar esta orientação.

De acordo com Gainer & Padanyi (2005), a orientação de mercado é o meio pelo qual o conceito de Marketing é implementado nas organizações. A adoção desta orientação, segundo estes autores, está diretamente relacionada com o sucesso organizacional, nas OCFL. Esta orientação potencia o alcance

de uma vantagem competitiva com base numa correta identificação das necessidades dos clientes, a qual permite a construção de uma oferta de valor superior à da concorrência Vázquez *et al.* (2002). De acordo com Modi (2012), esta orientação nas OSFL direciona o seu foco para os principais *stakeholders* da organização – clientes, beneficiários e doadores -, num esforço para compreender quais as necessidades explícitas e latentes destes, com o objetivo de lhes dar resposta. Nas OSFL, esta é difícil de implementar, por estas organizações relacionarem-se em vários mercados em simultâneo, de acordo com Gainer & Padanyi (2005). No entanto, é consensual entre a comunidade científica especializada no tema, a aplicabilidade desta orientação às OSFL e os benefícios que a mesma poderá produzir (Vázquez *et al.*, 2002), os quais foram já avaliados por estudos empíricos: Modi (2012) concluiu que a orientação de mercado nas OSFL permite manter a satisfação dos beneficiários e a reputação entre os pares, e a capacidade de inovação; Vázquez *et al.* (2002) observaram que a orientação de mercado estimula positivamente e significativamente a realização de atividades direcionadas para os beneficiários e a aquisição dos recursos monetários necessários para esta prática, e também que a orientação de mercado contribui significativamente para o cumprimento da missão da OSFL; Gainer & Padanyi (2002) verificaram que OSFL com orientação de mercado alcançaram maiores níveis de satisfação dos clientes e, como consequência direta desta satisfação, um crescimento nos recursos que conseguiam atrair. Existem no entanto opiniões divergentes relativamente à orientação que as OSFL devem adotar.

Sargeant, Foreman, & Liao (2002) defendem que a orientação de mercado não é relevante para as OSFL por um conjunto de razões. Primeiro porque estas operam em mercados distintos para obtenção e alocação dos seus recursos, mas estes não são verdadeiros mercados no sentido económico do termo, sendo mesmo referido que estas organizações foram documentadas no passado como sendo o exemplo de organizações que fornecem bens e serviços em circunstâncias em que os mecanismos de mercado não funcionam. Para estes autores, também o conceito de troca nem sempre é aplicável no contexto das OSFL, visto que o valor que estas organizações criam aos seus beneficiários nem sempre tem qualquer retribuição da parte destes. Por último, os autores defendem que o foco na satisfação das necessidades dos clientes característico da orientação de mercado, é desadequado para organizações que têm que responder às necessidades de múltiplos *stakeholders*. Com base nestes factos, na observação de que a atuação das OSFL nos seus mercados é determinada pela sua missão, valores e crenças, que determinam quais as necessidades sociais a serem servidas, como serão e em que circunstâncias, e no facto de se poder pressupor uma convergência de objetivos dos *stakeholders* que se reúnem em torno da organização em função da sua missão, valores e crenças, estes autores propõem o constructo de orientação social. Este constructo assenta em cinco dimensões distintas:

- Orientação para os *stakeholders*, como forma de contemplar as necessidades de todas partes envolvidas;
- Orientação para a concorrência, como resultado do reconhecimento de que, na atualidade, estas organizações competem efetivamente entre si por recursos;
- Orientação para a colaboração, como forma de partilha e otimização da utilização de recursos disponíveis;
- Elevada coordenação interfuncional no seio da organização, com vista à partilha de informação e coordenação das diferentes atividades organizacionais direcionadas aos diferentes *stakeholders*;
- Responsividade, visto que estas organizações necessitam de responder rapidamente a mudanças rápidas dos padrões de necessidade dos públicos-alvo.

## **2.4 A Estratégia de Marketing nas Organizações Sem Fins Lucrativos**

A estratégia de marketing é, de acordo com Kotler & Armstrong (2012), a “lógica de marketing através da qual a organização espera criar valor para os seus clientes e alcançar relações benéficas com os estes”. Ainda de acordo com estes autores, a estratégia de marketing determina que clientes a organização irá servir, através da segmentação de mercado e *targeting*, e como os vai servir, através da diferenciação e posicionamento. A elaboração da estratégia resulta no composto de marketing ou marketing-mix, o qual contempla as ferramentas: produto, preço, distribuição e promoção. No caso concreto do Marketing de Serviços – o praticado pelas OSFL e de interesse no âmbito desta dissertação - às ferramentas anteriormente enumeradas, acrescentam o ambiente físico, as pessoas e processos, segundo Lovelock & Wirtz (2011).

No entanto, de acordo com Dolnicar & Lazarevski (2009), este constructo de estratégia de marketing não pode ser aplicado às OSFL. Nestas organizações, a missão/produto, estão determinados à partida e não podem ser alterados em função das necessidades do mercado, havendo, no entanto, estratégias e instrumentos de marketing que podem ser aplicados na mesma por estas organizações. Estes instrumentos são a segmentação de mercado, utilizada para determinar quais os clientes mais interessados em apoiar a sua causa; o posicionamento no mercado, que é utilizado para construir uma imagem atrativa para esses mesmos clientes; a publicidade, utilizada para desenvolver mensagens capazes de cativar esses clientes; e a distribuição, utilizada para comunicar com os clientes através dos canais que eles utilizam regularmente.

Yorke (1984) defende que, nas OSFL, as oportunidades de manipulação do composto de marketing são mais reduzidas, comparativamente ao Marketing do sector lucrativo, visto que o preço não pode ser utilizado para influenciar o comportamento do consumidor. McLeish (2011) considera que, sendo as OSFL prestadoras de serviços, a natureza intangível do seu produto condiciona a necessidade de um maior cuidado relativamente à formatação do composto de marketing; que o preço é um fator crítico, visto que os financiadores podem ser consumidores com poucos recursos, entidades governamentais que estipulam os valores que as próprias pagam ou benfeitores com elevado poder de compra, sendo frequentes as situações em que estas organizações praticam preços diferentes em função dos clientes para um mesmo produto; que relativamente à distribuição, aspetos como a localização, instalações e nível de serviço devem ser formatados em função do público-alvo; e que estas organizações dependem fortemente de programas de comunicação para captarem os recursos de que necessitam.

Spagnola (2014) coloca especial ênfase na comunicação com os *stakeholders* nestas organizações, defendendo que estas devem desenvolver planos de comunicação consistentes, utilizando diversas mensagens, múltiplas táticas de comunicação com repetição e variação de mensagens, e os meios de comunicação adequados para chegar junto do público pretendido. A criação de uma identidade visual e institucional são também consideradas importantes para estas organizações. Ainda de acordo com estes autores, esses meios de comunicação podem ser chamadas telefónicas, cartas, e-mails, *newsletters*, comunicados de imprensa, editoriais e brochuras.

Ainda no âmbito da comunicação com os *stakeholders*, McMahon, Seaman & Lemley (2015) a adoção e o uso de *websites* e da internet por estas organizações é uma prática crítica para estas chegarem a um maior número de indivíduos na sociedade, promoverem a interação entre estes e a organização e atrair voluntários e fundos, enquanto tentam ir de encontro às necessidades da sociedade. No entanto, estas organizações, não dispõem usualmente do tempo, fundos e recursos humanos qualificados para criar e gerir estas ferramentas de forma eficiente.

Segundo Yorke (1984), as OSFL não utilizam a segmentação de mercado por não terem acesso a dados primários que o possibilite, devido ao seu reduzido orçamento. Como tal, apontam os seus esforços para todo o mercado. A prática de segmentação é no entanto, de acordo com Spagnola (2014), essencial para uma estratégia de Marketing bem-sucedida nas OSFL.

## 2.5 A Adoção do Marketing pelas Organizações Sem Fins Lucrativos

Kotler (1979), afirmou, no final da década de 70, existirem OSFL a dar os primeiros passos na implementação de práticas de marketing, ainda que, em muitos casos, confundindo-o com publicidade e venda de subfunções da organização, pressionadas pela escassez de recursos vivenciada por estas organizações nos Estados Unidos na época. Um dos exemplos dados de organizações do sector a adotarem o Marketing é mesmo o dos hospitais. O autor defendia que os administradores destas organizações deveriam direccionar as suas atenções para o Marketing enquanto função da organização, pois ajudá-la-ia a melhor compreender as necessidades dos diferentes segmentos de clientes, a melhor estruturar e lançar os seus serviços, a identificar serviços desnecessários/inadequados, a uma maior efetividade na distribuição dos seus serviços e a níveis mais elevados de satisfação dos clientes. Neste trabalho, o autor aferiu a aceitação do Marketing entre estas organizações, tendo verificado que a adoção deste demorava de forma dramática, quando comparada com a adoção de outras práticas organizacionais como a contabilidade, a gestão financeira ou o planeamento estratégico formal. Esta fraca aceitação e demora na adoção do Marketing tinha já sido enunciada sob a forma de hipótese por Kotler (1978), ainda que não comprovada por dados empíricos. De acordo com este autor, tal devia-se ao facto de este ser associado pelos administradores das OSFL ao incremento de vendas e à manipulação de consumidores no sector lucrativo, o que levava ao não reconhecimento da sua utilidade para as OSFL e ao levantamento de questões de natureza ética quanto à sua utilização por estas organizações.

Akchin (2001) avaliou a aplicação do Marketing nas OSFL nos Estados Unidos, tendo concluído que estas, apesar de reconhecerem já a importância do Marketing no seu contexto e de uma porção não especificada já o integrar como função da organização, continuavam a negligencia-lo, atribuindo muitas tarefas de marketing a vários colaboradores no seio da organização, os quais não possuíam conhecimentos ou formação académica específica para esta finalidade. Os autores observaram ainda uma tendência destas organizações para praticarem apenas uma ou duas funções de marketing, sobretudo relacionadas com comunicação e promoção, em vez de adotarem toda uma estratégia de marketing, negligenciando práticas como a pesquisa e segmentação de mercado.

Andreasen & Kotler (2003, citados em Blery *et al.*, 2010), referiram que os princípios do Marketing eram cada vez mais aplicados pelas OSFL, pela necessidade destas organizações de aumentarem as suas receitas com vista à prossecução das suas missões.

Bulla & Starr-Glass (2006) estudaram as práticas de Marketing entre OSFL da Republica Checa, tendo chegado a conclusões convergentes com as de Akchin (2001) relativamente à falta de qualificação dos *marketeers* no seio destas organizações. Observaram ainda que, apesar destas reconhecerem a

utilidade para si do *profiling* dos seus clientes e da segmentação de mercado, não utilizavam estas ferramentas. De notar que, no entanto, uma parte considerável das organizações incluídas no estudo utilizavam o Marketing, ainda que revelando desconhecimento dos seus princípios, sobretudo para comunicação e promoção dos seus produtos.

Dolnicar & Lazarevski (2009) conduziram um estudo que, entre outros objetivos, avaliou as diferenças na adoção do Marketing pelas OSFL de Reino Unido, Estados Unidos e Austrália. Os autores não encontraram diferenças significativas nas operações de Marketing das OSFL dos 3 países, apesar destas serem expectáveis devido às diferenças relativamente ao tipo e nível de financiamento característicos das organizações de cada país. Este achado foi justificado pelos autores com a possibilidade de, nestes países e respetivos mercados em que se inserem as suas OSFL, as pressões de mercado se sobreporem às diferenças ao nível dos financiamentos. Foi também observado que a maioria das OSFL se encontrava longe de usufruir da plenitude do potencial que o Marketing tinha para lhes oferecer, o que se poderá dever a duas perceções relativamente comuns nestas organizações: a perceção de que existem elementos do composto de marketing, como o produto e o preço, que estas não controlam, e à perceção de que o Marketing tem por objetivo manipular os consumidores. Por último, estes autores apontam ainda que muitas destas organizações continuam a demonstrar falta de compreensão dos princípios do Marketing e a concentrarem-se nas vendas e promoção; e ainda a falta de profissionais de Marketing nestas organizações.

A NUCB Global Nonprofit Management Team (2013) efetuou um estudo destinado a avaliar a adoção e práticas de Marketing entre as OSFL de 15 países, de 5 continentes, entre os quais se encontrava uma OSFL portuguesa. Todas as organizações participantes no estudo afirmaram praticar Marketing e considera-lo uma função importante da organização, considerando os autores que o número de organizações a adotarem o Marketing tem aumentado e que não foi possível observar diferenças regionais ao nível da sua adoção. Os autores verificaram que, entre estas organizações, o constrangimento predominante ao uso do Marketing foi o financeiro e que as mesmas percecionavam o seu Marketing como efetivo, apesar de não explicarem como mediam esta efetividade. Alguns dos participantes no estudo referiram que o Marketing é uma atividade empresarial que deve ser evitada pelas OSFL. No caso concreto da OSFL portuguesa participante, a mesma afirmou ter um departamento de Marketing de apoio à angariação de fundos, focada no contacto com possíveis financiadores, promoção da causa e recrutamento de colaboradores/voluntários. Os autores observaram também a existência de diferenças regionais entre as OSFL, ao nível do financiamento e dos canais de marketing.

## 2.6 Conclusão

O Marketing nas OSFL é uma ferramenta de gestão e função da organização que, nos mercados competitivos em que estas se inserem e no contexto da sua missão e valores, lhes permite desenvolver estratégias de captação e alocação de recursos que potenciam uma oferta de valor para todos os seus *stakeholders* e a obtenção de uma vantagem competitiva.

Pese embora o facto de a primeira aplicação do Marketing nestas organizações ter sido o Marketing Social, este não é compatível a missão de todas elas nem dá resposta às necessidades intrínsecas destas organizações, sendo por isso necessária uma abordagem mais próxima do Marketing tradicional. Assim, levando em conta que o valor que estas organizações transacionam é um valor social que é intangível, o Marketing praticado por estas organizações consiste em derivações do Marketing de Serviços. A aplicação deste Marketing não pode no entanto ser feita sem levar em conta as particularidades destas organizações ao nível da orientação não lucrativa, múltiplos grupos de *stakeholders* e do fluxo indireto de recursos entre quem financia e quem beneficia dos serviços da organização.

Ao nível das orientações estratégicas, a adoção da orientação de mercado tem benefícios comprovados para estas organizações. Contudo, esta orientação foi concebida e desenvolvida para OCFL, não levando por isso em conta as particularidades das OSFL.

Já ao nível das estratégias de Marketing, é consensual entre a comunidade científica a impossibilidade de construção de uma estratégia integral por estas organizações. O facto de, nestas, a missão definir logo à partida qual o produto a oferecer, faz com que não seja possível controlar a totalidade das ferramentas do composto de marketing. Já a utilidade e aplicabilidade de outras ferramentas, como a segmentação de mercado, o *targeting*, o posicionamento e comunicação/promoção, são consensuais.

Contudo, os estudos empíricos relativamente às práticas de Marketing nestas organizações revelam que, apesar do reconhecimento da utilidade destas ferramentas pela comunidade científica e pelas OSFL, a maioria destas não utiliza estas ferramentas. De facto, os estudos publicados convergem no sentido de a utilização do Marketing estar a crescer entre as OSFL, catalisada pelas pressões de mercado e escassez de recursos, mas também no facto de estas continuarem a revelar desconhecimento dos princípios de Marketing, usando-o sobretudo comunicação e promoção, incumbindo funcionários não qualificados da execução das tarefas de marketing e alocando a esta função da organização poucos recursos.

Conclui-se assim que, apesar dos avanços feitos pela comunidade científica no sentido de aplicar os princípios do Marketing e adaptar as suas ferramentas às OSFL, e da maior aceitação por parte destas, este continua a ser subaproveitado nestas organizações, o que vai de encontro ao percebido relativamente às Misericórdias. Desconhece-se, no entanto, se este subaproveitamento se estenderá às suas unidades de saúde, visto que estas estão inseridas num mercado com uma estrutura muito própria.

De referir ainda que a revisão bibliográfica efetuada revelou a inexistência de estudos sobre a adoção e práticas de marketing nas OSFL portuguesas, com exceção do estudo da NUCB Global Nonprofit Management Team (2013) que incluía apenas uma OSFL do nosso país. O facto de este estudo não ter encontrado diferenças regionais ao nível da adoção do Marketing pelas OSFL, leva a pressupor que a adoção no nosso país se encontra num patamar idêntico ao do panorama internacional. No entanto, o facto de terem sido encontradas diferenças regionais nas práticas e do estudo apenas integrar uma OSFL portuguesa, torna impossível caracterizar as práticas de marketing das OSFL portuguesas.



## **3. MARKETING NAS UNIDADES DE SAÚDE**

### **3.1 Introdução**

Neste capítulo será abordado o Marketing nas unidades de saúde, mais especificamente o estado de arte da aplicação dos princípios aos serviços de saúde, as práticas de Marketing das unidades de saúde e a adoção deste por estas unidades, sobretudo no nosso país.

Pretende-se com esta abordagem obter uma perspetiva do Marketing das unidades de saúde que permita compreender a forma como este se articula ou pode articular com o Marketing nas OSFL.

Para tal, à imagem do capítulo anterior, este capítulo encontra-se dividido em quatro secções distintas de desenvolvimento do tema. Na secção 3.2 será abordada a aplicação dos princípios do Marketing aos serviços de saúde, nas secções 3.3 e 3.4 será feita uma caracterização das práticas de Marketing nas unidades de saúde ao nível das orientações estratégicas e estratégias de marketing respetivamente, e na secção 3.5 será abordada a adoção do Marketing pelas unidades de saúde. A secção 3.6 encerra o capítulo com a síntese e conclusões deste.

### **3.2 Do Marketing de Serviços ao Marketing nos Serviços de Saúde**

Um serviço é, de acordo com Lovelock & Wirtz (2011), um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra, de natureza intangível e que não resulta normalmente na propriedade de nada para o consumidor, mas que de uma forma geral cria valor e acrescenta benefícios para este no momento e local em que é prestado.

O facto de este ser um ato ou desempenho de alguém ou de uma parte, confere-lhe um conjunto de características diferenciadoras relativamente aos bens de consumo, as quais decorrem da sua imaterialidade e forte componente humana. Este conjunto de características são a intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade, perecibilidade e a inexistência de posse.

De acordo com Kotler & Armstrong (2012), os serviços não podem ser visualizados, provados, ouvidos, sentidos e/ou cheirados antes de serem adquiridos, ou devolvidos após serem fruídos, sendo por isso intangíveis, contrariamente aos bens. Feliciano (2010) acrescenta, a respeito desta intangibilidade, que os serviços não podem ser exibidos e comunicados com facilidade, nem podem ser armazenados ou patenteados.

Para Kotler & Armstrong (2012), os serviços, enquanto desempenhos, variam em função de quem, quando, onde e como são prestados, existindo por isso uma grande variabilidade na sua prestação. Estes autores consideram que esta variabilidade é um fator-chave para a qualidade dos serviços. Feliciano (2010) acrescenta aos precursores da variabilidade/heterogeneidade enumerados por Kotler & Armstrong os próprios consumidores, visto que estes são parte ativa da prestação do serviço, podendo mesmo ser a razão porque o profissional que presta o serviço modifica a sua performance. Ainda de acordo com esta autora, esta heterogeneidade condiciona a impossibilidade de garantir que os serviços serão executados tal como foram conjecturados.

Os serviços são, também, indissociáveis do seu prestador. Kotler & Armstrong (2012) advogam que o serviço não pode ser separado do seu prestador, sendo por isso o prestador parte do serviço, quer este seja prestado por um ser humano ou uma máquina. Em muitos casos, o serviço será mesmo o próprio prestador. Ainda de acordo com estes autores, uma vez que o consumidor está presente durante a produção do serviço e participa deste, influenciando no seu *outcome* final, a interação prestador-consumidor é outra característica diferenciadora dos serviços. De acordo com Feliciano (2010), a inseparabilidade tem associada a produção e consumo simultâneos do serviço, o que torna muito difícil a sua produção em massa. Por outro lado, no caso dos serviços de saúde, o facto de o consumidor ser coprodutor do serviço valoriza a proximidade geográfica dos serviços relativamente a este.

A produção e consumo simultâneos dos serviços têm ainda associada uma outra característica diferenciadora destes: a perecibilidade. Kotler & Armstrong (2012) e Feliciano (2010) referem que os serviços são perecíveis, pois não podem ser armazenados para venda ou consumo posterior à sua produção.

De acordo com Feliciano (2010), existe ainda uma quinta característica diferenciadora dos serviços: a inexistência de posse. Ao adquirir um serviço, o cliente/consumidor adquire apenas o direito de usufruto do mesmo, não havendo qualquer transferência de propriedade entre prestador e cliente/consumidor.

Devido a estas idiossincrasias dos serviços, o Marketing, enquanto área do conhecimento, desenvolveu uma variante dedicada à aplicação dos princípios de Marketing a estes – o Marketing de Serviços. Este, de acordo com Lovelock & Wirtz (2011), é a ferramenta de gestão que permite às organizações monitorizarem a sua concorrência, ouvirem os seus clientes e inovar em resposta às necessidades destes, para lhes oferecer serviços à medida das suas necessidades e de qualidade, que criem valor para estes e satisfaçam as suas necessidades e expectativas, pois esta satisfação resultará

na sua fidelização e na transmissão desta satisfação a pessoas próximas – o denominado marketing *word-of-mouth*, de acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008).

As características dos serviços enumeradas e descritas anteriormente impõem uma aplicação diferente dos princípios do Marketing, comparativamente ao Marketing de bens.

De acordo com Kotler & Armstrong (2012), a natureza intangível dos serviços cria problemas aos prestadores de serviços relativamente à percepção que os clientes/consumidores formam do serviço. Segundo estes autores, perante a incerteza associada à intangibilidade dos serviços, os clientes/consumidores tendencialmente procuram sinais de qualidade do serviço no que veem, mais concretamente nas instalações, pessoas, preço, equipamentos e comunicação. Como tal, os prestadores de serviço devem procurar tornar o serviço tangível de uma ou mais formas e enviar os sinais corretos de qualidade aos clientes/consumidores. Já Feliciano (2010) associa à intangibilidade dos serviços características abstratas, difíceis de promover, e a intangibilidade mental, visto que alguns serviços apresentam um grau de complexidade tão elevado que os clientes/consumidores não conseguem perceber os seus benefícios.

Já a heterogeneidade/variabilidade condicionam fortemente o controlo sobre a qualidade do serviço. De acordo com Feliciano (2010), esta dificuldade pode também constituir uma vantagem, pois possibilita a adaptação destes às peculiaridades de cada cliente/consumidor e, assim, uma maior personalização e possivelmente satisfação deste. Kotler & Keller (2012) apontam três medidas para as organizações solucionarem este problema:

- Investir na seleção e formação do pessoal afeto à prestação de serviços;
- Padronizar os processos da prestação do serviço em toda a organização;
- Monitorizar a satisfação dos clientes/consumidores através do sistema de sugestões, reclamações e comparação de compra, o que permitirá que possíveis falhas sejam detetadas e corrigidas.

A inseparabilidade da produção e consumo simultâneos do serviço e do prestador em relação ao serviço, é, de acordo com Kotler & Armstrong (2012), uma característica especial do Marketing de Serviços. Feliciano (2010) defende que a interação prestador-consumidor vinculada à inseparabilidade produção-consumo do serviço é de extrema importância, pois desta resulta que o prestador – ou profissional de saúde, no caso das unidades de saúde – estará a ser avaliado pelo que faz e pelo que não faz. Kotler & Armstrong (2012) apontam duas estratégias distintas para lidar com esta inseparabilidade:

- A prestação de serviço a grupos de consumidores, em vez da prestação um-a-um;
- O aumento do número de prestadores.

Esta inseparabilidade faz com que o Marketing dos serviços tenha uma vertente que não é encontrada no Marketing de bens, de acordo com Grönroos (1984). Segundo este, o Marketing dos serviços desenvolve-se em 3 vertentes distintas mas interligadas, as quais constituem o triângulo dos serviços:

- Marketing Externo – consiste na preparação, determinação do preço, distribuição e promoção do serviço junto dos clientes e consumidores, agindo sobre as suas expectativas;
- Marketing Interno – consiste na formação e motivação dos colaboradores, para que todos os colaboradores no seio da organização “praticem marketing”, com o objetivo de prestar um serviço de qualidade;
- Marketing Interativo – consiste no Marketing praticado aquando da prestação do serviço, sendo com base neste que o consumidor vai fazer a sua avaliação qualitativa do serviço, que determina a capacidade do prestador de satisfazer as expectativas do consumidor.

Ainda de acordo com este autor, estas vertentes devem ser minuciosamente e cuidadosamente desenvolvidas pela organização, com vista à excelência do seu marketing.

Já a perecibilidade, comporta um desafio de marketing nos casos em que a procura do serviço é flutuante, pelo facto de os serviços não poderem ser armazenados para serem consumidos após a produção, de acordo com Kotler & Armstrong (2012). De acordo com Feliciano (2010), esta dificuldade pode ser ultrapassada pelos prestadores das seguintes formas:

- Praticando preços diferenciados, que permitam equilibrar a procura ao longo de todos os períodos de tempo;
- Regulando a oferta de serviços, através do reforço do número de prestadores nos períodos de tempo em que se verificam os picos da procura.

Kotler & Armstrong (2012) acrescentam outras estratégias para lidar com as flutuações da procura, agindo sobre esta ou sobre a oferta. Agindo sobre a procura, os autores sugerem que:

- A procura entre picos pode ser cultivada;
- Podem ser oferecidos serviços complementares aos clientes/consumidores em espera;
- Podem ser implementados sistemas de reserva/marcação para gerir a procura.

Já do lado da oferta, os autores sugerem que:

- Pode ser aumentada a eficiência dos prestadores nos períodos de pico da procura, através da libertação destes apenas para tarefas essenciais e da alocação à prestação do serviço de colaboradores auxiliares;
- Pode ser aumentada a participação dos consumidores na produção do serviço para libertar tempo ao prestador;
- Podem ser partilhados serviços com outras linhas de produção dentro da organização ou organizações análogas;
- Podem ser realizados investimentos em instalações para futuras expansões.

Sendo o serviço uma performance ou desempenho sensível a um conjunto de fatores com impacto no seu *outcome*, a qualidade deste pode sofrer grandes oscilações, mesmo sendo prestado pelo mesmo prestador, utilizando os mesmos procedimentos, ao mesmo consumidor. Assim, a qualidade do produto é alvo de especial interesse por parte do Marketing de Serviços. Esta é definida como “as características de um bem ou serviço que afetam a sua capacidade de satisfazer necessidades especificadas ou implícitas” (American Society for Quality, s.d.). De acordo com Kotler & Keller (2012), esta, a satisfação do cliente/consumidor e a rentabilidade das empresas estão intimamente relacionadas, sendo que uma maior qualidade resulta em índices mais elevados de satisfação dos clientes/consumidores e esta em maior rentabilidade. Os autores consideram mesmo que a qualidade é a chave para a criação de valor e satisfação dos clientes/consumidores, pelo que se pode concluir que esta assume um papel central na diferenciação face à concorrência e na fidelização destes.

No contexto dos serviços, de acordo com Lovelock & Wirtz (2011), a qualidade percebida pelo cliente/consumidor é o resultado da comparação por este efetuada entre o que percebe ter recebido e as suas expectativas prévias. Como tal, as diferentes componentes que constituem um serviço devem ser alvo de uma avaliação e formatação criteriosas previamente à prestação deste, pois a perceção que o cliente/consumidor terá do serviço será crítica para a satisfação das suas expectativas, as quais, de acordo com Kotler & Keller (2012), são formadas por experiências passadas, divulgação boca-a-boca e publicidade do prestador de serviços. Ainda de acordo com estes autores, o controlo da qualidade do serviço, por forma a satisfazer expectativas dos clientes/consumidores, passa por cinco determinantes que moldam estas mesmas expectativas:

1. Segurança – a capacidade de executar o serviço prometido de forma confiável e precisa;
2. Responsividade – a vontade de ajudar os clientes/consumidores e de dar uma resposta rápida às suas necessidades;
3. Confiança – o conhecimento e cortesia dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança aos clientes/consumidores;
4. Empatia – a prestação de uma atenção individualizada e carinhosa aos clientes/consumidores;
5. Aspetos tangíveis – A aparência física das instalações, equipamentos, pessoal, comunicação e materiais.

Como consequência do impacto das características diferenciadoras dos serviços na aplicação dos princípios do Marketing, também as estratégias de marketing são alvo de uma abordagem diferenciada na área dos serviços. Lovelock & Wirtz (2011), como referido anteriormente, defendem a existência de 3 *P's* específicos dos serviços – Ambiente Físico (*Physical Environment*), Pessoas e Processos – que devem ser acrescentados aos 4 *P's* tradicionais – Produto, Preço, Distribuição (*Placement*) e Promoção – no composto de marketing destes.

A ferramenta Ambiente Físico surge neste modelo de composto de marketing pela necessidade de controlar os aspetos tangíveis do serviço em que o cliente/consumidor baseia a sua avaliação deste. Já a ferramenta Pessoas surge neste modelo de composto de marketing devido à interação entre prestador e consumidor intrínseca dos serviços, surgindo aqui o profissional como representante da organização, cuja atuação é preponderante para a qualidade do serviço prestado, de acordo com Lovelock & Wirtz (2011). Por esta razão, é advogada uma seleção criteriosa e formação dos colaboradores da organização. Ainda de acordo com estes autores, o Processo é a sequência de ações que constituem a prestação do serviço, sendo alvo de especial interesse no âmbito destes por as falhas nestas ações porem em causa a qualidade do serviço. Consequentemente, todas estas ações devem ser planeadas, definidas e alvo de uma monitorização e melhoria contínuas. Esta ferramenta do composto de marketing é manipulada por forma a obter uma maior homogeneidade nos serviços, e assim conseguir reduzir a vulnerabilidade a oscilações na qualidade destes.

As unidades de saúde, prestando serviços de saúde, aplicam os princípios do Marketing de Serviços. Estes serviços partilham as características diferenciadoras dos restantes serviços (Lovelock & Wirtz, 2011, Feliciano, 2010 e Kotler, Shalowitz & Stevens, 2008)). De acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008), a intangibilidade também está presente nos serviços de saúde, o que faz com que os clientes/consumidores destes serviços procurem aspetos tangíveis para aferir a sua qualidade, pelo que as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem procurar demonstrar a qualidade dos seus

serviços através de evidências físicas e da apresentação destes. A inseparabilidade faz com que o profissional de saúde seja avaliado e julgado pelo doente no momento da prestação e com que este último seja coprodutor do serviço, tendo influência no resultado final deste (Feliciano, 2010), o que faz com que o marketing interativo assuma um papel central na percepção da qualidade do serviço que o consumidor vai formar. A heterogeneidade/variabilidade é também indissociável destes serviços. No entanto, pode ser vista como uma vantagem ou desvantagem, dependendo do âmbito de atuação da organização. Como já foi abordado anteriormente, a variabilidade pode ser utilizada para prestar serviços mais diferenciados, adaptados às particularidades de cada cliente/consumidor (Kotler & Keller, 2012), pelo que pode ser utilizada em unidades de saúde que procuram prestar serviços mais diferenciados, como unidades de saúde do sector privado, que procuram a diferenciação como meio para a obtenção de uma vantagem competitiva. Contudo, a heterogeneidade/variabilidade estão diretamente correlacionadas com os erros médicos, de acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008), pelo que em unidades de saúde em que a diferenciação não é possível e/ou priorizada e cujo âmbito as vocaciona para a produtividade como forma de servir públicos-alvo de maior dimensão, os processos de prestação do serviço são tendencialmente padronizados, tentando reduzir-se ao máximo a heterogeneidade/variabilidade. A perecibilidade nos serviços de saúde, ainda de acordo com estes autores, constitui um desafio maior comparativamente a outros serviços, pela existência de serviços de saúde – como os de urgência – em que a procura é altamente variável, o que causa grandes dificuldades à definição de uma oferta de serviços que vá de encontro a esta, e requer o desenvolvimento de estratégias que criem um equilíbrio entre a procura e a oferta, visto que uma oferta deficitária pode ter consequências gravosas.

Apesar das semelhanças entre a generalidade dos serviços e os serviços de saúde descritas, estes últimos encerram em si algumas especificidades, que têm que ser incorporadas pelo Marketing das unidades de saúde.

