



THE MARKETING SCHOOL

# EFICÁCIA DA COMUNICAÇÃO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Estudo de caso do Instituto de Cardiologia  
Preventiva de Almada

Mariana Araújo

Orientador: Prof. Nuno Farinha

*Quais as principais orientações estratégicas da instituição sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca e qual o nível de eficácia das orientações de comunicação junto dos profissionais de saúde?*

ESCOLA SUPERIOR DE LISBOA, DEZEMBRO DE 2014

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, tudo. Devo-lhes a educação, a perseverança, o amor.

À minha querida amiga Marta por todo o apoio, motivação e ensinamentos, o eterno obrigado.

Ao Professor Doutor Manuel Carrageta e à Dra. Rita Andrade pela disponibilidade e apoio em todo este percurso.

Ao Professor Nuno Farinha por me ter guiado e entusiasmado a fazer sempre melhor.

## **RESUMO**

Atendendo às dificuldades de implementação de um serviço de Reabilitação Cardíaca em Portugal, nomeadamente no que respeita à implementação e sucesso de estratégias de marketing e comunicação para este tipo de serviços de saúde, a presente investigação toma como objeto de estudo o serviço de Reabilitação Cardíaca do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada. Através da análise de dados secundários, foram identificadas as estratégias de comunicação desenvolvidas para esse serviço. Seguidamente tentou-se apurar o grau de perceção dessas estratégias pelos prestadores de saúde com quem a instituição se relaciona no Concelho de Almada. O apuramento da eficácia da comunicação dessas estratégias foi realizado através de um estudo exploratório e de um estudo descritivo, este último através de um inquérito submetido aos prestadores de saúde. Conclui-se que o grau de *awareness* do serviço é elevado, principalmente para os prestadores que colaboram com a instituição, porém nem todas as estratégias foram completamente apreendidas, ou seja, existe um fraco conhecimento aprofundado sobre procedimentos do serviço e outras informações úteis para a referência do mesmo, por parte dos prestadores. Torna-se evidente que existe necessidade de informação mais aprofundada e formação sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca.

## **ABSTRACT**

Given the difficulties of implementing Cardiac Rehabilitation in Portugal, in particular with regard to the implementation and success of marketing strategies and communication for this type of health care services, this research takes as its object of study the service of ICPA (Instituto de Cardiologia Preventive de Almada). Through secondary data analysis, communication strategies developed for this service were identified. The investigation tries to determine the degree of perception of these strategies by health care providers with whom the institution relates in the Council of Almada. The calculation of effective communication of these strategies was conducted through an exploratory study and descriptive study, the latter through a survey submitted to health care providers. In conclusion, there is a high degree of awareness of the service, especially for providers who collaborate with the institution, but not all strategies were completely understood, for example, there is a weak depth of knowledge of service procedures and other useful information or references of the same, by providers. With all this in mind it becomes evident that there is need for further information and training about the service of Cardiac Rehabilitation.

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAP. 2 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. O Marketing nas Organizações .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. A Comunicação de Marketing .....</b>	<b>6</b>
2.2.1. O Processo de Comunicação .....	8
<b>2.3. Marketing de Serviços .....</b>	<b>20</b>
2.3.1. A Origem e Definição .....	21
2.3.2. Comportamento do consumidor aplicado aos serviços .....	24
2.3.3. Os 7 P's do Marketing de Serviços .....	26
2.3.4. A Comunicação de Serviços .....	28
<b>2.4. O Marketing e a Comunicação em Saúde .....</b>	<b>34</b>
2.4.1. Os 7P's do Marketing de Saúde .....	38
2.4.2. Comunicação ou promoção em saúde .....	42
<b>2.5. Quadro Referencial teórico da Investigação .....</b>	<b>50</b>
<b>CAP. 3 METODOLOGIA .....</b>	<b>52</b>
<b>3.1 Tipo de Investigação .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2 Processo e Investigação .....</b>	<b>53</b>
<b>3.3 Lógica de Investigação .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4 Método de Seleção de Dados .....</b>	<b>54</b>
<b>3.5. Método de Recolha de Dados .....</b>	<b>56</b>
<b>3.5 Método de Tratamento de Dados .....</b>	<b>57</b>
<b>CAP. 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>4.1 Fase I - Análise de Dados: Identificação das estratégias para o serviço de RC do ICPA .....</b>	<b>58</b>

<b>4.2.</b>	<b>Fase II – Análise dos dados primários.....</b>	<b>65</b>
4.2.1	Análise de Dados (Fase II): Percepção sobre os 7P’s do Serviço de RC.....	67
4.2.2.	Análise de Dados (Fase II): Estratégias de Comunicação .....	76
<b>4.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>80</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>83</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>85</b>
	<b>NETGRAFIA .....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>91</b>

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1. Efeitos da Comunicação .....	10
Quadro 2. Ferramentas do mix da comunicação.....	13
Quadro 3. Diferenças entre Bens e Serviços .....	23
Quadro 4. Sugestões de estratégias de marketing para problemas decorrentes das características únicas dos Serviços .....	24
Quadro 5. Resumo da Revisão da Literatura .....	47
Quadro 6. Peritos em análise estratificados por Especialidade .....	55
Quadro 7. Esquema Orientador Metodológico .....	58
Quadro 8. Caracterização da Amostra.....	66
Quadro 9. Percepção dos médicos sobre as dificuldades de adesão a este tipo de serviços. 67	
Quadro 10. O Serviço e Processos.....	69
Quadro 11. Política de Preço.....	70
Quadro 12. Política de Distribuição .....	72
Quadro 13. Percepção sobre a Evidência Física e as Pessoas que compõem o serviço de RC.....	74
Quadro 14. Percepção sobre as estratégias de Comunicação.....	77

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela A. Objectivos, Necessidades de Informação e Recolha de Dados.....	91
Tabela B. Correspondência dos 7P's do Marketing de Saúde à Análise de Conteúdo da entrevista.....	92
Tabela C. Análise da correspondência das Estratégias de Comunicação para o Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA com a Revisão da Literatura das temáticas da Comunicação de Marketing e Comunicação de Serviços de Saúde .....	97

Tabela D. Relação entre Conhecimento sobre RC e Idade.....	108
Tabela E. Conhece o Serviço de RC do ICPA.....	108
Tabela E1. Grau de conhecimento sobre RC do ICPA.....	108
Tabela E2. Relação entre variáveis “Presta serviço do ICPA” e “Conhece o serviço de RC do ICPA.....	109
Tabela F. Em que fase(s) da Reabilitação Cardíaca se insere o serviço de RC do ICPA? .....	109
Tabela G. O papel do médico assistente na referenciação de um serviço de reabilitação cardíaca é fundamental. ....	109
Tabela H. Grau de concordância sobre benefícios de RC.....	110
Tabela I. Concorda que a Reabilitação Cardíaca tem um custo/benefício aceitável..	110
Tabela J. Considera suficiente a informação disponibilizada aos profissionais de saúde sobre este serviço prestado pelo ICPA?.....	111
Tabela J1. Que outras informações considera necessárias? .....	111
Tabela K. Considera útil existirem sessões de esclarecimento à população sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca.....	112
Tabela L. Considera útil existirem sessões de formação sobre o serviço de RC do ICPA para profissionais de saúde?.....	112
Tabela M. Classificação das infraestruturas e equipamentos de RC do ICPA .....	113
Tabela M1. Relação entre “Classificação das infraestruturas e equipamentos de RC do ICPA” e “Presta serviço no ICPA.....	113
Tabela N. Os Técnicos do ICPA têm as competências necessárias para o serviço de RC .....	113
Tabela O. Os recepcionistas do ICPA sabem acolher e informar os clientes sobre o serviço de RC.....	114
Tabela P. De que forma teve conhecimento do serviço de RC do ICPA? .....	114
Tabela P1. Análise da variável “canais de comunicação”, através do uso da ferramenta do SPSS “selecção de casos”, filtrando apenas as respostas dos inquiridos que prestam serviço no ICPA.....	114
Tabela Q. É útil ter à disposição material de divulgação do serviço.....	115
Tabela Q1. Importância dos canais de comunicação .....	115

Tabela R. Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a doentes seus? .....	116
Tabela R1. Razão por que não indicaria o serviço de RC a doentes.....	116
Tabela S – Médicos do ICPA: Grau de referência a doentes (selecção de casos) ..	116
Tabela S1. Médicos do ICPA - Razão por que não indicaria o serviço a doentes (selecção de casos).....	117
Tabela T. Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a colegas seus?.....	117
Tabela T1. Razão por que não indicaria o serviço a colegas.....	117

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Passos para desenvolver uma comunicação eficaz .....	8
Figura 2. Quadro de referência teórico .....	51

## **INTRODUÇÃO**

Em Portugal, o sector da saúde tem registado melhorias significativas, nos últimos 40 anos. Melhorias, essas, decorrentes do aumento de recursos afetos a esta área, do aumento da oferta de cuidados de saúde e de uma melhoria generalizada das condições de vida dos portugueses. A par da criação do Serviço Nacional de Saúde, foram surgindo e proliferaram centros, clínicas, hospitais ou institutos privados que encaram a saúde numa perspetiva empresarial, tendo em conta as transformações que ocorrem no lado da procura como resultado da evolução dos tempos.

Neste sentido, o crescente interesse pelo setor da saúde, a importância destes serviços na economia e a crescente implementação de princípios e práticas do marketing nos serviços de saúde, nomeadamente no setor privado, justificam a atratividade do tema.

Dadas as características específicas do setor da saúde, aliadas à natureza complexa do setor terciário, comunicar com eficácia um serviço de saúde, constitui-se como um verdadeiro desafio, o que também se constitui como fator de interesse para o desenvolvimento de estudos académicos sobre esta temática.

Tendo também em conta que a investigadora trabalha neste setor que servirá como objeto de estudo, existe todo o interesse em contribuir para a melhoria das práticas de comunicação efetuadas pelas instituições.

É neste contexto que se baseia o presente estudo, onde se apresenta o caso do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada (ICPA), uma instituição privada de solidariedade social, que fornece um serviço de prevenção secundária, a Reabilitação Cardíaca. Designa-se por prevenção secundária, uma vez que o serviço foi concebido para quem já padeceu de um acidente cardiovascular, como um enfarte do miocárdio, um intervenção cardio-cirúrgica ou pessoas que evidenciem fatores de risco associados, que possam conduzir a uma das situações anteriores. O grande objetivo deste instituto é evitar reincidências e melhorar a condição de vida destes grupos populacionais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Reabilitação Cardíaca entende-se como um plano de tratamento individualizado, multidisciplinar, efetuado num ambiente médico, que inclui exercício físico, educação alimentar e gestão do stresse.

A primeira referência, no país, a um Programa de Reabilitação Cardíaca estruturado surgiu em 1988 no Instituto do Coração, em Lisboa. Desde então, o crescimento foi lento e dececionante (Abreu *et al.*, 2013). Se considerarmos que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, compreende-se o importante contributo, que programas como a Reabilitação Cardíaca, trariam para combater este flagelo.

Tendo em conta que em Portugal os programas de Reabilitação Cardíaca, não têm participação do Sistema Nacional de Saúde, torna-se dispendioso para o cliente assumir os encargos destes programas. O investimento no desenvolvimento e implementação de PRC tem sido persistentemente relegado para um plano secundário, apesar da sua clara relação custo-efetividade favorável (Ades, 1997).

A Reabilitação Cardíaca é ainda um serviço em implementação nos principais centros hospitalares e em algumas unidades privadas, mas subvalorizado tanto pela gestão de topo, como pelos próprios profissionais (Abreu *et al.*, 2013), pelo que, a sua divulgação e disseminação também têm sido diminutas.

Pelas suas características, o serviço de Reabilitação Cardíaca tem demonstrado alguns desafios de marketing e comunicação que serão adiante desenvolvidos, enquanto objeto de estudo da presente dissertação.

Em 2011, o serviço foi lançado no ICPA. A expectativa inicial era angariar 36 clientes até Dezembro de 2013. Contudo, apenas foi possível angariar, até à referida data, 8 clientes. Dos 8 clientes 3 foram referenciados por cardiologistas do ICPA e 5 vieram por iniciativa própria.

A instituição adotou uma estratégia de comunicação dirigida a diferentes públicos-alvo, sendo que os dois principais são os médicos e, naturalmente os dentes/Clientes. Os médicos, por serem considerados os principais prescritores deste

tipo de tratamentos. Os próprios doentes, que cada vez mais proactivos na procura de informação, deveriam ter acesso à explicitação do programa e dos seus benefícios.

Neste sentido, o presente estudo procura responder à questão: Quais as principais orientações estratégicas em termos de comunicação da empresa na atividade de Reabilitação Cardíaca e de que forma os médicos percecionam essa realidade? É necessário compreender se existe um desvio entre a comunicação do serviço e a perceção do médico.

Assim, o estudo terá dois objetivos específicos. Em primeiro lugar e através de fontes primárias e secundárias, pretende-se determinar quais as estratégias de comunicação adotadas pelo ICPA, no que respeita à divulgação do serviço de Reabilitação Cardíaca e se estas estão de acordo com os princípios do marketing de serviços e da comunicação de marketing aplicada aos serviços de saúde.