De acordo com Porter & Teisberg (2006, citados por Porter, 2010), o valor nos serviços de saúde pode ser definido como os *outcomes* alcançados em termos de saúde, por unidade monetária investida. O valor transacionado é, assim, a saúde ou a sua restituição para o consumidor, sendo esta um “bem” essencial à sua sobrevivência, pelo que aspetos como o marketing interativo e a qualidade dos serviços ganham um relevo e dimensão superiores nestes serviços em concreto. A procura de cuidados de saúde é motivada por diversas razões, como: doença, sinistros, ferimentos, prevenção, obtenção de segunda opinião, questões legais e questões profissionais (Kotler, Shalowitz & Stevens, 2008), o que pressupõem a possibilidade da existência dum leque variado de diferentes tipos de clientes/consumidores que

poderão procurar um mesmo serviço de saúde e que requerem abordagens substancialmente distintas de Marketing. Por exemplo, um consumidor que procura cirurgia plástica através duma seguradora para debelar uma cicatriz de um acidente de viação é substancialmente diferente de um que procura o mesmo serviço por uma questão meramente estética e/ou de bem-estar. Ainda de acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008), a decisão de compra dos serviços de saúde não é apenas determinada pela motivação da procura, mas também por características do cliente/consumidor, como idade, género, rendimentos, educação, cultura e crenças, e ainda por características da organização prestadora de serviços, como a competência e credibilidade dos colaboradores, carteira de serviços, acessibilidade e preço. O cliente/consumidor assume, num grande número de situações nas unidades de saúde, a forma de alguém doente que, de acordo com Crié & Chebat (2013), se encontra vulnerável, em sofrimento e com falta de controlo no processo da prestação do serviço. Em algumas situações, estes podem ainda ser emotivos, exigentes e sensíveis, ou encontrar-se com a sua capacidade de tomada de decisão reduzida. Estas características do cliente/consumidor dos serviços de saúde são ainda mais preponderantes para o Marketing destes serviços, na medida em que o consumidor é cocriador de valor, reforçando a preponderância do Marketing para estes serviços.

A qualidade do serviço é um aspeto central e amplamente valorizado no Marketing de Serviços. No entanto, no caso concreto dos serviços de saúde, esta assume uma prioridade maior ainda, pela natureza do “bem” transacionado, a saúde, a qual tem uma estreita ligação com a vida humana (Feliciano, 2010, Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009 e Eiriz & Figueiredo, 2005). A literatura consultada converge no que respeita à importância atribuída à qualidade nestes serviços, no entanto, tendencialmente centra-se na percepção de qualidade do cliente/consumidor.

Ainda de acordo com estes autores, existem ainda outras particularidades do contexto saúde que têm forte impacto no Marketing nesta área: o facto de o consumo ou não consumo do serviço poder ser gravemente prejudicial ou ter consequências letais para a consumidor; o facto de um grande número dos serviços de saúde não serem desejados pelos consumidores; a existência de circunstâncias em que os desejos e necessidades entram em conflito; a elevada exigência de personalização do serviço; o facto de a natureza estritamente pessoal do serviço e confiança serem os principais elementos determinantes da qualidade dos serviços; o facto de os consumidores terem que, simultaneamente, salvaguardar a sua privacidade e abdicar de uma parte dela junto dos profissionais que lhes prestam os serviços. Todas estas colocam ênfase na qualidade do marketing interativo.

De facto, pelas características que os serviços de saúde encerram em si, enquanto serviços e enquanto cuidados de saúde, o Marketing assume uma grande importância nas unidades de saúde. De

acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008, p. 11), “o Marketing assume um papel importante no apoio aos participantes do sistema de saúde na criação, comunicação e entrega de valor aos seus mercados-alvo”. Para (Kong, 2008), o Marketing é no contexto da Saúde, um conceito que orienta a organização para a compreensão das necessidades dos clientes/consumidores, e para o desenvolvimento de serviços de saúde mais orientados para a satisfação destas necessidades e menos para a produtividade; um processo de gestão que visa identificar, antecipar e satisfazer as exigências dos clientes/consumidores; e uma série de técnicas de estudo do comportamento dos clientes/consumidores, estruturação dos serviços e de planeamento estratégico. Ainda de acordo com estes autores, o Marketing é especialmente importante no contexto das unidades de saúde inseridas em mercados competitivos. Apesar do sector público da saúde não assumir a forma de um mercado competitivo na maioria dos países, a competitividade entre as unidades de saúde pode ser criada pela introdução da liberdade de escolha do utente relativamente à unidade de saúde onde pretende ser assistido (teoria da *managed competition*), formando um quase-mercado, circunstância em que o Marketing é essencial para a sobrevivência da unidade de saúde (Hudson, 2010). Não obstante a ausência do fator competição, as unidades de saúde públicas dos restantes serviços nacionais de saúde também podem beneficiar com o Marketing, de acordo com Lega (2006), nomeadamente para fazerem face às crescentes pressões decorrentes da implementação de sistemas de financiamento *per-capita*, custos, qualidade e adequação clínica a que estas estão sujeitas. Ainda de acordo com este autor, o Marketing nestas organizações vai ao encontro da necessidade destas de identificar, avaliar, priorizar e servir as necessidades de cuidados de uma população/mercado.

### **3.3 A Orientação Estratégica nas Unidades de Saúde**

Seguindo o sucesso da implementação de orientações estratégicas em empresas de outros ramos de negócio, a implementação de orientações estratégicas surgiu também nas unidades de saúde.

A implementação destas orientações nas unidades de saúde começou pela orientação de mercado, a qual, devido às capacidades que as organizações que a implementam desenvolvem, se adequa particularmente bem às indústrias de serviços, onde conhecer o cliente/consumidor e satisfazer as suas necessidades é essencial e a interação com este é instantânea (Parasuraman, 1987, citado por Rapert & Yarbrough, 1998). Neste contexto, as unidades de saúde beneficiam particularmente da implementação desta orientação estratégica por ficarem munidas de ferramentas mais adequadas para lidarem com as exigências em constante mudança dos seus clientes/consumidores e com a crescente

competitividade nos mercados de saúde. Esta orientação estratégica permite ainda às organizações de saúde atingirem níveis mais elevados de qualidade dos serviços e de satisfação dos clientes/consumidores (Rapert & Yarbrough, 1998). Wrenn (2007) encontrou também uma correlação positiva entre a orientação de marketing e a performance nos hospitais, utilizando como indicadores de performance as receitas provenientes das admissões e altas de pacientes, taxas de ocupação e duração dos internamentos. Já Tsai (2013) encontrou uma correlação positiva entre a orientação de mercado e a inovação organizacional em hospitais. Lonial, Tarim, Zaim & Zaim (2008) observaram um efeito positivo forte da orientação de mercado em hospitais sobre o desenvolvimento de novos serviços, e que este desenvolvimento assume uma posição de mediador entre a orientação de mercado e a performance financeira dos hospitais. De salientar, no entanto, que os estudos encontrados sobre a aplicação da orientação de mercado, apesar de generalizarem usualmente a sua utilidade às unidades de saúde, utilizaram amostras essencialmente constituídas por hospitais, e que se debruçaram sobre unidades dos sectores público e privado lucrativo.

Nos últimos anos têm sido aplicadas novas orientações estratégicas em unidades de saúde, as quais encontram-se ainda numa fase insipiente, sendo por isso ainda difícil ajuizar a sua validade prática nestas.

Soklaridis (2014) defende que a orientação para a aprendizagem constitui uma fonte de vantagem competitiva para as unidades de saúde. Para esta autora, estas unidades são semelhantes a organizações empresariais, porque a construção da sua vantagem competitiva é conseguida pela integração das mais recentes descobertas baseadas em evidências e tecnologia nas suas práticas clínicas, que melhoram os cuidados que estas prestam aos seus clientes/consumidores. Esta orientação permite aos administradores hospitalares, segundo a autora, lidar com a necessidade de se orientarem cada vez mais para os clientes/consumidores, de os serviços estarem cada vez mais dependentes de equipas multidisciplinares e de promoverem a melhoria contínua dos cuidados. Esta orientação tem sido implementada em hospitais e outros tipos de unidades de saúde, no entanto desconhecem-se os *outcomes* desta implementação. Existe ainda, segundo Hellman, Kastberg, & Siverbo (2015), a orientação para os processos, que visa tornar mais eficiente a prestação de cuidados, através da melhoria da cooperação, coordenação e colaboração entre departamentos e entre unidades de saúde, como forma de lidar com a complexidade das unidades de saúde de grandes dimensões - onde a prestação de cuidados é fragmentada - e entre unidades de organizações com diversas unidades. O objetivo desta orientação passa pela garantia de serviços rápidos, seguros, de qualidade e continuamente melhorados. A sua implementação tem, no entanto, fracassado devido à resistência dos profissionais de saúde.

### 3.4 A Estratégia de Marketing nas Unidades de Saúde

Segundo Kotler & Keller (2012), a definição de estratégias de marketing nas unidades de saúde deve começar pela seleção do mercado e/ou público-alvo e pela definição do seu posicionamento, o qual define a forma como esta vai competir no mercado.

A definição do mercado e/ou público-alvo tem por base a segmentação de mercado, a qual, no âmbito das unidades de saúde, estratifica a população a servir em grupos o suficientemente homogêneos para que seja possível identificar um conjunto de cuidados de saúde cuja necessidade é comum aos indivíduos em cada um destes grupos, e assim definir a portfólio de serviços necessário para ir ao encontro das suas necessidades (Lynn, Straube, Bell, Jencks, & Kambic, 2007). De acordo com Feliciano (2010), dependendo da amplitude do mercado que for definida como alvo, a abordagem do Marketing a este pode assumir a forma de:

- Marketing em Massa – abordagem que objetiva chegar a todos os clientes/consumidores, sem se preocupar em satisfazer realmente as necessidades deste, que apenas é possível em mercados não competitivos;
- Marketing Diferenciado – abordagem que objetiva oferecer produtos diferenciados que potenciem a escolha destes pelos clientes/consumidores, mas sem estarem direcionados para um grupo específico destes últimos;
- Marketing Concentrado em Mercado-Alvo – abordagem decorrente da análise, segmentação e escolha de um segmento específico, com consequente desenvolvimento de produtos direcionados para as necessidades específicas;
- Marketing de Nicho – abordagem preconizada pelo desenvolvimento de produtos direcionados para pequenos subgrupos de segmentos que se caracterizam por necessidades especiais e que são pouco atrativos para a concorrência;
- Marketing One-to-One ou 1a1 – abordagem caracterizada pelo desenvolvimento de produtos altamente diferenciados e personalizados, à medida das necessidades de cada cliente/consumidor.

Após a definição do mercado e/ou público-alvo a servir e, por inerência, dos serviços a oferecer, é necessário definir a forma como a unidade de saúde vai competir no mercado e obter uma vantagem competitiva – o seu posicionamento. De acordo com Kotler & Armstrong (2012), as organizações podem adotar três estratégias de posicionamento distintas:

- Liderança pelo produto – estratégia que orienta toda a organização para a produção do melhor bem ou serviço;
- Intimidade com os clientes – estratégia que orienta a organização para a satisfação de um conjunto de necessidades de um tipo de cliente/consumidor específico, oferecendo-lhe uma solução de bens/serviços que satisfaça a totalidade das suas necessidades e crie uma relação comercial duradoura;
- Excelência operacional – estratégia que orienta a organização para a oferta de bens/serviços de custo reduzido e estandardizados, deixando de parte a inovação, a liderança pela qualidade e as relações comerciais duradouras com os clientes/consumidores.

As duas primeiras estratégias visam a oferta de uma vantagem para o cliente/consumidor sob a forma de um benefício decorrente da qualidade e/ou elevada personalização do serviço, enquanto a excelência operacional oferece como vantagem o preço reduzido. Ainda de acordo com estes autores, as duas primeiras estratégias são favoráveis em mercados em que os consumidores estão dispostos a pagar por um produto/serviço *premium* e em que têm acesso a informação ou experiência que lhes permita diferenciar os diferentes competidores em termos de qualidade, sendo como tal mais apropriada para unidades de saúde do sector lucrativo. Já a excelência operacional é o posicionamento favorável junto de clientes/consumidores sensíveis ao preço do produto, sendo por isso a mais indicada para as unidades de saúde públicas, em que o cliente é o Estado.

O composto de marketing dos serviços de saúde, tal como o dos restantes serviços, contempla 7 *P's* (Feliciano, 2010). Para Lega (2006), no contexto saúde, o foco do composto de marketing não deve ser os tradicionais aumento da procura, da quota de mercado ou da rentabilidade, mas antes a adequação clínica dos serviços e a qualidade destes.

Feliciano (2010), referindo-se aos serviços de saúde no sector lucrativo, defende que as unidades de saúde devem oferecer um número limitado de serviços, os quais devem destacar-se pela qualidade, e ainda que os serviços de saúde, enquanto produto, sobressaem pela sua relativa complexidade, dadas as suas dimensões médica, social, cognitiva e afetiva.

Relativamente ao preço, de acordo com a mesma autora, este deve ser definido com base nos custos, procura, julgamento da qualidade por parte dos clientes/consumidores, concorrência e regulamentação. Neprash, Wallace, Chernew, & McWilliams (2015) enfatizam que o preço dos serviços de saúde deve levar em conta a estrutura do mercado, a penetração da gestão nos cuidados e os preços praticados no sector público. Kotler, Shalowitz & Stevens (2008), acrescentam que o preço destes serviços deve ser alvo de uma estratégia bem ponderada, pois os clientes não compreendem o preço

em saúde - consideram-no inconsistente e misterioso - e porque este comunica o valor da organização e o seu posicionamento no mercado.

A distribuição em saúde está diretamente relacionada com o desenvolvimento da acessibilidade dos clientes/consumidores aos serviços de saúde, sendo esta descrita por Sanchez & Ciconelli (2012) como um conceito multidimensional que engloba as dimensões acessibilidade financeira, aceitabilidade (natureza dos serviços prestados e a forma como são percebidos pelos clientes/consumidores), disponibilidade (existência ou não do serviço de saúde no local apropriado, no momento em que é necessário) e informação (disponibilização de informação aos clientes/consumidores que lhes permite aceder aos serviços que vão de encontro às suas necessidades). Assim, aspetos como a disponibilização de serviços cofinanciados (seguradoras, subsistemas de saúde e/ou Serviço Nacional de Saúde), facilidades de pagamento, serviços coerentes com a cultura e crenças do público-alvo, serviços geograficamente próximos deste, em horários coerentes com as suas rotinas e de informação que permita a este identificar o serviço como sendo o adequado às suas necessidades, são aspetos centrais na conceção da distribuição do serviço, ainda que as dimensões acessibilidade financeira e informação estejam também relacionadas com outras ferramentas do composto de marketing.

Feliciano (2010) distingue dois tipos de promoção e comunicação nas organizações de saúde: externa e interna. A comunicação externa tem como interlocutores os clientes da organização e visa transmitir-lhes a oferta de serviços da unidade de saúde e as características destes, e ainda obter o *feedback* necessário à melhoria contínua da qualidade dos serviços. Esta promoção pode ser efetuada com o recurso a publicidade, relações públicas e marketing direto, utilizando canais de comunicação como a internet, *outdoors*, jornais, revistas, televisão e rádio. A comunicação assume grande preponderância no paradigma do marketing relacional, visto ser através desta que a organização estabelece uma relação de confiança e duradoura com os clientes/consumidores. No entanto, de acordo com Kotler & Keller (2012), os consumidores de serviços, devido à dificuldade de avaliação da qualidade destes antes do consumo, confiam mais nas informações boca-a-boca – o *feedback* de alguém próximo que já consumiu o serviço – do que em publicidade, estando esta transmissão da informação boca-a-boca entre consumidores e potenciais consumidores diretamente correlacionada com a satisfação dos primeiros quando consomem o serviço, e esta, por sua vez, diretamente correlacionada com a qualidade do serviço por estes percebida (Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009), podendo por isso concluir-se que a forma mais eficiente de promoção de um serviço de saúde é a através da sua qualidade. Já a comunicação interna, de acordo com Feliciano (2010), tem como interlocutores os colaboradores da organização e vai permitir a esta transmitir-lhes as diretrizes necessárias à prestação dos serviços de

saúde dentro dos padrões de qualidade pretendidos e obter destes o *feedback* necessário à melhoria contínua dessa mesma qualidade, à semelhança da comunicação com os clientes/consumidores.

As pessoas – neste caso em concreto, os colaboradores que contactam com o cliente/consumidor, com especial ênfase nos profissionais de saúde – têm também uma elevada preponderância em termos de marketing nas unidades de saúde. De acordo com Feliciano (2010), ao procurar serviços de saúde, o cliente/consumidor encontra-se potencialmente fragilizado ou incapaz de tomar de decisões relativamente aos cuidados a receber, condição a que se junta, potencialmente, iliteracia relativamente a estes. Como tal, ao procurarem serviços de saúde, os clientes/consumidores, maioritariamente, delegam no profissional de saúde que os assiste a decisão sobre os cuidados a adquirir, o que, associado à elevada preponderância que estes têm na perceção de qualidade de serviço que o cliente/consumidor vai formar, através da sua capacidade técnica, segurança na prestação dos cuidados, e apoio e conforto prestados ao cliente/consumidor durante o processo, lhes confere um papel central no serviço de saúde, e concede grande importância à seleção e formação profissional destes profissionais.

Os processos surgem no composto de marketing das unidades de saúde como forma de controlo da variabilidade e do impacto que esta tem na qualidade dos serviços. De acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008), os processos de prestação de serviços de saúde devem ser padronizados, criando-se fluxogramas representativos de todas as etapas constituintes do processo de prestação dos cuidados de saúde, por forma a permitir aos colaboradores a identificação de potenciais falhas de segurança. Woodward *et al.* (2010) defendem que a padronização dos processos de prestação dos serviços de saúde, através da implementação de fluxogramas, *checklist's* e tecnologias da informação é uma estratégia efetiva de redução dos erros médicos e efeitos adversos dos cuidados, contribuindo por isso para a segurança dos consumidores e qualidade dos cuidados.

Por último, o ambiente físico constitui uma ferramenta relevante do composto de marketing dos serviços de saúde por razões idênticas à da generalidade dos serviços: por ser a componente tangível do serviço, sobre a qual o cliente/consumidor vai formar a sua perceção da qualidade deste, como referido anteriormente. Existe, ainda, um conceito que coloca o ambiente físico como parte ativa do processo de cura do consumidor – o conceito de ambiente curador. De acordo com Dijkstra, Pieterse, & Pruyn (2006), o ambiente físico pode ser um estímulo positivo no processo de cura dos doentes, através do bem-estar que lhes proporciona. Aspectos como a existência de luz solar e janelas, os odores ou a disposição dos locais para sentar, foram conectados com efeitos positivos sobre o bem-estar e, conseqüentemente,

sobre o processo de cura. Assim, o ambiente físico influi não só na qualidade dos serviços percebida pelos clientes/consumidores, mas também na efetividade dos serviços de saúde prestados.

Para Gray (2008), o composto de marketing das unidades de saúde para além dos 4 *P's* tradicionais do composto de marketing dos bens, tem apenas mais um *P* – o de Princípios. Para este autor, os princípios e valores orientadores da unidade de saúde devem ser incluídos por estas no seu composto de marketing como uma ferramenta independente, que leva estes princípios e valores para a prestação dos serviços de saúde pela unidade de saúde no dia-a-dia. Estes valores sustentam a gestão do risco, o Marketing ético, a responsabilidade social da unidade de saúde e a própria marca.

### **3.5 A Adoção do Marketing pelas Unidades de Saúde**

O Marketing nas unidades de saúde surgiu como função organizacional em 1975, de acordo com Kotler, Shalowitz & Stevens (2008), quando o Evanston Hospital apontou um responsável pelo Marketing. Foi reconhecido como área de interesse na gestão de serviços de saúde em 1977, quando a American Hospital Association realizou a sua primeira conferência sobre Marketing (Leiderman & Zucchi, 2007).

Desde então, as valências do Marketing para as unidades de saúde conquistaram o reconhecimento que lhe vale, na atualidade, o papel de função da organização, sobretudo nos sectores público e privado, na criação de valor para a população, no caso dos serviços públicos, e na criação de valor para os clientes/consumidores e de uma vantagem competitiva para a organização, no caso do sector privado.

De acordo com Kong (2008), desde a introdução da política de escolha do utente no *National Health System*, no Reino Unido, em 2002, o Marketing tornou-se uma prática comum e generalizada entre as unidades de saúde daquele país – das quais uma parte significativa são OSFL -, que passaram a competir ativamente pelos clientes/consumidores. Esta competição e proliferação do Marketing levou mesmo à criação de um código de práticas (Hudson, 2010).

Em Portugal, de acordo com Eiriz & Figueiredo (2005), a empresarialização da gestão dos serviços públicos de saúde, à altura, e o reforço da oferta no sector privado, impulsionaram a transição das organizações prestadoras de cuidados de saúde no país para uma nova etapa, em que estas se tornaram mais orientadas para o Marketing. Segundo Feliciano (2010), no final da mesma década, os hospitais dos sectores público e privado tinham já uma função organizacional de Marketing. Já no que toca às unidades de saúde de menor dimensão, mais especificamente privadas, existiam já unidades que começavam a recolher o *feedback* dos seus clientes/consumidores através de inquéritos de

satisfação, não levando, na generalidade, o seu esforço de Marketing além desta tarefa. Há no entanto a salientar que, segundo a autora, nestas unidades de saúde existiam já cuidados com a promoção de um atendimento personalizado aos clientes/consumidores, em dispor de instalações modernas e acolhedoras, em definir preços de acordo com o público-alvo e a qualidade dos serviços prestados, e em padronizar procedimentos para reduzir o risco de erros médicos e salvaguardar a segurança dos beneficiários. Estas práticas não eram, no entanto, promovidas e desenvolvidas por profissionais de Marketing. De facto, segundo a autora, os responsáveis de Marketing destas unidades de saúde eram os próprios profissionais de saúde, que acumulavam funções de direção e/ou gestão da unidade de saúde.

A pesquisa bibliográfica efetuada não identificou quaisquer estudos publicados sobre a adoção e/ou práticas de Marketing em unidades de saúde da Economia Social em Portugal.

### **3.6 Conclusão**

Os princípios de marketing são aplicados nas unidades de saúde seguindo os mesmos princípios da generalidade dos serviços e levando em conta as especificidades que o contexto saúde requer: a importância do “bem” saúde para o ser humano, a necessidade daí decorrente de priorizar a qualidade do serviço face a outras prioridades de gestão e a singularidade contextual da interação prestador-cliente/consumidor.

Relativamente às práticas de marketing em unidades de saúde, no que às orientações estratégicas diz respeito, a literatura consultada converge com a respeitante às orientações estratégicas em OSFL no sentido de que a orientação de mercado é adequada e a sua adoção tem benefícios comprovados em ambos os casos.

Já no que respeita às estratégias de Marketing, esta convergência não acontece. A aplicação dos princípios de marketing em unidades de saúde direciona estas inexoravelmente para a satisfação das necessidades e expectativas do cliente/consumidor, deixando de parte outros clientes que existem nas unidades de saúde das OSFL, característicos da multiplicidade de *stakeholders* destas últimas. Por outro lado, a definição, implementação e controlo de estratégias de marketing que têm como produto a saúde requerem uma aplicação diferente dos princípios de marketing comparativamente à aplicação destes aos restantes produtos das OSFL, pelo que se deduz a necessidade da existência de uma estrutura de marketing própria nas unidades de saúde, que aplique os princípios de marketing característicos dos serviços de saúde, em articulação com as especificidades de uma OSFL – a orientação não lucrativa, a possível relação indireta entre financiador e beneficiário dos serviços e a existência de múltiplos

*stakeholders*. Por último, a vocação das OSFL – e no caso da problemática desta dissertação em concreto, a missão das Misericórdias – passa pela promoção do acesso aos serviços de saúde da generalidade da população que serve, ou de determinados grupos sociais de risco inseridos nesta, pelo que o preço dos serviços deverá ser baixo. Tal poderá pressupor uma estratégia de posicionamento de excelência operacional, a qual não é completamente compatível com a priorização da qualidade dos serviços característica do Marketing dos serviços de saúde. Assim, as unidades de saúde das Misericórdias poderão enfrentar o desafio de Marketing do compromisso entre os custos operacionais baixos e a qualidade do serviço, à semelhança do que acontece com as unidades públicas de saúde. A manipulação das ferramentas do composto de marketing nestas unidades de saúde deverá também levar em conta as limitações descritas no capítulo anterior decorrentes do facto de as Misericórdias serem OSFL, nomeadamente ao nível da determinação dos produtos, determinação do preço em função do financiador dos serviços e a necessidade de desenvolver estratégias de comunicação direccionadas a todos os *stakeholders*.

Por último, relativamente à adoção Marketing pelas unidades de saúde, a pesquisa efetuada permitiu obter informação relativamente à adoção e práticas das unidades de saúde dos sectores público e privado do nosso país, mas não por unidades do sector social, o que evidencia a escassez de estudos nesta área e a utilidade deste estudo.



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Introdução**

O estudo do paradigma do Marketing que está na base da elaboração desta dissertação requer a realização de um estudo empírico. No presente capítulo será conceptualizado este estudo, seguindo a metodologia mais indicada, de acordo com o conhecimento científico, para o cumprimento destes objetivos.

Assim, este capítulo será desenvolvido em 4 secções, sendo que na primeira destas (secção 4.2) será abordado o desenho e questões estudo, seguindo-se a definição da população (secção 4.3), e por último os métodos de recolha e análise de dados (secções 4.4 e 4.5, respetivamente). O capítulo é encerrado pela apresentação da síntese e conclusões do mesmo (secção 4.6).

### **4.2 Desenho e Questões de Estudo**

De acordo com Barañano (2008), a motivação para a realização de investigações científicas parte do estudo de conceitos teóricos ou da emergência de problemas práticos. Ainda de acordo com a autora, a definição do problema de estudo deve ser seguida pela definição dos objetivos e questões de pesquisa e pela definição do modelo conceptual do estudo, devendo a definição destas três componentes ser apoiada por uma revisão da literatura que permita consolidar o problema em estudo, construir o modelo conceptual e considerar as diversas hipóteses de estruturação do estudo empírico.

A escolha da temática desta dissertação e respetivo estudo empírico surgiu pela observação direta, em ambiente laboral, das práticas de gestão nas Misericórdias e respetivas unidades de saúde, entre as quais se encontra o Marketing. Esta observação direta levou à formação de uma conjectura - de que as Misericórdias, na sua esmagadora maioria, ainda se encontrarão numa fase incipiente da adoção do Marketing como função da organização, o mesmo se estendendo às suas unidades de saúde, e que, conseqüentemente, estarão a subaproveitar as potencialidades destas para as próprias Misericórdias e para as comunidades que estas servem -, a qual define a problemática do estudo - as práticas de Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias. Com base neste problema de estudo, foi definido como objetivo primário para o mesmo descrever o paradigma do Marketing nestas unidades de saúde.

Este retrato do paradigma do Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias, será feito através duma descrição das práticas de marketing mais comuns neste e da sua interpretação no contexto das OSFL em geral e dos serviços de saúde em particular. Como tal, este estudo assume a natureza de um estudo descritivo, quanto ao seu objetivo, visto que estes têm por objetivo retratar um perfil exato de pessoas, eventos ou situações, de acordo com Saunders, Lewis & Thornhill (2009), ou determinar, com a precisão possível, a frequência com que determinado facto ocorre e as suas características, procurando descrever e interpretar estas, de acordo com Barañano (2008). Esta aferição da frequência de ocorrência dos comportamentos no seio da população requer o uso de dados maioritariamente de natureza quantitativa, pelo que este estudo é também quantitativo quanto ao processo de pesquisa utilizado.

Já no que respeita aos resultados, este estudo pode ser classificado como fundamental, ainda que a sua motivação surja da observação de questões práticas, uma vez que foi desenvolvido em contexto académico, com o objetivo de contribuir para o conhecimento da gestão de unidades de saúde e não tendo em vista a resolução de um problema concreto (Saunders *et al.*, 2009).

A revisão da literatura permitiu passar da conjectura inicial a um constructo e definir um conjunto de questões de investigação relevantes no âmbito deste, as quais, juntamente com a literatura consultada, serviram de base à determinação das variáveis a mensurar para caracterizar as práticas de marketing das unidades de saúde das Misericórdias.

A literatura revista sobre o Marketing nas OSFL traça um perfil evolutivo da utilização do Marketing nestas organizações, sendo perceptível a transição dum paradigma, no final dos anos 70, em que o Marketing era olhado com preconceito pelos administradores destas organizações, para um paradigma onde os seus benefícios para as organizações são já reconhecidos e onde os estudos científicos publicados apontam no sentido do crescimento do número de OSFL que o têm como função da organização e o utilizam como ferramenta de gestão. Já relativamente às unidades de saúde, o Marketing é uma função organizacional e uma prática de gestão comum entre as unidades dos sectores público e privado, ainda que neste último numa extensão bastante maior. Estas realidades parecem apontar no sentido do Marketing poder ser já uma prática comum entre as unidades de saúde da Economia Social. No entanto, a aplicação do Marketing enquanto verdadeira ferramenta de gestão e a agregação deste como função da organização, requerem a existência na organização de profissionais com formação nesta área do conhecimento que as Misericórdias se pressupõe maioritariamente não terem, pelas instituições que predominam no seu ambiente organizacional, nomeadamente pela sua cultura organizacional, estrutura que verticaliza a gestão em órgãos administrativos cujos constituintes não necessitam de qualificação específica para os cargos que desempenham e pela legislação que

regulamenta a atividade destas organizações, que dificulta a contratação de colaboradores qualificados. Assim, com base nesta conjectura, é formada a primeira questão de investigação:

1. O Marketing é já uma prática de gestão habitual entre as unidades de saúde das Misericórdias?

Em estreita relação com esta pressuposta não utilização do Marketing como ferramenta de gestão nas unidades de saúde das Misericórdias poderá estar o facto de os seus administradores não serem gestores profissionais. Tal como já foi referido, os corpos administrativos das Misericórdias são constituídos por associados destas organizações eleitos para o desempenho destes cargos de forma não assalariada, não constituindo as qualificações ou experiência profissional na gestão de organizações um requisito. Assim, conjecturou-se um quadro em que a gestão destas organizações não é profissional e exercida por indivíduos potencialmente sem formação em Marketing – o que converge com o referido pela literatura reportando-se aos primórdios do Marketing nas OSFL, em que a sua aplicabilidade a estas era amplamente questionada e este era olhado com preconceito pelos administradores destas organizações -, que, como tal, desconhecem o que o Marketing é realmente e, conseqüentemente, as suas valências e a aplicabilidade dos seus princípios a estas organizações e suas unidades de saúde. Em Misericórdias com unidades de saúde de maiores dimensões e complexidade, estes normalmente apenas superintendem a administração destas unidades, sendo a administração quotidiana destas feita por diretores que acumulam essa função por inerência à posição que ocupam na hierarquia clínica da unidade, não sendo também, por isso, gestores profissionais ou, à partida, profissionais com formação académica em Marketing, reforçando o quadro conjecturado de gestão não profissional destas unidades de saúde. Desconhecendo o que o Marketing realmente é e as suas valências para a organização, estes administradores dificilmente lhe atribuirão a preponderância necessária para contratar profissionais com formação específica nesta área, que definam com conhecimento e rigor quais as práticas adequadas e as implementem. Assim, a segunda questão de investigação é:

2. Os administradores das unidades de saúde das Misericórdias conhecem a aplicabilidade do Marketing às unidades que administram?

Ainda que desconhecendo o que o Marketing realmente é e os seus princípios, os responsáveis pela administração das OSFL praticam-no inconscientemente, de acordo com Kotler (1978). Assim, importa caracterizar as práticas de marketing não só das unidades de saúde que possam ter uma função organizacional de Marketing e façam dele uma ferramenta de gestão, mas também das que não o fazem. Não obstante, importa também conhecer o impacto que as diferentes instituições que coabitam nestas

unidades de saúde têm sobre as práticas de marketing nestas. Como tal, a quarta e quinta questões de investigação são:

3. As unidades de saúde das Misericórdias têm uma orientação estratégica?
4. Quais as estratégias de marketing das unidades de saúde das Misericórdias?

Com base nestas questões de investigação, foram identificadas um conjunto de variáveis a mensurar com vista à sua explicação, tendo por base a revisão da literatura efetuada.

Relativamente ao Marketing como prática de gestão habitual nas unidades de saúde, Kotler, Shalowitz & Stevens (2008, p. 10), conotou a integração do Marketing como função da organização e prática de gestão em unidades de saúde, com a nomeação de responsáveis e a criação de departamentos dedicados à prática de marketing. Como tal, a variável identificada para caracterizar o Marketing como prática de gestão habitual nas unidades de saúde das Misericórdias, foi a existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing.