Numa segunda fase e como segundo objetivo, pretende-se determinar através de um estudo descritivo e por via de inquérito, se as estratégias encontradas foram percecionadas pelos médicos, constituindo-se como evidência da eficácia da comunicação.

## **CAP. 2 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA**

### **2.1. O Marketing nas Organizações**

Segundo a Associação Americana de Marketing (2008), “O Marketing é a atividade, o conjunto de práticas e pressupostos que visam criar, comunicar, oferecer e trocar ofertas que possuem valor para os consumidores, clientes, parceiros e sociedade em geral”. É possível afirmar que “troca” e “criação de valor” são os conceitos-chave do Marketing. Nos últimos 40 anos, o Marketing tem sido das áreas da gestão que mais se tem desenvolvido e interessado a comunidade científica.

Na obra *Marketing 3.0* de Kotler, Kartajaya e Setiwan (2010), são apontadas três eras determinantes na evolução da disciplina. Na Era Industrial, “o Marketing resumia-se a vender o resultado da produção da fábrica a todos os que a pudessem comprar. Os produtos (...) eram concebidos para servir um mercado de massas”, (Kotler *et al.*, 2010: 17). O objetivo era adaptar as mentes dos consumidores aos produtos existentes (Mckenna, 1991: 66).

Na Era da Informação, que corresponde aos dias de hoje, “Os consumidores (...) estão bem informados e podem comparar facilmente várias ofertas de produtos similares. O valor do produto é definido pelo consumidor.” (Kotler *et al.*, 2010: 18). Significa que o enfoque pertence agora ao cliente e à procura da satisfação das suas necessidades e desejos. O objetivo passou a ser alterar os produtos de acordo com as necessidades e pedidos dos clientes (Mckenna, 1991: 66). A empresa é agora orientada do exterior para o interior, ou seja existe uma efectiva orientação para o marketing, “encontrando no mercado as respostas sobre o que deve produzir” (Cruz, 2013: 56). Passaram a desenvolver-se estratégias de Segmentação e Posicionamento, isto é, dividir e caracterizar os consumidores em determinado mercado e desenvolver o lugar que determinado produto, marca ou serviço, ocupam na mente dos consumidores, a percepção que este detém dos seus atributos e benefícios únicos (Kotler & Armstrong, 2003).

Jerome McCarthy (1975, citado em Kotler & Keller, 2012) popularizou em 1975 os 4 P's: **P**roduto, **P**reço, **P**romoção e **D**istribuição (“**P**lace” em inglês). Trata-se

do conjunto de ferramentas de marketing que cada empresa dispõe para prosseguir os seus objetivos dentro de cada um dos segmentos-alvo identificados no processo de Segmentação.

Hoje, existem correntes que defendem o paradigma do Marketing enquanto Era da Participação e do relacionamento, onde os consumidores são chamados a colaborar na construção dos produtos e serviços. (Kotler *et al.*, 2010). Os consumidores movem-se cada vez mais por questões culturais, procurando estabelecer relações duradouras e de confiança com as empresas e com as marcas (Kotler & Keller, 2012).

Ao longo do tempo o Marketing foi-se estendendo e desenvolvendo a várias áreas de negócio, mesmo as mais complexas como os serviços e a saúde e construindo novos conceitos como o marketing relacional e o marketing social.

Conceitos que em *Marketing Management* (Kotler & Keller, 2012) estão bem presentes como espectro do desenvolvimento da disciplina de marketing ao longo dos tempos. Impõe-se a necessidade de olhar o marketing de forma holística (Kotler & Keller, 2012) ou seja, não descurar o ambiente interno e externo onde as organizações dos dias de hoje operam, integrando todos os processos, criatividade e implementação necessários à atividade do marketing de forma eficaz e sustentada.

Para outros como Cruz (2013: 55-57), o Marketing poderá estar a entrar num novo paradigma: “O marketing em desconstrução concentra-se no princípio de que a fidelização dos clientes não existe mas sim os princípios lealdade (cliente/procura) e fidelidade (oferta/fabricante) baseados em relações de interesse mútuo ajustado entre mercado-produto-cliente, nas quais os conceitos de Valor e Utilidade se assumem de modo mais racional, promovendo o desenvolvimento de ofertas em polos opostos: *lowcost* e *premium*.”

Seja qual for a corrente ou estadió em que o Marketing se encontre, a Comunicação será sempre uma das suas ferramentas imprescindíveis à concretização dos seus objetivos. Dado o âmbito do presente estudo, importa dedicar o próximo capítulo à temática da Comunicação de Marketing, perceber a sua evolução e importância enquanto variável do Marketing Mix.

## 2.2. A Comunicação de Marketing

Comunicar é colocar em comum, ou seja, é uma “interação entre dois seres distintos e o suporte dessa interação é a troca de informação” (Castro, 2002). Fisk diria que comunicar é “interação social através de mensagens” e Bach (2001, citado em Caetano & Rasquilha, 2009: 21) acrescentaria que “(comunicação) é o ato de significar algo, de veicular uma atitude proposicional a uma audiência, por meios linguísticos ou outros”.

Hoje, tendo em conta as profusões de formas de comunicação, tudo leva a concluir que comunicar “é partilhar informação, ideias, atitudes, torna-las comuns a outros em processos mais ou menos interativos que podem ocorrer de múltiplas formas.” (Caetano, 2013: 247).

A comunicação tem frequentemente o objetivo de informar, convencer, persuadir a alterar comportamentos ou mudar de opinião sobre algo (Caetano & Rasquilha, 2009). Estas são as premissas essenciais presentes neste estudo, ao nível da comunicação nos serviços e mais especificamente nos serviços de saúde.

Para existir comunicação são, fundamentalmente, necessários quatro elementos que se organizam num sistema: um emissor que se constitui como a fonte da mensagem, a mensagem enviada através de um canal e um recetor, alvo dessa mensagem (Caetano, 2013: 258). Quando o recetor emite uma resposta, então existe interação o designado *feedback* (Caetano, 2013: 248-250) ou seja, neste caso a comunicação não se limita apenas a informar. É no campo da interação que as empresas cada vez mais procuram atuar.

Em termos gerais é comum pensar-se que a Publicidade é a “comunicação de marketing”, no entanto, “essa designação não é tecnicamente rigorosa dado que a publicidade é apenas uma das técnicas particulares que as empresas utilizam para comunicar com o mercado” (Castro, 2002).

A Comunicação de Marketing é a forma como a empresa utiliza os meios à sua disposição para trocar informação com o mercado onde atua: “Entendemos por comunicação o conjunto dos sinais emitidos pela empresa em direção aos seus

clientes, aos distribuidores, aos líderes de opinião, aos prescritores e a todos os alvos internos e externos” (Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio & Rodrigues, 1999).

Aos objetivos da comunicação de convencer e persuadir, Kotler e Keller (2012:476) referem que a comunicação de marketing também é o “conjunto de meios, pelos quais as empresas e organizações informam, persuadem e relembram os consumidores – direta ou indiretamente – sobre os produtos, serviços e marcas que comercializam. Neste sentido, a comunicação de marketing representa a “voz” através da qual é possível estabelecer diálogo e relacionamentos com os consumidores”.

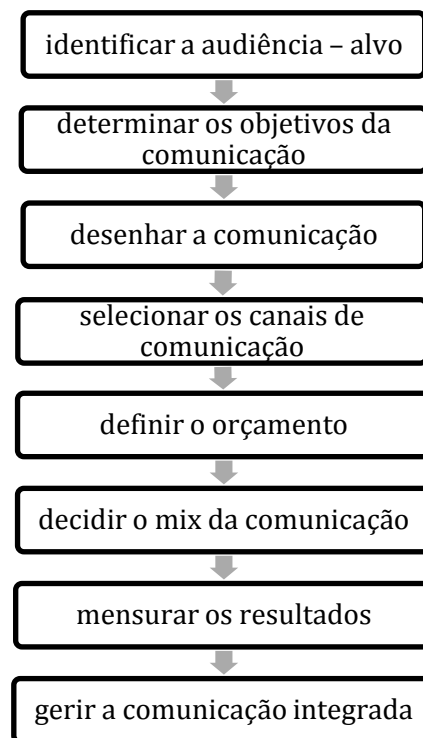
O estabelecimento de diálogo é, aliás um sinal da já referida evolução do marketing, tendo em conta que, se procura cada vez mais aproveitar a Internet, as redes sociais e as novas tecnologias como forma de perceber as necessidades e expectativas dos consumidores (Barker, 2013). São vários os autores que defendem a *two – way communication* (Kitchen & Burgmann, 2010, citados em Barker, 2013:104) ou que a comunicação deve proporcionar um relacionamento em que existam benefícios mútuos entre empresas e partes interessadas (Grunig, Grunig and Dozier 2002:548; Grunig and Huang 2000, citados em Barker 2013). Esta base do marketing relacional, muito presente do marketing 3.0 de Kotler *et al.* (2010), oferece às empresas que desenvolvem estes conhecimentos sobre os seus clientes a oportunidade de desenvolver uma comunicação através das redes sociais e em múltiplas plataformas (Barker, 2013). É o que Kotler e Keller (2012) determinam como forma holística, segundo a qual o profissional de marketing deve saber utilizar os vários canais de comunicação, cada vez mais direcionados para determinado público ou públicos, uma vez que a própria audiência tem agora a possibilidade de escolher e controlar quais os canais através dos quais quer receber as informações.

### 2.2.1. O Processo de Comunicação

Procurando responder às questões: *Quem comunica? A quem? O quê? Como? Com que resultado* (Caetano & Rasquilha, 2009), e *com que frequência?* (Kotler & Keller, 2012), a empresa tem à sua disposição vários instrumentos de comunicação, consoante a sua dimensão e negócio, disso dependerá também a eficácia da comunicação, na medida em que a empresa deve saber elaborar uma política de comunicação com objetivos e alvos concretos. Quer isto dizer que é necessário começar por se fazer uma auditoria sobre todas as interações do público-alvo com o mercado-alvo e perceber de que forma a comunicação pode influenciar esse público nas várias fases do processo de compra do consumidor (Kotler & Keller, 2012).

O Comunicador de marketing deve identificar *a audiência – alvo*, determinar *os objetivos da comunicação*, *desenhar a comunicação*, selecionar *os canais de comunicação*, definir *o orçamento* decidir *o mix da comunicação*, mensurar *os resultados*, gerir *a comunicação integrada* (Castro, 2002; Feliciano 2010; Kotler & Keller, 2012)..

**Figura 1. Passos para desenvolver uma comunicação eficaz**



Fonte: adaptado de Kotler e Keller (2012:482)

### 1) Identificar a audiência

Os públicos e os objetivos variam conforme as características de cada plano. Para Caetano e Rasquilha (2009) é essencial que um profissional de marketing ou comunicação, ou um gestor conheçam obtenham o máximo de informações sobre os seus públicos-alvo. Os públicos poderão ser os funcionários, os acionistas, a comunidade, os distribuidores, fornecedores, o governo, a imprensa, entre outros. Estes podem ser “decisores, influenciadores, indivíduos, grupos, nichos, ou o público em geral” (Kotler & Keller 2012: 483). Determinando o público-alvo será possível perceber de que forma se irá responder às questões iniciais.

### 2) Determinar os objetivos da comunicação

É possível identificar-se na literatura objetivos da comunicação tais como: tornar a organização e seus produtos e serviços conhecidos pelos consumidores (Amaral, 2008) e nesta linha John R. Rosster e Larry Percy (1985, citados em Kotler & Keller, 2012) identificam cinco efeitos da comunicação que se podem constituir como objetivos da comunicação e são por norma apresentados em hierarquia de efeitos, porém nem todas as estratégias de comunicação englobam todos esses efeitos. Os autores identificaram como efeitos: *Awareness*, *Knowledge*, *Liking*, *Preference*, *Conviction* e *Purchase*. No entanto existem pelo menos dois que se consideram estar sempre presentes: o *brand awareness* (capacidade de o consumidor reconhecer, identificar e nomear determinada marca, produto, serviço ou mesmo organização e *brand attitude* (comportamento). Os autores acrescentam ainda que estes são os efeitos diferenciadores nas estratégias de comunicação. No Quadro 1. está refletida a hierarquia dos cinco efeitos da comunicação a par das etapas que esses efeitos vão tendo no consumidor. No Presente estudo, tentaremos de alguma forma apurar o grau de *awareness* e *knowledge* (conhecimento efetivo) dos prestadores de saúde sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca. Dentro desta hierarquia de efeitos, Kotler e Keller (2012) enunciam possíveis objetivos da comunicação, tais como tornar o ambiente da organização e os seus produtos e serviços atraentes para os potenciais

consumidores, criando também novas necessidades que irão convencer os potenciais consumidores a escolher entre diferentes marcas, produtos ou serviços; evidenciar os benefícios dos produtos e serviços oferecidos; manter os usuários reais, constantemente, bem informados sobre a atuação da organização, seus produtos e serviços (Amaral, 2008) de forma a encorajar a adoção de comportamentos ou desencadear ações por parte dos consumidores no sentido da compra (Kotler & Keller, 2012). Desta forma, os objetivos específicos de comunicação agora identificados estão em linha com os objetivos gerais da comunicação de marketing: informar/educar, persuadir e relembrar.