Já relativamente à percepção de Marketing dos administradores destas unidades de saúde, Kotler (1979) aferiu a aceitação do Marketing entre administradores de OSFL, tendo concluído que estes desconheciam o real conceito de Marketing ao associarem-no ao incremento de vendas e manipulação de consumidores, não reconhecendo, por isso, também a sua utilidade nas OSFL e rejeitando a eticidade da sua utilização nestas (ver secção 2.5). Com base neste estudo, foram identificadas 3 variáveis caracterizadoras da percepção de Marketing dos administradores destas unidades de saúde: o conhecimento do conceito de Marketing, a opinião sobre a sua utilidade e a opinião sobre a eticidade da utilização deste nestas.

Os diversos estudos da definição e avaliação da orientação de mercado nas organizações identificam e avaliam diversas componentes deste conceito, no entanto todos estes estudos dedicaram-se à identificação e avaliação de apenas algumas destas componentes, sendo as mais frequentes a orientação para o cliente e a orientação para a concorrência (Tomášková, 2009). Já de acordo com Modi (2012), esta orientação nas OSFL orienta-as também para os benfeitores. Estas 3 componentes da orientação de mercado nas OSFL constituíram as variáveis de estudo para a caracterização da orientação estratégica, mais concretamente de mercado, nesta investigação.

Tal como foi referido na secção 3.4, a definição do produto em saúde começa pela definição do mercado-alvo, a qual pressupõem a aplicação da segmentação de mercado, como forma de identificar na população grupos suficiente homogêneos, que permitam identificar um conjunto de cuidados de saúde cuja necessidade seja transversal aos indivíduos que os constituem. Segue-se a definição do posicionamento a assumir pela organização no mercado. A literatura revista, nomeadamente na secção

3.2, atribui também um papel central à qualidade do produto, pela sua preponderância para a criação de valor para os clientes/consumidores e sucesso organizacional, mas sobretudo pela delicadeza do “bem” saúde. Como tal, foram identificadas 3 variáveis passíveis de avaliação no contexto das práticas estratégicas em torno do produto, nestas unidades de saúde. Contudo, o posicionamento é uma variável de difícil aferição, dada a sensibilidade da informação relativa às opções de cada organização, pelo que, nesta investigação, apenas as práticas em torno das variáveis “uso da segmentação de mercado” e “priorização da qualidade” foram alvo de estudo e descrição.

O preço é, talvez, a dimensão do composto de marketing onde a orientação não lucrativa e os fins sociais das Misericórdias poderá ser mais evidente. Este deve ser alvo de grande ponderação, dada a sua influência no juízo de valor, qualidade e posicionamento da organização percebidos pelos clientes/consumidores. Em função da revisão da literatura sobre o tema (secção 3.4), foram definidas as variáveis “determinação do preço em função das práticas da concorrência”, “determinação do preço em função dos custos e da procura” e “determinação do preço em função da qualidade” para estudo das práticas relativas a esta componente do composto de marketing.

O conceito de distribuição em Saúde confunde-se com o de acessibilidade, sendo esta um conceito multidimensional que congrega as dimensões financeira, aceitabilidade, disponibilidade e informação. Na dimensão financeira, a promoção do acesso aos serviços faz-se pela disponibilização de serviços cofinanciados. Já na dimensão disponibilidade, as estratégias devem visar a oferta dos serviços quando e onde estes são necessários, pelo que o planeamento do horário e capacidade de resposta em tempo útil às flutuações da procura e da localização das instalações constituem as variáveis a avaliar. As dimensões aceitabilidade e informação são trabalhadas por outras componentes do composto de marketing, pelo que no âmbito das práticas em torno da distribuição as 3 variáveis anteriormente enumeradas foram as variáveis alvo do estudo.

Ao nível da promoção e comunicação, a literatura revista (também na secção 3.4), argui a existência de 2 tipos distintos; O primeiro destes – a comunicação interna – visa transmitir aos colaboradores as diretrizes necessárias à prestação dos serviços nos padrões de qualidade pretendidos e a obtenção do *feedback* destes necessário à melhoria contínua dessa mesma qualidade; Já o segundo tipo – a comunicação externa – visa transmitir ao público-alvo a oferta de serviços da organização e as suas características, e obter o *feedback* deste relativamente aos serviços. A literatura referencia também que o meio de promoção mais eficaz em saúde é o marketing boca-a-boca, no qual esta é feita por clientes/consumidores efetivos junto de potenciais clientes/consumidores, o que coloca ênfase na qualidade dos serviços prestados. Como tal, relativamente a esta componente do composto de

marketing, foram identificadas 4 variáveis a ser estudadas com vista à descrição das práticas de Marketing nestas unidades de saúde: o desenvolvimento de ações de comunicação interna, o desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo, o desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes/consumidores e o conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca.

A componente pessoas surge no composto de marketing dos serviços de saúde como uma componente chave, dado o impacto que a performance dos profissionais envolvidos na prestação destes serviços tem sobre a sua qualidade. Este impacto é determinado essencialmente pelas suas capacidades técnicas e por um conjunto de capacidades não técnicas essenciais ao marketing interativo, o qual assume grande preponderância nos cuidados de saúde pela condição biopsicossocial do cliente/consumidor no momento do consumo (secção 3.4). Como tal, no contexto das capacidades técnicas, a variável identificada para avaliação foi o investimento na formação profissional dos colaboradores, dado que é através desta que estes adquirem as competências técnicas que possibilitam a melhoria contínua da qualidade técnica dos seus serviços. Já no contexto das capacidades não técnicas, a variável identificada para avaliação foi a consideração destas no recrutamento dos colaboradores.

A componente processos do composto de marketing dos serviços tem por objetivo reduzir a variabilidade intrínseca a estes e assegurar a sua qualidade. No caso dos serviços de saúde, esta variabilidade é especialmente perniciosa pelo valor do “bem” saúde. Nestes, o objetivo dos processos passa sobretudo pela prevenção e redução dos erros médicos e por garantir a segurança dos clientes/consumidores. Como tal, a variável a variável identificada para o estudo desta componente do composto de marketing, foi a padronização destes.

Por último, o ambiente físico, tal como referido na secção 3.4, constitui a componente tangível dos serviços, revestindo-se de grande relevo para a perceção de qualidade destes que os clientes/consumidores formam. A variável avaliada foi os cuidados dispensados a este, com a perceção de qualidade do cliente/consumidor em mente.

O Quadro 2 sintetiza todas estas variáveis.

## Quadro 2 – Questões de investigação e respetivas variáveis

Questão de Investigação	Dimensão das Práticas	Variáveis	Fundamentação Teórica
1	O Marketing como função da organização	Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing	Kotler, Shalowitz & Stevens (2008)
2	Perceções do Marketing dos Administradores	Conhecimento do conceito de Marketing Opinião sobre a utilidade do Marketing Opinião sobre a eticidade da utilização do Marketing	Kotler (1979)
3	Orientação estratégica	Orientação para o cliente Orientação para a concorrência Orientação para os benfeitores	Tomášková (2009) Modi (2012)
4	Estratégia de Marketing - Produto	Uso da segmentação de mercado Priorização da qualidade	Lynn <i>et al.</i> (2007) Lega (2006) e Feliciano (2010)
	Estratégia de Marketing - Preço	Determinação do preço em função das práticas da concorrência Determinação do preço em função dos custos e da procura Determinação do preço em função da qualidade	Neprash <i>et al.</i> (2015) e Kotler, Shalowitz & Stevens (2008)
	Estratégia de Marketing - Distribuição	Disponibilização de serviços cofinanciados Adaptação da oferta de serviço às variações da procura Planeamento da acessibilidade física aos serviços Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	Sanchez & Ciconelli (2012)
	Estratégia de Marketing – Comunicação e Promoção	Desenvolvimento de ações de comunicação interna Desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes/consumidores Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	Feliciano (2010) Kotler & Keller (2012)
	Estratégia de Marketing - Pessoas	Consideração de capacidades não técnicas do profissional com impacto na qualidade do serviço, nos processos de recrutamento Investimento na formação profissional dos colaboradores	Feliciano (2010)
	Estratégia de Marketing - Processos	Padronização dos processos de prestação dos serviços	Kotler, Shalowitz & Stevens (2008)
	Estratégia de Marketing – Ambiente Físico	Cuidados dispensados ao ambiente físico, com a perceção de qualidade do cliente em mente	Lovelock & Wirtz (2011)

Fonte: autor

### 4.3 População

A população em estatística é, de acordo com Cooper & Schindler (2014, p. 338), “a coleção total de elementos sobre os quais queremos fazer inferências”, sendo os elementos da população os participantes ou objetos alvo da medição a efetuar, também denominados de unidade de estudo. Assim, nesta pesquisa, a população é constituída pelas unidades de saúde das Misericórdias portuguesas, enquanto as unidades de estudo são as unidades de saúde destas Misericórdias singularmente.

O levantamento da dimensão desta população e classificação das suas unidades de estudo quanto à sua tipologia foram efetuados com o recurso ao portal de pesquisa de prestadores de cuidados de saúde da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

O Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, no seu Artigo 26º, atribuiu à ERS a incumbência da criação de uma base de dados pública dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, para “conhecimento do número de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em atividade no território de Portugal continental e, bem assim, nas Regiões Autónomas, sua organização e composição, destinando-se a dar publicidade e a declarar a respetiva situação jurídica”, recaindo a obrigatoriedade de registo sobre “todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor público, privado e social”, sendo ainda que por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde se entende “toda a instalação onde, com carácter profissional, sejam prestados cuidados de saúde a clientela disposta a contratar a aquisição dos seus serviços, haja ou não contacto direto com aquele” (Entidade Reguladora da Saúde, 2014). O registo é feito *on-line*, no *website* da ERS, e os dados disponibilizados para consulta são da responsabilidade das próprias entidades prestadoras de cuidados de saúde. Levando em conta que o conceito de “estabelecimento prestador de cuidados de saúde” é idêntico ao de “unidades de saúde”, o que faz das duas terminologias sinónimos, e que o registo dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector social é obrigatório, esta base de dados congrega os dados necessários para determinação do número de unidades de estudo constituintes da população.

O levantamento efetuado nesta base de dados, através do motor de pesquisa disponibilizado no portal de pesquisa de prestadores de cuidados de saúde, permitiu identificar 231 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde pertencentes a Misericórdias. Contudo, foram também identificados 30 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que, apesar de serem pertença de Misericórdias, se encontram sob exploração de outras entidades, mais concretamente privadas com fins lucrativos. Por não serem geridas por Misericórdias, estas não se enquadram no perfil de unidade de saúde alvo deste estudo e, por essa razão, não fazem parte da população alvo do estudo. Assim, a população alvo do presente estudo é constituída por 201 unidades de saúde/unidades de estudo.

A classificação funcional destas 201 unidades permitiu ainda verificar a existência 10 tipos diferentes de unidades de saúde operadas por Misericórdias, quanto à estrutura e carteira de serviços: Clínica, Extensão de Centro de Saúde, Hospital, Laboratório de Radiologia, Parque Termal, Posto de Colheitas de Análises Clínicas, Policlínica, Unidade de Diálise, Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e Unidade de Medicina Física e de Reabilitação (UMFR). Esta classificação permitiu também verificar a existência de um pronunciado predomínio das UCCI (37,3%,  $n=75$ ) sobre os restantes tipos de unidades, à qual se seguem os hospitais (19,4%,  $n=39$ ), UMFR (14,9%,  $n=30$ ) e policlínicas (12,4%,  $n=25$ ), tendo os restantes tipos pouca expressividade na população. O Quadro 3 apresenta a representatividade de cada um dos tipos de unidade de saúde na população.

**Quadro 3 – Tipologia das Unidades de Saúde das Misericórdias**

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
UCCI	75	37,3
Hospital	39	19,4
UMFR	30	14,9
Policlínica	25	12,4
Posto Colheitas de Análises Clínicas	12	6,0
Extensão de Centro de Saúde	9	4,5
Clínica	8	4,0
Laboratório de Radiologia	1	0,5
Parque Termal	1	0,5
Unidade de Diálise	1	0,5
Total	201	100,0

Fonte: Autor

A amostragem tem subjacente a ideia de que através da seleção de alguns elementos da população, pode ser possível retirar conclusões relativamente a toda esta (Cooper & Schindler, 2014). De acordo com Cooper & Schindler (2014) e Saunders *et al.* (2009), as vantagens desta advêm de:

- Disponibilidade limitada dos elementos da população;
- Custos mais baixos, comparativamente ao censo;
- Maior exatidão dos resultados, pois a amostragem permite entrevistar melhor, investigar mais aprofundadamente informação em falta, errada ou suspeita, supervisionar melhor e processar melhor a informação recolhida;
- Maior velocidade de recolha de dados.

No entanto, apesar das vantagens que a amostragem comporta, de acordo com Cooper & Schindler (2014) o censo é mais apropriado que a amostragem quando o tamanho da população é pequena possibilitando a abordagem da sua totalidade, e quando a variabilidade relativamente às variáveis em estudo é grande no seio da população.

No caso da população alvo do presente estudo, a dimensão desta e a facilidade de acesso à informação necessária, nomeadamente de contacto, permitiram colocar como meta a abordagem da sua totalidade para participação no estudo. Por outro lado, o facto de a população conter uma grande diversidade de tipos de unidades de saúde cuja complexidade e dimensão acarretam graus de necessidade de uma função de Marketing diferentes e diferentes probabilidades de existência desta função organizacional, conjuntamente com a incerteza associada à conjectura que motivou a realização do presente estudo e à inexistente informação a este respeito na literatura científica, faziam esperar uma grande variabilidade no seio da população alvo, pelo que o censo foi a abordagem eleita para esta investigação.

#### **4.4 Desenho do Questionário e Recolha de Dados**

A recolha de dados é um aspeto particularmente importante no estudo empírico, pois a qualidade da informação produzida por um trabalho académico é fortemente influenciada pelo rigor da recolha de dados de acordo com Barañano (2008). Como tal, a estratégia desenvolvida para a recolha de dados terá grande impacto na qualidade destes e do trabalho final.

Os dados a recolher podem ser de natureza primária - se criados – ou secundários - se forem obtidos a partir de estatísticas existentes. A natureza dos dados está em estreita ligação com a originalidade do trabalho, sendo que o uso de dados primários representa um acréscimo de interesse do trabalho para a comunidade científica e da sua utilidade para o universo objeto do estudo. Estes dados são recolhidos no terreno, sob supervisão do investigador e especificamente para o estudo projetado (Barañano, 2008). Neste estudo, pelo cunho de originalidade pretendido para este e pela inexistência de dados secundários sobre a problemática em estudo, a utilização de dados primários era desejável e necessária.

As técnicas de recolha de dados primários em estudos empíricos são a observação, a experimentação e o inquérito, segundo Cooper & Schindler (2014), Saunders, *et al.* (2009) e Barañano (2008).

De acordo com Saunders, *et al.* (2009), a observação é a técnica de recolha de dados utilizada para a observação sistemática, registo, descrição, análise e interpretação de comportamentos. Os autores diferenciam dois tipos de observação: participante e estruturada. A observação participante está vocacionada para a obtenção de dados qualitativos, pelo que não se coadunava com este estudo. Já a observação estruturada, está vocacionada para a recolha de dados quantitativos, nomeadamente da frequência de ocorrência de determinados comportamentos. Porém, a aplicação desta técnica requer a presença do investigador no local, o que condiciona uma recolha de dados lenta e, assim, a sua incompatibilidade com este estudo.

Já a experimentação é, de acordo com Cooper & Schindler (2014), uma técnica de recolha de dados que requer a intervenção do investigador e que tem como finalidade o estabelecimento de relações de causalidade entre variáveis, não se coadunando também com a finalidade descritiva deste estudo.

O inquérito é a técnica de recolha de dados baseada na comunicação, que permite ao investigador recolher os dados sobre opiniões, atitudes, intenções, expectativas e conhecimento, segundo Cooper & Schindler (2014). Permite também a recolha de informação sobre eventos passados, ainda de acordo com o mesmo autor. De acordo com Barañano (2008), o objetivo dos inquéritos passa pela verificação de hipóteses e descrição de populações. Contextualizando a presente pesquisa, a mesma assume um carácter descritivo de atitudes (questões de investigação 1, 3 e 4) e conhecimentos (questão de investigação 2) nas unidades de estudo. Como tal, o objetivo descritivo do estudo impôs a utilização do inquérito como técnica de recolha de dados.

Os inquéritos podem assumir a forma de entrevistas ou questionários, segundo Saunders, *et al.* (2009) e Barañano (2008). A entrevista é uma discussão, com um objetivo delineado, entre duas ou mais pessoas. As entrevistas estruturadas permitem a recolha de dados quantitativos, sendo que, no caso dos estudos descritivos, permite mesmo identificar padrões gerais (Saunders, *et al.*, 2009). No entanto, a realização de entrevistas requer uma interação direta entre um entrevistador, que poderá ser o investigador, e o entrevistado, não sendo por isso exequível o inquérito desta forma com os recursos disponíveis para este estudo.

O termo questionário, de acordo com Saunders, *et al.* (2009, p. 360), designa genericamente as “técnicas de recolha de dados em que a cada participante é pedido que responda a um mesmo conjunto de questões, numa ordem predeterminada”. Como tal, inclui para além das entrevistas estruturadas já abordadas, conjuntos de questões colocadas por outras vias, nas quais não é necessária a interação investigador-respondente no momento de resposta. Ainda segundo os mesmos autores, o uso de questionários em estudos descritivos, como é o caso deste estudo, permite identificar e descrever

a variabilidade em diferentes fenómenos, pelo que estes permitem ir de encontro aos objetivos propostos para este estudo. Levando em conta este facto e os factos de estes poderem ser administrados sem a presença de um entrevistador, de permitirem a recolha de dados com rapidez (2 a 6 semanas) e já devidamente preparados para serem analisados (Barañano, 2008), e de oferecerem a possibilidade de utilização de diversas escalas de medição (Saunders *et al.*, 2009), concluiu-se que este método de recolha de dados era o mais adequado tecnicamente e viável para esta pesquisa, tendo sido por isso o método selecionado para a sua execução.

O questionário foi concebido para autoadministração, dada a impossibilidade de utilização de um entrevistador que interagisse com os respondentes. Levando em conta a informação que se pretendia obter, intimamente relacionada com a administração das unidades de saúde, foi idealizado que estes deveriam ser os responsáveis administrativos destas. Uma vez que o acesso a estes é limitado e que, possivelmente, apenas estariam disponíveis para dispensar breves instantes do seu tempo à resposta ao questionário, a via escolhida para a realização do inquérito foi a internet, utilizando como forma de contacto o e-mail e de colocação do questionário o aplicativo Google Forms. Desta forma, este questionário enquadrou-se na categoria dos questionários mediados por internet. Os questionários mediados por internet e, mais especificamente, remetidos por e-mail caracterizam-se pelo elevado grau de confiança quanto à obtenção de resposta das pessoas certas, pela baixa probabilidade de contaminação ou distorção das respostas dos respondentes e pela capacidade de obtenção de amostras representativas em populações geograficamente dispersas (Saunders *et al.*, 2009). Também com o objetivo de cativar os inquiridos a participarem e aumentar o número de respondentes, foi oferecida como contrapartida pela participação a comunicação dos resultados do estudo, visto que estes podem ser relevantes para os inquiridos sob o ponto de vista competitivo. Ainda devido ao facto destes, possivelmente, apenas estarem disponíveis para dispensar breves instantes do seu tempo à resposta ao questionário, a dimensão do mesmo deveria ser reduzida (Cooper & Schindler, 2014), pelo que foi privilegiada a conceção dum questionário compacto.

Também atendendo ao perfil traçado dos inquiridos, a linguagem utilizada no questionário foi alvo de especial atenção. Segundo Cooper & Schindler (2014), o vocabulário utilizado nas questões que constituem o questionário é a maior fonte de distorção em inquéritos. Sendo os respondentes expectavelmente indivíduos sem conhecimentos sobre Marketing, a utilização de terminologia de Marketing na formulação das questões constituiria uma fonte potencial de distorção, pelo que estas foram formuladas recorrendo a linguagem corrente.

Ainda que não possuam conhecimentos de Marketing nem o pratiquem conscientemente, a literatura sugere que os administradores de OSFL estão cada vez mais conscientes das valências do Marketing para estas organizações. Nestas circunstâncias, estes poderiam não responder honestamente ao questionário, como forma de fornecerem as respostas que deduziram serem as que o inquiridor procurava obter, para agradarem ou para evitarem estigmatização social – a denominada síndrome *pleaser* (Cooper & Schindler, 2014). Para desencorajar esta atitude, foi garantida a confidencialidade às organizações participantes e atribuído carácter facultativo à identificação destas pelos respondentes.

Neste questionário apenas foram utilizadas questões fechadas para avaliação das variáveis em estudo. Este tipo de questões são mais eficientes e específicas, permitindo uma maior homogeneidade nas respostas por disponibilizarem aos respondentes apenas um conjunto pré-determinado de respostas, o que facilita a codificação, registo e análise dos dados (Cooper & Schindler, 2014). Assim, a medição e quantificação das atitudes dos respondentes foi feita com base em itens e escalas de Likert de 5 pontos, em que a pontuação 1 correspondia a “discordo totalmente”, a pontuação 2 a “discordo”, a pontuação 3 a “nem concordo nem discordo”, a pontuação 4 a “concordo” e a pontuação 5 a “concordo totalmente”. Estas escalas são fáceis e rápidas de construir, e permitem a recolha de dados mais fiáveis e em maior volume que qualquer outra escala (Cooper & Schindler, 2014). Permitem também apresentar ao inquirido cinco alternativas de resposta e, desta forma, que este expresse a sua opinião ou atitude de uma forma mais pormenorizada do que com uma simples dicotomia, conferindo assim maior fiabilidade aos dados para retratar os comportamentos da população alvo da pesquisa. Já nas questões administrativas e das variáveis caracterizadoras da unidade de saúde, foram utilizadas perguntas de resposta aberta e fechada de escolha múltipla simples, respetivamente.

Atendendo ao desenho do estudo e à distribuição das variáveis em estudo conforme a secção 4.2, o questionário foi estruturado em 10 secções distintas. Este pode ser consultado no Apêndice 2.

Na primeira secção foram aplicadas as questões administrativas, destinadas a caracterizar o respondente e a unidade de saúde, sendo as primeiras duas questões para identificação do respondente e o seu envolvimento na administração da unidade de saúde e a terceira de classificação desta quanto à tipologia. Já a quarta e quinta questões objetivavam avaliar a “existência de departamento e/ou profissionais de Marketing afetos à unidade de saúde” e a “existência de colaboradores e/ou voluntários com formação em Marketing”, para aferição da questão de investigação 1.

Na segunda secção, enquadrada na segunda questão de investigação, foi avaliada a perceção de Marketing dos respondentes, sendo para tal usada uma adaptação da sub-escala de Likert utilizada por Feliciano (2010) para aferir a aplicabilidade do Marketing a unidades de saúde.

Na terceira secção do questionário foi abordada a existência de orientação estratégica nas unidades de saúde em estudo, mais especificamente de orientação de mercado por ser a orientação adotada por unidades de saúde e OSFL, de acordo com a bibliografia. Os métodos utilizados para medição da orientação de mercado em organizações assentam normalmente em questionários bastante detalhados e extensos (Tomášková, 2009), cuja inclusão resultaria num questionário de dimensões dissuasoras para os inquiridos. Como tal, foi desenvolvida uma sub-escala de Likert assente em apenas 3 itens para aferição desta variável das práticas de Marketing, assente naquelas que são as suas componentes-chave e, neste caso, variáveis, de acordo com a literatura.

Na quarta secção começou a abordagem às estratégias de marketing, reportando-se esta secção e todas as subsequentes à aferição das práticas relativas aos 7 elementos que compõem o composto de marketing dos serviços. Nela foi abordado o Produto, nomeadamente a utilização da segmentação de mercado na definição deste e a prioridade atribuída à qualidade na sua conceção, utilizando dois itens de Likert independentes criados para a finalidade.

Na secção seguinte – a quinta do questionário – foram abordadas as práticas em torno da definição do preço dos serviços prestados. Esta avaliação foi feita através de uma escala de Likert com 3 itens, dos quais os dois primeiros foram adaptados do questionário desenvolvido por Feliciano (2010), e o último foi desenvolvido para o efeito com base literatura.

Nas sexta e sétima secções foram abordadas, respetivamente, as práticas relativas à distribuição/acessibilidade dos cuidados e promoção e comunicação, tendo também nestas duas dimensões do composto de marketing sido utilizadas escalas de Likert com 4 itens, desenvolvidas para o efeito com base nas variáveis que constituem cada uma destas dimensões das práticas de Marketing de acordo com a literatura, conforme a secção 4.2.

As práticas relativas à ferramenta pessoas, foram aferidas na oitava secção do questionário. Esta consistia também de uma escala de Likert, a qual, neste caso, era constituída por apenas dois itens, tendo sido também desenvolvida para o efeito, à semelhança das duas anteriores.

Por último, nas nona e décima secções foram abordadas as práticas organizacionais relativas aos processos e ambiente físico, respetivamente. Em ambos os casos, a secção era constituída por apenas um item de Likert, tendo o item relativo à componente processos sido desenvolvido especificamente para o efeito e o item relativo à componente ambiente físico sido adaptado do item 5.2 da escala de Likert utilizada por Feliciano (2010).

Para a apresentação do questionário aos respondentes foi utilizado o esquema visual padrão do aplicativo Google Forms, por este ser apelativo e, simultaneamente, sóbrio, tendo ainda na forma a estes

apresentada sido congregadas numa única secção todas as questões assentes em itens de Likert, por forma a omitir a fragmentação do questionário.

O questionário foi submetido a um primeiro pré-teste com quatro administradores de unidades de saúde de Misericórdias (contactos pessoais do autor) tendo sido identificadas dificuldades de interpretação em três questões, nomeadamente nas relativas às variáveis orientação para o cliente, orientação para os benfeitores e consideração de capacidades não técnicas do profissional com impacto na qualidade do serviço nos processos de recrutamento, as quais foram reformuladas. Após esta reformulação, foi realizado um segundo pré-teste, com os mesmos administradores, no qual se verificou já não subsistirem dificuldades. Estes pré-testes foram executados com um intervalo de 9 dias, tendo as respostas ao questionário pelos quatro administradores sido acompanhadas telefonicamente, com vista à obtenção do *feedback* destes.

Após os pré-testes, foi iniciado o inquérito à população, o qual se prolongou por cerca de 10 semanas, entre Dezembro de 2015 e Fevereiro de 2016. Durante este período, foram enviados 12 emails de apelo à participação a toda a população, excetuando as unidades de saúde com respostas à data identificadas. Nas últimas 3 semanas da recolha de dados, o apelo foi ainda reforçado telefonicamente junto de 23 administradores de unidades de saúde da população-alvo do estudo.

## **4.5 Tratamento de Dados**

Os dados recolhidos foram analisados e tratados com *software* IBM SPSS Statistics 20.

O propósito descritivo do estudo empírico e a tipologia dos dados recolhidos com o uso do questionário impunham o recurso a técnicas de análise de estatística descritiva. De acordo com Mann & Lacke (2010, p. 3), “a estatística descritiva consiste de métodos de organizar, exibir e descrever dados, usando tabelas, gráficos e medidas resumo”, sendo por isso estas técnicas as utilizadas para o processamento, apresentação e análise dos dados recolhidos, com vista à sua interpretação no contexto da problemática do estudo.

A análise univariada foi utilizada para estudar cada um dos itens do questionário isoladamente, tendo sido utilizadas medidas de tendência central (média e moda) e de dispersão (desvio padrão) para descrição das práticas. A análise bivariada foi utilizada para avaliar as diferenças nas práticas entre tipos de unidade de saúde, tendo sido aí empregues tabelas de contingência e o teste Qui-Quadrado para o estudo da relação entre as variáveis.

Tratando-se o instrumento de recolha de dados de um instrumento concebido para esta investigação importava também avaliar o quão bem este mede o que está proposto a medir ou, por outras palavras, proceder à sua validação interna, dado que esta confere confiabilidade e validade ao instrumento e aos dados por ele obtidos (Hubley & Zumbo, 1996).

O procedimento para a validação do questionário consistiu da aplicação da Análise das Componentes Principais (ACP) e do Teste Alpha de Cronbach. A ACP foi empregue para verificação da estrutura relacional dos itens que constituem as secções do questionário, consistindo de uma análise fatorial exploratória da matriz de correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais, com rotação Varimax. Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um autovalor superior a 1, em consonância com o *scree plot* e a percentagem de variância retida. A aplicação desta análise pressupõe a aplicação dos testes de Medida de Adequação da Amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e de Esfericidade de Bartlett. O primeiro destes verifica a adequabilidade da análise fatorial ao conjunto de dados a analisar. O índice resultante da sua aplicação varia entre 0 e 1, considerando-se a análise fatorial desadequada quando este é inferior a 0,5 (Marôco, 2007). O Teste de Esfericidade de Bartlett testa a hipótese de a matriz de correlação entre as variáveis ser uma matriz identidade de determinante igual a 1, ou seja, de não existir relação entre as variáveis, pressupondo a aplicação da análise fatorial a rejeição desta hipótese. Foi considerado um nível de significância de estatística  $p < 0.05$ .

O coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna e confiabilidade do questionário. De um modo geral, os instrumentos com um coeficiente igual ou superior a 0.7 são considerados fiáveis, existindo cenários em que instrumentos com coeficientes de 0.6 e até 0.5 também o são (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

## **4.6 Conclusão**

O presente estudo assumiu um formato descritivo e predominantemente quantitativo, pela necessidade de descrever práticas organizacionais de Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias.

Esta descrição foi alicerçada em dados primários, pelo valor que estes conferem ao trabalho em termos de originalidade e pela inexistência de dados secundários que possibilitassem esta análise. Estes foram recolhidos através de um inquérito efetuado à população alvo do estudo, visto esta ser a técnica de recolha de dados primários capaz de ir ao encontro do objetivo descritivo deste estudo, conciliando-o com a natureza dos dados a recolher e os recursos disponíveis para o mesmo. O inquérito teve como

ferramenta de recolha de dados um questionário desenvolvido para os objetivos propostos, com base na literatura revista.

O questionário foi concebido tendo em mente a sua autoadministração (devido aos recursos disponíveis para a realização do estudo) e o perfil expectável dos respondentes, tendo-se por isso adotada linguagem corrente e priorizada a elaboração de um questionário que, não descurando a qualidade dos dados, fosse breve para não dissuadir estes de participarem no estudo. Foi também levada em conta a análise de dados na conceção do questionário, tendo, por isso, sido utilizadas questões fechadas e escalas, que facilitam a codificação e análise da informação. A internet foi o meio selecionado para o contacto com a população alvo e administração do questionário.

Toda a população foi abordada para participar no estudo, visto que a mesma apresenta uma dimensão que permitia a concretização desta abordagem com os recursos disponíveis para a execução do estudo.

A informação recolhida foi alvo de uma análise estatística descritiva, que estudou as práticas ao nível da população e também dos diferentes grupos que a constituem, o que requereu o uso de técnicas de análise bivariada, para além de técnicas de análise univariada. Paralelamente a esta análise, foi conduzida a validação interna do questionário.



## 5. MARKETING COMO FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

### 5.1 Introdução

No presente capítulo são analisados os dados recolhidos entre as unidades de saúde das Misericórdias, com vista à descrição das práticas de marketing não associadas às estratégias de Marketing entre estas organizações e à validação do instrumento de recolha de dados elaborado.

Inicialmente, será caracterizada a amostra obtida (secção 5.2), sendo depois abordados os resultados relativos à avaliação do Marketing como função da organização (secção 5.3), da perceção de Marketing dos administradores destas unidades de saúde (secção 5.4) e da orientação estratégica nestas (secção 5.5). Na secção 5.6, é feita uma síntese e são apresentadas as conclusões do capítulo.

### 5.2 Caracterização da Amostra

A recolha de dados permitiu obter dados referentes a 85 unidades de saúde, as quais correspondem a 42,3% da população total. Todas as respostas foram validadas, sendo apenas efetuadas correções em duas respostas onde a classificação tipológica atribuída à unidade de saúde era incorreta.

A maioria dos respondentes ao inquérito eram titulares de cargos diretivos/de chefia de serviços na unidade de saúde e/ou Misericórdia (54,1%,  $n=46$ ), tendo-se verificado uma maior prevalência dos cargos de Diretor Geral (31,8%,  $n=27$ ) e Diretor/Chefe dos Serviços Administrativos (18,8%,  $n=16$ ), entre os cargos definidos. Esta amostra confere um elevado grau de confiança às respostas e aos resultados do inquérito. O Quadro 4 apresenta os resultados relativamente ao cargo dos respondentes.