**Quadro 1. Efeitos da Comunicação**

<b>Etapas</b>	<b>Efeitos</b>
Cognitiva	<i>Awareness</i> (tomar conhecimento que existe) ↓ <i>Knowledge</i> (conhecer/reconhecer)
Afectiva	↓ <i>Liking</i> (ligar-se; relacionar-se) ↓ <i>Preference</i> (preferir) ↓ <i>Conviction</i> (decidir, convencer-se)
Comportamental	↓ <i>Purchase</i> (comprar)

Adaptado de: Kotler e Keller, 2012

### 3) Desenhar a Comunicação

Nesta fase procura-se responder à questão *o Quê?* Ou seja, que dizer, como o dizer e quem o vai dizer. Segundo Kotler e Keller (2012) é possível responder a tais questões sabendo quais os benefícios e atributos da marca, produto ou serviços que são necessários comunicar de forma a reforçar o posicionamento estratégico.

Ao falarmos em “o que dizer” referimo-nos à mensagem estratégica que deve vender ideias e mensagens específicas (Gombeski, Taylor, Picciarilli, Cundiff & Britt, 2007), necessárias passar aos clientes ou potenciais clientes. Segundo John C. Maloney, citado em Kotler & Keller 2012), os consumidores esperam, pelo menos um, de quatro tipos de recompensa após a compra de determinado produto ou serviço: racional, sensitivo, social ou satisfação do ego. Assim, para cada uma destas expectativas deverá ser desenhada uma determinada mensagem estratégica.

Kotler e Keller (2012) identificam duas formas de determinar “como vamos dizer” a mensagem: Informar ou Transformar. Sendo que a primeira está ligada à lógica, à razão e aos atributos, ao passo que a segunda está mais ligada às emoções, à imagem e aos benefícios da marca, produto ou serviço.

É necessária criatividade que também deverá ter presente o canal a utilizar, como por exemplo, para um anúncio na internet o grafismo e a instantaneidade são fundamentais, já na rádio a voz e o som são cruciais à eficácia da comunicação (Castro, 2002).

Ainda no desenho da comunicação, é fundamental ter em consideração a fonte da mensagem. Cada vez mais é evidente a utilização de figuras públicas para defender determinada marca, produto ou serviço, tendo em conta que se podem identificar essas personalidades com os atributos da marca, produto ou serviço. Neste campo, a credibilidade do porta-voz é fundamental (Kotler & Keller, 2012).

#### 4) Selecionar os Canais da Comunicação

“É à estratégia de meios que compete orientar a seleção dos canais de comunicação e o modo como serão utilizados para assegurar o cumprimento dos objetivos de comunicação pré-determinados” (Castro, 2002). Para este autor o processo de seleção de meios passa por três etapas distintas: seleção de classe de meios, seleção de veículos e seleção de formatos. A título de exemplo, podemos nomear o digital como classe de meios, um site desportivo como um veículo dentro

desse meio de comunicação e um *banner* como o formato a utilizar para a divulgação da mensagem. Para cada uma destas classes será sempre necessário identificar pontos fortes e fracos, antes da sua utilização (Castro, 2012).

Depois de selecionados os canais de comunicação e o orçamento será possível gerir o mix da comunicação que representa o conjunto de canais que as empresas escolhem e implementam para gerir as suas práticas de comunicação (Busch, 2007: 147, citado em Kotler & Keller, 2012).

#### 5) Decidir o Mix da Comunicação

A comunicação é uma das principais ferramentas do planeamento de marketing. Tão relevante que se vai criando um mix próprio, o “mix da comunicação” (Caetano & Rasquilha, 2009).

Em 2003 Kotler e Armstrong definiam o mix de comunicação como “a composição de instrumentos de comunicação como promoção, venda pessoal, promoções de vendas, relações públicas e marketing direto que ela (empresa) utiliza com o propósito de atingir os seus objetivos de marketing” (pp. 363). São aqui evidenciados os cinco principais instrumentos os quais, Kotler e Keller (2012) vêm mais tarde atualizar para: publicidade, promoções, relações públicas, marketing direto, marketing interativo, eventos e experiências, boca a boca (*Word of Mouth*) e força de vendas ou vendas pessoais.

Estes canais dividem-se ainda entre canais pessoais e canais não pessoais. Nos canais pessoais encaixamos o marketing direto e interativo, o Boca a boca e as vendas pessoais. Nos canais não pessoais ou comunicação de massas cabem a publicidade, as promoções, os eventos e as relações públicas (Kotler & Keller, 2012). O Quadro 2. *Ferramentas do Mix da Comunicação*, sumariza as principais características, benefícios e desvantagens das ferramentas que constituem este mix da comunicação de marketing.

## Quadro 2. Ferramentas do mix da comunicação

Tipo de Canal	Ferramentas do mix	Benefícios ou características	Principais desvantagens
<b>Canais não pessoais</b>	Publicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- capacidade de alcançar consumidores geograficamente dispersos;</li> <li>- permite uma elevada repetição e reforço da mensagem;</li> <li>- tem elevada força de expressão e dramatização dos produtos, evidenciando os atributos e benefícios;</li> <li>- confere uma ideia de poder e estabilidade sobre o anunciante, produto ou marca;</li> <li>- permite desencadear vendas rápidas;</li> <li>- contribui para a construção de uma imagem duradoura;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- custos muito elevados;</li> <li>- impessoal;</li> <li>- menos persuasiva do que as vendas directas ou personalizadas;</li> </ul>
	Promoções de Vendas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- têm à disposição inúmeros instrumentos como descontos, vales, cupons, concursos, prémios, etc.;</li> <li>- ajudam a revitalizar as vendas;</li> <li>- oferecem valor extra ao recompensarem a resposta rápida do consumidor;</li> <li>- têm a habilidade de chamar à atenção de determinado produto ou marca;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- os efeitos das promoções têm curta duração;</li> <li>- não são tão eficazes como a publicidade ou a venda pessoal na construção de uma imagem duradoura;</li> </ul>
	Relações Públicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- muito utilizadas para desmistificar determinados conceitos sobre uma marca, produto ou serviço;</li> <li>- pressupõe elevada credibilidade, conseguido de certa forma tornar anúncios em notícias;</li> <li>- criam a possibilidade de dar a conhecer a história de uma dada organização, marca ou produto;</li> <li>- são mais económicas, especialmente se combinadas com outras ferramentas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não se encontram desvantagens relevantes;</li> </ul>
	Eventos e Experiências	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quando são relevantes são muito vantajosos, na medida em que o consumidor faz parte do sucesso do evento e do resultado final;</li> <li>- permitem uma maior ligação com as marcas e produtos dado que acontecem num tempo presente e real;</li> <li>- é um tipo de venda implícita (Soft-sell);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- custos elevados;</li> </ul>
	Venda Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- é a mais eficaz ferramenta em momentos tardios do processo de compra;</li> <li>- contribui em larga medida para a preferência, convicção e ação por parte do consumidor;</li> <li>- permite uma interação mais personalizada de forma a perceber melhor as necessidades do cliente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- custos muito elevados;</li> <li>- exige o compromisso da força de vendas a longo-prazo;</li> </ul>

<b>Canais pessoais</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- permite o cultivo de relações duradouras, baseando a venda na confiança;</li> <li>- o cliente vê-se impelido a ouvir a dar uma resposta, mesmo que seja negativa;</li> </ul>	
	Boca a boca (WOM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pode ter diferentes formas: online e offline;</li> <li>- grande influência no processo de compra, tendo em conta que acontece na esfera de relações de confiança ou respeito;</li> <li>- é pessoal, pois reflete opiniões, experiências e factos pessoais;</li> <li>- é determinado no tempo, uma vez que acontece no momento em que as pessoas manifestam interesse por algo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grande dificuldade em controlar os seus efeitos;</li> </ul>
	Marketing Direto e Interativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- é privado, a mensagem é normalmente dirigida a um interlocutor distinto;</li> <li>- é imediato, a mensagem pode ser construída rapidamente;</li> <li>- a mensagem pode mudar dependendo da resposta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não se encontram grandes desvantagens uma vez que cumpre um objectivo e função específicos.</li> </ul>

Fonte: adaptado de Kotler e Armstrong (2003) e Kotler e Keller (2011)

Para escolher o mix da comunicação as empresas devem ainda, ter em consideração vários fatores, nomeadamente o tipo de produto, o mercado, a preparação do consumidor para a compra e o ciclo de vida do produto ou serviço (Kotler & Keller, 2012).

Não sendo a Comunicação uma variável do Marketing Mix, por si só “difícilmente (...) pode levar as pessoas a comprar um produto” (Lindon *et al.*, 1999), tendo em conta que a decisão de compra do consumidor sobre determinado bem ou serviço, depende de outras variáveis ou políticas de marketing, nomeadamente, o Preço. Trata-se de conseguir elaborar uma estratégia global e integrada, isto é, coerente na mensagem emitida. Para Kotler e Armstrong (2003) e Kotler e Keller (2012) “tudo comunica algo aos compradores” e neste sentido, é necessário harmonizar o mix da comunicação com o próprio mix de marketing, de forma a que a comunicação tenha o maior impacto possível, conforme desejam as empresas.

Cada ferramenta que compõe o mix da comunicação tem características e custos próprios que os profissionais de marketing devem conhecer, de forma a selecionar aqueles que trarão maior rendibilidade e eficácia à comunicação (Kotler & Armstrong, 2003).

#### 6) – Mensurar os resultados

Após o envio das mensagens estratégicas através do composto de mix de comunicação escolhido, será necessário avaliar a eficácia dessas ações. Torna-se necessário pesquisar o efeito que essas ações tiveram na audiência, “isso implica perguntar aos membros do público-alvo se eles se lembram da mensagem, quantas vezes a viram, de que pontos se recordam, como se sentiram em relação a ela e sobre as suas atitudes passadas e presentes com relação ao produto e à empresa” (Kotler & Armstrong, 2003: 373). A avaliação e controlo podem ser definidos logo desde o início em que cada ação de comunicação é desenhada e é fundamental mensurar os resultados pois podem potenciar alterações aos planos de comunicação estabelecidos (Kotler & Armstrong, 2003).

Cada vez mais os profissionais de marketing são pressionados para demonstrar o controlo e medidas de controlo do retorno no investimento (ROI) no que respeita às estratégias e técnicas de comunicação adotadas (Kotler & Keller, 2012). Existem várias formas de o fazer, nomeadamente através de inquéritos, avaliação das campanhas publicitárias ao nível do seu impacto, rendimento e imagem (Caetano, 2013 , citado em Brochado *et al*, 2013) e, naturalmente, através da concretização dos objetivos determinados. Trata-se de processos complexos, mas essenciais para minimizar o ruído e atingir a máxima eficácia da comunicação.

Sem uma comunicação eficaz é pouco provável que se consiga apurar feedback positivo e sem esse feedback positivo é pouco provável que qualquer forma de medir o retorno do investimento seja também positiva (Gombeski, *et al.*, 2007).

#### 7) Gerir a Comunicação Integrada de Marketing (CIM)

Segundo Barker (2013) e de acordo com o que vem sendo o estado da arte nos últimos 20 anos, a proliferação das tecnologias e desenvolvimento das redes sociais levam a que o consumidor esteja exposto a novas experiências, mais escolhas, maior controlo, e acesso a um mundo mais criativo. Desta forma, os profissionais de marketing e comunicadores vêm-se obrigados a adotar uma comunicação integrada que tenha em consideração a forma como os clientes e consumidores têm contacto com a empresa, de que forma o seu posicionamento está a ser comunicado e percebido e qual a relativa importância do mix de comunicação e respetivos tempos (Kotler & Keller, 2006), no sentido de maximizar o impacto e o alcance das mensagens (Kotler & Keller, 2011). Procura-se como objetivo último uma maior eficácia da comunicação.

Bruhn (2008, citado em Barker, 2013: 105) defende que a “comunicação integrada de marketing é um processo de análise, planeamento, organização, implementação e monitorização, orientado de forma a criar unicidade entre as diversas fontes de comunicação, tanto internas como externas, com os públicos-alvo, com o objetivo de se conseguir uma impressão consistente sobre o objeto referencial da empresa ou empresas”.

A American Marketing Association apresenta como definição do conceito de CIM “um processo planejado, desenhado para assegurar que todos os contatos que um consumidor ou potencial consumidor tenha com uma marca, produto, serviço ou organização seja relevante para essa pessoa e consistente ao longo do tempo.

As abordagens ao conceito são variadas e nem todas aclamam de forma entusiasta a CIM como sendo fundamental no processo de comunicação ou para atingir uma comunicação eficaz, muito devido à dificuldade do seu controlo e monitorização (Barker, 2013) e por este se basear em medidas psicológicas como a perceção e reconhecimento da marcas e atitudes perante as mesmas (Esch, 2006; Garretson & Burton, 2005; Reid, 2005, citados em EinWiller e Boenigk, 2012).