**Quadro 4 – Cargo, na unidade de saúde, dos respondentes ao questionário**

	<b>Frequência (<i>n</i>)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Diretor Geral	27	31,8%
Diretor/Chefe dos Serviços Administrativos	16	18,8%
Diretor Clínico	3	3,5%
Membro da Mesa Administrativa	3	3,5%
Provedor	1	1,2%
Outro	35	41,2%
Total	85	100,0%

Fonte: Autor

No que ao envolvimento destes na administração da(s) unidade(s) de saúde diz respeito, a maioria dos respondentes administra diretamente a(s) unidade(s) de saúde a que as suas respostas se reportam (52,9%,  $n=36$ ), sendo que apenas 22,4% ( $n=19$ ) das respostas ao questionário foram dadas por agentes não participantes na administração destas, conforme o Quadro 5.

#### **Quadro 5 - Participação dos respondentes na administração da(s) unidade(s) de saúde**

	<b>Frequência (<math>n</math>)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Não participa da administração	19	22,4%
Administra-a(s) diretamente	45	52,9%
Superintende a administração direta desta(s)	21	24,7%
Total	85	100,0%

Fonte: Autor

As respostas reportam-se, tal como já foi referido, a um total de 85 unidades de saúde, verificando-se, entre estas, uma prevalência superior de UCCI (50,6%,  $n=43$ ), comparativamente aos restantes tipos de unidade de saúde. A representatividade dos restantes tipos de unidade de saúde na amostra encontra-se discriminada no Quadro 6. Não foram obtidas respostas relativas aos tipos Parque Termal e Unidade de Diálise.

#### **Quadro 6 – Distribuição tipológica das unidade de saúde na amostra**

	<b>Frequência (<math>n</math>)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
UCCI	43	50,6%
UMFR	14	16,5%
Hospital	10	11,7%
Posto Colheitas de Análises Clínicas	8	9,4%
Clínica	5	5,9%
Policlínica	3	3,5%
Extensão de Centro de Saúde	1	1,2%
Laboratório de Radiologia	1	1,2%
Parque Termal	0	0,0%
Unidade de Diálise	0	0,0%
Total	85	100,0%

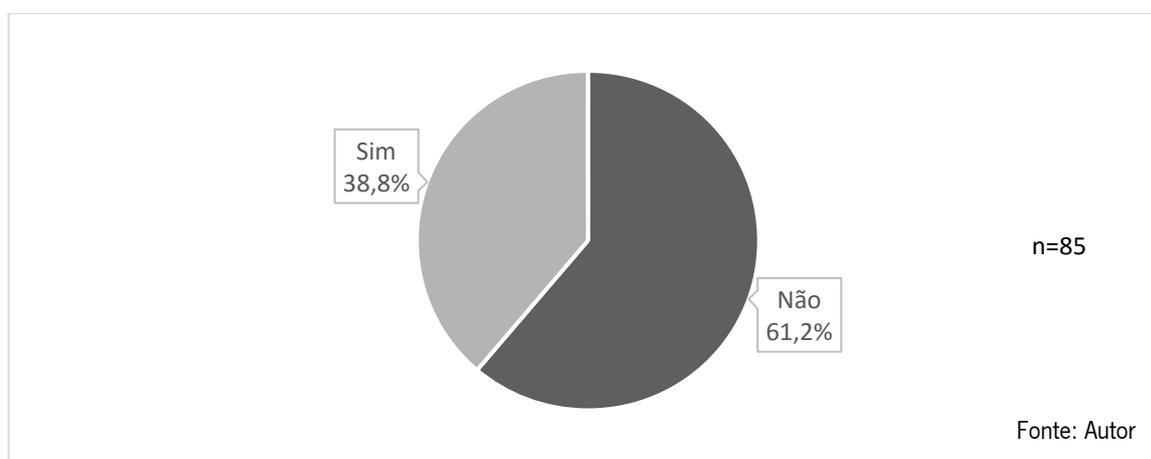
Fonte: Autor

### 5.3 O Marketing como Função da Organização

A avaliação do Marketing como função da organização passou pela aferição da existência de departamentos e/ou profissionais dedicados ao marketing nas organizações, e pela existência de pessoal com conhecimentos técnicos nesta área da gestão.

Relativamente à existência de departamentos e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde, conforme o Gráfico 1, verificou-se que em apenas 38,8% ( $n = 33$ ) das unidades de saúde existia algum destes recursos.

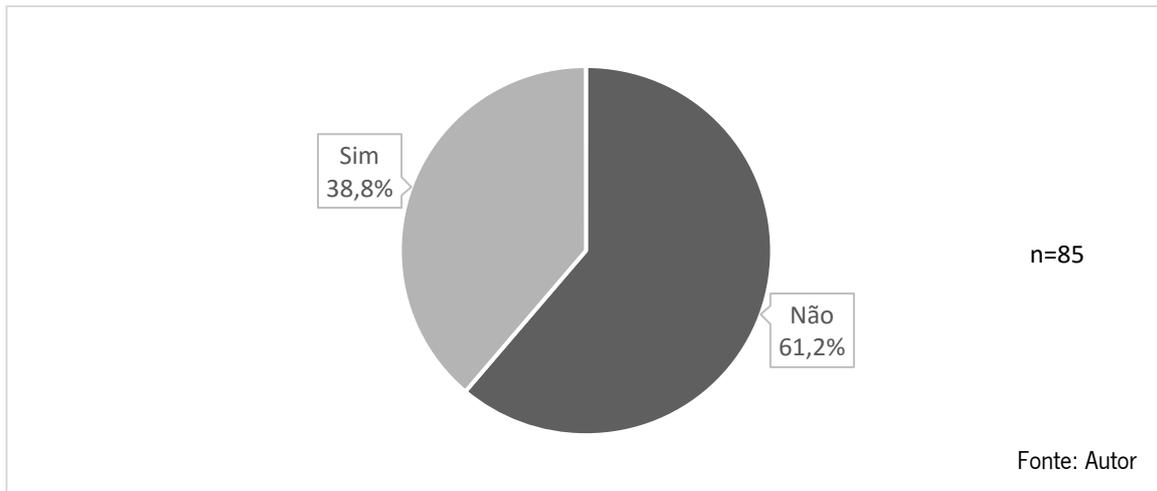
**Gráfico 1 – A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde?**



Estes resultados evidenciam que a maioria das unidades de saúde das Misericórdias não dispõem de departamento e/ou colaboradores dedicados à prática de Marketing, não obstante uma porção significativa destes possuir já este recurso.

Os resultados obtidos relativamente à existência de pessoal nos quadros e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing, foram idênticos aos obtidos para a variável anterior, conforme o Gráfico 2, revelando que na maioria destas unidades de saúde também não existem agentes internos, na qualidade de profissional ou voluntário, com formação em Marketing.

**Gráfico 2 - A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing?**



Em função da semelhança de resultados entre estas as duas variáveis, foi aplicado o teste Qui-Quadrado (ver Apêndice III), tendo-se verificado a existência de significância estatística ( $p=0,000$ ) e, conseqüentemente, a existência de dependência entre as variáveis. O coeficiente de Phi, com um valor de 0,455, permite também inferir que a correlação entre as variáveis é positiva, concluindo-se, por isso, que, tendencialmente, os departamentos ou pessoal dedicados ao Marketing são encontrados nas Misericórdias com pessoal e/ou membros da Mesa Administrativa com formação de Marketing.

De referir, ainda, que a análise efetuada revelou um predomínio das UMFR com departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito desta (57,1%,  $n=8$ ), relativamente às que não possuíam qualquer destes recursos. As razões concretas subjacentes a este padrão registado entre as UMFR são desconhecidas. No entanto, conjectura-se que este pode estar relacionado com as características do próprio mercado. Num estudo da oferta e acesso aos serviços de Medicina Física e Reabilitação, a Entidade Reguladora da Saúde (2013) observou que em diversas zonas do país os mercados destes serviços são pouco concentrados, concentrando-se estas zonas no litoral, onde se concentra também a maioria da população e, presumivelmente, a procura. Nestes mercados, as UMFR concorrem diretamente e exclusivamente com organizações do sector privado lucrativo, o que associado à já referida baixa concentração do mercado poderá resultar numa pressão acrescida para as UMFR das Misericórdias praticarem Marketing. Entre os restantes tipos, observou-se um predomínio das unidades de saúde sem qualquer destes recursos, sendo que, os casos em que se verificou uma maior prevalência de unidades com departamento de Marketing e/ou colaboradores dedicados à sua prática associados, foram as UCCI (44,2%,  $n=19$ ) e os hospitais (40,0%,  $n=4$ ).

## 5.4 Perceção de Marketing dos Administradores

Sendo esta secção do questionário dedicada à avaliação da perceção de Marketing dos administradores das unidades de saúde, a amostra analisada foi circunscrita aos respondentes com funções de administração direta ou supervisão destas, sendo por isso constituída por 66 respostas.

Foram avaliadas 3 variáveis, nomeadamente o conhecimento do conceito de Marketing, opinião sobre a utilidade deste para a unidade de saúde e opinião sobre a eticidade da sua utilização nas unidades de saúde de OSFL, a cada uma das quais correspondia 1 item de Likert, tendo sido solicitado aos respondentes que manifestassem a sua concordância com as afirmações numa escala de 5 pontos.

Os parâmetros de tendência central e dispersão das respostas, enumerados no Quadro 7, revelaram que a resposta mais frequente foi 4 (“concordo”) nos 3 itens. Os valores médios de concordância/discordância com as proposições obtidos foram muito próximos, tendo o mais elevado sido observado no item relativo à variável conhecimento do conceito de Marketing (4,38), e o mais reduzido no item relativo à variável opinião sobre a eticidade da utilização do Marketing (4,24).

**Quadro 7 – Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Perceção de Marketing dos Administradores**

	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>n</b>
O Marketing é uma filosofia que se concentra em compreender as necessidades e os desejos dos utentes/clientes e em conceber bens e serviços para os satisfazer	4,38	4	0,576	66
Faz sentido utilizar Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos	4,36	4	0,715	66
O Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos é ético	4,24	4	0,745	66

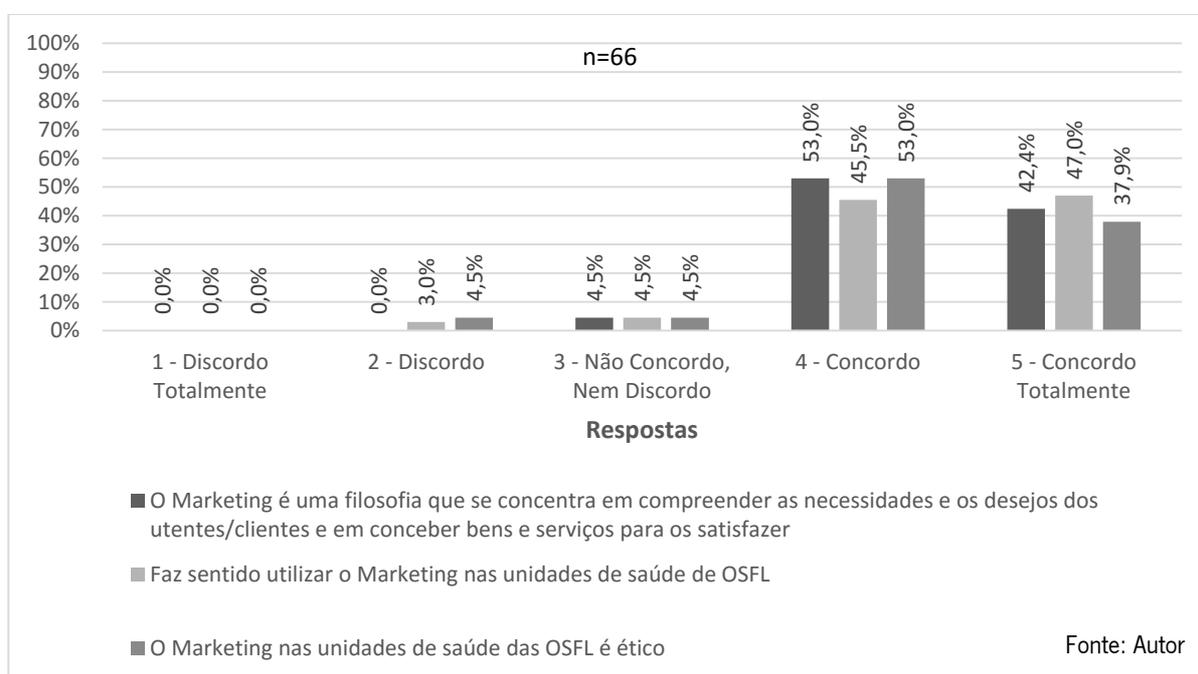
Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente
----------	-------------------------	--------------	--------------------------------	--------------	-------------------------

Fonte: Autor

Os valores observados do desvio padrão nestes itens, sugeriam a possibilidade de existir alguma heterogeneidade de opinião entre os administradores. Contudo, esta possível heterogeneidade de opinião foi descartada pela análise da distribuição das respostas nestes, conforme o Gráfico 3, sendo de assinalar o registo de 2 e 3 respostas discordantes, respetivamente, da utilidade do Marketing nestas unidades de saúde e da eticidade da sua utilização. Foram também registadas 3 respostas neutras (“não concordo, nem discordo”) em cada um dos 3 itens.

Estes resultados demonstram uma percepção do Marketing globalmente favorável pelos administradores destas unidades. De facto, estes demonstram conhecer o conceito e reconhecer a sua utilidade nas OSFL. O reconhecimento por estes da eticidade do Marketing nas unidades de saúde de OSFL, apesar da média de concordância/discordância das respostas ser a mais baixa entre estes itens e do maior desvio padrão das respostas, também não pode ser colocado em causa. A percepção patente nestes resultados vai de encontro à mudança do paradigma do Marketing nas OSFL referenciado na literatura revista.

**Gráfico 3 – Distribuição das respostas obtidas na secção Percepção do Marketing dos Administradores**



A análise dos resultados desta secção do questionário foi encerrada com a sua validação interna, com recurso à ACP. Previamente a esta, foi verificada a sua adequabilidade, tendo para tal sido executados os testes de KMO e de Esfericidade de Bartlett. O Teste de KMO deste conjunto de itens resultou num índice de 0,569, sendo por isso a amostra classificada como adequada para a análise fatorial, ainda que o valor não seja elevado. O Teste de Esfericidade de Bartlett ( $p=0,000$ ), ao obter uma significância  $\leq 0,05$ , permitiu rejeitar a hipótese nula e inferir a existência de correlação entre as variáveis, reunindo-se as condições de adequabilidade da ACP. A execução desta permitiu extrair um componente principal responsável por 65,90% da variância total, pelo que a informação contida nas três variáveis iniciais pode ser resumida numa única variável. O Quadro 8 enumera as variáveis que compõem esta componente e as suas contribuições para esta.

## Quadro 8 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Percepção de Marketing dos Administradores

Componente	Proposição	Contribuição
1 – Percepção de Marketing dos Administradores	Faz sentido utilizar Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos	0,906
	O Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos é ético	0,802
	O Marketing é uma filosofia que se concentra em compreender as necessidades e os desejos dos utentes/clientes e em conceber bens e serviços para os satisfazer	0,716

Fonte: Autor

Esta análise às variáveis permitiu concluir que estes administradores têm percepção da utilidade e ética do Marketing para as OSFL, ainda que atribuindo menor relevância ao conhecimento do seu conceito. A observação da maior preponderância da utilidade do Marketing para a percepção de Marketing dos fornecedores, comparativamente ao conhecimento do conceito deste, indicia ainda que estes estão mais atentos às vantagens que este traz para as suas organizações, do que ao conhecimento e compreensão do Marketing.

A consistência interna foi testada com recurso ao Teste Alpha de Cronbach, tendo sido obtido um coeficiente de 0,738, o qual é considerado razoável.

O Apêndice IV sintetiza os *output's* obtidos na validação interna desta secção do questionário.

### 5.5 Orientação Estratégica

Esta secção do questionário, à semelhança da anterior, era constituída por 3 itens, os quais objetivavam a avaliação da orientação estratégica nas unidades de saúde das Misericórdias. Também nesta, foi solicitado aos respondentes que avaliassem o seu grau de concordância com as variáveis apresentadas sob a forma de itens de Likert de 5 pontos.

Verificou-se a existência de uma pronunciada diferença de resultados entre as variáveis mensuradas. O item correspondente à variável orientação para o cliente, registou um grau médio de concordância/discordância de 4,64, sendo ainda a resposta mais frequente 5 e o desvio padrão 0,595. Já no item correspondente à variável orientação para os benfeitores, foram registados um grau médio de concordância/discordância de 3,51 e um desvio padrão de 1,019, conforme o Quadro 9.

## Quadro 9 – Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Orientação Estratégica

	Média	Moda	Desvio Padrão	n
Nesta unidade de saúde, procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos clientes/utentes, e a sua satisfação e perceção da qualidade dos nossos serviços, para melhorarmos a nossa resposta a este grupo	4,64	5	0,595	85
Nesta unidade de saúde, conhecemos outras organizações semelhantes à nossa, analisamos as suas atividades e programa e monitorizamos continuamente as alterações no nosso sector de atividade	4,16	5	0,962	85
Nesta unidade de saúde, procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos benfeitores e outros financiadores, a sua satisfação com as nossas atividades e disponibilidade para financiar outras atividades	3,51	4	1,019	85

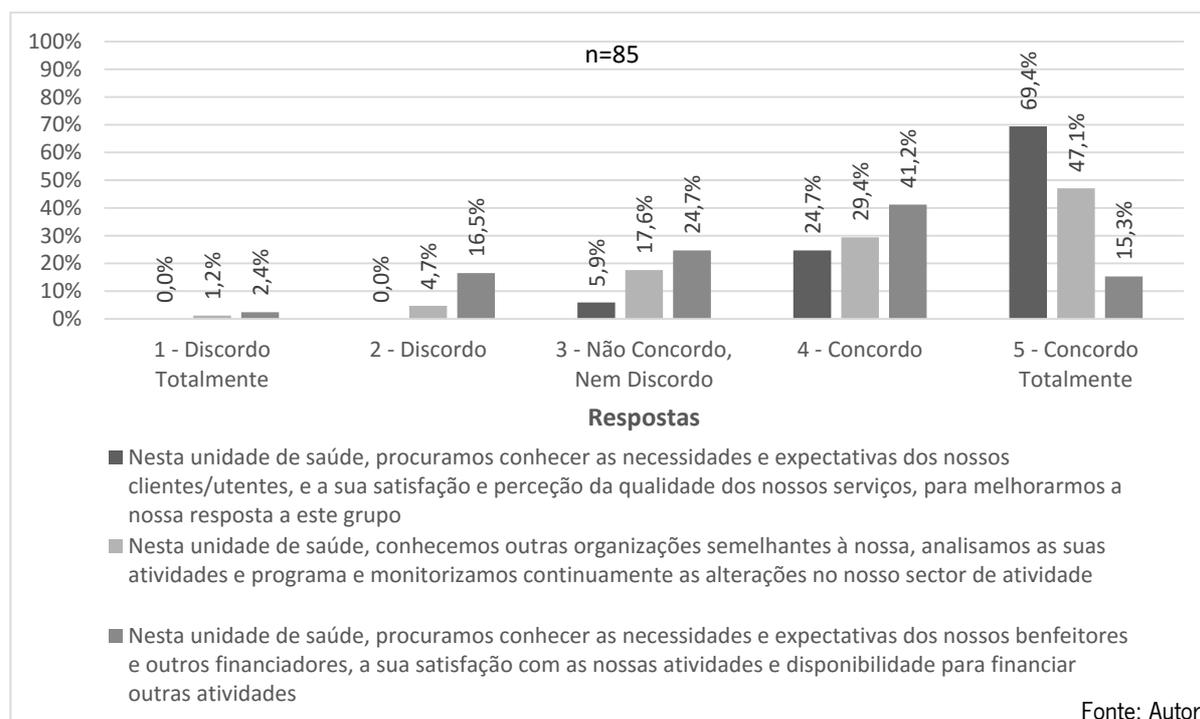
  

Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente
----------	-------------------------	--------------	--------------------------------	--------------	-------------------------

Fonte: Autor

Os resultados deste último item podem ser explicados pela distribuição das respostas, dado que, conforme o Gráfico 4, em relação a 16,5% ( $n=14$ ) das unidades de saúde foi manifestado desacordo com a prática descrita, e em relação a 24,7% ( $n=21$ ), foi manifestada neutralidade.

**Gráfico 4 - Distribuição das respostas à secção Orientação Estratégica**



No item subordinado à variável orientação para a concorrência, a resposta mais frequente foi 5, tendo o grau médio de concordância/discordância sido de 4,16. No entanto, à semelhança do item anterior, também neste foi registada uma elevada dispersão nas respostas. A análise da distribuição destas permitiu observar que, relativamente a 4,7% ( $n=4$ ) das unidades de saúde, os respondentes discordaram da orientação para a concorrência, e que relativamente a 17,6% ( $n=15$ ), as opiniões foram neutras. No estudo da relação entre esta variável e o tipo das unidades de saúde verificou-se que 100,0%, 75,0% e 53,3% das respostas, “discordo totalmente”, “discordo” e “não concordo, nem discordo”, respetivamente, se reportavam a UCCI (Apêndice V). O elevado número de células sem observações, comprometeu a aplicação do Teste Qui-Quadrado para verificação da existência de dependência entre estas variáveis. Foi, no entanto, possível aplicar este teste ao estudo da relação entre as para os benfeitores e a existência de agentes internos com formação em Marketing, não tendo sido obtida significância estatística ( $p=0,078$ ), não se comprovando por isso, estatisticamente, a existência de dependência entre estas variáveis.

Esta análise permitiu concluir que as unidades de saúde participantes no estudo são orientadas para a resposta às necessidades dos clientes/utentes e para a concorrência e que a orientação para a criação de valor para os benfeitores, não é uma dimensão da orientação estratégica tão consensual entre estas unidades de saúde. Ainda assim, é possível observar que, na maioria destas unidades de saúde, a orientação para o cliente/consumidor e benfeitores coexistem, pelo que é possível concluir que na maioria destas é já reconhecida a existência de múltiplos *stakeholders* e procurado o equilíbrio na satisfação das necessidades destes diferentes grupos. Estes resultados evidenciam também a preocupação em ir de encontro às expectativas e necessidades dos diferentes grupos que financiam as suas atividades, sendo por isso um forte indício da orientação para o mercado destas unidades de saúde.

Procedeu-se de seguida à validação interna desta secção do questionário. Neste conjunto de itens, o Teste de KMO produziu um índice de 0,625, pelo que também neste caso a amostra é adequada para a execução da análise fatorial. O Teste de Esfericidade de Bartlett ( $p=0,000$ ), confirmou a adequabilidade da análise fatorial. A ACP resultou, à semelhança do sucedido no conjunto de itens anterior, na extração de apenas um fator com autovalor superior à unidade, o qual é responsável por 52,98% da variância total, pelo que também no caso destas variáveis, a informação contida nestas pode ser resumida numa única variável.

A análise das contribuições para a componente, conforme o Quadro 10, conduziu à conclusão de que, apesar da criação de valor para os benfeitores não ser a dimensão mais consensual da orientação para o mercado entre a amostra, esta é a dimensão com maior preponderância para a orientação para o mercado nestas unidades de saúde, concluindo-se por isso que esta variável da orientação para o mercado em OSFL não é alvo de tanta atenção nestas unidades de saúde quanto deveria.

Por último, foi avaliada a consistência interna deste conjunto de itens, tendo sido obtido um coeficiente de 0,533 no Teste Alpha de Cronbach.

Os *output's* da validação interna desta secção do questionário podem ser consultados no Apêndice VI.

#### **Quadro 10 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Orientação Estratégica**

<b>Componente</b>	<b>Proposição</b>	<b>Contribuição</b>
1 – Orientação estratégica	Nesta unidade de saúde, procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos benfeitores e outros financiadores, a sua satisfação com as nossas atividades e disponibilidade para financiar outras atividades	0,745
	Nesta unidade de saúde, procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos clientes/utentes, e a sua satisfação e perceção da qualidade dos nossos serviços, para melhorarmos a nossa resposta a este grupo	0,721
	Nesta unidade de saúde, conhecemos outras organizações semelhantes à nossa, analisamos as suas atividades e programa e monitorizamos continuamente as alterações no nosso sector de atividade	0,717

Fonte: Autor

## **5.6 Conclusão**

O inquérito realizado permitiu obter respostas relativas a 42,3% da população, para caracterização das práticas de marketing observadas nesta. Contudo, não foram obtidas respostas relativas a todos os tipos de unidade de saúde existentes nesta.

Estas respostas foram dadas maioritariamente por agentes com um papel ativo na administração destas unidades, o que confere um elevado grau de confiança a estas respostas e aos resultados do inquérito.

Os resultados sugerem que estes administradores conhecem o conceito de Marketing, reconhecem a utilidade deste nas unidades de saúde que administram e a eticidade da sua utilização nestas.

Contudo, apesar desta percepção globalmente favorável dos administradores, verificou-se que a maioria das unidades de saúde não dispõe de departamentos ou agentes internos dedicados à prática do Marketing no âmbito destas, o mesmo se verificando relativamente à existência de agentes internos com background de Marketing. Verificou-se, no entanto, a existência duma relação de dependência e uma correlação positiva entre estas variáveis, o que permitiu concluir que os departamentos ou pessoal dedicado ao Marketing são encontrados, tendencialmente, nas unidades de saúde de Misericórdias onde existem agentes internos com *background* de Marketing.

A ACP sugeriu que a orientação para os benfeitores é variável mais relevante para a existência nestas duma orientação para o mercado nestas unidades de saúde. No entanto, esta variável foi, entre as 3 avaliadas, a menos consensual entre as unidades de saúde, verificando-se uma orientação mais forte para a criação de valor para os seus clientes/utentes e para o acompanhamento dos seus concorrentes e mudanças no seu sector de atividade.



## **6. ESTRATÉGIAS DE MARKETING**

### **6.1 Introdução**

Neste capítulo serão abordados os resultados obtidos relativamente às estratégias de Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias, sendo o mesmo desenvolvido, à semelhança do questionário, ao longo de 7 secções, cada um deles relativo a uma das componentes do composto de marketing nos serviços. Começarão por ser abordados os resultados relativos à componente Produto (secção 6.2), seguindo-se os das componentes Preço (secção 6.3), Distribuição (secção 6.4), Promoção e Comunicação (secção 6.5), Pessoas (secção 6.6), Processos (secção 6.7) e, por último, o será abordado o Ambiente Físico (secção 6.8).

O capítulo é encerrado com a apresentação da síntese e principais conclusões deste (secção 6.9).

### **6.2 Produto**

A secção do questionário das práticas estratégicas relativas ao Produto era constituída por 2 itens subordinados às variáveis uso da segmentação do mercado e priorização da qualidade.

A análise estatística das respostas a esta secção do questionário, cujos resultados de tendência central e dispersão se encontram enumerados no Quadro 11, evidenciou um grau médio de concordância/discordância com a utilização da segmentação de mercado reduzido (3,22), apesar da resposta mais frequente ser 4. O valor de 1,148 do desvio padrão evidencia a dispersão das respostas e, conseqüentemente, a existência de alguma heterogeneidade de práticas. Já no que respeita à focalização do Marketing na qualidade dos serviços, o valor médio das respostas foi de 4,22, tendo a moda sido 4 e o desvio padrão 0,822, sugerindo este último a existência, também neste item, de alguma heterogeneidade de práticas.

### Quadro 11 – Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Produto

	Média	Moda	Desvio Padrão	<i>n</i>
Nesta unidade de saúde, para definirmos quais os nossos serviços, dividimos o mercado em grupos, identificamos o grupo que pretendemos servir e investigamos quais as suas necessidades	3,22	4	1,148	85
Nesta unidade de saúde, o foco do Marketing é a qualidade dos serviços	4,22	4	0,822	85

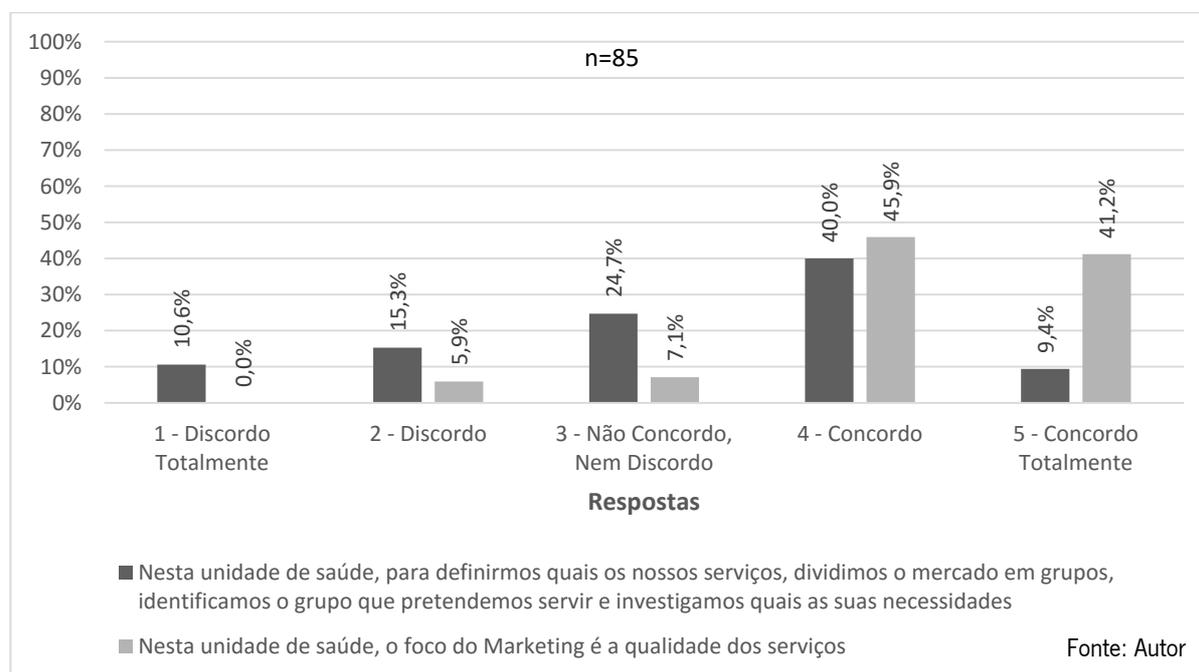
  

Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente
----------	-------------------------	--------------	--------------------------------	--------------	-------------------------

Fonte: Autor

A análise da distribuição das respostas aos 2 itens do questionário, representada graficamente pelo Gráfico 5, confirmou a elevada heterogeneidade de respostas no item respeitante ao uso da segmentação de mercado. Neste item, observou-se que, relativamente a 25,9% ( $n=22$ ) das unidades de saúde, foi manifestada discordância (total ou simples) quanto à aplicação desta técnica, e ainda que nas respostas respeitantes a 24,7% ( $n=21$ ) das unidades de saúde, foi manifestada neutralidade.

**Gráfico 5 - Distribuição das respostas da secção Produto**



O estudo da relação entre estas variáveis e o tipo das unidades de saúde, cujas tabelas de contingência podem ser consultadas no Apêndice VII, permitiu observar que, no caso do uso da segmentação de mercado, 77,8% ( $n=7$ ) das unidades de saúde cuja resposta foi “discordo totalmente”, 61,5% ( $n=8$ ) das unidades de saúde cuja resposta foi “discordo” e 14,0% ( $n=6$ ) das unidades de saúde

cuja resposta foi “não concordo, nem discordo”, eram UCCI. Observou-se também entre as UMFR uma elevada prevalência de unidades de saúde discordantes (21,4%,  $n=3$ ) e neutras (28,6%,  $n=4$ ) relativamente a esta. Convém aqui contextualizar estes resultados nas particularidades da atividade das UCCI e UMFR, as quais alocam a totalidade ou quase totalidade da sua produção à prestação de serviços a utentes/beneficiários provenientes do SNS, sem autonomia para a seleção de grupos a servir.

Já relativamente ao item correspondente à priorização da qualidade, observou-se que a totalidade das respostas discordantes foram relativas também a UCCI. Também nestes itens, devido ao elevado número de células sem observações, não estavam reunidas as condições para a execução do Teste Qui-Quadrado e verificação da existência de dependência entre as duas variáveis que constituíam a secção e o tipo da unidade de saúde. Já no estudo da relação entre o uso da segmentação de mercado e a existência de agentes com formação em Marketing, a aplicação do teste Qui-Quadrado demonstrou a existência de significância estatística ( $p=0,012$ ) e, conseqüentemente, a existência de dependência entre estas variáveis.