EinWiller e Boenigk (2012) defendem que quando as empresas melhoram a sua gestão da comunicação através do alinhamento das mensagens com a missão e visão, com os instrumentos de comunicação, com auscultações regulares à satisfação dos clientes e perceção sobre as marcas, produtos e serviços, estão a demonstrar, de forma empírica, a relação que existe entre a adoção de uma estratégia de CIM e uma comunicação eficaz.

Kotler e Keller (2011) argumentam contra os mais céticos que uma comunicação integrada também contribui para construir o valor da marca e criar maior impacto nas vendas.

Assim, percebemos que através de uma utilização integrada dos meios de comunicação tradicionais e dos novos, as empresas e organizações podem criar e partilhar as suas mensagens com base numa gestão de conhecimento da informação, de forma a estabelecer compreensão mútua e relações benéficas com todas as suas partes interessadas.

As maiores dificuldades prendem-se com a eficácia da comunicação. Já aqui se mencionou a importância de uma clara definição dos objetivos da comunicação e dos seus alvos, sejam eles globais ou mais restritos, mas é também de salientar alguns princípios base, enunciados por vários autores e que contribuem para a eficácia da comunicação (Lindon *et al.*, 1999): *Não querer dizer demais*, ou seja, a mensagem deve ser clara e não demasiado densa ou complexa que dificulte a sua perceção; *Repetição*

e *Redundância*, no sentido em que a mensagem deve ser repetida e sempre mantido o seu âmago para que se consiga distinguir de um meio altamente concorrencial; *Coerência Global*, já aqui mencionada, ou seja, construir uma comunicação integrada através de vários instrumentos e dirigida aos públicos determinados e, finalmente *Obrigação da verdade*, seja na comunicação institucional ou na comunicação sobre a performance de determinado produto ou serviço, de maneira a que as expectativas dos consumidores não sejam desrespeitadas e que seja possível manter ou atingir determinado posicionamento estratégico.

Tal como, se referiu, a propósito da evolução do Marketing, também a Comunicação de Marketing vem sofrendo alterações com a complexificação do mundo em que vivemos. Embora se reconheça algum desgaste nos canais tradicionais, hoje, procura-se conjuga-los com as novas tecnologias. As novas formas de comunicação digitais, por meio de redes sociais alteram o papel da comunicação de marketing e fazem despontar novas estratégias nas formas de contacto, aguçando a criatividade. Uma vez mais, o consumidor está no seio da estratégia, é co-criador das mensagens e tornou-se ele próprio o comunicador das marcas. Também a pressão dos mercados de consumo, em constante evolução, levam a que os profissionais de marketing e de comunicação procurem uma maior eficácia e eficiência nas suas ações de comunicação, demonstrando como é possível justificar e controlar os investimentos nesta área.

No sentido de atingir uma comunicação mais eficaz é necessário que as empresas optem por uma comunicação integrada de marketing, ou seja, que as suas práticas e processos conjuguem de forma harmoniosa as orientações estratégicas da gestão de topo, as necessidades de todas as partes interessadas e do mercado, de forma planeada e consistente ao longo do tempo.

Para o estudo em questão importará adiante refletir sobre a comunicação de serviços, enquanto elemento dos 7P's do Serviço, reveladora de grandes desafios, tendo em conta as características inatas ao terceiro setor. Os 7P's do Serviço são: Produto (serviço), Preço, Distribuição, Comunicação, Processos, Pessoas e Evidência Física.



### **2.3. Marketing de Serviços**

Sendo o objeto deste estudo um serviço, importa aprofundar a área do Marketing de Serviços que tem merecido uma atenção crescente por parte das principais escolas de Gestão e Marketing.

A par da evolução da disciplina de Marketing, foi sendo construída e desenvolvida uma corrente académica que defende a separação das práticas de Marketing aplicadas a produtos, das que devem ser aplicadas aos serviços (Shostack, 1977). E apesar de vivermos cada vez mais numa economia de serviços, no mundo académico, a perspetiva do Marketing de bens de consumo é ainda preponderante.

Em todo o caso, há um crescente interesse e entusiasmo sobre a temática do Marketing de Serviços porque os serviços têm cada vez mais peso na economia dos países, “na maioria dos países desenvolvidos, os serviços representam entre dois terços e três quartos do PIB” (Christopher Lovelock, J. Wirtz e M. A. Hemzo, 2011).

São vários os fatores que têm contribuído para o crescimento do setor terciário, nomeadamente alterações nas políticas governamentais, como por exemplo o crescimento das privatizações; mudanças de ordem social, acompanhadas da evolução tecnológica e proliferação da informação que tornam os consumidores mais capacitados, mais exigentes e com um “maior desejo de compra de experiências *versus* objetos” (Lovelock *et al.*, 2011). Também a tendência dos negócios se tem alterado, onde as empresas da indústria passam a agregar valor por meio de serviços e também vendem serviços. Passou também a existir, um maior foco na qualidade e satisfação do cliente, a par do Marketing 2.0. Por último, a globalização como força estimuladora de todo este cenário que coloca as empresas em bases transnacionais, por meio de fusões e alianças internacionais. Assiste-se à transformação e surgimento de novos mercados.

Assim, os serviços são também fonte de emprego “tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento deverão recorrer ao setor dos serviços para gerar novos empregos” (Lovelock *et al.*, 2011). O facto de as empresas subcontratarem cada vez mais outros fornecedores de serviços, para se poderem

concentrar no seu negócio principal, potencia o aumento de postos de trabalho e fomenta a economia.

Os principais setores dos serviços são: serviços empresariais e profissionais; serviços financeiros de seguros e de bens imóveis; comércio de atacado e varejo; serviço de transportes, utilidade pública e comunicações; serviços de saúde; artes, entretenimento, recreação, hotelaria e alimentação; serviços governamentais.

### 2.3.1. A Origem e Definição

Em meados da década de 50 despontam os primeiros artigos sobre Marketing de serviços, essencialmente conceptuais e poucos eram os trabalhos com base científica (Brown, Fisk & Bitner, 1994). Na altura, inicia-se o grande debate sobre a dicotomia produtos *versus* bens, que levaria mais tarde a que alguns autores, como Shostack (1977), adequassem conceitos e práticas de marketing aos serviços para que se diferenciassem das práticas correntes utilizadas para os produtos.

O debate aprofundou-se na década de 80 com a contribuição de vários autores e novas abordagens foram surgindo. Os trabalhos científicos com maior robustez aparecem no final dessa década e centram-se nos principais problemas do Marketing de Serviços, relacionados com a sua *heterogeneidade* (Brown *et al.*, 1994) e principalmente com a *intangibilidade*, característica presente na definição apresentada por Lovelock *et al.* (2011: 37), “serviços são atividades económicas que uma parte oferece a outra. Geralmente, baseadas no tempo, o seu desempenho traz aos seus destinatários os resultados desejados, objetos ou outros ativos pelos quais os compradores têm responsabilidade. Em troca de dinheiro, tempo e esforço os consumidores de serviços esperam receber o valor do acesso a bens, mão-de-obra, habilidades profissionais, instalações, redes e sistemas, mas eles não costumam deter a propriedade de qualquer um dos elementos físicos envolvidos”.

A *intangibilidade* significa que a qualidade de um serviço não poderá ser avaliada antes da decisão de compra, pois não poderá ser avaliada através dos sentidos humanos: visão, olfato, tato, paladar e audição (Lovelock *et al.*, 2011).

Zeithaml e Bitner (2003, citado em Feliciano, 2010: 35) preconizaram que “pelo facto de os serviços serem atuações e ações mais do que propriamente objetos, eles não podem ser vistos, sentidos ou tocados da mesma forma que podemos sentir os bens tangíveis”.

“A intangibilidade será, quiçá, a característica que mais impacto tem no desenvolvimento de um «ramo» do marketing dedicado aos serviços” (Saias, 2007). Esse impacto advém da complexidade desta característica, pois quase sempre os serviços incluem elementos tangíveis importantes, como por exemplo, uma receita que advém de uma consulta médica. A intangibilidade poderá não ser absoluta, daí a complexidade na avaliação dos serviços. Shostack (1977) construiu uma escala que vai de predominantemente tangíveis a predominantemente intangíveis e que ajuda a diferenciar os bens dos serviços.

Grönroos (2004, citado em Feliciano, 2010) é o mais crítico dos autores nesta matéria pois discorda da maior parte da literatura, no sentido em que para o autor a intangibilidade não diferencia serviço de bens físicos tão nitidamente quanto alguns afirmam. A perceção da tangibilidade de alguns bens físicos depende em muito da subjetividade dos clientes (Feliciano, 2010).

Aos serviços são também atribuídas as características de *inseparabilidade* e *heterogeneidade*, sendo que esta decorre da primeira. A produção e o consumo dos serviços são inseparáveis, implicando por isso, “um alto nível de relação entre o empregado do produtor e o consumidor” (Saias, 2007). Adiante iremos desenvolver a questão do envolvimento das pessoas na definição de estratégias do Marketing de Serviços. A heterogeneidade tem que ver com as diferenças resultantes da natureza humana e que estão ou podem estar patentes na produção do serviço.

Por fim a *percebibilidade* dos serviços, pois estes não podem ser armazenados, são consumidos quando produzidos, portanto está também ligada à inseparabilidade (Lovelock *et al.*, 2011).

O Quadro 3. sintetiza as diferenças entre bens e serviços assim como as implicações daí decorrentes.

### Quadro 3. Diferenças entre Bens e Serviços

Bens	Serviços	Implicações Decorrentes
Tangíveis	Intangíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços não podem ser armazenados.</li> <li>• Serviços não podem ser patenteados.</li> <li>• Serviços não podem ser exibidos ou comunicados com facilidade.</li> <li>• É difícil determinar o preço.</li> </ul>
Padronizados	Heterogéneos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O fornecimento de um serviço e as acções dos funcionários dependem das acções dos funcionários.</li> <li>• A qualidade dos serviços depende de diversos factores incontroláveis.</li> <li>• Não há certeza de que o serviço executado atenda o que foi planeado e divulgado.</li> </ul>
Produção separada do consumo	Produção e consumo simultâneos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clientes participam e interferem na transacção.</li> <li>• Os clientes afectam-se mutuamente.</li> <li>• Os funcionários afectam o serviço prestado.</li> <li>• A descentralização pode ser essencial.</li> <li>• É difícil ocorrer produção em massa.</li> </ul>
Não perecíveis	Perecíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É difícil sincronizar a oferta e a procura em serviços.</li> <li>• Os serviços não podem ser devolvidos ou revendidos.</li> </ul>

Fonte: Feliciano (2010:35), a partir de Zeithaml e Bitner (2003:36); Zeithaml, Parasuraman e Berry (1986:37).

Para além das implicações decorrentes das características inatas aos serviços, Zeithaml *et al.* (1986) também identificaram na literatura estratégias que permitem ou ajudam a ultrapassar esses desafios na implementação dos serviços. O Quadro 4 sintetiza as principais teses.

**Quadro 4. Sugestões de estratégias de marketing para problemas decorrentes das características únicas dos Serviços**

<b>Características dos Serviços</b>	<b>Estratégias de Marketing para resolução de problemas</b>
Intangibilidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover pistas tangíveis;</li> <li>2. Usar fontes pessoais mais do que fontes impessoais;</li> <li>3. Simular ou estimular a comunicação Boca a Boca (Word of Mouth);</li> <li>4. Criar uma imagem organizacional forte;</li> <li>5. Usar controlo de custos para ajudar a estabelecer preços;</li> <li>6. Fomentar o serviço e a comunicação pós-compra para fortalecer relacionamentos;</li> </ol>
Inseparabilidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfatizar a selecção e formação do pessoal de contacto com os clientes;</li> <li>2. Gerir os clientes;</li> <li>3. Utilizar múltiplas localizações;</li> </ol>
Heterogeneidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Industrializar os serviços;</li> <li>2. Customizar os serviços;</li> </ol>
Perecibilidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usar estratégias que acompanhem as flutuações da procura;</li> <li>2. Fazer ajustes simultâneos na procura e na capacidade e oferta para as aproximar o mais possível.</li> </ol>

Fonte: adaptado de Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985:37).

Estas estratégias serão possíveis de verificar com a descrição dos elementos que constituem os 7P's do marketing de serviços no subcapítulo 2.3.3.

**2.3.2. Comportamento do consumidor aplicado aos serviços**

O consumo dos serviços, por norma, desenvolve-se através de processos complexos e podem ser divididos em três fases principais: pré-compra, encontro de serviços e pós-compra.

A fase da pré-compra inclui quatro etapas: a consciencialização da necessidade, a procura da informação, a avaliação das alternativas e a tomada de decisão de compra. Nesta fase de pré-compra existem algumas teorias que ajudam a explicar o comportamento de consumo. Em relação aos “atributos do serviço” (Zeithaml, 1981, citado em Lovelock *et al.*, 2011), é comum existir uma certa dificuldade na avaliação dos serviços, pois estes tendem a apresentar uma elevada proporção de atributos de experiência e credibilidade que os consumidores

difícilmente conseguem julgar antes de os comprar. Há também o problema do risco que o desconhecido oferece, por isso, muitas empresas optam por oferecer experiências gratuitas de forma a minimizar os riscos, pois os consumidores têm tendência por escolhas seguras (Lovelock, 2011). Outra aspeto a ter em consideração tem que ver com as expectativas dos clientes/consumidores. As expectativas são modeladas pelos atributos de procura de informações antes do consumo e avaliação dos serviços depois do seu consumo. Os componentes das expectativas incluem níveis de serviço desejado, adequado e previsto. Entre os níveis de serviço desejado e adequado está a designada zona de tolerância, dentro da qual os clientes estão dispostos a aceitar uma certa variação nos níveis de serviço (Zeithaml *et al.*, 1996, citado em Lovelock *et al.*, 2011).