Concluiu-se assim que o Marketing nas unidades de saúde estudadas encontra-se focalizado na qualidade do produto e que o uso da segmentação de mercado não é uma prática consensual entre estas, estando dependente da existência de agentes com formação em Marketing na Misericórdia para a sua aplicação. Esta falta de consensualidade poderá estar relacionada com a tipologia das unidades de saúde, não tendo sido, no entanto, possível comprovar estatisticamente esta relação.

Na validação interna deste conjunto de itens do questionário, foram obtidos um índice de 0,500 no Teste KMO e uma significância  $p=0,011$  no Teste de Esfericidade de Bartlett, os quais asseguram estarem reunidas as condições para a aplicação da ACP, apesar do índice obtido no Teste KMO se encontrar no limiar do aceitável. Na ACP, foi extraído 1 fator, o qual explicava 63,72% da variância total. O Quadro 12 sintetiza a constituição desta componente.

#### **Quadro 12 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Produto**

<b>Componente</b>	<b>Proposição</b>	<b>Contribuição</b>
1 – Produto	Nesta unidade de saúde, para definirmos quais os nossos serviços, dividimos o mercado em grupos, identificamos o grupo que pretendemos servir e investigamos quais as suas necessidades	0,798
	Nesta unidade de saúde, o foco do Marketing é a qualidade dos serviços	0,798

Fonte: Autor

A análise das contribuições para esta componente permitiu observar que a segmentação de mercado e a focalização do Marketing na qualidade assumem igual preponderância nas estratégias de produto, nestas unidades de saúde.

Foi ainda avaliada a consistência interna desta secção do questionário, tendo para tal sido a componente extraída submetida ao Teste Alpha de Cronbach, tendo sido obtido um coeficiente de 0,412, o qual não é aceitável, sendo por isso recomendável a remoção desta componente do questionário, pela sua reduzida consistência interna.

Os *output's* desta validação interna podem ser consultados no Apêndice VIII.

### 6.3 Preço

Esta secção do questionário era constituída por 3 itens de Likert de 5 pontos, subordinados às variáveis determinação do preço em função das práticas da concorrência, determinação do preço em função dos custos e da procura e determinação do preço em função da qualidade.

Este conjunto de itens foi, entre todos os que constituíam o questionário, aquele em que o valor médio das respostas foi mais reduzido. Conforme o Quadro 13, a média mais elevada foi observada no item subordinado à aferição da determinação do preço em função dos custos e da procura (3,04), enquanto a mais reduzida foi observada no item subordinado à determinação do preço em função das práticas da concorrência (2,88). Estes dois itens foram também os que registaram os extremos das respostas mais frequentes, com, respetivamente, 4 e 1. Esta secção do questionário foi também a que registou a maior dispersão nas respostas.

**Quadro 13 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Preço**

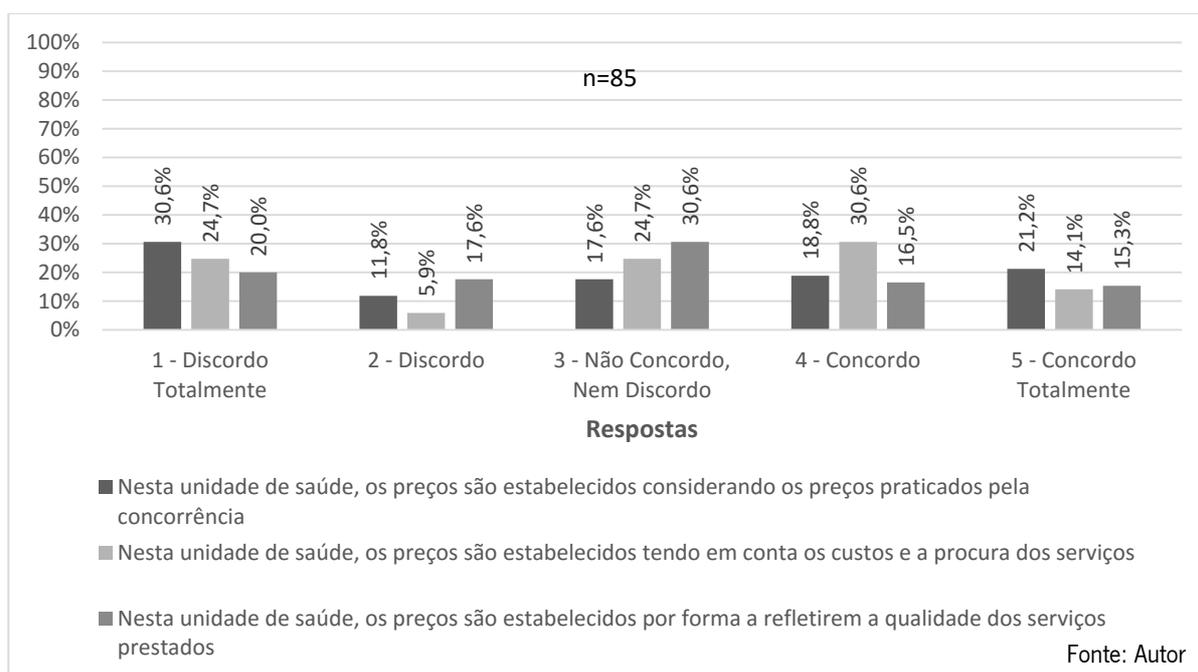
	Média	Moda	Desvio Padrão	n
Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos considerando os preços praticados pela concorrência	2,88	1	1,546	85
Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos tendo em conta os custos e a procura dos serviços	3,04	4	1,393	85
Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos por forma a refletirem a qualidade dos serviços prestados	2,89	3	1,328	85

Legenda: 1 – Discordo totalmente      2 - Discordo      3 – Não concordo, nem discordo      4 - Concordo      5 – Concordo totalmente

Fonte: Autor

Os desvios padrão registados são o reflexo da heterogeneidade das respostas obtidas, conforme ilustra o Gráfico 6, sendo ainda de registar o predomínio da discordância (simples e total), ainda que ténue, relativamente à determinação do preço em função das práticas da concorrência e, um pouco mais acentuado, relativamente à reflexão neste da qualidade do produto. Em todos os itens foram também observadas elevadas frequências relativas de respostas neutras, sobretudo no item relativo à prática de reflexão no preço da qualidade dos serviços, onde a resposta neutra foi mesmo a moda.

**Gráfico 6 - Distribuição das respostas da secção Preço**



Relativamente à determinação do preço em função das práticas da concorrência, entre os postos de colheitas, 75,0% ( $n=6$ ) das respostas foram de total discordância relativamente à prática, tendo-se ainda verificado, entre as UCCI, que esta foi também a resposta mais frequente (44,2%,  $n=19$ ). Já entre as UMFR, observou-se a maior heterogeneidade de respostas, sendo que relativamente a 7,1% ( $n=1$ ) destas unidades foi manifestada total discordância, relativamente a 21,4% ( $n=3$ ) foi manifestada discordância, relativamente a 14,3% ( $n=2$ ) das unidades foi manifestada neutralidade, relativamente a 21,4% ( $n=3$ ) foi manifestada concordância e, relativamente a 35,7% ( $n=5$ ), foi manifestada total concordância. Entre os restantes tipos de unidade de saúde, apenas foi manifestada discordância relativamente a esta prática na única Extensão de Centro de Saúde existente na amostra.

Foi entre as UCCI que foram observadas a quase totalidade das respostas totalmente discordantes (95,2%,  $n=20$ ) relativamente à determinação do preço em função dos custos e da procura,

tendo inclusive esta resposta sido a mais frequente (46,5%,  $n=20$ ) entre as unidades de saúde deste tipo. Ainda entre as unidades deste tipo, foi manifestada discordância quanto a esta prática relativamente 9,3% ( $n=4$ ) destas, neutralidade relativamente a 25,6% ( $n=11$ ), concordância relativamente a 14,0% ( $n=6$ ) e total concordância relativamente a apenas 4,7% ( $n=2$ ). Entre os restantes tipos, as respostas foram tendencialmente concordantes relativamente a esta prática.

As respostas tendencialmente discordantes predominaram também entre as UCCI, no que à determinação do preço em função da qualidade diz respeito. Entre estas unidades, 39,5% ( $n=17$ ) das respostas foram de total discordância relativamente a esta prática e 16,3% ( $n=7$ ) de discordância. Já 25,6% ( $n=11$ ) das respostas entre estas unidades de saúde foram neutras. Entre os postos de colheitas, 75,0% ( $n=6$ ) das respostas manifestaram neutralidade e 25,0% manifestaram discordância, quanto a esta prática. Nos restantes tipos de unidade de saúde, as respostas foram tendencialmente concordantes, ainda que seja de denotar que, entre as UMFR, 21,4% ( $n=3$ ) das respostas manifestaram discordância e 28,6% ( $n=4$ ) manifestaram neutralidade.

A fiabilidade do Teste Qui-Quadrado para estudo da relação entre as 3 variáveis que constituíam esta secção e a variável tipologia das unidades de saúde, foi comprometida pelo elevado número de células sem observações. As tabelas de contingência do estudo da relação destas e da tipologia das unidades de saúde podem ser encontradas no Apêndice IX.

As reduzidas médias e elevada dispersão registadas nas respostas, bem como a heterogeneidade das respostas intra tipo, fizeram com que não fosse possível estabelecer um padrão de práticas. Tal deverá ser o resultado da multiplicidade de estratégias de distribuição que podem ser adotadas pelas OSFL no sector da saúde, em Portugal, nomeadamente a prestação a título estritamente particular, a prestação que congrega os regimes estritamente particular e cofinanciado, ou ainda estritamente cofinanciado pelo SNS, sendo que a prestação cofinanciada, quer seja pelo SNS, subsistemas de saúde ou seguradoras, tem sempre associada a imposição de preços pela entidade cofinanciadora, o que reduz as oportunidades de manipulação desta componente do composto de marketing por estas unidades de saúde. Tal é indiciado pelo comportamento particular observado nos tipos UCCI, Posto de Colheitas e UMFR, os quais operam em regime estritamente ou quase estritamente cofinanciado.

Na validação interna desta secção do questionário, os testes de KMO e de Esfericidade de Bartlett demonstraram serem cumpridos os pressupostos à aplicação da ACP, tendo sido obtidos um índice de 0,721 no Teste de KMO e uma significância  $p=0,000$  no Teste de esfericidade de Bartlett. A ACP resultou na extração de um único fator, responsável por 76,26% do total da variância, cuja composição é explanada no Quadro 14.

**Quadro 14 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Preço**

<b>Componente</b>	<b>Proposição</b>	<b>Contribuição</b>
1 – Preço	Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos tendo em conta os custos e a procura dos serviços	0,894
	Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos por forma a refletirem a qualidade dos serviços prestados	0,871
	Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos considerando os preços praticados pela concorrência	0,854

Fonte: Autor

A maior contribuição para a componente da variável determinação do preço em função dos custos e da procura converge com as práticas relatadas pelas respostas ao questionário. De referir, também, a performance inferior da variável associada à concorrência, à semelhança do sucedido noutras secções do questionário, o que reforça a possibilidade destas unidades de saúde operarem essencialmente num regime de prestação cofinanciada.

Na avaliação da consistência interna foi obtido um coeficiente de 0,841 no Teste Alpha de Cronbach.

Os *output's* da validação interna desta secção do questionário podem ser consultados no Apêndice X.

## **6.4 Distribuição**

Esta secção do questionário era constituída por 4 itens de Likert de 5 pontos.

As variáveis alvo de aferição foram: disponibilização de serviços cofinanciados, adaptação da oferta de serviços às variações da procura, planeamento da acessibilidade física aos serviços e planeamento da acessibilidade horária aos serviços.

As médias das respostas oscilaram entre os 3,02, relativamente ao planeamento da acessibilidade física aos serviços, e os 4,02 relativamente à disponibilização de serviços cofinanciados.

A resposta mais frequente nestes itens, foi a resposta 5, com exceção do item subordinado à prática do planeamento da acessibilidade física aos serviços, no qual a resposta mais frequente foi 3. Os desvios padrão observados, que oscilaram entre os 1,069 no item relativo à prática do planeamento da acessibilidade horária aos serviços, e os 1,519 no item relativo à prática da adaptação da oferta de serviços às variações da procura, sugeriram a existência de alguma heterogeneidade de práticas entre as unidades de saúde. O Quadro 15 sintetiza estes resultados.

**Quadro 15 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Distribuição**

	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>n</b>
Nesta unidade de saúde, procuramos estabelecer o maior leque possível de acordos e convenções com o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde e seguradoras	4,02	5	1,300	85
Nesta unidade de saúde, a oferta de serviços é regulada, através do reforço do número de prestadores nos períodos em que se verificam picos de procura	3,36	5	1,519	85
Nesta unidade de saúde, a localização das instalações foi escolhida levando em conta os acessos e a proximidade da população a servir	3,02	3	1,154	85
Nesta unidade de saúde, o horário de funcionamento dos serviços é estabelecido levando em conta a conveniência dos utentes/clientes	3,98	5	1,069	85

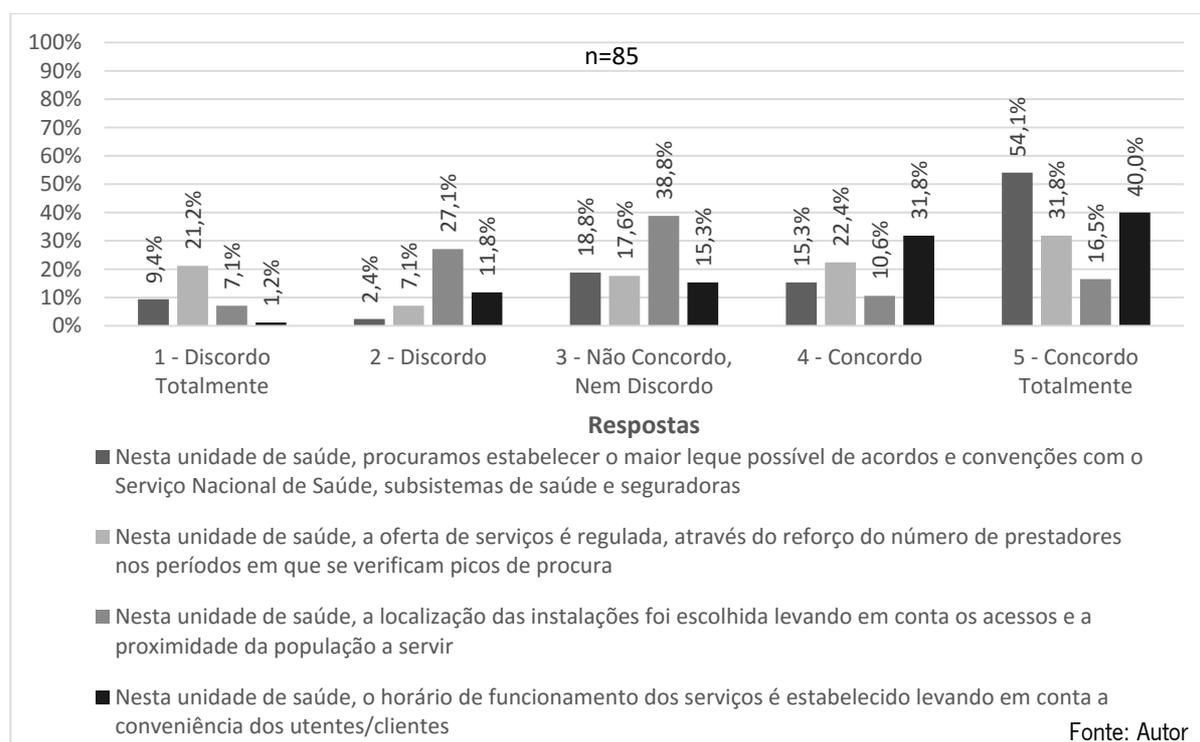
Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente
----------	-------------------------	--------------	--------------------------------	--------------	-------------------------

Fonte: Autor

A análise da distribuição das respostas, representada graficamente pelo Gráfico 7, confirmou a existência de alguma heterogeneidade de práticas entre as unidades de saúde, apesar de, com exceção da terceira variável, a concordância (simples e total) com as práticas predominar nesta secção do questionário. Relativamente à disponibilização de serviços cofinanciados, verificou-se que, apesar de tendencialmente as respostas penderem para a concordância, com as respostas relativas a 54,1% ( $n=46$ ) das unidades de saúde a serem “concordo totalmente” e 15,3% ( $n=3$ ) a serem “concordo”, registaram-se 9,4% ( $n=8$ ) de respostas “discordo totalmente” e 18,8% ( $n=16$ ) de respostas neutras. Foi observada uma distribuição semelhante no item subordinado à adaptação da oferta de serviços às variações da procura, com a maioria das respostas a tenderem para a concordância (31,8%,  $n=27$  a concordarem totalmente e 22,4%,  $n=19$  a concordarem), mas com um número elevado de unidades de saúde a respeito das quais foi manifestada discordância total (21,2%,  $n=18$ ) e com um número também elevado de respostas neutras (17,6%,  $n=15$ ). Já no que respeita ao planeamento da acessibilidade física aos

serviços, predominaram as respostas neutras (38,8%,  $n=33$ ) e as respostas discordantes (7,1%,  $n=6$  discordam totalmente, e 27,1%,  $n=23$  discordam). Por último, no item subordinado à prática de planeamento da acessibilidade horária aos serviços, predominaram as respostas concordantes com a prática (40,0%,  $n=34$  concordavam totalmente, e 31,8%  $n=27$  concordavam), havendo ainda o registo de respostas neutras (15,3%,  $n=13$ ), de respostas discordantes (11,8%,  $n=10$ ) e de uma resposta totalmente discordante (1,2%).

**Gráfico 7 - Distribuição das respostas da secção Distribuição**



Estes resultados demonstraram que, nas unidades de saúde que participaram no estudo, a disponibilidade dos serviços é manipulada, mas apenas na sua dimensão temporal, não sendo a dimensão espacial alvo de tanta atenção. Tal deverá dever-se ao facto de muitas destas unidades de saúde se localizarem em imóveis com um valor histórico, desconhecendo-se se, aquando da escolha da localização, este aspeto foi considerado. Por outro lado, os resultados evidenciaram a preocupação em disponibilizar várias formas de cofinanciamento como forma de otimização da distribuição dos serviços.

A análise dos resultados em função da tipologia das unidades de saúde permitiu observar que, à semelhança do sucedido noutras secções do questionário, as UCCI apresentaram um comportamento muito próprio. Relativamente à disponibilização de serviços cofinanciados, estas unidades concentraram a totalidade das respostas discordantes registadas (18,6%,  $n=8$  discordavam totalmente, e 4,7%  $n=2$

discordavam). Também próprio foi o comportamento dos postos de colheitas, onde as respostas relativas a 75,0% ( $n=6$ ) deste tipo de unidade de saúde manifestaram neutralidade relativamente a esta prática. Tal poderá dever-se ao facto de muitas das unidades destes tipos operarem numa modalidade estritamente ou quase estritamente cofinanciada pelo SNS.

Estes 2 tipos de unidade de saúde tiveram também um comportamento próprio relativamente à adaptação da oferta de serviços às variações da procura, onde, em ambas, predominaram as respostas totalmente discordantes (27,9%,  $n=12$ , no caso das UCCI, e 75,0%,  $n=6$ , no caso dos postos de colheitas), sendo mesmo estes 2 os únicos tipos que registaram a ocorrência desta resposta. No que respeita a esta prática, destacaram-se também as UMFR, onde se registaram respostas neutras relativamente a 21,4% ( $n=3$ ) destas unidades e respostas discordantes relativamente a 14,3% ( $n=2$ ). Também nestes casos, a natureza dos serviços e a complementaridade ao SNS garantem uma procura com poucas flutuações, pelo que tais ajustes poderão ser desnecessários.

No item subordinado ao planeamento da acessibilidade física aos serviços, observou-se um predomínio das respostas neutras entre os diversos tipos de unidade de saúde, com exceção dos hospitais e dos postos de colheitas, onde predominou a resposta “discordo” (50,0%,  $n=5$ , no caso dos hospitais, e 75,0%,  $n=6$ , no caso dos postos de colheitas).

Por último, relativamente ao planeamento da acessibilidade horária aos serviços, observou-se uma grande heterogeneidade de práticas entre tipos de unidades de saúde e, no caso das clínicas, UCCI e UMFR, entre as unidades amostrais dentro desses tipos. Destaque também para o único laboratório de radiologia existente na amostra, a respeito do qual foi manifestada discordância relativamente a esta variável. Esta heterogeneidade poderá dever-se aos diferentes tipos de serviços praticados pelos diferentes tipos de unidades de saúde presentes no estudo.

Nestas variáveis, à semelhança das constituintes das secções anteriores do questionário, a aplicação do Teste Qui-Quadrado, para estudo da existência de dependência destas com a variável tipologia das unidades de saúde, foi comprometida pelo elevado número de células sem observações. As tabelas de contingência de estudo das variáveis desta secção do questionário e da variável tipologia das unidades de saúde podem ser consultadas no Apêndice XI.

Esta análise permitiu concluir que a generalidade das unidades de saúde que compõem a amostra procuram oferecer múltiplas alternativas de cofinanciamento dos serviços aos clientes/utentes, como forma de promover a distribuição/acesso a estes, e que a produção e o horário de funcionamento são adaptados às características da procura e dos próprios serviços. Os comportamentos particulares de alguns dos tipos de unidade de saúde relativamente a estas práticas sugerem também a existência duma

relação de dependência destas variáveis com a variável tipologia das unidades de saúde, mas que não foi possível verificar estatisticamente.

Na validação interna desta secção do questionário, os resultados dos testes de KMO e Esfericidade de Bartlett foram, respetivamente, de 0,510 e  $p=0,001$ , sendo reveladores da adequabilidade da amostra e da existência de correlação entre as variáveis em estudo, respetivamente, e, conseqüentemente, da aplicabilidade da ACP. Nesta, ao contrário das ACP dos grupos de variáveis anteriores, foram extraídas 2 componentes com autovalor superior à unidade, conjuntamente responsáveis por 66,56% da variância total. Estas componentes foram denominadas de acordo com as variáveis a que as proposições que os compunham estavam subordinadas. A aplicação do Teste Alpha de Cronbach resultou num coeficiente de 0,758 para a componente 1 e 0,296 para a componente 2, sendo este último considerado desadequado. Procedeu-se então à supressão da proposição subordinada à variável planeamento da disponibilidade horária dos serviços e repetiram-se os procedimentos.

Na repetição destes procedimentos de validação interna, os valores obtidos nos Tetes KMO e de Esfericidade de Bartlett melhoraram ligeiramente, para, respetivamente, 0,515 e  $p=0,000$ , confirmando a adequabilidade da ACP ao novo conjunto de dados. Esta, uma vez executada, resultou na extração duma única componente, a qual é responsável pela explicação de 50,83% da variância total. Esta componente é composta conforme o Quadro 16.

#### **Quadro 16 – Composição da componente extraída pela ACP da secção Distribuição**

<b>Componente</b>	<b>Proposição</b>	<b>Contribuição</b>
1 – Distribuição	Nesta unidade de saúde, a oferta de serviços é regulada, através do reforço do número de prestadores nos períodos em que se verificam picos de procura	0,839
	Nesta unidade de saúde, procuramos estabelecer o maior leque possível de acordos e convenções com o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde e seguradoras	0,737
	Nesta unidade de saúde, a localização das instalações foi escolhida levando em conta os acessos e a proximidade da população a servir	0,526

Fonte: Autor

As contribuições das variáveis para a componente sugerem que a adaptação da produção é a variável mais relevante da distribuição/acesso aos serviços, reforçando a importância dos mecanismos de adaptação à perecibilidade dos serviços. A importância da oferta variada de serviços cofinanciados é limitada pelo carácter de exclusiva ou quase exclusiva complementaridade ao SNS assumido por algumas destas unidades. Já a localização das instalações, é a variável menos relevante para a distribuição/acesso aos serviços nestas.

Após a ACP, a componente extraída foi ainda submetido ao Teste Alpha de Cronbach, tendo obtido um coeficiente de 0,514.

Os *output's* da validação interna desta secção do questionário podem ser consultados no Apêndice XII.

## **6.5 Promoção e Comunicação**

Esta secção do questionário, à semelhança do anterior, era constituído por 4 itens de Likert, referentes às variáveis desenvolvimento de ações de comunicação interna, desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo, desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes e conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca.

A análise dos resultados deste conjunto de itens permitiu observar as médias de grau de concordância mais elevadas, tendo as médias das respostas a estes itens variaram entre os 3,93 no item subordinado à variável desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo, e os 4,58 no item subordinado à variável de desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes, conforme o Quadro 17. O primeiro destes itens foi o único a obter como resposta mais frequente 4, tendo todos os restantes registado como resposta mais frequente 5. O desvio padrão observado nas respostas variou entre os 0,730 verificados nas respostas relativas à prática de desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes, e os 0,931 das respostas referentes ao conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca.

### Quadro 17 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Promoção e Comunicação

	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>n</b>
Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de comunicação interna com os colaboradores para transmitir-lhes diretrizes e recolher informações	4,46	5	0,795	85
Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de promoção e divulgação dos serviços junto da população a servir	3,93	4	0,799	85
Nesta unidade de saúde, são realizados inquéritos de satisfação dos utentes/clientes	4,58	5	0,730	85
Nesta unidade de saúde, acreditamos que a melhor forma de divulgação dos nossos serviços é a comunicação boca-a-boca entre utentes/clientes	4,12	5	0,931	85

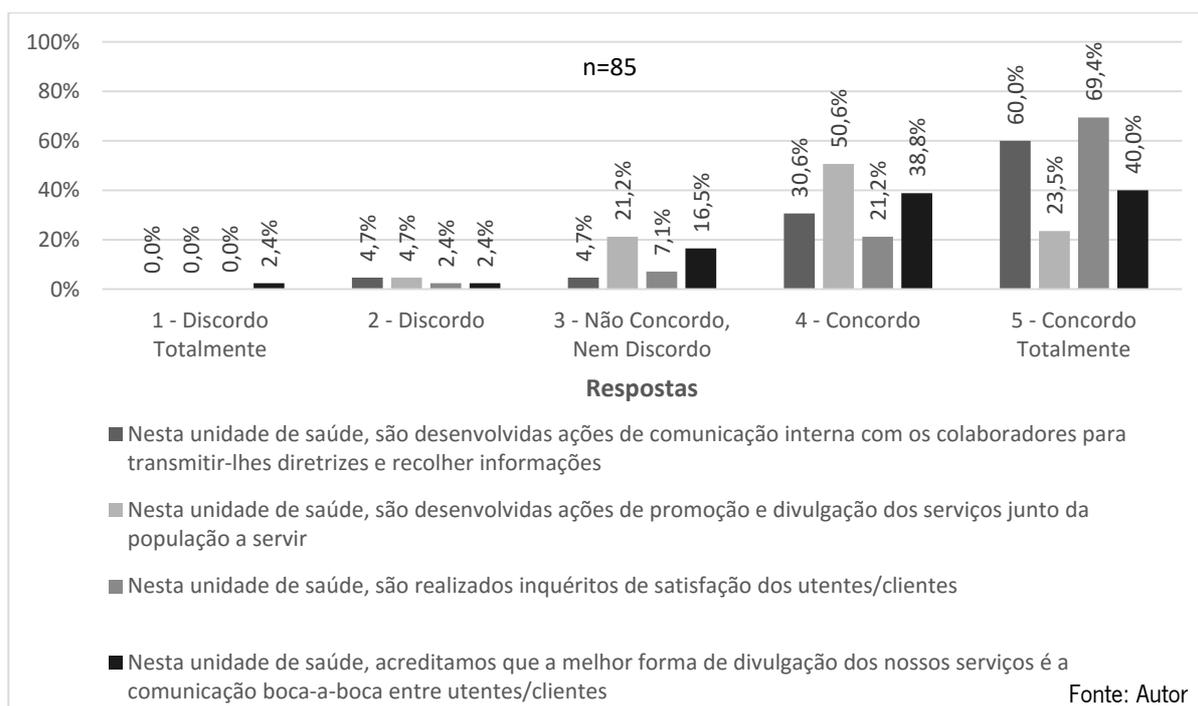
Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente
----------	-------------------------	--------------	--------------------------------	--------------	-------------------------

Fonte: Autor

Observou-se também, conforme o Gráfico 8, que em todas as práticas predominaram as respostas concordantes, ainda que em graus diferentes. Destaque, no entanto, para a quantidade de respostas neutras verificadas relativamente à prática de desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo e ao conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca, que foram, respetivamente, 21,2% ( $n=18$ ) e 16,5% ( $n=14$ ).

Estes resultados demonstram atribuída pelas unidades de saúde participantes no estudo à comunicação, tanto com os agentes internos, como com os agentes externos. Os resultados relativos à promoção, apesar de ligeiramente inferiores, evidenciam a importância atribuída a esta por estas organizações, convergindo parcialmente com a literatura consultada sobre o Marketing nas OSFL, uma vez que esta referencia que nestas organizações o foco do Marketing é usualmente a promoção, uma vez que corroboram a consensualidade da prática, mas não o foco e/ou circunscrição a esta.

**Gráfico 8 - Distribuição das respostas da secção Promoção e Comunicação**



Na análise das respostas em função das unidades de saúde verificou-se que, relativamente à prática de desenvolvimento de ações de comunicação interna, apenas se registaram respostas discordantes nos tipos Hospital, UCCI e UMFR, e respostas neutras referentes a unidades destes 2 últimos tipos. A resposta 5 foi a mais frequente em todos os tipos, com exceção do Extensão de Centro de Saúde e Policlínica, nos quais predominou a resposta 4.

Já na análise das respostas relativas à prática de desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo, a resposta 4 apenas não foi a predominante entre as UCCI, entre as quais predominou a resposta 5. Foi também dentro deste tipo que ocorreram as únicas respostas discordantes registadas relativamente a esta prática ( $n=4$ ) e a maioria das respostas neutras (61,1%,  $n=11$ ). A moda registada entre as UCCI é particularmente interessante dado o facto de, tal como já foi referido, estas operarem num modelo de estrita ou quase estrita complementaridade ao SNS, no qual este determina os beneficiários dos serviços das UCCI, retirando destas a necessidade de conquista duma quota de mercado. Nas restantes respostas neutras foram registadas nos tipos: Clínica (11,1%,  $n=2$ ), Hospital (5,6%,  $n=1$ ), Posto de Colheitas (5,6%,  $n=1$ ) e UMFR (16,7%,  $n=3$ ). Mais uma vez, foi entre os tipos UCCI e UMFR que se verificou maior heterogeneidade de respostas.

No item relativo à prática de desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes, o tipo de unidade de saúde que apresentou maior heterogeneidade de respostas foi o Clínica, onde as respostas 2, 3 e 4 registaram, cada uma, 20% ( $n=1$ ) do total de respostas referentes a unidades deste tipo, tendo a resposta predominante sido, à semelhança de todos os restantes tipos com exceção do tipo Policlínica, a resposta “concordo totalmente”. Registaram-se ainda, relativamente a esta prática, respostas neutras nos tipos Posto de Colheitas ( $n=1$ ), UCCI ( $n=2$ ) e UMFR ( $n=2$ ). Foi também registada uma resposta discordante no tipo UCCI.

No item relativo ao conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca, a resposta 5 foi a predominante nos tipos Hospital (30,0%,  $n=3$ ), Laboratório de Radiologia (100,0%,  $n=1$ ), Policlínica (66,7%,  $n=2$ ) e UCCI (37,2%,  $n=16$ ). Nas UMFR registou-se um equilíbrio entre as respostas 4 e 5 (42,9%,  $n=6$ ), enquanto nos tipos Clínica e Posto de Colheitas predominou a resposta 4, e no tipo Extensão de Centro de Saúde a única resposta registada foi neutra. As restantes respostas neutras foram registadas nos tipos: Policlínica ( $n=1$ ), UCCI ( $n=9$ ) e UMFR ( $n=2$ ). Nas UCCI registaram-se também as únicas respostas “discordo totalmente” ( $n=2$ ) e “discordo” ( $n=2$ ), fazendo deste tipo de unidade de saúde, o tipo com maior heterogeneidade de respostas neste item. Estes resultados podem ser consultados no Apêndice XIII.

Também nesta secção do questionário, à semelhança do sucedido nas secções anteriores, a aplicação do Teste Qui-Quadrado para aferição da existência de relação de dependência entre as variáveis foi comprometida pela existência dum elevado número de células sem observações.