Na etapa de encontro de serviço, o consumidor inicia, experimenta e consome o serviço. Richard Normann (1978, citado em Lovelock *et al.*, 2011), usou pela primeira vez o termo “Hora da Verdade” num estudo realizado na Suécia sobre como as empresas se podem tornar líderes se implementarem corretamente o planeamento de Marketing de Serviços. A expressão corresponde ao momento do encontro, da experimentação do serviço por parte do consumidor. Esta fase inicia-se muitas vezes com uma solicitação de algo, uma reserva, um pedido, entre outras opções. “Os contactos assumem a forma de intercâmbios pessoais entre clientes e funcionários ou interações impessoais com máquinas e sites” (Lovelock *et al.*, 2011). O objetivo do Marketing é que esse encontro decorra conforme planeado e que se traduza num relacionamento de longo-prazo, valorizado por ambas as partes (Normann, 1978, citado em Lovelock, 2011).

Por último, a fase de pós-encontro onde é feita a avaliação do serviço que determinará intenções futuras, onde as expectativas iniciais são comparadas com as finais. Se clientes satisfeitos repetem a compra e se tornam fidelizados, clientes insatisfeitos reclamam, mudam de fornecedor e podem alastrar a sua insatisfação.

### 2.3.3. Os 7 P's do Marketing de Serviços

Tendo em conta estas características únicas dos serviços, o tradicional Mix do Marketing, composto pelos 4Ps (Product, Price, Promotion, Placement), necessita de outros complementos (Shostack, 1977). Assim são enunciados 3 Ps adicionais: Processos (Process), Ambiente físico (Physical Evidence) e Pessoas (People), (Booms *et al.*, 1981, citado em Zeithmal *et al.* 1985). Passam a existir os designados 7Ps do Marketing de serviços, cujas políticas compõem a estratégia de marketing viável, com vista a satisfazer as necessidades dos consumidores, de forma lucrativa, num mercado competitivo (Lovelock *et al.*, 2011).

Os *Processos* exigem planeamento para tornar eficaz a criação de valor, maximizando a satisfação dos clientes e respeitando as suas expectativas. “É uma atividade funcional que assegura a disponibilidade e qualidade do serviço” (Rao, 20011: 64). Estabelecem-se procedimentos funcionais necessários para assegurar as interações entre funcionários e clientes, clientes e o meio envolvente, sistemas e outras estruturas. Ou seja, como atesta Lovelock *et al.* (2011), os processos descrevem o método e a sequência dessas interações e sistemas para criar a “proposição de valor prometida aos clientes” (Lovelock *et al.* 2011: 246).

O *Ambiente Físico* em que o serviço decorre precisa ser concebido, de forma a gerar a impressão correta e facilitar o processo de entrega do serviço. Tendo em conta a intangibilidade é necessário recorrer a elementos tangíveis que envolvam a entrega do serviço para que este se torne credível (Rao, 2011). Mary Jo Bitner (1992; apud Lovelock *et al.*,2011) cunhou a expressão *servicescape*, um neologismo a partir da palavra *landscape* (paisagem), com o intuito de sublinhar a importância que o ambiente físico em que se desenrola o serviço é crucial, pois é toda a parte visível do serviço. Para Lovelock *et al.* (2011), o ambiente de serviço é um importante indicador da qualidade, um retrato da imagem das organizações e deve também ser facilitador na entrega do serviço. É assim possível afirmar que um ambiente de serviço bem projetado faz com que os clientes se sintam bem, mais satisfeitos e ao mesmo tempo contribui para a produtividade.

As *Pessoas* desempenham um papel fundamental no marketing de serviços, na medida em que, estabelecem a ligação entre o lado interno e externo da empresa. “As organizações de serviços são orientadas para as pessoas e construídas pelas pessoas” (Rao, 2011: 220). Os funcionários e colaboradores de cada empresa são peças chave na entrega do serviço no sentido de atingir a excelência e a vantagem competitiva. É essencial a sua formação e motivação, uma vez que representam a empresa, afetam as vendas e determinam a produtividade (Lovelock *et al.*, 2011).

Os tradicionais P’s do marketing – Preço, Produto, Promoção, Distribuição (Place) são também adaptados aos serviços.

Assim, *Produto* em Serviços é o próprio serviço em si. Rao (2011) diria que o “serviço é um produto intangível” (Rao, 2011: 220). No mesmo sentido, Hoffman e Bateson (2011) confirmam a dificuldade de separar bens de serviços, mantendo a intangibilidade como a grande diferença, embora admitindo que tanto os produtos têm aspetos intangíveis como os serviços vivem de fatores tangíveis. Lovelock *et al.* (2011) considera que o serviço se constitui num produto principal que acarreta um conjunto de características e benefícios, relevantes para o mercado-alvo onde actua, acrescentando valor para o cliente. Apresenta-nos também o conceito de Flor de serviço (Lovelock, 2011: 107) que consiste no serviço principal rodeado por serviços suplementares que “facilitam e realçam o serviço principal” (Lovelock, 2011: 112).

Nos 7P’s, o *Preço* ou a sua fixação apresenta grandes desafios, em todo o caso, o preço é o único elemento do mix que produz receitas, todos os outros são custos (Looy, Gemmel & Van Dierdonck, 2003). Os desafios prendem-se com o facto de os clientes de serviços se mostrarem mais sensíveis a alterações de preços do que no mercado dos bens, devido à sua perceção de valor. (Rao, 2011). Portanto as estratégias de fixação de preços em serviços devem ter em consideração “o conjunto de associações que o consumidor faz sobre a utilidade de um serviço, baseadas na sua perceção sobre aquilo que é recebido e aquilo que foi dado” (Zeithaml & Bitner, 1996, citados em Looy *et al.*, 2003: 105). Para além do valor criado para os clientes, outras duas estratégias de fixação dos preços são defendidas por diferentes autores, nomeadamente Lovelock (2011) e Rao (2011), são elas os custos e os preços da

concorrência. Em última instância, o objetivo é que as estratégias adotadas sejam simples e facilmente percebidas pelos clientes de cada segmento-alvo, de forma a manter a sua satisfação (Lovelock *et al.*, 2011).

A *Distribuição* (Place) em serviços, tal como o preço e restantes elementos do mix também é afetada pela intangibilidade e pela inseparabilidade, uma vez que a produção, a distribuição e o consumo de serviços são simultâneos (Rao, 2011). Neste sentido os canais de distribuição de serviços são diferentes dos de bens. Alguns serviços principais requerem uma localização fixa, outros uma localização remota. Lovelock *et al.*, (2011) sublinha o rápido crescimento da Internet, banda larga e redes sociais como potenciadores e aliciantes canais para as empresas de serviços.

Os 7P's do marketing de serviços procuram responder às necessidades e expectativas dos clientes, à qualidade percebida e esperada, às suas perceções sobre valor, à satisfação e ao seu bem-estar.

Tal como referido anteriormente e pela relevância no presente estudo, destaca-se no ponto seguinte a Comunicação de Serviços, enquanto elemento do mix de marketing de serviços.

#### **2.3.4. A Comunicação de Serviços**

Este subcapítulo torna-se necessário para retomar o tema da Comunicação de Marketing, mas aplicada aos serviços e como elemento dos 7Ps já enunciados no subcapítulo anterior.

Lovelock *et al.* (2011) propõem que quando aplicada aos serviços e enquanto uma das políticas dos 7Ps do Marketing de Serviços, a Comunicação passa a designar-se “Promoção e Educação”. Assim, podemos enunciar como principais funções da comunicação nos serviços a disponibilização da informação e educação dos clientes sobre a organização, sobre características fundamentais dos bens ou serviços e seus benefícios ou até, sobre as competências dos seus profissionais (Lovelock *et al.*, 2011). É nesta tarefa, de informação e educação que se concentram todos os esforços

da Comunicação de serviços, pois a procura de informação e consulta são elementos-base na tomada de decisão de compra.

No alinhamento com a proposta de Kotler (2011) sobre o marketing 3.0, nos serviços os clientes são co-criadores e co-produtores (Rao, 2011), daí que seja fundamental para as empresas disponibilizarem informação sobre os seus serviços e educarem os seus clientes. Assim será possível que ao utilizarem corretamente os serviços, os clientes mantenham a cadeia de valor que lhes é associada, bem como a qualidade (Rao, 2011).

Um estudo de Abernethy e Butler (1992, citado em Looy *et al.*, 2003; p.85) demonstra que existem informações que os consumidores inquiridos indicam como sendo fundamentais estarem presentes nas comunicações de serviços, tais como: nº de telefone, horário, diversidade de serviços, referência a pessoal qualificado e diferenciado, anos de experiência, facilidade de acesso, entre outras. Portanto, existem três fatores determinantes que devem constar nas comunicações de serviços, valor para o cliente, personalização dos serviços e disponibilidade.

A Comunicação também contribui para a diferenciação, fundamental num mercado altamente concorrencial, “as empresas utilizam as comunicações de marketing para persuadir o público-alvo de que o seu serviço oferece a melhor solução para atender às necessidades dos clientes, em comparação com as ofertas dos concorrentes” (Lovelock *et al.*, 2011: 203).

De acordo com o que foi referido no capítulo do “Marketing de Serviços”, as pessoas têm um papel preponderante no Serviço, pelo que, a comunicação interna é especialmente importante para que seja possível assegurar a entrega do serviço de forma eficiente e satisfatória (Saias, 2010). Todos os colaboradores deverão ser integrados na Visão e Missão da empresa, assim como devem ser definidos processos e procedimentos uniformes, de forma a diminuir a heterogeneidade para o exterior e a criar uma identidade empresarial, com a qual o cliente se poderá identificar (Lovelock *et al.*, 2011).

A par dos desafios que a gestão de serviços encontra, relacionados com o elemento humano, existe, como já anteriormente referido, o problema da

intangibilidade dos serviços e que tem implicações na comunicação, “Como são desempenhos e não objetos, pode ser difícil de comunicar os benefícios de serviços aos consumidores, sobretudo quando não envolvem ações tangíveis para clientes ou suas posses” (Lovelock *et al.*, 2011).

Mittal e Baker (1999, citado em Lovelock *et al.*, 2011: 205) também identificam quatro problemas que os profissionais do Marketing enfrentam quando procuram promover atributos ou benefícios dos serviços. A *Generalidade* traduz-se na tendência para agregar itens que pertencem a determinada classe de objetos ou pessoas e que são entendidos e reconhecidos pelos consumidores do serviço. O problema reside no momento em que se tentam definir as características diferenciadoras que tornam a oferta diferente em relação à da concorrência. Outro problema está relacionado com a *Abstratividade* de determinados conceitos de serviços. O desafio da comunicação é como apresentar o conceito. Muitas agências de comunicação optam por criar paralelos com situações onde os conceitos se aplicam para “construir relações em torno do conceito” (Lovelock *et al.*, 2011). Seguidamente, a *Impossibilidade de Pesquisa*, tendo em conta que os elementos intangíveis não podem ser pesquisados antes da compra. Para além dos atributos físicos, também atributos como a credibilidade de alguns serviços, só podem ser aceites pela confiança e, neste caso, a referenciação de algum serviço, vinda do círculo de confiança do consumidor influenciará a decisão de compra. Por último, a *Impalpabilidade Mental*, que tem que ver com a complexidade e multidimensionalidade que muitos serviços demonstram, causando dificuldades na sua compreensão, mais precisamente em perceber quais os benefícios.

Neste sentido, foram sendo desenvolvidas estratégias de comunicação que minimizam o ruído e possibilitam passar com clareza os atributos e benefícios dos serviços (Quadro 4). Zeithaml *et al.*(1986), (2002, citado em Lovelock *et al.*, 2011) enunciam que a utilização de pistas e metáforas tangíveis na comunicação, assim como a construção de uma imagem corporativa forte podem superar os desafios da intangibilidade.

Compreendidos os principais problemas, torna-se possível iniciar a construção de uma estratégia de Comunicação de serviço. Essa estratégia deverá operacionalizar-se numa comunicação integrada, como já referido e, só assim, conduzirá à eficácia e sucesso da comunicação do serviço.

Tal como descrito no ponto sobre o “Processo da Comunicação” de Marketing, também na Comunicação de Serviços é necessário começar por definir os *objetivos*, sejam eles de notoriedade, de compreensão, da imagem ou de atitude (Castro, 2002). A sua determinação é necessária para que seja viável avaliar o impacto da comunicação de marketing nas vendas.