Esta análise permitiu concluir que nas unidades de saúde das Misericórdias são desenvolvidas ações direcionadas à obtenção do *feedback* dos clientes/utentes e dos colaboradores. Nestas unidades de saúde, é também reconhecida a importância do Marketing boca-a-boca e são desenvolvidas ações e promoção dos serviços prestados junto do público-alvo, apesar de, relativamente a esta última prática, um número considerável destas não se ter manifestado favoravelmente.

Após a análise descritiva dos dados, procedeu-se à validação interna desta secção do questionário. O Teste de KMO resultou num índice de 0,560, confirmando a adequabilidade da amostra. O Teste de Esfericidade de Bartlett obteve uma significância  $p=0,000$ , rejeitando por isso a hipótese da matriz de correlações entre as variáveis ser uma matriz identidade e

confirmando a adequabilidade da ACP. A execução desta resultou na extração de 2 componentes com autovalor superior à unidade, os quais explicam 68,39% da variância total. Estas 2 componentes foram denominadas de acordo com o carácter da intervenção da unidade de saúde na promoção e comunicação (ver Quadro 18).

#### **Quadro 18 - Composição das componentes extraídas pela ACP da dimensão Promoção e Comunicação**

<b>Componente</b>	<b>Proposição</b>	<b>Contribuição</b>
1 – Promoção e comunicação ativas	Nesta unidade de saúde, são realizados inquéritos de satisfação dos utentes/clientes	0,820
	Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de promoção e divulgação dos serviços junto da população a servir	0,710
	Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de comunicação interna com os colaboradores para transmitir-lhes diretrizes e recolher informações	0,612
2 – Promoção passiva	Nesta unidade de saúde, acreditamos que a melhor forma de divulgação dos nossos serviços é a comunicação boca-a-boca entre utentes/clientes	0,934

Fonte: Autor

Conclui-se assim que, nestas unidades de saúde, é reconhecida a importância da promoção e comunicação da iniciativa dos clientes/utentes, para além das ações de promoção da iniciativa da própria organização. Nesta última vertente, conclui-se também que, entre estas unidades de saúde, é atribuída maior preponderância à comunicação com agentes externos, comparativamente à comunicação com os agentes internos.

O Teste Alpha de Cronbach foi aplicado à componente 1, tendo sido obtido um coeficiente de 0,580.

Os *output's* da validação interna desta secção podem ser consultados no Apêndice XIV.

## **6.6 Pessoas**

Esta secção do questionário era constituída por dois itens de Likert, subordinados às variáveis consideração das capacidades não técnicas do profissional com impacto na qualidade do serviço, nos processos de recrutamento e investimento na formação profissional dos colaboradores.

Conforme o Quadro 19, relativamente à primeira destas variáveis, a média das respostas foi de 4,35, tendo a resposta mais frequente sido 4. Já na segunda variável, a média das respostas foi 4,56 e

a resposta mais frequente 5. Os desvios padrão de, respetivamente, 0,550 e 0,586 atestam a reduzida dispersão das respostas registadas relativamente a estas práticas.

**Quadro 19 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Pessoas**

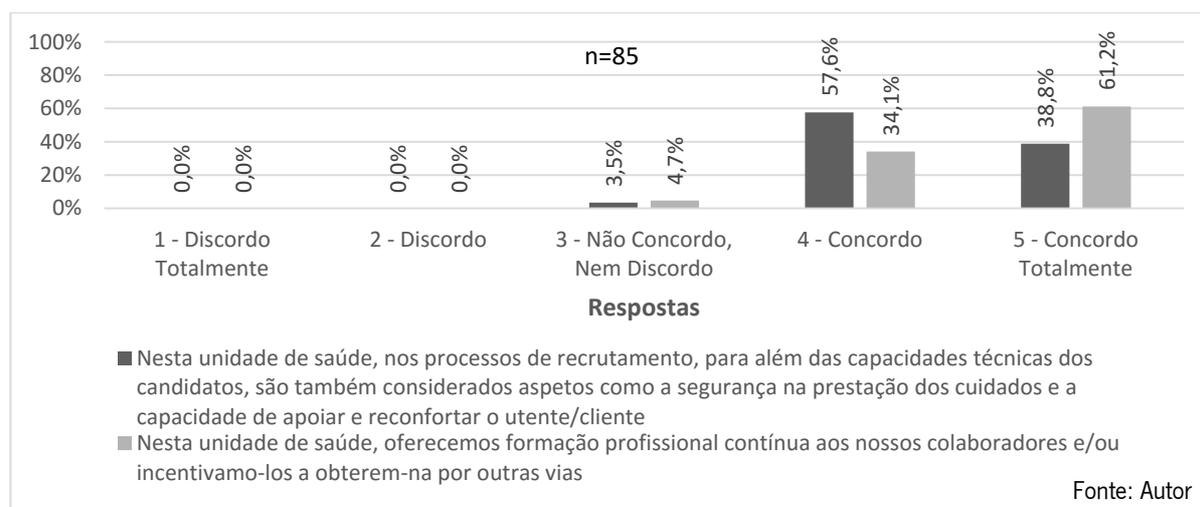
	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>n</b>	
Nesta unidade de saúde, nos processos de recrutamento, para além das capacidades técnicas dos candidatos, são também considerados aspetos como a segurança na prestação dos cuidados e a capacidade de apoiar e reconfortar o utente/cliente	4,35	4	0,550	85	
Nesta unidade de saúde, oferecemos formação profissional contínua aos nossos colaboradores e/ou incentivamo-los a obterem-na por outras vias	4,56	5	0,586	85	
Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente

Fonte: Autor

A análise da distribuição das respostas permitiu observar e analisar esta reduzida dispersão. Conforme o Gráfico 9, em ambos os casos as respostas concentraram-se nas duas respostas de concordância, embora em graus diferentes desta. No item relativo à prática de consideração das capacidades não técnicas do profissional com impacto na qualidade do serviço, nos processos de recrutamento, a moda (resposta 4) obteve 57,6% ( $n = 49$ ) das respostas, face aos 38,8% ( $n=33$ ) das respostas que manifestaram total concordância. Por oposição, no item subordinado à prática de investimento na formação profissional dos colaboradores, a resposta com maior prevalência na amostra foi a resposta 5, com 61,2% ( $n=52$ ), seguida da resposta 4 com 34,1% ( $n=29$ ) das respostas. Registou-se ainda um valor residual de respostas neutras em ambos os itens.

Estes resultados evidenciam que, para além da importância das capacidades técnicas dos colaboradores, nas unidades de saúde participantes no estudo, as capacidades não técnicas dos colaboradores são já também alvo de atenção, o que revela a sensibilidade já existente nestas para o marketing interativo e a existência nestas numa visão integrada da problemática da qualidade dos serviços.

**Gráfico 9 - Distribuição das respostas da secção Pessoas**



Na análise das respostas em função da tipologia das unidades de saúde verificou-se que, relativamente à variável consideração das capacidades não técnicas do profissional com impacto na qualidade do serviço, nos processos de recrutamento, as respostas neutras ocorreram nos tipos Clínica ( $n=2$ ) e UCCI ( $n=1$ ). Verificou-se também que a moda foi a resposta predominante em todos os tipos, com exceção dos tipos Posto e Colheitas e UCCI, onde a resposta predominante foi a resposta 5.

Já relativamente à variável investimento na formação profissional dos colaboradores, as respostas neutras reportaram-se unicamente a unidades do tipo UCCI ( $n=4$ ). O predomínio da moda (“concordo totalmente”) apenas se verificou entre os tipos Extensão de Centro de Saúde, Posto de Colheitas, UCCI e UMFR. Entre os tipos Clínica, Laboratório de Radiologia e Policlínica, a resposta com maior prevalência foi a resposta 4, sendo ainda de salientar que no tipo Hospital se verificou um equilíbrio entre as respostas 4 e 5 (50,0%,  $n=5$ ). Estes resultados demonstram a consensualidade destas práticas entre as unidades de saúde estudadas e a sua transversalidade aos diversos tipos de unidade de saúde estudados.

À semelhança das secções anteriores, o elevado número de células sem observações comprometeu a fiabilidade dos resultados do Teste Qui-Quadrado para estudo da existência de relações de dependência entre estas variáveis e a tipologia das unidades de saúde. No Apêndice XV podem ser consultadas as tabelas de contingência que retratam as respostas a estas variáveis entre os diferentes tipos de unidades de saúde.

Após a análise descritiva dos dados, procedeu-se à validação interna desta secção do questionário. Neste conjunto de itens, o Teste de KMO produziu um índice de 0,500, pelo que, apesar deste se situar no limiar do aceitável, também neste caso a amostra é adequada para a execução da

análise fatorial. O Teste de Esfericidade de Bartlett ( $p=0,002$ ), confirmou a adequação da metodologia a estes dados. A aplicação da ACP resultou na extração duma única componente, a qual é responsável por 66,72% da variância total. De realçar ainda a equidade das contribuições das duas variáveis para a componente extraída, conforme o Quadro 20.

**Quadro 20 - Composição da componente extraída pela ACP da secção Pessoas**

<b>Componente</b>	<b>Proposição</b>	<b>Contribuição</b>
1 – Pessoas	Nesta unidade de saúde, nos processos de recrutamento, para além das capacidades técnicas dos candidatos, são também considerados aspetos como a segurança na prestação dos cuidados e a capacidade de apoiar e reconfortar o utente/cliente	0,817
	Nesta unidade de saúde, oferecemos formação profissional contínua aos nossos colaboradores e/ou incentivamo-los a obterem-na por outras vias	0,817

Fonte: Autor

Esta equidade das contribuições indicia que nas unidades de saúde das Misericórdias poderá ser atribuída tanta relevância às capacidades não técnicas, quanto às capacidades técnicas dos colaboradores, o que reforça a sensibilização destas organizações para o marketing interativo constatada na análise descritiva das respostas.

Por último, o Teste Alpha de Cronbach foi aplicado à componente, tendo o sido obtido um coeficiente de 0,500.

No Apêndice XVI podem ser consultados os *output's* da validação interna desta secção do questionário.

## **6.7 Processos**

Esta secção do questionário era constituída por um item de Likert de 5 pontos, destinado à aferição da padronização dos processos de prestação de serviços, nestas unidades de saúde.

A média das respostas ao item foi de 4,49, tendo a resposta mais frequente sido 5 e o desvio padrão 0,684, conforme o Quadro 21.

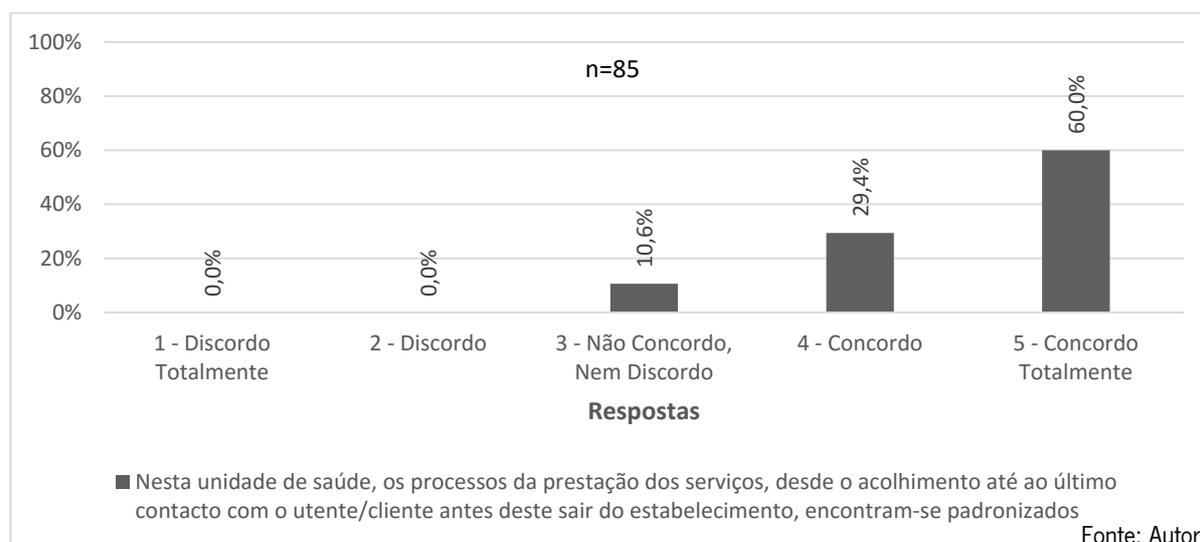
## Quadro 21 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Processos

	Média	Moda	Desvio Padrão	<i>n</i>	
Nesta unidade de saúde, os processos da prestação dos serviços, desde o acolhimento até ao último contacto com o utente/cliente antes deste sair do estabelecimento, encontram-se padronizados	4,49	5	0,684	85	
Legenda:	1 - Discordo totalmente	2 - Discordo	3 - Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo totalmente

Fonte: Autor

Não se observaram quaisquer respostas que manifestassem discordância quanto à prática de marketing aferida. De referir, no entanto, que 10,6% ( $n=9$ ) das respostas manifestaram neutralidade. A resposta mais frequente – “concordo totalmente” - foi a selecionada relativamente a 60,0% ( $n=9$ ) das unidades de saúde, tendo a resposta relativa aos restantes 29,4% ( $n=25$ ) sido “concordo”, conforme o Gráfico 10.

**Gráfico 10 - Distribuição das respostas da secção Processos**



As respostas neutras foram registadas nos tipos de unidade de saúde Clínica ( $n=1$ ), Policlínica ( $n=1$ ), Posto de Colheitas ( $n=1$ ), UCCI ( $n=4$ ) e UMFR ( $n=2$ ). A moda foi a resposta predominante em todos os tipos, com a exceção dos tipos Hospital e Policlínica. Na primeira destas, verificou-se um equilíbrio entre esta resposta e a resposta 4 ( $n=5$ ). Na segunda, verificou-se um equilíbrio entre esta resposta e as respostas 3 e 4 ( $n=1$ ).

Também nesta secção, o estudo da relação da prática aferida com a tipologia das unidades de saúde foi comprometido pelo elevado número de células sem observações. O estudo bivariado destas variáveis pode ser consultado no Apêndice XVII.

Estes resultados permitiram concluir que a padronização dos processos da prestação de serviços é já uma prática habitual entre as unidades de saúde estudadas, transversal a todos os tipos de unidade de saúde com respostas registadas. Depreende-se assim que, nestas unidades de saúde, a importância da padronização para controlo da variabilidade intrínseca dos serviços e redução dos erros médicos é já consensual.

## 6.8 Ambiente Físico

A secção do questionário dedicada à avaliação das práticas em torno do ambiente físico era constituída por 1 item de Likert de 5 pontos, sendo a variável aferida os cuidados dispensados ao ambiente físico, com a percepção de qualidade do cliente em mente.

A média das respostas obtidas foi de 4,45 e a resposta mais frequente foi a resposta 5. Já o desvio padrão das respostas foi de 0,852. O Quadro 22 sintetiza estes resultados.

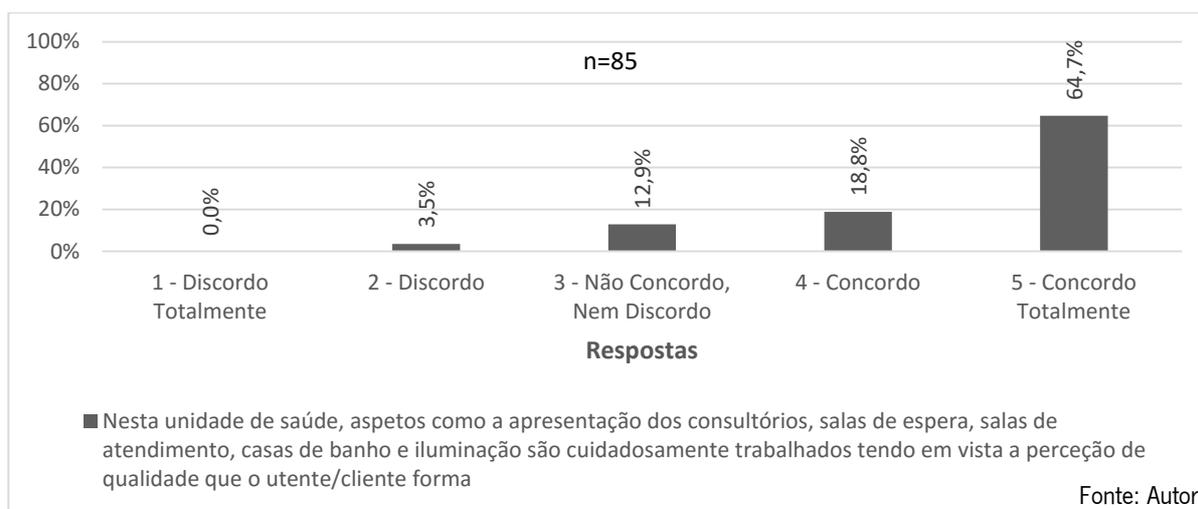
**Quadro 22 - Média, moda e desvio padrão das respostas à secção Ambiente Físico**

	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b><i>n</i></b>	
Nesta unidade de saúde, aspetos como a apresentação dos consultórios, salas de espera, salas de atendimento, casas de banho e iluminação são cuidadosamente trabalhados tendo em vista a percepção de qualidade que o utente/cliente forma	4,45	5	0,852	85	
Legenda:	1 – Discordo totalmente	2 - Discordo	3 – Não concordo, nem discordo	4 - Concordo	5 – Concordo totalmente

Fonte: Autor

A análise da distribuição destas respostas (representada no Gráfico 11) permitiu observar que, relativamente à maioria das unidades de saúde foi expressada concordância (total ou simples) com a prática descrita. Registaram-se também um reduzido número de respostas discordantes e neutras. As primeiras destas corresponderam a 3,5% ( $n=3$ ) das unidades de saúde, enquanto as segundas atingiram o valor mais expressivo de 12,9% ( $n=11$ ) destas.

**Gráfico 11 - Distribuição das respostas da secção Ambiente Físico**



A análise da distribuição das respostas em função da tipologia das unidades de saúde permitiu observar que, mais uma vez, o tipo de unidade de saúde onde se observou maior heterogeneidade de respostas foi o tipo UCCL. Este tipo registou 66,7% ( $n=2$ ) das unidades a respeito das quais foi manifestada discordância quanto à prática descrita, sendo os restantes 33,3% ( $n=1$ ) registados no tipo Hospital. A moda predominou em todos os tipos com a exceção dos tipos Extensão de Centro de Saúde e Policlínica. No primeiro destes, o predomínio coube à resposta 4, que foi a resposta dada relativamente à única unidade deste tipo existente na amostra. Já na segunda, registou-se um equilíbrio entre as respostas 3, 4 e 5. Estes resultados encontram-se sintetizados no Apêndice XVIII.

Também relativamente a esta variável, não foi possível aplicar o Teste Qui-Quadrado para aferição da sua relação com a variável tipologia das unidades de saúde, dado o elevado número de células sem observações.

Esta análise permitiu concluir que, entre as unidades de saúde estudadas, também o ambiente físico é já alvo de atenção e intervenção, tendo em vista a perceção de qualidade do utente/cliente relativamente ao serviço. Contudo, a manipulação desta componente do composto de marketing parece não ser tão consensual quanto outras relacionadas com a qualidade dos serviços. Tal poderá dever-se ao facto de muitas destas unidades de saúde, tal como já referido, encontrarem-se instaladas em imóveis obsoletos com valor histórico, o que possivelmente reduz as oportunidades de manipulação do ambiente físico.

Após a validação interna das diferentes secções existentes no questionário e exclusão da secção e item com resultados desajustados, foi testada a consistência interna global deste, tendo a aplicação

do Teste Alpha de Cronbach resultado num coeficiente de 0,842, o qual classifica a consistência interna do questionário como boa, de acordo com Marôco & Garcia-Marques (2006).

## **6.9 Conclusão**

No que respeita às estratégias de Marketing, os resultados permitiram observar que a manipulação das diferentes variáveis do composto de Marketing dos serviços é comum entre estas unidades de saúde.

Verificou-se que a focalização do Marketing na qualidade dos serviços é já uma prática comum, o mesmo já não acontecendo relativamente à segmentação de mercado, que os resultados sugerem ser prática comum apenas entre as unidades de saúde inseridas em mercados concorrenciais.

Os resultados permitiram também observar que, na maioria das unidades de saúde participantes no estudo, os preços são determinados levando em conta os custos de produção e a procura. As reduzidas médias das respostas, a elevada dispersão destas e a sua heterogeneidade no contexto intra tipo de unidade de saúde, não permitiram estabelecer um perfil de práticas de manipulação desta componente do composto de marketing mais pormenorizado. Tal deverá ser o resultado da multiplicidade de estratégias de distribuição que podem ser adotadas pelas OSFL no sector da saúde, em Portugal, uma vez que as estratégias alicerçadas na prestação de serviços cofinanciados tem vinculada a imposição de preços pela entidade cofinanciadora.

Quanto à distribuição, verificou-se que estas unidades de saúde procuram disponibilizar aos clientes/utentes múltiplas formas de cofinanciamento dos serviços. Verificou-se também que, na maioria destas, a produção e o horário de funcionamento eram adaptados à procura.

As ações de comunicação interna e externa são já práticas comuns nestas unidades de saúde, sendo atribuída maior preponderância a esta última comparativamente à primeira. É também reconhecida a importância do Marketing boca-a-boca.

As práticas de investimento na formação dos colaboradores e de consideração, em processos de recrutamento, das capacidades não técnicas dos profissionais com impacto na qualidade dos serviços, são já quase unânimes entre estas unidades de saúde.

A padronização dos processos vinculados à prestação dos serviços e os cuidados com o ambiente físico tendo em vista a perceção de qualidade do serviço formada pelo cliente/consumidor, apesar de não tão unânimes como as práticas relativas à dimensão Pessoas do composto de marketing, são também já práticas bastante consensuais entre estas unidades de saúde.

Alguns tipos de unidade de saúde, nomeadamente os tipos UCCI, Posto de Colheitas e UMFR, apresentaram um comportamento particular face a algumas das variáveis do composto de marketing, sugerindo que as idiosincrasias da sua atividade possam repercutir-se num perfil próprio de estratégia de Marketing, ainda que o estudo empírico não tenha permitido comprovar estatisticamente a existência de relação entre as práticas associadas ao composto de marketing e a tipologia das unidades de saúde.

Quanto ao instrumento de recolha de dados, uma vez aplicada a ACP e a verificação da consistência interna das secções onde estas técnicas são aplicáveis, obteve-se um coeficiente no Teste Alpha de Cronbach que classifica a consistência interna global deste como boa.

## **7. DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS**

### **7.1 Introdução**

Neste capítulo serão discutidos os resultados obtidos no estudo empírico e apresentadas as ilações deste extraídas à luz dos objetivos propostos e do referencial teórico providenciado pela revisão bibliográfica (secção 7.2). Serão ainda apresentadas as principais limitações do trabalho e propostas de investigação futura (7.3).

### **7.2 Discussão dos Principais Resultados**

Os resultados do estudo empírico demonstraram práticas de Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias. De facto, as orientações para o cliente, benfeitores e para a concorrência, bem como a manipulação das diferentes componentes do composto de marketing, são um denominador comum entre estas. Contudo, verificou-se que, na maioria destas unidades de saúde, não existem agentes com formação em Marketing e/ou agentes ou departamentos a este dedicados, pelo que este não é ainda uma verdadeira função da organização. Como tal, o Marketing é já uma prática de gestão comum entre estas unidades de saúde, apesar de, na maioria destas, ainda não ter sido integrado como uma função da organização. Estes resultados relativos à prática de Marketing maioritariamente por agentes sem formação convergem com o observado por Dolnicar & Lazarevski (2009), Bulla & Starr-Glass (2006) e Akchin (2001), em OSFL.

A ausência de agentes com formação em Marketing nestas unidades de saúde poderá, no entanto, não ser imputável aos seus administradores, dado que estes demonstraram conhecer o conceito do Marketing, a sua utilidade para estas e a eticidade da sua utilização. Esta perceção converge com a mudança de paradigma do Marketing nas OSFL relatada na literatura e permite concluir que, nestas unidades de saúde, este já não é visto como mera publicidade e método de incremento de vendas, ou forma de manipulação dos consumidores. No entanto, como já foi referido, na maioria destas, este ainda não é uma função da organização, concluindo-se assim que estas se encontram ainda na transição entre paradigmas e que ainda não tiram partido de todas as potencialidades que o Marketing tem para lhes oferecer.

Apesar de, enquanto OSFL, os resultados sugerirem um estado de adoção do Marketing nestas unidades de saúde convergente com a transição de paradigma descrita na literatura, tal já não se verifica enquanto unidades de saúde, uma vez que, tal como foi referido na secção 3.5, a função organizacional de Marketing está bem presente entre as unidades de saúde dos sectores público e privado em Portugal. De facto, o perfil de práticas de Marketing nestas unidades de saúde é em muito semelhante ao descrito por Feliciano (2010) relativamente a uma amostra constituída em 72,62% por microempresas portuguesas de prestação de serviços de saúde, em que os responsáveis pelas mesmas eram quase exclusivamente profissionais de saúde sem formação em Marketing.

Apesar do paradigma de transição e da não integração do Marketing como função da organização predominar nestas unidades de saúde, os resultados relativos à orientação estratégica e estratégia de marketing demonstrando que nestas a prática de Marketing é já comum.

Atendendo aos resultados obtidos quanto à orientação para a concorrência nestas unidades de saúde, é já amplamente reconhecida entre estas a necessidade de concorrer com outras organizações no mercado, pelo que estes resultados relativos ao paradigma do Marketing evidenciam que nestas unidades de saúde não são ainda devidamente aproveitadas as potencialidades desta ferramenta de gestão para a obtenção duma vantagem competitiva, ainda que os seus administradores reconheçam a necessidade de concorrer com outras organizações e demonstrem conhecimento do conceito de Marketing. Os resultados demonstraram também uma maior preponderância da utilidade comparativamente ao conhecimento do conceito na perceção de Marketing destes administradores, o que indicia que a decisão de adoção e prática de Marketing terá por base os resultados perspetivados para o uso deste e não o conhecimento e compreensão do seu conceito.

A ausência de agentes com formação em Marketing parece não influir, porém, nas práticas tanto quanto o expectável.

Ao nível da orientação estratégica, o elevado número de unidades de saúde sem orientação para os benfeitores é revelador do facto de, numa parte significativa destas, ser negligenciada uma das idiosincrasias das OSFL mais importantes para a sua gestão - a existência de múltiplos *stakeholders*. Estatisticamente, contrariamente ao esperado, verificou-se a inexistência de dependência entre a existência de orientação para o mercado e a existência de agentes com formação em Marketing na Misericórdia, o que indicia que a integração duma orientação estratégica nestas unidades de saúde não está dependente da existência de tais agentes.

Já ao nível das estratégias de Marketing, os números significativos de unidades de saúde em que não é utilizada a segmentação de mercado ou que manifestaram neutralidade relativamente ao uso

desta técnica, refletem o déficit de agentes qualificados para a sua aplicação, uma vez que, relativamente ao uso desta técnica, contrariamente ao sucedido com a orientação para os benfeitores, foi possível verificar estatisticamente a existência de dependência entre esta e a existência de agentes com formação em Marketing na Misericórdia. Este déficit de agentes com formação em Marketing associado ao número relativamente elevado de unidades de saúde que não aplicam esta técnica – essencial à formação de estratégias de marketing, de acordo com Spagnola (2014) - lança uma dúvida razoável quanto à etiologia destas práticas em torno das componentes do composto de marketing, nomeadamente sobre o seu enquadramento numa estratégia de marketing, ou prática como resultado da mimetização das práticas observadas noutras organizações.

Em contraste com a ausência de agentes com formação e de agentes e/ou departamentos dedicados, o estudo empírico forneceu fortes indícios da existência de orientação para o mercado nestas unidades de saúde. Os resultados evidenciaram que estas se encontram orientadas para a criação de valor para os seus clientes/beneficiários através da identificação e satisfação das suas necessidades e expectativas. Evidenciaram também que, simultaneamente, na maioria destas existe também já uma orientação para o estudo, identificação e satisfação das necessidades e expectativas dos benfeitores e outros financiadores. Esta última orientação não é tão consensual como a orientação para o cliente/consumidor, apesar de estatisticamente ter maior preponderância para a existência duma orientação para o mercado nestas organizações. No entanto, a criação de valor para os clientes/beneficiários reforça o valor destas unidades de saúde para as comunidades, o que poderá ser um fator determinante para os benfeitores e outros financiadores na decisão de financiamento. O estudo empírico evidenciou também a existência duma assinalável orientação para a concorrência nestas unidades de saúde, o que consubstancia o reconhecimento destas da condição de concorrente num mercado concorrencial e conduz à conclusão de que o Marketing é nestas uma ferramenta para a construção duma vantagem competitiva.

Os resultados do estudo empírico demonstraram também que, nestas unidades de saúde, são desenvolvidas ações em torno de quase todas as variáveis do composto de marketing. Estes resultados divergem da tendência identificada por Bulla & Starr-Glass (2006) e Akchin (2001), que observaram que as OSFL se concentravam nas práticas de comunicação e promoção, não adotando estratégias integradas de marketing. Estes colocam-nas antes mais próximas do Marketing praticado nas organizações privadas de saúde de micro dimensão, de acordo com Feliciano (2010), como já referido. Não pode, no entanto, deixar de ser salientado que, apesar da maior proximidade ao Marketing praticado

em unidades de saúde, o Marketing praticado nestas unidades de saúde incorpora práticas características de OSFL, como a orientação para os benfeitores ou a estratégia de produto e preço.

Apesar da tendência para a manipulação de todas as variáveis do composto de marketing, verificou-se que as práticas em torno do produto e preço não são tão lineares quanto a manipulação das restantes variáveis. Estes resultados têm, no entanto, que ser contextualizados na atividades das unidades de saúde que manifestaram discordância ou neutralidade relativamente às práticas de manipulação destas componentes. De facto, a quase totalidade destas unidades eram UCCI ou unidades dedicadas a MCDT's (UMFR e postos de colheitas), em que a atividade assistencial é desenvolvida exclusivamente ou quase exclusivamente em articulação com o SNS, sendo os preços definidos por este último e os clientes/beneficiários também por este sinalizados, pelo que as possibilidades de manipulação destas duas componentes do composto de marketing são menores. Esta particularidade, das possibilidades de manipulação do composto de marketing mais reduzidas em OSFL, tinha sido já assinalada por McLeish (2011) e Yorke (1984) (secção 2.4). No entanto, neste caso em concreto, esta limitação está enraizada no papel de complementaridade ao SNS assumido por estas unidades de saúde, nomeadamente pela forma como os seus serviços são contratualizados e impossibilidade de escolha do prestador pelo utente/beneficiário.

Este conjunto de unidades de saúde que assumem um papel de complementaridade ao SNS, manifestou um comportamento próprio, caracterizado pela heterogeneidade de práticas que se estende a outras variáveis do composto de marketing, presumivelmente pelas mesmas razões, pelo que se conclui existirem dois perfis de práticas de Marketing distintos nestas unidades de saúde, vinculados ao carácter do seu âmbito de atuação e posicionamento no mercado.

O preço é a variável do composto de Marketing que, porventura, melhor reflete a vocação não lucrativa das unidades de saúde das Misericórdias. Nestas, este é definido levando sobretudo em conta os custos e a procura dos serviços, mas não por forma a refletirem a qualidade destes e levando em conta os preços praticados pela concorrência. Estas duas últimas práticas evidenciam o foco na oferta de serviços a um preço que promova o acesso aos cuidados a clientes/beneficiários com menores recursos económicos, sem prejuízo da qualidade destes, refletindo a vocação social destas unidades de saúde. Esta estratégia pode, no entanto, ter um efeito perverso, dado que, relativamente aos serviços de saúde, o preço para além de refletir o posicionamento no mercado, também comunica o valor da organização.

Numa outra perspetiva, a orientação para a concorrência, associada à não referenciação desta no estabelecimento de preços e à focalização do Marketing na qualidade dos serviços, conduzem à conclusão de que estas unidades de saúde competem com base na qualidade destes.

O planeamento da acessibilidade física às unidades de saúde é outra das práticas que evidenciou um perfil de práticas próprio destas. Se, por um lado, a moda das respostas sugere que a maioria dos respondentes desconhece se houve lugar a tal planeamento, o predomínio das respostas discordantes sobre as concordantes, por outro, leva à conclusão de que esta prática não será comum entre estas unidades de saúde. Tal poderá dever-se à cultura organizacional das Misericórdias. Nestas, o património imobiliário histórico é particularmente valorizado, como símbolo da longevidade, história e tradição junto das suas comunidades, sendo política comum a manutenção de algumas das suas atividades nestes imóveis durante longos períodos temporais, na ordem das centenas de anos, e até a instalação de novas atividades em edifícios históricos, pelo que os respondentes poderão desconhecer este planeamento ou o mesmo ter sido preterido em detrimento do valor histórico dos edifícios em que se encontram instaladas as unidades de saúde.