Esses objetivos devem ter em consideração o público-alvo, ou seja, a *Quem?* (to Whom), se vai comunicar, definindo segmentos através de diferentes variáveis como a demografia, comportamentos de consumo, a geodemografia ou a psicografia (Lovelock *et al.*, 2011). Looy *et al.* (2003) relembra que nos serviços é fundamental ter em consideração duas audiências primordiais: os meios de comunicação social e o os colaboradores da empresa, uma vez que estes servem de intermediários com outros públicos-alvo das comunicações de serviço. É também por esta razão que as comunicações corporativas, institucional e interna são de extrema importância, na medida em que os serviços vivem do contacto pessoal, da sua reputação e da qualidade percebida (Looy *et al.*, 2003).

O passo seguinte será determinar o *Que?* (What) é preciso comunicar, dizendo respeito à construção da mensagem e o que se quer enfatizar. Tendo em conta que os serviços requerem uma maior explicação e informação do que os bens (Looy *et al.*, 2003), a comunicação deve ser focada nos atributos percebidos pelo público-alvo que detêm maior valor tal como nos indicava o já citado estudo de Abernethy e Butler sobre as informações essenciais a constarem nas comunicações sobre serviços. Lovelock *et al.* (2011) sublinha ainda que as comunicações devem ter em consideração as decisões de posicionamento e os desafios da comunicação já referidos.

*Como?* (How) o vamos fazer será a questão seguinte, ou seja, que instrumentos e canais de Comunicação se vão utilizar e de que forma. Passa-se à fase

do *Onde?* (Where) e do *Quando?* (When), agora uma fase mais operacional das táticas de Comunicação com o planeamento dos meios de comunicação social a utilizar (Lovelock *et al.*, 2011).

Naturalmente que dadas as suas características e desafios a esfera da comunicação de serviços estende-se para lá dos novos e tradicionais meios de comunicação. Lovelock *et al.* (2011) defende que o mix da comunicação de serviços deve contemplar os canais de entrega do serviço, nomeadamente: os *pontos do serviço* (physical evidence), o *peçoal da linha da frente* (people), a *formação dos clientes* e nos *pontos de auto-serviço*. É possível verificar que em todos estes canais a premissa é a educação para o serviço, de forma a que o cliente se sinta satisfeito, diminuindo o ruído e as incertezas no uso do serviço.

McDonald, Frow e Payne (2011), indicam que a escolha dos canais depende do tipo de interação que se pretende criar com os clientes e por vezes, para um mesmo cliente podem ser escolhidos diferentes tipos de canais para diferentes comunicações. É neste contexto que voltamos à questão das novas tecnologias e de como estas têm influenciado o desenvolvimento dos serviços e das estratégias de comunicação. Estes autores também defendem, a par de Lovelock *et al.* (2011), que a tendência é a escolha de canais que permitam uma maior interatividade. Não em detrimento dos canais de massas convencionais, mas sim de forma integrada, como já referido anteriormente. A Internet e as redes sociais têm possibilitado o aparecimento de novas formas de promoção e de disseminação da informação.

Se anteriormente se frisou que os serviços controlam os seus pontos de distribuição, ou seja, os canais de entrega do serviço (McDonal *et al.* 2011), estes são também onde se desenrola muita da sua comunicação.

Lovelock *et al.* (2011) sumariza os principais canais de comunicação que as empresas de serviços podem utilizar para atingirem os seus objectivos de comunicação: *canais tradicionais de marketing* (Publicidade e Relações Públicas); *Internet e novos meios de comunicação de massas* (Sites, YouTube, redes sociais, etc.); *canais de entrega do serviço* (pontos de serviço e pessoal da linha da frente) e *mensagens que se originam fora da organização* (Boca a boca).

Sobre esta última ferramenta de comunicação importa destacar a sua crescente relevância nas estratégias de comunicação de marketing.

Na comunicação de serviços o Boca a boca destaca-se devido à própria natureza dos serviços, no que respeita à intangibilidade. Verifica-se que “quanto maior for o risco percebido na compra de um serviço, mais ativa será a sua busca e maior a sua confiança no boca a boca para a tomada de decisão de compra” (Lovelock *et al.* 2011: 229).

A par do problema da *Impossibilidade de Pesquisa* (Mittal & Baker, 1999) e dado que o Boca a boca acontece na esfera de confiança do consumidor, considera-se que a credibilidade do serviço e do emissor da mensagem é essencial para a sua aceitação. Para Gelb e Johnson (1995) a comunicação Boca a boca tem uma maior influência na decisão de compra de qualquer produto ou serviço do que outras formas de comunicação de marketing. As autoras indicam que a influência exercida pelo emissor da mensagem e a própria atividade de procura de aconselhamento por parte do recetor vai depender da *expertise* de ambos. Quer isto dizer que quanto maior for o conhecimento do emissor da comunicação de Boca a boca, maior será a sua credibilidade e maior será a procura pela sua opinião.

Tendo em conta que esta forma de comunicação se torna cada vez mais poderosa, amplificada pelas novas tecnologias, nomeadamente pelas redes sociais, evoluindo até em termos de conceito para “marketing viral” (Lovelock *et al.* 2011), os profissionais de marketing começam a desenvolver estratégias de comunicação que a fomentem. Lovelock *et al.* (2011) propõe algumas dessas estratégias, tais como:

- Desenvolver esquemas de referência dos serviços por parte de um cliente a outros potenciais clientes em que o primeiro usufrui de benefícios, tais como descontos no serviço;
- Citar nas suas comunicações observações positivas de outros compradores ou de pessoas que conheçam o serviço;
- Criar ações de comunicação empolgantes que fomentem os comentários sobre o serviço oferecido;

Considerando a profusão dos canais e mensagens de comunicação existentes, também na área dos serviços as empresas adotam o conceito de comunicações integradas de Marketing (CIM), (McDonal *et al.*, 2011) que permite a tal uniformização e reforço das comunicações da empresa, passando a mesma mensagem e a mesma percepção sobre o serviço ou a própria empresa.

Como foi possível aferir a Comunicação nos serviços tem por objetivos informar, educar e diferenciar os serviços entre si de forma a evidenciar atributos e benefícios que constituam valor para os consumidores.

Ultrapassar os desafios e problemas inerentes às características dos serviços como a intangibilidade, é uma tarefa complexa porém os autores apresentam algumas soluções para atribuir tangibilidade aos serviços.

De acordo com o capítulo sobre a Comunicação de Marketing, na Comunicação de serviços também é necessário percorrer os passos do processo de comunicação, com vista a atingir uma maior eficácia, não esquecendo as características dos serviços, bem como, as decisões de posicionamento, o projeto corporativo e imagem.

No que respeita ao mix da comunicação este deve obedecer às novas conceções sobre comunicação integrada de marketing e abranger as novas e tradicionais ferramentas de comunicação, bem como os canais de distribuição do serviço e as pessoas que o compõem.

#### **2.4. O Marketing e a Comunicação em Saúde**

Durante muito tempo o marketing foi encarado como algo negativo no setor da saúde. Só a partir dos anos 80 começou a ser integrado, mas de forma muito lenta (Lega, 2006), como já pudemos constatar que o mesmo foi acontecendo com os serviços em geral. Lega (2006) defende que, o facto de a saúde pública ser encarada como um direito e não como uma bem tem gerado uma “rejeição ideológica do marketing” (Lega, 2006: 340). Para além de questões éticas e culturais existia

também o receio de que o marketing criasse procura de tal forma que os recursos escasseassem e não fossem suficientes (Lega, 2006).

Stremersh (2008) indica que os próprios investigadores da área do marketing apresentam algumas reservas na aplicação desta disciplina ao campo da saúde e que este se apresente como uma nova área de investigação em marketing.

Tal como Lega (2006), também Thomas (2005) e antes Lindon *et al.* (1999), defenderam que as técnicas de marketing não podem ser diretamente transferidas e implementadas no campo da saúde, devido às especificidades do setor, embora seja visível alguma evolução, principalmente no setor privado.

Existem características muito próprias deste setor que adiou essa ligação do marketing à área da saúde, tais como:

- os profissionais de saúde não se comportam como vendedores de serviços, visto que possuem um código de ética a cumprir e não são impulsionados por motivos económicos (Thomas, 2005);

- no serviço público, a maior parte das vezes, o cliente desconhece o que vai pagar antes de o utilizar. Já no serviço privado os serviços são tabelados, ou então, o cliente sabe o que irá pagar através da sua seguradora, porém, não tem bem noção dos custos reais envolvidos (Lindon *et al.*, 1999).

- em comparação com outros serviços, os serviços de saúde incorporam uma componente emocional para o cliente que recorre aos mesmos de forma esporádica e, por vezes, imprevisível;

- é um campo muito instável, em constante alteração devido a questões legais e regulamentares (Chase, 2013);

- é uma área com uma multiplicidade de atores que Kotler, Shalowitz e Stevens (2008) sistematizaram da seguinte forma: Profissionais de saúde, Pagadores dos Serviços (Estado ou entidades privadas, nomeadamente seguradoras), Empregados e colaboradores, Organizações governamentais, Associações dos profissionais de saúde, Organizações da área da saúde e Fornecedores (onde se inclui a indústria farmacêutica).

Apesar desta enorme complexidade, o setor tem-se desenvolvido, naturalmente, mais nos países mais desenvolvidos, tornando-se um assunto central nas políticas sócio-económicas mundiais.

O marketing entrou na saúde numa época em que o cliente/utente passa a ser o centro das atenções. Neste sentido, a preocupação com a informação a ser transmitida e a procura por uma prestação de melhores cuidados de saúde contribuíram para que, segundo Lega (2006), duas importantes mudanças ocorressem na perceção do marketing para o setor da saúde, mais concretamente na saúde pública:

- o marketing passou a ser encarado como um conjunto de técnicas, em que algumas delas podem ser verdadeiramente úteis e aplicadas no contexto da saúde;

- o controlo e monitorização dos objetivos e metas que o marketing preconiza, passa a ser integrado nos programas dos governos e no sistema público de saúde;

A par destas duas alterações na mentalidade dos gestores e legisladores da área da saúde, outras alterações foram ocorrendo (Lega, 2006):

- crescimento e novas formas de concorrência com clínicas privadas ou semi-privadas;

- alterações nos esquemas de reembolso e novas formas de pagamento dos sistemas de saúde;

- clientes mais informados e mais exigentes;

- crescimentos dos investimentos feitos no setor (Stremersh, 2008 );

- necessidade de minimizar e controlar patologias e comportamentos de risco que são tidos como encargos pesados nos orçamentos dos estados (Stremersh, 2008)

- novos médicos passaram a utilizar as técnicas de marketing quando pretendem abrir o seu próprio consultório, procurando a melhor localização, um ambiente físico confortável e esteticamente apelativo, assim como criar um estilo

próprio de atendimento e prática médica que capte e fidelize clientes (Kotler *et al.*, 2008);

- empresas e organizações sem fins lucrativos passaram a adotar práticas do marketing social com o objetivo de alterar comportamentos, promovendo junto das comunidades a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Kotler *et al.*, 2008)

Chase (2013) acrescentaria novas tendências e eventos no setor que contribuem para aprofundar essas alterações: maior escrutínio legislativo; reformas estruturais no setor da saúde; evolução digital; a própria economia.

O conjunto de características, bem como as alterações que foram ocorrendo ao longo dos anos levam a que as empresas se reorganizem, assim como os profissionais de marketing que operam na área da saúde. Segundo Buckley (2009), estes deverão ter a capacidade de se educarem a si próprios sobre as necessidades e desejos dos seus potenciais clientes e, com base no conhecimento adquirido, educarem os seus clientes, oferecendo-lhes serviços de valor que preencham essas necessidades e desejos, onde e quando precisarem desses serviços.

Neste sentido, o marketing em saúde também procura responder a diferentes questões, tais como: a procura de determinado produto ou serviço; o aumento da perceção sobre determinado serviço, organização, etc. e alteração de comportamentos (Kotler *et al.*, 2008).

Assim, de forma a dar resposta às questões enunciadas e enquadrando o marketing de saúde na área do marketing de serviços, os maiores desafios encontram-se na transmissão do valor percebido aos clientes dos serviços de saúde, tendo em conta as características da área da saúde e a natureza dos serviços. Para tal, as organizações de saúde necessitam de adotar estratégias de marketing que ajudem a definir, construir e implementar o mix do marketing de serviços, decidindo sobre o produto, preço, promoção, local, pessoas e processos (Lega, 2006) e superando os problemas das características intrínsecas dos serviços, nomeadamente a intangibilidade.

### 2.4.1. Os 7P's do Marketing de Saúde

#### *Produto*

Hulk e Lukas (1995, citados em Feliciano, 2010: 57) argumentam que a oferta de serviços em saúde compreende quatro dimensões - a) médica; b) social; c) cognitiva; d) emocional. Sendo que o serviço de saúde deverá ser construído com base nestas dimensões e na forma como estas se irão adaptar ao cliente final.

Lamata *et al.* (1998; citados em Feliciano, 2010; p.57) defende que o produto “serviço de saúde” poderá ser constituído dependendo de diferentes critérios, nomeadamente, o seu conteúdo, o grau de complexidade e o tipo de financiamento. Tal como Lovelock *et al.* (2011) dividiu os serviços entre principais e complementares, também Lamata *et al.* (1998) demonstram que se pode encontrar o produto básico e o produto colateral. Assim, no âmbito do produto básico concentram-se as medecinas preventiva, curativa e reabilitadora, ao passo que a investigação clínica e a formação dos profissionais de saúde são tidos como produtos colaterais. Sobre esta matéria Kuazaqui e Tanaka (2008: 98, citados em Feliciano, 2010: 58) concluem que “quando todos os hospitais oferecerem serviços com o mesmo nível de qualidade e não houver possibilidades de diferenciação e segmentação, os serviços complementares servem como uma forma de diferenciação competitiva”.

#### *Preço*

No setor industrial e, mesmo nos serviços, a concorrência usa o preço como estratégia de diferenciação. Na saúde, como já referido por Lindon *et al.*, (1999), o cliente não tem uma noção precisa dos custos do serviço de que usufrui. Mesmo no setor privado, em que os valores estão tabelados, seja pelo fornecedor do serviço (médico, clínica), seja por uma seguradora, nem sempre a consciência do que envolve esse custo é total (Buckley, 2009). Neste sentido, Rego (2008, citado em Feliciano, 2010: 59), quando se pronuncia sobre esta matéria afirma que os cidadãos são pouco sensíveis a oscilações no preço do bem “saúde”. Quer isto dizer que a procura pelos bens de serviços não é completamente influenciada pelas alterações de preços.

Porém, Buckley (2009) afirma que também na saúde um preço mais elevado é tido como um local com maior qualidade.

Moliner (2009, citado em Feliciano, 2010), refere que existem 5 indicadores de valor percebido: instalações, qualidade do serviço, profissionalismo, custos económicos e custos não económicos. Estes indicadores influenciam diretamente a confiança e satisfação do cliente, sendo que o valor pago pelos clientes tem de ser percebido através dos benefícios oferecidos (Feliciano, 2010).

No que diz respeito ao tipo de financiamento, Lamata *et al.* (1998, citado em Feliciano, 2010; p.59), indica que são muitos os formatos encontrados, tanto no setor público como no setor privado e que a medida dos encargos para cliente pode ter maior ou menor incidência (Feliciano, 2010).

Em todo o caso, no setor privado e tal como se referiu no marketing de serviços, a determinação do preço e da sua estratégia, encontram-se diretamente ligados aos objetivos da empresa e à sua concorrência.

### *Distribuição*

Não obstante o facto de a distribuição em serviços ser afetada pela intangibilidade e pela inseparabilidade, uma vez que a produção, a distribuição e o consumo de serviços são simultâneos (Rao, 2011), em saúde, a questão da distribuição coloca-se ao nível da acessibilidade aos serviços de saúde.

Para Lamata *et al.* (1998, citado em Feliciano, 2010), esta acessibilidade pode ser vista em termos económicos ou geográficos. A acessibilidade económica diz respeito a serviços que apenas estão disponíveis para quem os possa pagar, como por exemplo a cirurgia plástica. No que respeita à acessibilidade geográfica, Feliciano (2010) aponta que os serviços de saúde privados estão disponíveis, na sua maioria, em zonas de elevado rendimento.

Kuazaqui e Tanaka (2008, citados em Feliciano, 2010), defendem a existência de três níveis no canal de distribuição de serviços de saúde: Nível 0 – o doente procura diretamente os serviços de um hospital, clínica ou consultório; Nível 1 – existe um intermediário podendo ser, neste caso, um plano de saúde ou um seguro de

saúde de terceiros; Nível 3 – existe um segundo intermediário no processo de comercialização de serviços. Os autores defendem também que o papel dos intermediários tem aspetos positivos e negativos. Se por um lado libertam o produtor do serviços de alguns esforços comerciais, por outro retêm parte da receita que é paga pelo doente, tendo impacto na rentabilidade da organização (Feliciano, 2010).

Segundo Stremersh (2008), apresenta uma cadeia de valor da saúde complexa, onde cabem os pagadores, os intermediários financeiros, com os fornecedores dos serviços de saúde ao centro e para onde convergem os intermediários dos produtos e os Produtores desses mesmos produtos. Os prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente os médicos são tidos como canais, ou seja, como intermediários dessa cadeia de valor. Daí também a sua relevância para o presente estudo de caso.

Para além das questões económicas e geográficas, Crié e Chebat (2013: 124) defendem que a vulnerabilidade do doente, a literacia sobre medicina e as incertezas do seu estado de saúde levam a que “o consumidor delegue parte do consumo a um especialista, através de uma relação agenciada”, isto é, o médico ou outros profissionais de saúde funcionam como agentes que os doentes utilizam para terem o tratamento ou cura desejados.

Neste sentido, torna-se fundamental desenvolver relacionamentos fortes e estratégicos com os atores desta cadeia.

### *Processos*

Retomando Lovelock *et al.* (2011), os processos descrevem o método e a sequência das interações e sistemas entre o produtor de serviços e os clientes para criar a “proposição de valor prometida aos clientes” (2011:246).

Na saúde, Buckley (2009), também refere que é fundamental entender a interação entre produtor (neste caso será o fornecedor dos serviços de saúde) e consumidor. Segundo este autor trata-se de um processo percorrido pelos clientes/doentes e profissionais de saúde, quando escolhem determinada unidade de

saúde. Dependerá sempre da patologia, mas regra-geral o percurso é: Doente – Médico de Família – Especialista – tratamento – Médico de Família – especialista.

No caso específico a investigadora deste estudo acrescentaria, tendo em conta sua experiência na integração de um sistema de gestão integrado de qualidade e ambiente na instituição de saúde em causa, que é importante ter-se todos os processos delineados e documentados, de forma a que todos os colaboradores saibam especificamente qual a sua função, permitindo a visualização de como os serviços se decompõem, com vista a uma melhoria contínua dos mesmos e assegurando a sua cadeia de valor.

#### *Evidência Física*

Em saúde o *servicescape* de Mary Jo Bitner (1992, como citada em Lovelock *et al.*, 2011) apresenta várias funções, sendo que ultrapassar as questões da intangibilidade é a primordial, seja criando valor ou facilitando os processos de prestação dos cuidados de saúde.

No âmbito dos serviços de saúde, Lamata *et al.* (1998, citado em Feliciano, 2010) apresentam aspetos que demonstram ao cliente a qualidade do serviço de saúde mesmo antes de este o experimentar e que compõem o ambiente físico, tal como, as acessibilidades rodoviárias, sinalização, parque de estacionamento, dimensão e estética das salas de espera, limpeza das instalações, entre outros. Estes autores salientam também a importância da imagem corporativa, refletida em logotipos, fardas, cores e todo o estacionário. Portanto, todas estas evidências físicas contribuem para a criação de expectativas por parte dos clientes face ao serviço que irão experimentar e é por isto que as primeiras impressões contam, pois os consumidores tecem juízos de valor sobre qualidade com base nos aspetos referidos (Buckley, 2009).

#### *Pessoas*

Tal como referido anteriormente, a relação médico-paciente é fulcral, no sentido em que os médicos são atores da cadeia de valor dos serviços de saúde, desempenhando a função de intermediário para além de prestar um serviço direto

(Lamata *et al.*, 1998; apud Feliciano, 2010). O médico é intermediário da promessa de valor das organizações de saúde para com os doentes. Lamata *et al.* (1998, citado em Feliciano, 2010) salienta ainda ser imprescindível que o pessoal de contacto com o doente esteja realmente identificado com o seu trabalho e com a instituição, pois só assim poderá também referenciar outros serviços que esta tenha para oferecer (Feliciano, 2010).

Tendo também em consideração que uma das principais funções do marketing na área da saúde é a alteração de comportamentos, o médico desempenha um papel crucial na educação do doente (Radulesco & Cetina 2011), tendo em conta a tal relação agenciada como defendem Crié e Chebat (2013).

Para Garcia *et al.* (2006, citado em Feliciano, 2010), os serviços de saúde, assim como nos serviços em geral, a produção e consumo realizam-se em simultâneo (inseparabilidade), sendo o resultado do esforço conjunto do cliente e do prestador do serviço. Daí que o profissionalismo e o estabelecimento de um contacto relacional sejam expectativas criadas na mente do cliente que este espera ver correspondidas.

O último elemento do mix do Marketing de Serviços de Saúde, mas não menos importante é a Promoção ou Comunicação em Saúde, à daremos destaque em seguida, tendo em conta o âmbito do presente estudo.

#### **2.4.2. Comunicação ou promoção em saúde**

Os autores na área do marketing da saúde colocam a tónica desta disciplina na educação e alteração de comportamentos, quando aplicada ao setor da saúde. Assim acontece com a comunicação que serve de instrumento para atingir esse objetivo. Alguns autores, como Fishbein e Capella (2006), defendem a aplicação da comunicação à área da saúde com base na teoria behaviorista, ou seja, o grande objetivo será alterar comportamentos de risco, através de uma comunicação persuasiva que conduza à adoção de hábitos de vida saudáveis.

Teixeira e Carvalho (2004: 615) defendem que “Comunicação em Saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para

influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades, no sentido de promoverem a sua saúde”.

Este conceito de “Comunicação em Saúde” demonstra que a comunicação atua em diferentes vertentes e de forma simultânea: na interação entre o profissional de saúde e o utente/cliente, nas políticas de saúde, ao nível das tecnologias de informação, entre outros, tendo impacto individual, mas também, comunitário (Teixeira & Carvalho, 2004).

Dada a importância da interação entre o profissional de saúde e o utente/cliente, tendo em conta o papel intermediário do profissional de saúde (no que respeita à transmissão das estratégias da organização de saúde e dos conhecimentos do setor), assim como, na relação agenciada e de confiança que o utente procura estabelecer (com vista a atingir a cura desejada), Teixeira e Carvalho (2004) alertam para o facto de ser necessário tornar mais clara e personalizada a transmissão de informação pelos próprios profissionais de saúde que, por vezes, é imprecisa, insuficiente ou demasiado técnica. Quando tal acontece, potenciam-se o distanciamento e desinteresse do utente e não se combate a elevada literacia que como já pudemos constatar é um dos entraves às estratégias de marketing e comunicação na área da saúde.

Para Garcia *et al* (2006, citado em Feliciano, 2010) referem que a comunicação nas Organizações de saúde tem dois interlocutores diferentes: o público interno, ou seja os colaboradores que trabalham na organização, os clientes atuais e potenciais, mas também a sociedade em geral, tida como os clientes externos. É assim necessário, como em qualquer processo de comunicação, separar e identificar estes públicos para uma melhor adequação da mensagem. Os autores sublinham ainda que os clientes atuais merecem especial destaque pela sua capacidade de referenciação positiva ou negativa que “influenciam grandemente a consolidação da organização” Garcia *et al* (2006, citado em Feliciano, 2010; p. 62). Segundo Feliciano (2010), a comunicação com o cliente atual deve ser bidirecional: a organização transmite as informações necessárias para tornar o serviço acessível e recolhe informação deste cliente no sentido de apurar o seu grau de satisfação.

No caso do cliente interno Garcia *et al* (2006, citado em Feliciano, 2010), estes autores defendem que são vários os fatores que podem influenciar um elevado desempenho por parte dos colaboradores, pelo que o controlo dos riscos psicossociais dentro das organizações é cada vez mais um assunto tácito. Feliciano (2010) reforça que a garantia da estabilidade de um clima organizacional positivo e favorável deve ser acompanhado através de um plano de comunicação interna que também proporcione uma comunicação bidirecional: são transmitidas as estratégias e normativas da instituição e ouvidos os colaboradores.

Para Buckley (2009) no marketing da saúde os médicos e os utentes são os principais públicos das organizações e, desta forma, os seus principais clientes. O autor proclama que o marketing em saúde baseia-se em relacionamentos que demoram tempo a cultivar. Por esta razão, a gestão de topo deverá saber envolver os médicos nas suas orientações. Para isso é necessário estar no terreno, lidar com os profissionais. É preciso existir disponibilidade para com esta classe profissional.

No caso dos doentes, a experiência em saúde pode ser desgastante para um doente e para a sua família. É uma sobrecarga emocional e uma experiência única e, deste ponto de vista, os profissionais de marketing devem fazer com que a comunicação em saúde atinja emocionalmente os clientes (Buckley, 2009), demonstrando que existe respeito pela vida humana.

Por outro lado, a comunicação deverá ser adequada ao interlocutor, informando-o da melhor forma como poderá administrar e gerir os custos associados à sua saúde para que tire maior benefício daquilo que as organizações do setor têm para oferecer (Radulesco & Cetina, 2011).

Apurando o ambiente em que determinada organização de saúde se encontra, definindo os seus objetivos e identificando claramente os seus públicos, estamos perante o início do processo de comunicação de marketing, anteriormente referido. Também na saúde são necessários escolher os canais de comunicação que melhor possam resolver os problemas ligados à natureza dos serviços, assim como as contingências do setor da saúde abordados no início deste sub-capítulo do marketing na saúde.