Relativamente à promoção e comunicação, os resultados obtidos divergem dos de outros autores, que identificaram uma tendência para a concentração das OSFL nesta variável do composto de marketing. Os resultados demonstraram ainda que o desenvolvimento de ações de promoção e comunicação dos serviços junto da população a servir é já uma prática comum entre estas unidades de saúde. A observação desta prática, nestas unidades de saúde, reforça por um lado a perceção favorável dos administradores relativamente ao Marketing, e por outro evidencia a assunção de um risco, possivelmente devida à necessidade de concorrer com outras organizações de saúde, dado que esta prática é a face visível do Marketing junto do público-alvo que este pode associar a fins comerciais e/ou manipulação. A comunidade da prática de realização de inquéritos de satisfação dos clientes/beneficiários merece também uma referência, pois corrobora a elevada orientação para o cliente encontrada entre estas unidades de saúde.

Também consensuais foram as práticas de manipulação das componentes Pessoas, Processos e Ambiente Físico.

O estudo empírico permitiu concluir que, nestas unidades de saúde, o marketing interativo é já alvo de atenção, sendo os colaboradores selecionados com base nas suas apetências para este, para além das competências técnicas, o que denuncia uma perspetiva integrada da problemática da qualidade dos serviços, que pondera tanto a qualidade intrínseca dos serviços como a perceção de qualidade formada pelos clientes/beneficiários.

A atenção dispensada à qualidade estende-se à componente Processos, onde a estandardização destes é já comum entre estas unidades de saúde, o que evidencia diligências nestas com vista à redução da variabilidade intrínseca dos serviços que, neste caso, se reflete não só nas flutuações da qualidade destes, mas também na segurança dos utentes pela redução dos erros médicos.

Esta atenção dispensada à qualidade dos serviços está ainda patente nas ações sobre o ambiente físico com a perceção de qualidade formada pelos clientes/benfeitores em mente, ainda que num número reduzido destas unidades se perspetivem dificuldades na manipulação desta componente pela antiguidade e valor histórico das suas instalações.

Os resultados observados nestas 3 últimas componentes do composto de marketing convergem e corroboram a focalização do Marketing na qualidade dos serviços, nestas unidades de saúde. De facto, de entre as práticas de manipulação das componentes do composto de marketing estudadas, as práticas com impacto direto na qualidade dos serviços revelaram-se as mais consensuais. Este facto poderá dever-se não apenas ao facto da qualidade ser uma problemática transversal a todas as unidades de saúde, independentemente dos serviços que estas disponibilizam, mas também ao facto de nestas ser conhecida e compreendida a relação entre a qualidade e rentabilidade, como referido por Kotler & Keller (2012).

O conjunto dos resultados obtidos no estudo empírico permitiram observar, como já foi referido, que nestas unidades de saúde o paradigma do Marketing encontra-se mais próximo do descrito em unidades de saúde, do que do descrito em OSFL. Apesar da inexistência de agentes qualificados dedicados à prática do Marketing no âmbito destas unidades de saúde e da não integração deste como função da organização, a perceção de Marketing dos administradores destas associada aos indícios de existência de orientação para o mercado, com as elevadas orientação para o cliente e para a concorrência em destaque, e à comunidade das práticas de manipulação das 7 componentes que compõem o composto de marketing dos serviços, evidenciam um esforço de Marketing acima do expectável para organizações que não dispõem de agentes qualificados dedicados à sua prática. Este esforço, ainda que da responsabilidade de agentes sem formação adequada e em regime supletivo às suas funções primárias na organização, evidencia já um elevado grau de integração do Marketing nestas. Como tal, nestas organizações o Marketing existe como uma função da organização, mas não formal, uma vez que nestas não existem agentes com formação e dedicados à sua prática. É por isso uma função informal nestas organizações.

Levando em conta a dimensão deste esforço, as razões subjacentes à resistência em integrar o Marketing como uma função formal da organização constituem uma incógnita. No entanto, as práticas

de marketing evidenciadas pelo estudo empírico associadas à ausência de agentes internos com formação em Marketing sugerem que poderemos estar perante um fenómeno de isomorfismo, à luz da Teoria Institucional. Este fenómeno corresponde, de acordo com DiMaggio & Powell (1983), à convergência comportamental, ao nível da estrutura, cultura organizacional e processos, de organizações que coabitam num mesmo ambiente e que, por isso, partilham um conjunto de instituições e pressões competitivas. A este nível, as unidades de saúde das Misericórdias operam num cruzamento de dois ambientes distintos, com instituições e pressões competitivas distintas: o ambiente das organizações de saúde e o ambiente das OSFL. Assim, do ambiente das organizações de saúde, as práticas instituídas de Marketing poderão estar a ser mimetizadas pelas unidades de saúde das Misericórdias, dado que as organizações imitam as suas homólogas mais legitimadas e/ou bem-sucedidas, com o objetivo de se legitimarem e serem bem-sucedidas também (DiMaggio & Powell, 1983), explicando os fortes indícios da existência de orientação para o mercado e a comunidade da manipulação das componentes do composto de marketing nas unidades de saúde estudadas. A maior preponderância da utilidade comparativamente ao conhecimento do conceito de Marketing para a perceção de Marketing dos administradores reforça esta conjetura. Já as instituições do ambiente das Misericórdias, nomeadamente o amadorismo da gestão voluntariosa, o tradicionalismo e a menor pressão competitiva decorrente da orientação não lucrativa, poderão ser os responsáveis pela não integração do Marketing como função formal da organização nestas unidades de saúde.

Finalmente, a presente dissertação teve como ponto de partida uma conjetura, que tinha como âmago a incipiência do Marketing nestas unidades de saúde. Os dados produzidos pelo estudo empírico confirmaram esta incipiência ao evidenciarem que o Marketing não é ainda uma função organizacional na sua plenitude nestas unidades de saúde, mas evidenciaram também que esta incipiência não assume a magnitude pressuposta; Os fortes indícios da existência de orientação para o mercado nestas e a comunidade da manipulação de todas as variáveis do composto de marketing, associadas à perceção de Marketing patenteada pelos seus administradores, são reveladores dum processo de adoção do Marketing já avançado nestas.

### 7.3 Principais Limitações e Propostas de Investigação Futuras

Em pesquisa quantitativa, a amostra assume sempre um papel de grande preponderância pela confiabilidade que confere à análise estatística e às conclusões da pesquisa. Esta preponderância assume ainda maior relevo num estudo descritivo, onde se pretende descrever comportamentos de uma população.

No estudo empírico realizado, a amostra obtida ( $n=85$ ) não permitiu comprovar estatisticamente a existência de dependência entre as práticas e a tipologia das unidades de saúde. No entanto, dada a reduzida dimensão da população ( $n=201$ ) e o valor da amostra obtida, a aferição desta dependência poderá não ser possível, estatisticamente.

O instrumento de recolha de dados é também uma variável de grande relevo neste tipo de pesquisa. No caso desta, na conceção do instrumento foi privilegiada uma dimensão reduzida, para que a participação no inquérito demorasse até 5 minutos, tendo, conseqüentemente, o seu conteúdo sido orientado para um conjunto circunscrito de práticas de maior relevo para um estudo de carácter introdutório. Como tal, existe um conjunto de práticas nestas unidades de saúde que não foram descritas por esta pesquisa e que ajudariam a retratar de forma mais pormenorizada o paradigma do Marketing nestas. A validação interna evidenciou também a necessidade de ajustes no questionário.

Não obstante as limitações enumeradas, esta dissertação permitiu fazer uma descrição introdutória do paradigma do Marketing nas unidades de saúde das Misericórdias, mais concretamente ao nível da integração deste como função da organização, da perceção deste dos agentes que as administram, da sua orientação estratégica e das estratégias de marketing nestas.

No entanto, a natureza introdutória do estudo efetuado lançou também um novo conjunto de questões dignas de estudo para aprofundamento do conhecimento relativo ao Marketing nestas organizações.

De facto, o cruzamento das idiosincrasias das OSFL com a exigência da atividade económica em saúde, que é transversal aos 3 sectores da economia, tem implicações singulares ao nível do Marketing, as quais constituem interessantes objetos de estudo.

Começando pela questão que encerrou a secção 7.2, as razões porque, apesar do esforço de Marketing nestas unidades de saúde, este não é ainda da responsabilidade de agentes com formação e dedicados ao Marketing, são uma problemática complexa. Ao nível destas unidades de saúde, este estudo evidenciou o reconhecimento nas mesmas da necessidade de praticar Marketing e que o mesmo é praticado. No entanto, apesar da análise apresentada no contexto da Teoria do Institucionalismo, as

razões subjacentes à não integração deste como função formal da organização permanecem pouco claras, impondo um estudo mais aprofundado e adequado destas.

O aprofundamento do conhecimento das práticas de Marketing nestas unidades de saúde, pelas suas idiossincrasias, constitui uma outra direção para estudos futuros. Tal como já foi referido, o presente estudo aferiu as práticas de Marketing nestas unidades de saúde, mas não aferiu se as mesmas são práticas isoladas ou parte duma estratégia integrada de marketing, e quem são os agentes e quais os processos envolvidos na criação, implementação e controlo destas estratégias. Também relativamente às estratégias, aspetos como o posicionamento, a carteira de serviços, a abordagem ao mercado ou os canais de Marketing, assim como outras práticas organizacionais não enquadráveis na estratégia, como a gestão da marca, fidelização de clientes ou o *Customer Relationship Management* foram deliberadamente excluídas do presente estudo em detrimento da construção dum instrumento de recolha de dados compacto, com vista à obtenção duma amostra que possibilitasse a execução dum estudo descritivo, constituindo por isso variáveis para um futuro levantamento mais aprofundado das práticas de Marketing nestas unidades de saúde.



## APÊNDICE I – EMAIL REMETIDO AOS INQUIRIDOS

**Assunto:** A/C Responsável pelo estabelecimento de saúde da Misericórdia - Pedido de participação em inquérito

Exmo(a). Sr(a),

Cordeais cumprimentos.

O meu nome é Emanuel Melo e sou aluno do 2º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O papel histórico das Misericórdias na prestação de cuidados de saúde no nosso país é amplamente reconhecido, tendo este reconhecimento originado uma proximidade com o Estado que se traduziu, ao longo de vários anos, numa relação de parceria para prestação de cuidados à população.

No entanto, apesar deste reconhecimento, das Misericórdias assumirem ainda um papel muito ativo na assistência médica à população e da “declaração de intenções” preconizada pela Lei de Bases da Economia Social, a tendência registada nos últimos avanços estratégicos na Saúde no nosso país é de, cada vez mais, colocar as IPSS e as Misericórdias numa posição próxima da das entidades privadas, no que às relações com o Estado diz respeito. Esta aproximação às entidades privadas, em termos de mercado, faz com que as Misericórdias tenham, cada vez mais, que competir com estas entidades, gerando-se uma pressão crescente para a adoção de práticas de gestão profissional, a qual nem sempre é fácil em organizações com a cultura e estrutura das Misericórdias.

À luz destes factos, decidi dedicar a minha dissertação de Mestrado ao estudo de práticas de gestão profissional, mais concretamente das práticas de marketing, nas unidades de saúde das Misericórdias. Este estudo pressupõe uma recolha de dados, motivo pelo qual O/A contacto, para Lhe solicitar, encarecidamente, que me disponha de apenas 5min do Seu tempo para responder ao questionário que encontrará no link que se segue.

Os dados solicitados são para fins estritamente académicos e serão processados de forma confidencial. Os resultados finais do estudo serão partilhados com os participantes oportunamente.

[https://docs.google.com/forms/d/10QthjXYluNEmOVgROFyUV18hepe7bm\\_twksRzxFZDhE/viewform](https://docs.google.com/forms/d/10QthjXYluNEmOVgROFyUV18hepe7bm_twksRzxFZDhE/viewform)

Sem outro assunto de momento despeço-me, agradecendo a sua disponibilidade e atenção.

## APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se a avaliar se e como o Marketing é utilizado na gestão da unidade de saúde que dirige/administra. A informação disponibilizada é apenas para fins académicos e será processada confidencialmente, sendo a identificação solicitada facultativa e servindo apenas para evitar contactos sistemáticos indesejados e para a partilha posterior dos resultados do estudo.

### Secção 1 - Caracterização do Respondente e da Organização, e o Marketing Como Função da Organização

*(Comece por identificar a unidade de saúde que administra e, nas questões seguintes, selecione a opção que vai de encontro à realidade desta)*

Qual o seu cargo na unidade de saúde ou Misericórdia?

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Diretor/Chefe dos Serviços Administrativos | <input type="radio"/> Diretor Clínico |
| <input type="radio"/> Diretor Geral                              | <input type="radio"/> Provedor        |
| <input type="radio"/> Membro da Mesa Administrativa              | <input type="radio"/> Outro           |

Qual o seu papel na administração da unidade de Saúde?

- Não participo da administração desta
- Administro-a diretamente
- Superintendo a administração desta

Identificação da Unidade de Saúde

---

Tipologia da Unidade de Saúde

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Clínica                                 | <input type="radio"/> Extensão de Centro de Saúde                |
| <input type="radio"/> Hospital                                | <input type="radio"/> Laboratório de Radiologia                  |
| <input type="radio"/> Parque Termal                           | <input type="radio"/> Policlínica                                |
| <input type="radio"/> Posto de Colheitas de Análises Clínicas | <input type="radio"/> Unidade de Cuidados Continuados Integrados |
| <input type="radio"/> Unidade de Diálise                      | <input type="radio"/> Unidade de Medicina Física e Reabilitação  |

A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde?

- Sim
- Não

A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing?

- Sim
  - Não
-

## Secção 2 – Perceção do Marketing dos Administradores das Unidades de Saúde das Misericórdias

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Marketing é uma filosofia que se concentra em compreender as necessidades e os desejos dos utentes/clientes e em conceber bens e serviços para os satisfazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz sentido utilizar Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos é ético.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 3 - Orientação Estratégica

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos clientes/utentes, e a sua satisfação e perceção da qualidade dos nossos serviços, para melhorarmos a nossa resposta a este grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecemos outras organizações semelhantes à nossa, analisamos as suas atividades e programa e monitorizamos continuamente as alterações no nosso sector de atividade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos benfeitores e outros financiadores, a sua satisfação com as nossas atividades e disponibilidade para financiar outras atividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 4 - Produto

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Para definirmos quais os nossos serviços, dividimos o mercado em grupos, identificamos o grupo que pretendemos servir e investigamos quais as suas necessidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O foco do Marketing é a qualidade dos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 5 - Preço

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Os preços são estabelecidos considerando os preços praticados pela concorrência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os preços são estabelecidos tendo em conta os custos e a procura dos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os preços são estabelecidos por forma a refletirem a qualidade dos serviços prestados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 6 - Distribuição

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Procuramos estabelecer o maior leque possível de acordos e convenções com o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde e seguradoras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A oferta de serviços é regulada, através do reforço do número de prestadores nos períodos em que se verificam picos de procura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A localização das instalações foi escolhida levando em conta os acessos e a proximidade da população a servir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O horário de funcionamento dos serviços é estabelecido levando em conta a conveniência dos utentes/clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 7 – Promoção e Comunicação

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
São desenvolvidas ações de comunicação interna com os colaboradores para transmitir-lhes diretrizes e recolher informação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São desenvolvidas ações de promoção e divulgação dos serviços junto da população a servir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São realizados inquéritos de satisfação dos utentes/clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acreditamos que a melhor forma de divulgação dos nossos serviços é a comunicação boca-a-boca entre utentes/clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 8 - Pessoas

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Nos processos de recrutamento, para além das capacidades técnicas dos candidatos, são também considerados aspetos como a segurança na prestação dos cuidados e a capacidade de apoiar e reconfortar o utente/cliente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oferecemos formação profissional contínua aos nossos colaboradores e/ou incentivamo-los a obterem-na por outras vias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 9 - Processos

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Os processos da prestação dos serviços, desde o acolhimento até ao último contacto com o utente/cliente antes deste sair do estabelecimento, encontram-se padronizados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Secção 10 – Ambiente Físico

*(Selecione opção que reflete o seu grau de acordo com a afirmação)*

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Nesta unidade de saúde:					
Aspetos como a apresentação dos consultórios, salas de espera, salas de atendimento, casas de banho e iluminação são cuidadosamente trabalhados tendo em vista a perceção de qualidade que o utente/cliente forma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

*Obrigado pela sua colaboração.*

## APÊNDICE III – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO O MARKETING COMO FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

**Tabela de Contingência – O Marketing como função da organização**

		A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde?			
		Não	Sim	Total	
A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing?	Não	Frequência relativa	41	11	52
		% A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing?	78,8%	21,2%	100,0%
		% A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde?	78,8%	33,3%	61,2%
		% do total	48,2%	12,9%	61,2%
	Sim	Frequência relativa	11	22	33
		% A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing?	33,3%	66,7%	100,0%
		% A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde?	21,2%	66,7%	38,8%
		% do total	12,9%	25,9%	38,8%
Total	Frequência relativa	52	33	85	
	% A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia têm nos seus quadros pessoal e/ou voluntários na Mesa Administrativa com formação em Marketing?	61,2%	38,8%	100,0%	
	% A(s) unidade(s) de saúde ou a Misericórdia dispõem de um departamento de Marketing ou colaboradores dedicados à sua prática no âmbito da unidade de saúde?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do total	61,2%	38,8%	100,0%	

### Teste Qui-Quadrado

	<b>Valor</b>	<b>Graus de Liberdade</b>	<b>Sig.</b>
Qui-Quadrado de Pearson	17,607 <sup>a</sup>	1	0,000
Correlação de Continuidade <sup>b</sup>	15,743	1	0,000
Casos Válidos	85		

- a. 0 Células (0,0%) têm contagem esperada inferior a 5. A contagem mínima esperada é 12,81.
- b. Calculada somente para tabelas 2x2.

### **Medidas de Simetria**

		<b>Valor</b>	<b>Sig. Aprox.</b>
Nominal por Nominal	Phi	0,455	0,000
Casos Válidos		85	

## Tabela de Contingência – A existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing nas tipos de unidade de saúde

		Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde		Total	
		Não	Sim		
Tipologia da(s) unidade(s) de Saúde	Clínica	Frequência relativa	4	1	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	80,0%	20,0%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	7,7%	3,0%	5,9%
		% do total	4,7%	1,2%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	100,0%	0,0%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	1,9%	0,0%	1,2%
		% do total	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	6	4	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	60,0%	40,0%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	11,5%	12,1%	11,8%
		% do total	7,1%	4,7%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	100,0%	0,0%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	1,9%	0,0%	1,2%
		% do total	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	66,7%	33,3%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	3,8%	3,0%	3,5%
		% do total	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	8	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	100,0%	0,0%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	15,4%	0,0%	9,4%
		% do total	9,4%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	24	19	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	55,8%	44,2%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	46,2%	57,6%	50,6%
		% do total	28,2%	22,4%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	6	8	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	42,9%	57,1%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	11,5%	24,2%	16,5%
		% do total	7,1%	9,4%	16,5%
Total		Frequência relativa	52	33	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	61,2%	38,8%	100,0%
		% Existência de departamento e/ou profissionais dedicados ao Marketing no âmbito da unidade de saúde	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	61,2%	38,8%	100,0%

## APÊNDICE IV – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO PERCEÇÃO DO MARKETING DOS ADMINISTRADORES

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,569
	Aprox. Qui-Quadrado	53,484
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	3
	Sig.	0,000

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
O Marketing é uma filosofia que se concentra em compreender as necessidades e os desejos dos utentes/clientes e em conceber bens e serviços para os satisfazer	1,000	0,512
Faz sentido utilizar Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos	1,000	0,821
O Marketing nas unidades de saúde de organizações sem fins lucrativos é ético	1,000	0,643

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1,977	65,896	65,896	1,977	65,896	65,896
2	0,723	24,105	90,001			
3	0,300	9,999	100,000			

Método de Extração: ACP

### Consistência Interna

Alpha de Cronbach	Número de Itens
0,738	3

## APÊNDICE V – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

**Tabela de Contingência – A orientação para o cliente nos tipos de unidade de saúde**

		Orientação para o cliente					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	0	5	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,5%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	1	3	6	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	10,0%	30,0%	60,0%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	20,0%	14,3%	10,2%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	3,5%	7,1%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	1,7%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	0	8	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,6%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	0	3	13	27	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	7,0%	30,2%	62,8%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	60,0%	61,9%	45,8%	50,6%
		% do total	0,0%	0,0%	3,5%	15,3%	31,8%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	1	2	11	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	7,1%	14,3%	78,6%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	20,0%	9,5%	18,6%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	12,9%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	0	5	21	59	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	5,9%	24,7%	69,4%	100,0%
		% Orientação para o cliente	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	5,9%	24,7%	69,4%	100,0%

**Tabela de Contingência – A orientação para a concorrência nos tipos de unidade de saúde**

			Orientação para a concorrência					
			Discordo Totalm.	Discordo	Não Concorde, Nem Discordo	Concorde	Concorde Totalm.	Total
Tipolog. da(s) unidade(s) de Saúde	Clínica	Frequência relativa	0	1	1	1	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	25,0%	6,7%	4,0%	5,0%	5,9%
		% do total	0,0%	1,2%	1,2%	1,2%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde	Hospital	Frequência relativa	0	0	1	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
Laboratório de Radiologia	Hospital	Frequência relativa	0	0	1	5	4	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	10,0%	50,0%	40,0%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	0,0%	6,7%	20,0%	10,0%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	5,9%	4,7%	11,8%
Policlínica	Laboratório de Radiologia	Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Posto de Colheitas	Policlínica	Frequência relativa	0	0	0	1	2	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	5,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	3,5%
UCCI	Posto de Colheitas	Frequência relativa	0	0	1	0	7	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	17,5%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	8,2%	9,4%
UMFR	UCCI	Frequência relativa	1	3	8	13	18	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	2,3%	7,0%	18,6%	30,2%	41,9%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	100,0%	75,0%	53,3%	52,0%	45,0%	50,6%
		% do total	1,2%	3,5%	9,4%	15,3%	21,2%	50,6%
Total	UMFR	Frequência relativa	0	0	3	5	6	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	21,4%	35,7%	42,9%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	15,0%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	3,5%	5,9%	7,1%	16,5%
Total	Total	Frequência relativa	1	4	15	25	40	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	1,2%	4,7%	17,6%	29,4%	47,1%	100,0%
		% Orientação para a concorrência	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	1,2%	4,7%	17,6%	29,4%	47,1%	100,0%

**Tabela de Contingência – A orientação para os benfeitores nos tipos de unidade de saúde**

		Orientação para os benfeitores					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concorde, Nem Discordo	Concorde	Concorde Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade(s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	1	1	1	2	0	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	50,0%	7,1%	4,8%	5,7%	0,0%	5,9%
		% do total	1,2%	1,2%	1,2%	2,4%	0,0%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	3	6	1	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	0,0%	0,0%	14,3%	17,1%	7,7%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	3,5%	7,1%	1,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	7,7%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	1	1	6	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	12,5%	12,5%	75,0%	0,0%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	0,0%	7,1%	4,8%	17,1%	0,0%	9,4%
		% do total	0,0%	1,2%	1,2%	7,1%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	1	9	11	13	9	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	2,3%	20,9%	25,6%	30,2%	20,9%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	50,0%	64,3%	52,4%	37,1%	69,2%	50,6%
		% do total	1,2%	10,6%	12,9%	15,3%	10,6%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	1	5	6	2	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	7,1%	35,7%	42,9%	14,3%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	0,0%	7,1%	23,8%	17,1%	15,4%	16,5%
		% do total	0,0%	1,2%	5,9%	7,1%	2,4%	16,5%
Total		Frequência relativa	2	14	21	35	13	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	2,4%	16,5%	24,7%	41,2%	15,3%	100,0%
		% Orientação para os benfeitores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	2,4%	16,5%	24,7%	41,2%	15,3%	100,0%

## APÊNDICE VI – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,625
	Aprox. Qui-Quadrado	19,378
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	3
	Sig.	0,000

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Nesta unidade de saúde, procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos clientes/utentes, e a sua satisfação e perceção da qualidade dos nossos serviços, para melhorarmos a nossa resposta a este grupo	1,000	0,520
Nesta unidade de saúde, conhecemos outras organizações semelhantes à nossa, analisamos as suas atividades e programa e monitorizamos continuamente as alterações no nosso sector de atividade	1,000	0,514
Nesta unidade de saúde, procuramos conhecer as necessidades e expectativas dos nossos benfeitores e outros financiadores, a sua satisfação com as nossas atividades e disponibilidade para financiar outras atividades	1,000	0,555

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1,589	52,978	52,978	1,589	52,978	52,978
2	0,727	24,245	77,223			
3	0,683	22,777	100,000			

Método de Extração: ACP

### Consistência Interna

Alpha de Cronbach	Número de Itens
0,533	2

## APÊNDICE VII – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO PRODUTO

**Tabela de Contingência – O uso da segmentação de mercado nos tipos de unidade de saúde**

		Uso da segmentação de mercado					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	1	0	2	2	0	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	11,1%	0,0%	9,5%	5,9%	0,0%	5,9%
		% do total	1,2%	0,0%	2,4%	2,4%	0,0%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	1	1	2	6	0	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	10,0%	10,0%	20,0%	60,0%	0,0%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	11,1%	7,7%	9,5%	17,6%	0,0%	11,8%
		% do total	1,2%	1,2%	2,4%	7,1%	0,0%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	3	0	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	0,0%	0,0%	0,0%	8,8%	0,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	7	1	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	87,5%	12,5%	0,0%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	0,0%	0,0%	33,3%	2,9%	0,0%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	8,2%	1,2%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	7	8	6	15	7	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	16,3%	18,6%	14,0%	34,9%	16,3%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	77,8%	61,5%	28,6%	44,1%	87,5%	50,6%
		% do total	8,2%	9,4%	7,1%	17,6%	8,2%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	3	4	6	1	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	21,4%	28,6%	42,9%	7,1%	100,0%
		% Uso da segmentação de mercado	0,0%	23,1%	19,0%	17,6%	12,5%	16,5%
		% do total	0,0%	3,5%	4,7%	7,1%	1,2%	16,5%
Total		Frequência relativa	9	9	13	21	34	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	10,6%	10,6%	15,3%	24,7%	40,0%	9,4%
		% Uso da segmentação de mercado	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	10,6%	10,6%	15,3%	24,7%	40,0%	9,4%

**Tabela de Contingência – A priorização da qualidade nos tipos de unidade de saúde**

		Priorização da qualidade					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	1	2	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	16,7%	5,1%	5,7%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	1	6	3	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	10,0%	60,0%	30,0%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	16,7%	15,4%	8,6%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	7,1%	3,5%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	2,9%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	7	1	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	87,5%	12,5%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	0,0%	17,9%	2,9%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	8,2%	1,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	5	4	12	22	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	11,6%	9,3%	27,9%	51,2%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	100,0%	66,7%	30,8%	62,9%	50,6%
		% do total	0,0%	5,9%	4,7%	14,1%	25,9%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	0	8	6	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
		% Priorização da qualidade	0,0%	0,0%	0,0%	20,5%	17,1%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	7,1%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	13	5	6	39	35
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	15,3%	5,9%	7,1%	45,9%	41,2%
		% Priorização da qualidade	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	15,3%	5,9%	7,1%	45,9%	41,2%

## APÊNDICE VIII – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO PRODUTO

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,500
	Aprox. Qui-Quadrado	6,457
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	1
	Sig.	0,011

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Nesta unidade de saúde, para definirmos quais os nossos serviços, dividimos o mercado em grupos, identificamos o grupo que pretendemos servir e investigamos quais as suas necessidades.	1,000	0,637
Nesta unidade de saúde, o foco do Marketing é a qualidade dos serviços.	1,000	0,637

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1,274	63,719	63,719	1,274	63,719	63,719
2	0,726	36,281	100,000			

Método de Extração: ACP

### Consistência Interna

Alpha de Cronbach	Número de Itens
0,412	2

## APÊNDICE IX – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO PREÇO

**Tabela de Contingência – A determinação do preço em função das práticas da concorrência, nos tipos de unidade de saúde**

		Determinação do preço em função das práticas da concorrência					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	2	3	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	16,7%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	3,5%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	1	2	2	5	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	10,0%	20,0%	20,0%	50,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	0,0%	10,0%	13,3%	12,5%	27,8%	11,8%
		% do total	0,0%	1,2%	2,4%	2,4%	5,9%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	1	2	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	11,1%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	6	0	0	1	1	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	75,0%	0,0%	0,0%	12,5%	12,5%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	23,1%	0,0%	0,0%	6,3%	5,6%	9,4%
		% do total	7,1%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	19	5	11	6	2	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	44,2%	11,6%	25,6%	14,0%	4,7%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	73,1%	50,0%	73,3%	37,5%	11,1%	50,6%
		% do total	22,4%	5,9%	12,9%	7,1%	2,4%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	1	3	2	3	5	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	7,1%	21,4%	14,3%	21,4%	35,7%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	3,8%	30,0%	13,3%	18,8%	27,8%	16,5%
		% do total	1,2%	3,5%	2,4%	3,5%	5,9%	16,5%
Total		Frequência relativa	26	10	15	16	18	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	30,6%	11,8%	17,6%	18,8%	21,2%	100,0%
		% Determinação do preço em função das práticas da concorrência	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	30,6%	11,8%	17,6%	18,8%	21,2%	100,0%

## Tabela de Contingência – Determinação do preço em função dos custos e da procura, nos tipos de unidade de saúde

		Determinação do preço em função dos custos e da procura						
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concorde, Nem Discordo	Concorde	Concorde Totalm.	Total	
Tipolog. da(s) unidade(s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	2	1	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	0,0%	0,0%	9,5%	3,8%	16,7%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	2	5	3	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	0,0%	0,0%	9,5%	19,2%	25,0%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	5,9%	3,5%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	1	2	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	16,7%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	1	7	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	0,0%	0,0%	4,8%	26,9%	0,0%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	8,2%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	20	4	11	6	2	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	46,5%	9,3%	25,6%	14,0%	4,7%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	95,2%	80,0%	52,4%	23,1%	16,7%	50,6%
		% do total	23,5%	4,7%	12,9%	7,1%	2,4%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	1	0	5	5	3	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	7,1%	0,0%	35,7%	35,7%	21,4%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	4,8%	0,0%	23,8%	19,2%	25,0%	16,5%
		% do total	1,2%	0,0%	5,9%	5,9%	3,5%	16,5%
Total		Frequência relativa	21	5	21	26	12	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	24,7%	5,9%	24,7%	30,6%	14,1%	100,0%
		% Determinação do preço em função dos custos e da procura	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	24,7%	5,9%	24,7%	30,6%	14,1%	100,0%

**Tabela de Contingência – Determinação do preço em função da qualidade, nos tipos de unidade de saúde**

		Determinação do preço em função da qualidade					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	2	0	2	1	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	40,0%	0,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	13,3%	0,0%	14,3%	7,7%	5,9%
		% do total	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%	1,2%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	1	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	4	2	4	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	0,0%	15,4%	14,3%	30,8%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	4,7%	2,4%	4,7%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	1	2	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	15,4%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	2	6	0	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	13,3%	23,1%	0,0%	0,0%	9,4%
		% do total	0,0%	2,4%	7,1%	0,0%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	17	7	11	5	3	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	39,5%	16,3%	25,6%	11,6%	7,0%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	100,0%	46,7%	42,3%	35,7%	23,1%	50,6%
		% do total	20,0%	8,2%	12,9%	5,9%	3,5%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	3	4	4	3	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	21,4%	28,6%	28,6%	21,4%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	0,0%	20,0%	15,4%	28,6%	23,1%	16,5%
		% do total	0,0%	3,5%	4,7%	4,7%	3,5%	16,5%
Total		Frequência relativa	17	15	26	14	13	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	20,0%	17,6%	30,6%	16,5%	15,3%	100,0%
		% Determinação do preço em função da qualidade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	20,0%	17,6%	30,6%	16,5%	15,3%	100,0%

## APÊNDICE X – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO PREÇO

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,721
	Aprox. Qui-Quadrado	103,350
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	3
	Sig.	0,000

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos considerando os preços praticados pela concorrência	1,000	0,730
Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos tendo em conta os custos e a procura dos serviços	1,000	0,799
Nesta unidade de saúde, os preços são estabelecidos por forma a refletirem a qualidade dos serviços prestados	1,000	0,759

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	2,288	76,255	76,255	2,288	76,255	76,255
2	0,407	13,571	89,826			
3	0,305	10,174	100,000			

Método de Extração: ACP

### Consistência Interna

Alpha de Cronbach	Número de Itens
0,841	3

## APÊNDICE XI – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO DISTRIBUIÇÃO

**Tabela de Contingência – A disponibilização de serviços cofinanciados, nos tipos de unidade de saúde**

		Disponibilização de serviços cofinanciados					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concorde, Nem Discordo	Concorde	Concorde Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	1	4	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	8,7%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	4,7%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	0	1	9	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	90,0%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	19,6%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	10,6%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	1	0	2	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	4,3%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	2,4%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	6	1	1	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	37,5%	7,7%	2,2%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	7,1%	1,2%	1,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	8	2	8	8	17	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	18,6%	4,7%	18,6%	18,6%	39,5%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	100,0%	100,0%	50,0%	61,5%	37,0%	50,6%
		% do total	9,4%	2,4%	9,4%	9,4%	20,0%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	1	2	11	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	7,1%	14,3%	78,6%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	0,0%	0,0%	6,3%	15,4%	23,9%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	2,4%	12,9%	16,5%
Total		Frequência relativa	8	2	16	13	46	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	9,4%	2,4%	18,8%	15,3%	54,1%	100,0%
		% Disponibilização de serviços cofinanciados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	9,4%	2,4%	18,8%	15,3%	54,1%	100,0%

**Tabela de Contingência – A adaptação da oferta de serviços às variações da procura, nos tipos de unidade de saúde**

		Adaptação da oferta de serviços às variações da procura					
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.	Total
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	2	1	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	0,0%	0,0%	13,3%	3,7%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	2,4%	1,2%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	0	4	6
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	0,0%	0,0%	0,0%	21,1%	22,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%	7,1%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	0,0%	0,0%	0,0%	10,5%	3,7%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	6	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	75,0%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	33,3%	0,0%	6,7%	0,0%	3,7%
		% do total	7,1%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
UCCI		Frequência relativa	12	4	8	9	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	27,9%	9,3%	18,6%	20,9%	23,3%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	66,7%	66,7%	53,3%	47,4%	37,0%
		% do total	14,1%	4,7%	9,4%	10,6%	11,8%
UMFR		Frequência relativa	0	2	3	2	7
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	14,3%	21,4%	14,3%	50,0%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	0,0%	33,3%	20,0%	10,5%	25,9%
		% do total	0,0%	2,4%	3,5%	2,4%	8,2%
Total		Frequência relativa	18	6	15	19	27
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	21,2%	7,1%	17,6%	22,4%	31,8%
		% Adaptação da oferta de serviços às variações da procura	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	21,2%	7,1%	17,6%	22,4%	31,8%

**Tabela de Contingência – O planejamento da acessibilidade física aos serviços, nos tipos da unidade de saúde**

		Planeamento da acessibilidade física aos serviços					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	4	1	0	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	0,0%	0,0%	12,1%	11,1%	0,0%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	4,7%	1,2%	0,0%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	2	5	1	1	1	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	20,0%	50,0%	10,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	33,3%	21,7%	3,0%	11,1%	7,1%	11,8%
		% do total	2,4%	5,9%	1,2%	1,2%	1,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	1	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	2	1	0	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	0,0%	0,0%	6,1%	11,1%	0,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	0,0%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	6	2	0	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	0,0%	26,1%	6,1%	0,0%	0,0%	9,4%
		% do total	0,0%	7,1%	2,4%	0,0%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	4	8	15	5	11	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	9,3%	18,6%	34,9%	11,6%	25,6%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	66,7%	34,8%	45,5%	55,6%	78,6%	50,6%
		% do total	4,7%	9,4%	17,6%	5,9%	12,9%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	3	8	1	2	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	21,4%	57,1%	7,1%	14,3%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	0,0%	13,0%	24,2%	11,1%	14,3%	16,5%
		% do total	0,0%	3,5%	9,4%	1,2%	2,4%	16,5%
Total		Frequência relativa	6	23	33	9	14	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	7,1%	27,1%	38,8%	10,6%	16,5%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade física aos serviços	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	7,1%	27,1%	38,8%	10,6%	16,5%	100,0%

**Tabela de Contingência – O planejamento da acessibilidade horária aos serviços, nos tipos da unidade de saúde**

		Planeamento da acessibilidade horária aos serviços						
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.	Total	
Tipolog. da(s) unidade(s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	1	1	1	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	10,0%	7,7%	3,7%	5,9%	5,9%
		% do total	0,0%	1,2%	1,2%	1,2%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	1	0	8	1	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	10,0%	0,0%	80,0%	10,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	10,0%	0,0%	29,6%	2,9%	11,8%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	9,4%	1,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	1	0	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	0,0%	0,0%	7,4%	2,9%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	1	6	0	1	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	12,5%	75,0%	0,0%	12,5%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	10,0%	46,2%	0,0%	2,9%	9,4%
		% do total	0,0%	1,2%	7,1%	0,0%	1,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	1	3	4	11	24	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	2,3%	7,0%	9,3%	25,6%	55,8%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	100,0%	30,0%	30,8%	40,7%	70,6%	50,6%
		% do total	1,2%	3,5%	4,7%	12,9%	28,2%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	3	2	4	5	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	21,4%	14,3%	28,6%	35,7%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	0,0%	30,0%	15,4%	14,8%	14,7%	16,5%
		% do total	0,0%	3,5%	2,4%	4,7%	5,9%	16,5%
Total		Frequência relativa	1	10	13	27	34	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	1,2%	11,8%	15,3%	31,8%	40,0%	100,0%
		% Planeamento da acessibilidade horária aos serviços	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	1,2%	11,8%	15,3%	31,8%	40,0%	100,0%

## APÊNDICE XII – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO DISTRIBUIÇÃO

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,515
	Aprox. Qui-Quadrado	21,092
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	2
	Sig.	0,000

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Nesta unidade de saúde, procuramos estabelecer o maior leque possível de acordos e convenções com o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde e seguradoras	1,000	0,544
Nesta unidade de saúde, a oferta de serviços é regulada, através do reforço do número de prestadores nos períodos em que se verificam picos de procura	1,000	0,704
Nesta unidade de saúde, a localização das instalações foi escolhida levando em conta os acessos e a proximidade da população a servir	1,000	0,277

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1,525	50,829	50,829	1,525	50,829	50,829
2	,929	30,970	81,798			
3	,546	18,202	100,000			

Método de Extração: ACP

### Consistência Interna

Componente	Alpha de Cronbach	Número de Itens
1	0,514	3

## APÊNDICE XIII – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO PROMOÇÃO E COMUNICAÇÃO

**Tabela de Contingência – A comunicação interna nos tipos de unidade de saúde**

		Desenvolvimento de ações de comunicação interna					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade(s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	2	3	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	5,9%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	3,5%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	1	0	2	7	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	10,0%	0,0%	20,0%	70,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	25,0%	0,0%	7,7%	13,7%	11,8%
		% do total	0,0%	1,2%	0,0%	2,4%	8,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	2,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	1	7	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	13,7%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	8,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	2	2	14	25	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	4,7%	4,7%	32,6%	58,1%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	50,0%	50,0%	53,8%	49,0%	50,6%
		% do total	0,0%	2,4%	2,4%	16,5%	29,4%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	1	2	4	7	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	7,1%	14,3%	28,6%	50,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	25,0%	50,0%	15,4%	13,7%	16,5%
		% do total	0,0%	1,2%	2,4%	4,7%	8,2%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	4	4	26	51	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	4,7%	4,7%	30,6%	60,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de ações de comunicação interna	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	4,7%	4,7%	30,6%	60,0%	100,0%

**Tabela de Contingência – O desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo, nas tipologias de unidade de saúde**

		Desenvolvimento de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo						
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.	Total	
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	2	3	0	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	11,1%	7,0%	0,0%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	3,5%	0,0%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	1	8	1	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	10,0%	80,0%	10,0%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	5,6%	18,6%	5,0%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	9,4%	1,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	3	0	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	0,0%	7,0%	0,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	1	7	0	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	0,0%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	5,6%	16,3%	0,0%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	8,2%	0,0%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	4	11	13	15	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	9,3%	25,6%	30,2%	34,9%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	100,0%	61,1%	30,2%	75,0%	50,6%
		% do total	0,0%	4,7%	12,9%	15,3%	17,6%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	3	7	4	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	21,4%	50,0%	28,6%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	0,0%	16,7%	16,3%	20,0%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	3,5%	8,2%	4,7%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	4	18	43	20	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	4,7%	21,2%	50,6%	23,5%	100,0%
		% Desenvolv. de ações de divulgação dos serviços junto do público-alvo	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	4,7%	21,2%	50,6%	23,5%	100,0%

**Tabela de Contingência – O desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes, nas tipologias de unidade de saúde**

		Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	1	1	1	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	50,0%	16,7%	5,6%	3,4%	5,9%
		% do total	0,0%	1,2%	1,2%	1,2%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	0	3	7	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	70,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	11,9%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	8,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	1,7%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	1	0	7	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	11,9%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	8,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	1	2	8	32	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	2,3%	4,7%	18,6%	74,4%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	50,0%	33,3%	44,4%	54,2%	50,6%
		% do total	0,0%	1,2%	2,4%	9,4%	37,6%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	2	4	8	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	0,0%	33,3%	22,2%	13,6%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	4,7%	9,4%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	2	6	18	59	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	2,4%	7,1%	21,2%	69,4%	100,0%
		% Desenvolvimento de inquéritos de satisfação dos clientes	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	2,4%	7,1%	21,2%	69,4%	100,0%

**Tabela de Contingência – Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca, nas tipologias da unidade de saúde**

		Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	3	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	5,9%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	1	0	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	1	3	6	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	10,0%	30,0%	60,0%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	7,1%	9,1%	17,6%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	3,5%	7,1%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	1	0	2	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	5,9%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	2,4%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	7	1	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	87,5%	12,5%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	0,0%	21,2%	2,9%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	8,2%	1,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	2	2	9	14	16	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	4,7%	4,7%	20,9%	32,6%	37,2%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	100,0%	100,0%	64,3%	42,4%	47,1%	50,6%
		% do total	2,4%	2,4%	10,6%	16,5%	18,8%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	2	6	6	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	0,0%	0,0%	14,3%	18,2%	17,6%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	7,1%	7,1%	16,5%
Total		Frequência relativa	2	2	14	33	34	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	2,4%	2,4%	16,5%	38,8%	40,0%	100,0%
		% Conhecimento das vantagens do marketing boca-a-boca	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	2,4%	2,4%	16,5%	38,8%	40,0%	100,0%

## APÊNDICE XIV – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO PROMOÇÃO E COMUNICAÇÃO

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,560
	Aprox. Qui-Quadrado	33,608
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	6
	Sig.	0,000

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de comunicação interna com os colaboradores para transmitir-lhes diretrizes e recolher informações	1,000	0,674
Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de promoção e divulgação dos serviços junto da população a servir	1,000	0,508
Nesta unidade de saúde, são realizados inquéritos de satisfação dos utentes/clientes	1,000	0,678
Nesta unidade de saúde, acreditamos que a melhor forma de divulgação dos nossos serviços é a comunicação boca-a-boca entre utentes/clientes	1,000	0,875

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1,719	42,972	42,972	1,719	42,972	42,972
2	1,017	25,419	68,391	1,017	25,419	68,391
3	,774	19,357	87,748			
4	,490	12,252	100,000			

Método de Extração: ACP

## Matriz das Componentes Após Rotação

	Componentes	
	1	2
Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de comunicação interna com os colaboradores para transmitir-lhes diretrizes e recolher informações	0,612	0,547
Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas ações de promoção e divulgação dos serviços junto da população a servir	0,710	-0,067
Nesta unidade de saúde, são realizados inquéritos de satisfação dos utentes/clientes	0,820	0,078
Nesta unidade de saúde, acreditamos que a melhor forma de divulgação dos nossos serviços é a comunicação boca-a-boca entre utentes/clientes	-0,058	0,934

Método de Extração: ACP

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

## Consistência Interna

Componente	Alpha de Cronbach	Número de Itens
1	0,580	3
2	n.a.	1

## APÊNDICE XV – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO PESSOAS

**Tabela de Contingência – A consideração das capacidades não técnicas do profissional com impacto na qualidade do serviço, nos processos de recrutamento, nos tipos de unidade de saúde**

		Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais, nos recrutamentos					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo , Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	2	3	0	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	66,7%	6,1%	0,0%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	3,5%	0,0%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	0	9	1	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	90,0%	10,0%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	18,4%	3,0%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	10,6%	1,2%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	3,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	2	6	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	18,2%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	7,1%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	0	1	20	22	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	2,3%	46,5%	51,2%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	33,3%	40,8%	66,7%	50,6%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	23,5%	25,9%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	0	11	3	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	78,6%	21,4%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	22,4%	9,1%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	12,9%	3,5%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	0	3	49	33	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	3,5%	57,6%	38,8%	100,0%
		% Consideração de capacidades não técnicas dos profissionais	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,5%	57,6%	38,8%	100,0%

**Tabela de Contingência – O investimento na formação profissional dos colaboradores, nas tipologias de unidade de saúde**

		Investimento na formação profissional dos colaboradores					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	3	2	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%	3,8%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	2,4%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	0	5	5	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	17,2%	9,6%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	0	2	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%	1,9%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	1	7	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	13,5%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	8,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	0	4	12	27	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	9,3%	27,9%	62,8%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	100,0%	41,4%	51,9%	50,6%
		% do total	0,0%	0,0%	4,7%	14,1%	31,8%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	0	5	9	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	35,7%	64,3%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	0,0%	17,2%	17,3%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	10,6%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	0	4	29	52	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	4,7%	34,1%	61,2%	100,0%
		% Investimento na formação profissional dos colaboradores	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	4,7%	34,1%	61,2%	100,0%

## APÊNDICE XVI – VALIDAÇÃO INTERNA DA SECÇÃO PESSOAS

### Testes KMO e de Esfericidade de Bartlett

Teste de Adequabilidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,500
	Aprox. Qui-Quadrado	9,778
Teste de Esfericidade de Bartlett	Graus de Liberdade	1
	Sig.	0,002

### Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Nesta unidade de saúde, nos processos de recrutamento, para além das capacidades técnicas dos candidatos, são também considerados aspetos como a segurança na prestação dos cuidados e a capacidade de apoiar e reconfortar o utente/cliente	1,000	0,667
Nesta unidade de saúde, oferecemos formação profissional contínua aos nossos colaboradores e/ou incentivamo-los a obterem-na por outras vias	1,000	0,667

Método de Extração: ACP

### Variância Total Explicada

Variáveis	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% da Variância	% Acumulada da Variância	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1,334	66,716	66,716	1,334	66,716	66,716
2	,666	33,284	100,000			

Método de Extração: ACP

### Matriz das Componentes

	Componente
	1
Nesta unidade de saúde, nos processos de recrutamento, para além das capacidades técnicas dos candidatos, são também considerados aspetos como a segurança na prestação dos cuidados e a capacidade de apoiar e reconfortar o utente/cliente	0,817
Nesta unidade de saúde, oferecemos formação profissional contínua aos nossos colaboradores e/ou incentivamo-los a obterem-na por outras vias	0,817

Método de Extração: ACP

### Consistência Interna

Componente	Alpha de Cronbach	Número de Itens
1	0,500	2

## APÊNDICE XVII – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO PROCESSOS

**Tabela de Contingência – A padronização dos processos de prestação dos serviços, nos tipos de unidade de saúde**

		Padronização dos processos de prestação dos serviços					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	1	1	3	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	11,1%	4,0%	5,9%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%	3,5%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	0	0	5	5	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	9,8%	11,8%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	1	1	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	11,1%	4,0%	2,0%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	1	0	7	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	13,7%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	8,2%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	0	4	13	26	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	9,3%	30,2%	60,5%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	44,4%	52,0%	51,0%	50,6%
		% do total	0,0%	0,0%	4,7%	15,3%	30,6%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	2	5	7	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	14,3%	35,7%	50,0%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	22,2%	20,0%	13,7%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	2,4%	5,9%	8,2%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	0	9	25	51	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	10,6%	29,4%	60,0%	100,0%
		% Padronização dos processos de prestação dos serviços	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	10,6%	29,4%	60,0%	100,0%

## APÊNDICE XVIII – ANÁLISE BIVARIADA DA SECÇÃO AMBIENTE FÍSICO

**Tabela de Contingência – Dispensa de cuidados ao ambiente físico, nos tipos de unidade de saúde**

		Dispensa de cuidados ao ambiente físico					Total	
		Discordo Totalm.	Discordo	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalm.		
Tipolog. da(s) unidade (s) de Saúde	Clinica	Frequência relativa	0	0	0	0	5	5
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	5,9%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%
Extensão de Centro de Saúde		Frequência relativa	0	0	0	1	0	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%
Hospital		Frequência relativa	0	1	3	2	4	10
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	33,3%	27,3%	12,5%	7,3%	11,8%
		% do total	0,0%	1,2%	3,5%	2,4%	4,7%	11,8%
Laboratório de Radiologia		Frequência relativa	0	0	0	0	1	1
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	1,2%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Policlínica		Frequência relativa	0	0	1	1	1	3
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	0,0%	9,1%	6,3%	1,8%	3,5%
		% do total	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%	1,2%	3,5%
Posto de Colheitas		Frequência relativa	0	0	0	0	8	8
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,5%	9,4%
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	9,4%
UCCI		Frequência relativa	0	2	4	10	27	43
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	4,7%	9,3%	23,3%	62,8%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	66,7%	36,4%	62,5%	49,1%	50,6%
		% do total	0,0%	2,4%	4,7%	11,8%	31,8%	50,6%
UMFR		Frequência relativa	0	0	3	2	9	14
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	0,0%	21,4%	14,3%	64,3%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	0,0%	27,3%	12,5%	16,4%	16,5%
		% do total	0,0%	0,0%	3,5%	2,4%	10,6%	16,5%
Total		Frequência relativa	0	3	11	16	55	85
		% Tipo da(s) unidade(s) de Saúde	0,0%	3,5%	12,9%	18,8%	64,7%	100,0%
		% Dispensa de cuidados ao ambiente físico	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	0,0%	3,5%	12,9%	18,8%	64,7%	100,0%

## BIBLIOGRAFIA

- Akchin, D. (2001). Nonprofit Marketing: Just How Far Has It Come? *Nonprofit World*, 19(1), 33-35.
- American Society for Quality. (n.d.). *Quality Glossary*. Obtido em 12 de Setembro de 2015, de ASQ: <http://asq.org/glossary/q.html>
- Andreasen, A. R., Goodstein, R., & Wilson, J. W. (2005). Transferring "Marketing Knowledge" to the Nonprofit Sector. *California Management Review*, 47(4), 46-67.
- Barañano, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão - Manual de Apoio à Realização de Trabalhos de Investigação* (1ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Barros, P. (2013). *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos* (3ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Bell, M., & Emory, C. W. (1971). The Faltering Marketing Concept. *Journal of Marketing*, 35, 37-42.
- Berglind, M., & Tanaka, C. (2005). Cause-related marketing: more buck than bang? *Business Horizons*, 48(5), 443-453.
- Blery, E. K., Katseli, E., & Nertilda, T. (2010). Marketing for a non-profit organization. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 7(1), 57-68. doi:10.1007/s12208-010-0049-2
- Bulla, M., & Starr-Glass, D. (2006). Marketing and non-profit organizations in the Czech Republic. *European Journal of Marketing*, 40(1/2), 130-144. doi:10.1108/03090560610637356
- Chad, P. (2014). Organizational change within charities: improved performance via introduction of market orientation and other strategic orientations. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 11(1), 89-113. doi:10.1007/s12208-014-0113-4
- Chaniotakis, I., & Lymperopoulos, C. (2009). Service Quality Effect on Satisfaction and Word of Mouth in the Health Care Industry. *Managing Service Quality: An International Journal*, 19(2), 229-242. doi:10.1108/09604520910943206
- Cheng, H., Kotler, P., & Lee, N. R. (2011). *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers, LLC.
- Cooper, D., & Schindler, P. (2014). *Business Research Methods* (12ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Crié, D., & Chebat, J. (2013). Health Marketing: Toward an Integrative Perspective. *Journal of Business Research*, 66(1), 123-126. doi:10.1016/j.jbusres.2012.09.002
- Dawson, L. (1969). The human concept: New philosophy for business: Marketing concept outmoded today. *Business Horizons*, 12(6), 29-38. doi:10.1016/0007-6813(69)90087-1

- Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical Environmental Stimuli that Turn Healthcare Facilities Into Healing Environments Through Psychologically Mediated Effects: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(2), 166-181. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, *48*(2), 147-160.
- Dolnicar, S., & Lazarevski, K. (2009). Marketing in non-profit organizations : an international perspective. *International Marketing Review*, *26*(3), 275-291. doi:10.1108/02651330910960780
- Eiriz, V., & Figueiredo, A. (2005). Quality Evaluation in Health Care Services Based on Customer-Provider Relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *8*(6), 404-412. doi:10.1108/09526860510619408
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Sector Convencionado com o SNS: Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e Reabilitação e Radiologia*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Obtido em 25 de Maio de 2016, de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/886/Relat\\_rio\\_Conven\\_\\_es.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/886/Relat_rio_Conven__es.pdf)
- Entidade Reguladora da Saúde. (2014). *Perguntas Frequentes – Obrigatoriedade de Registo na ERS*. Obtido em 24 de Outubro de 2015, de Entidade Reguladora da Saúde: <https://www.ers.pt/pages/350>
- Feliciano, I. (2010). *Marketing em Saúde: Políticas e Estratégias* (1ª ed.). Coimbra: Bnomics.
- Felício, J., Gonçalves, H., & Gonçalves, V. (2013). Social value and organizational performance in non-profit social organizations: Social entrepreneurship, leadership, and socioeconomic context effects. *Journal of Business Research*, *66*(10), 2139–2146. doi:10.1016/j.jbusres.2013.02.040
- Franco, R., Sokolowski, S., Hairel, E., & Salamon, L. (2006). *The Portuguese Nonprofit Sector in Comparative Perspective*. Obtido em 30 de Abril de 2016, de The John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project: [http://ccss.jhu.edu/?page\\_id=61&did=359](http://ccss.jhu.edu/?page_id=61&did=359)
- Gainer, B., & Padanyi, P. (2002). Applying the marketing concept to cultural organisations: An empirical study of the relationship between market orientation and performance. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, *7*(2), 182-193. doi:10.1002/nvsm.178
- Gainer, B., & Padanyi, P. (2005). The relationship between market-oriented activities and market-oriented culture: implications for the development of market orientation in nonprofit service organizations. *Journal of Business Research*, *58*(6), 854-862. doi:10.1016/j.jbusres.2003.10.005
- Gray, S. (2008). Healthcare Marketing Has Five 'P's. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, *1*(3), 306-313.

- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44. doi:10.1108/EUM00000000004784
- Hawkins, R. (2015). Shifting conceptualizations of ethical consumption: Cause-related marketing in India and the USA. *Geoforum*, 67, 172-182. doi:10.1016/j.geoforum.2015.05.007
- Hellman, S., Kastberg, G., & Siverbo, S. (2015). Explaining Process Orientation Failure and Success in Health Care – Three Case Studie. *Journal of Health Organization and Management*, 29(6), 638-653. doi:10.1108/JHOM-09-2013-0186
- Hubley, A., & Zumbo, B. (1996). A dialectic on validity: where we have been and where we are going. *Journal of General Psychology*, 123(3), 207-215. doi:10.1080/00221309.1996.9921273
- Hudson, R. (2010). Marketing Situation Analysis and Strategic Planning for NHS Clinical Services. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 3(3), 224-238. doi:10.1179/175330310X12736577965801
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013). *Conta Satélite da Economia Social 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. e CASES, Cooperativa António Sérgio para a Economia Social, CIPRL.
- Kong, S. (2008). Marketing in the NHS: The story so far. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 1(2), 181-201. doi:10.1179/mmh.2008.1.2.191
- Kotler, P. (1978). *Marketing para organizações que não visam o lucro*. (H. de Barros, Trad.) Brasil: Editora Atlas, S.A.
- Kotler, P. (1979). Strategies for Introducing Marketing into Nonprofit Organizations. *Journal of Marketing*, 43(1), 37-44.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2012). Company and Marketing Strategy: Partnering to Build Customer Relationships. Em P. Kotler, & G. Armstrong, *Principles of Marketing* (14 ed., pp. 36-63). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2012). Services Marketing. Em P. Kotler, & G. Armstrong, *Principles of Marketing* (14<sup>a</sup> ed., pp. 236-242). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P., & Keller, K. (2012). *Marketing Principles* (14<sup>a</sup> ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P., & Levy, S. (1969). Broadening the Concept of Marketing. *Journal of Marketing*, 33(1), 10-15. doi:10.2307/1248740
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social Marketing: an Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35, 3-12. doi:10.2307/1249783

- Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. (2008). *Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System* (1ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lazer, W. (1969). Marketing's Changing Social Relationships. *Journal of Marketing*, 33(1), 3-9. doi:10.2307/1248739
- Lee, N. R., Rothschild, M. L., & Smith, W. (Março de 2011). *Social Marketing Declaration of Distinctions*. Obtido em 27 de Agosto de 2015, de Social Marketing Panorama: [http://www.socialmarketingpanorama.com/social\\_marketing\\_panorama/social-marketing-declaration-of-distinctions.html](http://www.socialmarketingpanorama.com/social_marketing_panorama/social-marketing-declaration-of-distinctions.html)
- Lega, F. (2006). Developing a Marketing Function in Public Healthcare Systems: A Framework for Action. *Health Policy*, 78(2-3), 340-352. doi:10.1016/j.healthpol.2005.11.013
- Leiderman, E., & Zucchi, P. (2007). Aplicação dos Conceitos Atuais do Marketing para o Mercado Hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*, 34, 22-25.
- Lonial, S., Tarim, M., Zaim, S., & Zaim, H. (2008). The Impact of Market Orientation on NSD and Financial Performance of Hospital Industry. *Industrial Management & Data Systems*, 108(4), 794-811. doi:10.1108/02635570810884012
- Lovelock, C. H., & Weinberg, C. B. (1984). *Marketing for Public and Nonprofit Managers*. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2011). *Services Marketing : People, Technology, Strategy* (7ª ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lynn, J., Straube, B., Bell, K., Jencks, S., & Kambic, R. (2007). Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The "Bridges to Health" Model. *Milbank Quarterly*, 85(2), 185-208. doi:10.1111/j.1468-0009.2007.00483.x
- Mann, P., & Lacke, C. (2010). *Introductory Statistics*. United States of America: Wiley.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90. doi:10.14417/lp.763
- McLeish, B. (2011). A New Way Of Doing Business For The Nonprofit Organization. Em *Successful Marketing Strategies for Nonprofit Organizations: winning in the age of the elusive donor* (pp. 3-27). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- McMahon, D., Seaman, S., & Lemley, D. (2015). The adoption of websites by nonprofits and the impact on society. *Technology in Society*, 42, 1-8. doi:10.1016/j.techsoc.2015.01.001

- Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, *83*(2), 340-363.
- Modi, P. (2012). Market orientation in nonprofit organizations: innovativeness, resource scarcity, and performance. *Journal of Strategic Marketing*, *20*(1), 55-67. doi:10.1080/0965254X.2011.628405
- Muller, S., Fries, A., & Gedenk, K. (2014). How much to give? – The effect of donation size on tactical and strategic success in cause-related marketing. *International Journal of Research in Marketing*, *31*(2), 178-191. doi:10.1016/j.ijresmar.2013.09.005
- Neprash, H., Wallace, J., Chernew, M., & McWilliams, M. (2015). Measuring Prices in Health Care Markets Using Commercial Claims Data. *Health Service Research*, *50*(6), 1-11. doi:10.1111/1475-6773.12304
- NUCB Global Nonprofit Management Team. (2013). Exploring a New Marketing Strategy for Nonprofit Organizations: An International Perspective. *International Journal of Marketing Studies*, *5*(6), 8-14. doi:10.5539/ijms.v5n6p8
- Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, *363*(26), 2477-2481. doi:10.1056/NEJMp1011024
- Público e COM Lusa. (12 de Novembro de 2014). *Devolução de hospitais às Misericórdias começa na sexta-feira*. Obtido de Público: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/devolucao-de-hospitais-as-misericordias-comeca-na-sextafeira-1676011>
- Rapert, M., & Yarbrough, L. (1998). Competing Strategically Through Market Orientation. *Journal of Hospital Marketing*, *12*(1), 109-122. doi:10.1300/J043v12n01\_07
- Sá, I., & Lopes, M. (2008). *História Breve das Misericórdias Portuguesas* (1ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2005). *O Futuro do Sistema de Saúde Português - "Saúde 2015"*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 5 de Maio de 2016, de [www.observatorio.pt/download.php?id=86](http://www.observatorio.pt/download.php?id=86)
- Sanchez, R., & Ciconelli, R. (2012). Conceitos de Acesso à Saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *31*(3), 260-268. doi:10.1590/S1020-49892012000300012
- Sánchez-Fernández, R., & Iniesta-Bonillo, M. A. (2007). The concept of perceived value: a systematic review of the research. *Marketing Theory*, *7*(4), 427-451. doi:10.1177/1470593107083165

- Sargeant, A., Foreman, S., & Liao, M. (2002). Operationalizing the Marketing Concept in the Nonprofit Sector. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 10(2), 41-65. doi:10.1300/J054v10n02\_03
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students* (5<sup>a</sup> ed.). Essex, England: Prentice Hall.
- Shapiro, B. P. (1973). Marketing for Non-Profit Organizations. *Harvard Business Review*, 51, 123-132.
- Soklaridis, S. (2014). Improving Hospital Care: are Learning Organizations the Answer? *Journal of Health Organization and Management*, 28(6), 830-838. doi:10.1108/JHOM-10-2013-0229
- Spagnola, B. (7 de Agosto de 2014). *Marketing for Non-profit Organizations*. Obtido em 5 de Setembro de 2015, de Concept Marketing Group Inc: <http://www.marketingsource.com/articles-library/marketing-for-non-profit-organizations>
- Stater, K. J. (2009). The Impact of Revenue Sources on Marketing Behavior: Examining Web-Promotion and Place-Marketing In Nonprofit Organizations. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 21(2), 202-224. doi:10.1080/10495140802529540
- Sweeney, D. J. (1972). Marketing: Management Technology or Social Process? *Journal of Marketing*, 36, 3-10.
- The National Social Marketing Center. (2010). *What is Social Marketing?* Obtido em 27 de Agosto de 2015, de The National Social Marketing Center: <http://www.thensmc.com/content/what-social-marketing-1>
- Tomášková, I. (2009). The Current Methods of Measurement of Market Orientation. *European Research Studies*, 12(3), 135-150.
- Tsai, Y. (2013). Health care industry, customer orientation and organizational innovation: A survey of Chinese hospital professionals. *Chinese Management Studies*, 7(2), 215-229. doi:10.1108/CMS-Oct-2011-0086
- União das Misericórdias Portuguesas. (s.d.). *Misericórdias*. Obtido em 4 de Maio de 2016, de UMP: <http://www.ump.pt/misericordias>
- União das Misericórdias Portuguesas. (s.d.). *Misericórdias Nacionais*. Obtido em 4 de Maio de 2016, de UMP: <http://www.ump.pt/misericordias/nacionais>
- Vázquez, R., Álvarez, L., & Santos, M. (2002). Market Orientation and Social Services in Private Non-Profit Organisations. *European Journal of Marketing*, 46(9/10), 1022-1046. doi:10.1108/03090560210437316

- Woodward, H., Mytton, O., Lemer, C., Yardley, I., Ellis, B., Rutter, P., . . . Wu, A. (2010). What Have We Learned About Interventions to Reduce Medical Errors? *Annual Review of Public Health, 31*, 479-497. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103544
- Wrenn, B. (2007). Marketing Orientation in Hospitals: Findings from a Multi-Phased Research Study. *Health Marketing Quarterly, 24(1-2)*, 15-22. doi:10.1080/07359680802125774
- Wright, G. H., Chew, C., & Hines, A. (2012). The Relevance and Efficacy of Marketing in Public and Non-Profit Service Management. *Public Management Review, 14(4)*, 433-450. doi:10.1080/14719037.2011.649973
- Wymer, W. (2006). Introduction to Nonprofit Marketing. Em W. Wymer, *Nonprofit Marketing: Marketing Management For Charitable And Nongovernmental Organizations* (pp. 3-23). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Yorke, D. A. (1984). Marketing and Non-Profit-Making Organisations. *European Journal of Marketing, 18(2)*, 17-22. doi:10.1108/EUM00000000004766