No seguimento dos argumentos que sustentam a tese de que a relação médico-paciente é determinante na cadeia de valor dos serviços de saúde, o boca a boca apresenta-se como um dos canais mais fortes no que respeita à transmissão da comunicação em saúde. “Os círculos de confiança do recetor da mensagem são normalmente a fonte da comunicação boca a boca, nomeadamente, família e amigos. E isto verifica-se também e com muita incidência no sector da saúde. Mais se acrescenta o papel fundamental do médico ou profissionais de saúde nessa recomendação ou referenciação sobre determinado serviço de saúde ou terapêutica” (Gelb & Johnson, 1995).

McNab (2009), refere, a propósito das novas tecnologias e do acesso aos serviços de saúde que as redes sociais transformam o monólogo dos habituais meios de comunicação em diálogo, permitindo que qualquer pessoa possa ser um comunicador, incluindo as organizações de saúde. A autora e consultora da Organização Mundial de Saúde, sublinha que para ter êxito, a comunicação em saúde, com base em redes sociais, deve ser consistente e focalizada, fomentando o diálogo entre a instituição e a população, corrigindo informações erróneas sem se limitar a providenciar dados.

Chase (2013) demonstra que os canais de comunicação têm sofrido alterações no que respeita à sua escolha e nos investimentos estabelecidos. Denota-se um desinvestimento em alguns meios tradicionais, como a publicidade na imprensa escrita e na rádio e de acordo com o que se tem referido neste estudo, como sendo o estado da arte, a grande aposta tem sido feita nas novas tecnologias.

Esta autora salienta que as questões legais na área da saúde continuam a constituir um desafio na escolha dos canais e na forma de transmissão das mensagens, principalmente no que respeita à publicidade, mesmo nas redes sociais. Por esta razão, o autor revela que vários gestores da área da saúde e profissionais de marketing apostam numa comunicação integrada, que inclua a publicidade e as relações públicas. Deste autor importa também referir que no seu estudo sobre as preferências dos profissionais de marketing e gestores de topo sobre os seus

públicos-alvo, os médicos emergiram como a principal audiência, seguidos dos doentes e dos pagadores (estado, seguradoras e outros sub-sistemas).

Para Kotler *et al.* (2008), a eficácia do marketing e da comunicação numa organização de saúde depende do reconhecimento de que existem aqui múltiplos clientes ou mercados, com diferentes necessidades e desejos. Para tal é necessário que toda a organização seja envolvida nesse espírito e nesse objetivo.

Em suma, o que os autores transmitem é a alteração de um paradigma no marketing da saúde. Passou-se o “velho marketing”, centrado nas transações de produtos e serviços a indivíduos, para o “novo marketing” centrado na construção de relacionamentos duradouros entre as organizações e os seus vários públicos (Kotler *et al.*, 2008).

Ainda segundo Kotler *et al.* (2008), assiste-se cada vez mais a um cliente mais activo, em linha com o que temos verificado ao longo desta revisão da literatura, mesmo na área da saúde, em que se partilham experiências, referenciam-se profissionais de saúde e formam-se lobbies na exigência de mais e melhores benefícios.

Assim, verifica-se que o marketing e a comunicação em saúde, ao estarem inseridos na dinâmica dos serviços, necessitam de ultrapassar os desafios do setor terciário e transpor as barreiras e dificuldades da área da saúde, tendo como principais objetivos informar e educar a população sobre práticas de saúde, bem como, alterar comportamentos do consumidor.

No Quadro 5 é possível resumir este Capítulo da Revisão da Literatura, destacando os principais aspetos e reter que servirão de base para a parte empírica da presente dissertação. Também se sugere um quadro de referência teórico da investigação, tendo em conta, os objetivos da investigação: primeiro determinar quais as estratégias de comunicação adotadas pelo ICPA, no que respeita à divulgação do serviço de Reabilitação Cardíaca e se estas estão de acordo com os princípios do marketing de serviços e da comunicação de marketing aplicada aos serviços de saúde. Em segundo lugar determinar se essas estratégias foram percebidas pelos médicos, constituindo-se como evidência da eficácia da comunicação.

### Quadro 5. Resumo da Revisão da Literatura

Conceitos a reter	Principais autores
<b>Marketing de Serviços</b>	
<p><u>Bens vs serviços</u></p> <p><u>Características/Contingências dos Serviços</u> Intangibilidade; Inseparabilidade; Heterogeneidade; Percibilidade</p> <p>Generalidade; Abstratividade; Impossibilidade e Pesquisa</p> <p><u>7P's – O Mix do Marketing de Serviços</u> Produto Preço Distribuição Processo Pessoas Evidência Física – <i>Servicescape</i> Comunicação</p>	<p>Zeithaml e Bitner (2003:36)</p> <p>Zeithaml, Parasuraman e Berry (1986:37). Mittal e Baker (1999, p. 98-116) Shostack (1977) <i>Booms et al. (1981)</i> Mary Jo Bitner (1992) Lovelock <i>et al.</i>, (2011)</p>
<b>Comunicação de Marketing</b>	
<p><u>Principais funções</u> - Informar, convencer, persuadir e relembrar; - A empresa utiliza os meios à sua disposição para trocar informação com o mercado onde atua; - A comunicação deve proporcionar um relacionamento em que existam benefícios mútuos entre empresas e partes interessadas;</p> <p><u>O Processo de Comunicação</u> (Fig. 1; pp. 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificar a audiência – alvo</li> <li>• determinar os objetivos da comunicação</li> <li>• desenhar a comunicação</li> <li>• selecionar os canais de comunicação</li> <li>• definir o orçamento</li> <li>• decidir o mix da comunicação</li> <li>• mensurar os resultados</li> <li>• gerir a comunicação integrada</li> </ul> <p><u>Comunicação integrada conduz a uma maior eficácia</u> - Alinhamento das mensagens com a missão e visão, com os instrumentos de comunicação, com auscultações regulares à satisfação dos clientes e percepção sobre as marcas, produtos e serviços; - Alinhar os meios tradicionais de comunicação com as novas tecnologias;</p>	<p>Kotler e Keller (2012:482) (Lindon <i>et al.</i>, 1999) Grunig, Grunig and Dozier (2002:548); Grunig and Huang (2000:32 apud 2013:104)</p> <p>Kotler e Keller (2012:482)</p> <p>EinWillwer e Boenigk (2012)</p> <p>Kotler e Keller (2012)</p>
<b>Comunicação de Marketing de Serviços</b>	
<p><u>Principais funções:</u> - Informar, educar e diferenciar; - Evidenciar os atributos e benefícios do serviço; - Ultrapassar os desafios e problemas inerentes às características dos serviços como a intangibilidade; - Integrar os colaboradores na Visão e Missão da empresa para assegurar a entrega do serviço;</p>	<p>Lovelock <i>et all.</i> (2011)</p> <p>Saias (2010)</p> <p>Abernethy e Butler (apud</p>

<p><u>Factores determinantes a constar nas comunicações de serviços:</u> - Valor para o cliente, personalização dos serviços e disponibilidade.</p> <p><u>O Processo de Comunicação</u> - A Quem se vai comunicar? Com que objetivos; O que se vai comunicar (mensagem)? Como (canais)? Onde? e Quando (planeamento dos meios)?</p> <p><u>Comunicação Boca a Boca</u> - Desenrola-se nos círculos de confiança; - “quanto maior for o risco percebido na compra de um serviço, mais ativa será a sua busca e maior a sua confiança no boca a boca para a tomada de decisão de compra”; - Aproveitar esta forma de comunicação e desenvolver estratégias que a integrem e fomentem;</p>	<p>Looy <i>et al.</i>, 2003; p.85)</p> <p>Lovelock <i>et al.</i> (2011) Looy <i>et al.</i>, 2003</p> <p>Lovelock <i>et al.</i> (2011:229).</p>
<p><b>Marketing de Saúde</b></p>	
<p><u>Características fundamentais do setor:</u> - Elevada complexidade; - Múltiplos atores e mercados – médico como canal de comunicação e referenciador de serviços; - Altamente regulamentado e legislado; - Foi demorada, mas tem sido crescente a aceitação das práticas do marketing aplicadas ao setor da saúde; - Consumidor cada vez mais informado e ativo na procura de informação;</p> <p><u>Os 7P’s do Marketing de Saúde</u></p> <p><u>Produto</u> - Quatro dimensões - a) médica; b) social; c) cognitiva; d) emocional; - Serviços principais e serviços complementares (estes servirão para diferenciar);</p> <p><u>Preço</u> - Dificuldade por parte dos consumidores em compreender todos os custos envolvidos na prestação de serviços de saúde; - A procura pelos bens de serviços não é completamente influenciada pelas alterações de preços; - O valor pago pelos clientes tem de ser percebido através dos benefícios oferecidos. - Existem diversos tipos de financiamento, tanto no setor público como no setor privado.</p> <p><u>Distribuição</u> - Coloca-se ao nível da acessibilidade aos serviços de saúde, em termos económicos e geográficos; - Questão da inseparabilidade, uma vez que a produção, a distribuição e o consumo de serviços são simultâneos; - Três níveis no canal de distribuição de serviços de saúde: <u>Nível 0</u> – o doente procura diretamente os serviços de um hospital, clínica ou consultório; <u>Nível 1</u> – existe um intermediário podendo ser, neste caso, um plano de saúde ou um seguro de saúde de terceiros; <u>Nível 3</u> – existe um segundo intermediário no processo de comercialização de serviços; - O papel do médico como um dos principais canais de distribuição – “relação agenciada” entre doente e médico;</p>	<p>Kotler, Shalowitz e Stevens (2008); Chase (2013); Lega (2006), Thomas (2005)</p> <p>Hulk e Lukas (1995; apud Feliciano, 2010; p. 57) Lamata <i>et al</i> (1998)</p> <p>Lindon <i>et al.</i>, (1999)</p> <p>Rego (2008, p. 115; apud Feliciano, 2010 p. 59);</p> <p>Feliciano (2010).</p> <p>Lamata <i>et al.</i> (1998; apud Feliciano, 2010); Rao (2011);</p> <p>Kuazaqui e Tanaka (2008; apud Feliciano, 2010);</p>

<p><i>Processos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trata-se de um processo percorrido pelos clientes/doentes e profissionais de saúde, quando escolhem determinada unidade de saúde;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doente – Médico de Família – Especialista – tratamento – Médico de Família – especialista.</li> </ul> </li> <li>- Permite que todos os intervenientes conheçam o seu papel e funções de forma a diminuir a heterogeneidade e a permitir a entrega do serviço com o valor que lhe é reconhecido.</li> </ul> <p><i>Evidência Física</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Serviscescape ajuda a diminuir a intangibilidade e a facilitar o processo de prestação do serviço;</li> <li>- Boas acessibilidades, sinalização adequada e perceptível, parque de estacionamento, limpeza das instalações, conforto e decoração, assim como o material gráfico ajudam a criar expectativas e contribuem para que as primeiras impressões sejam fortes e positivas.</li> </ul> <p><i>Pessoas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O médico desempenha um papel crucial na educação do doente;</li> <li>- O médico é intermediário da promessa de valor das organizações de saúde para com os doentes;</li> <li>- Pessoal de contacto com o doente imbuído do espírito da organização;</li> <li>- O estabelecimento de um relacionamento de confiança é fundamental para o sucesso no desempenho dos serviços;</li> </ul> <p><i>A Promoção ou Comunicação em saúde</i> (resumido no sub-capítulo seguinte)</p>	<p>Crié e Chebat (2013;p.124)</p> <p>Buckley (2009)</p> <p>Lovelock <i>et all.</i> (2011)</p> <p>Buckley (2009) (Radulesco e Cetina 2011); Lamata <i>et al.</i> (1998; apud, 2009); Feliciano (2010)</p>
<b>Comunicação de Serviços de Saúde</b>	
<p><u>Principais funções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serve os objetivos do marketing em saúde: Educação e alteração de comportamentos;</li> <li>- Ser persuasiva;</li> <li>- Ultrapassar os problemas do marketing de serviços e especialmente das características do setor da saúde;</li> <li>- Combater a elevada literacia</li> </ul> <p><u>Principais aspetos da Estratégia de Comunicação em Saúde</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos e doentes/clientes são os principais públicos das organizações;</li> <li>- Os Objetivos correspondem às funções e podem ser para informar/dar a conhecer um novo serviço/terapêutica/técnica; educar para uma maior consciência de determinada prática que coloque em risco a saúde; persuadir grupos de risco a alterar determinado comportamento com vista a garantir a sua saúde;</li> <li>- Os mix da comunicação em saúde também se adequa aos públicos e aos objetivos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Boca a boca apresenta-se como um dos canais mais fortes e preferenciais tendo em conta a relação médico-paciente;</li> <li>• Novas tecnologias: a comunicação em saúde, com base em redes sociais, deve ser consistente e focalizada, fomentando o diálogo entre a instituição e a população, corrigindo informações erróneas sem se limitar a providenciar dados.</li> <li>• Aposta nas Relações Públicas a par de uma comunicação integrada que ajude a ultrapassar as dificuldades de um setor altamente regulado, nomeadamente ao nível da publicidade.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Fishbein e Capella (2006);</p> <p>Teixeira (2004)</p> <p>Buckley (2009)</p> <p>Radulesco e Cetina (2011)</p> <p>Gelb e Johnson, (1995).</p> <p>McNab (2009)</p> <p>Chase (2013)</p>

## **2.5. Quadro Referencial teórico da Investigação**

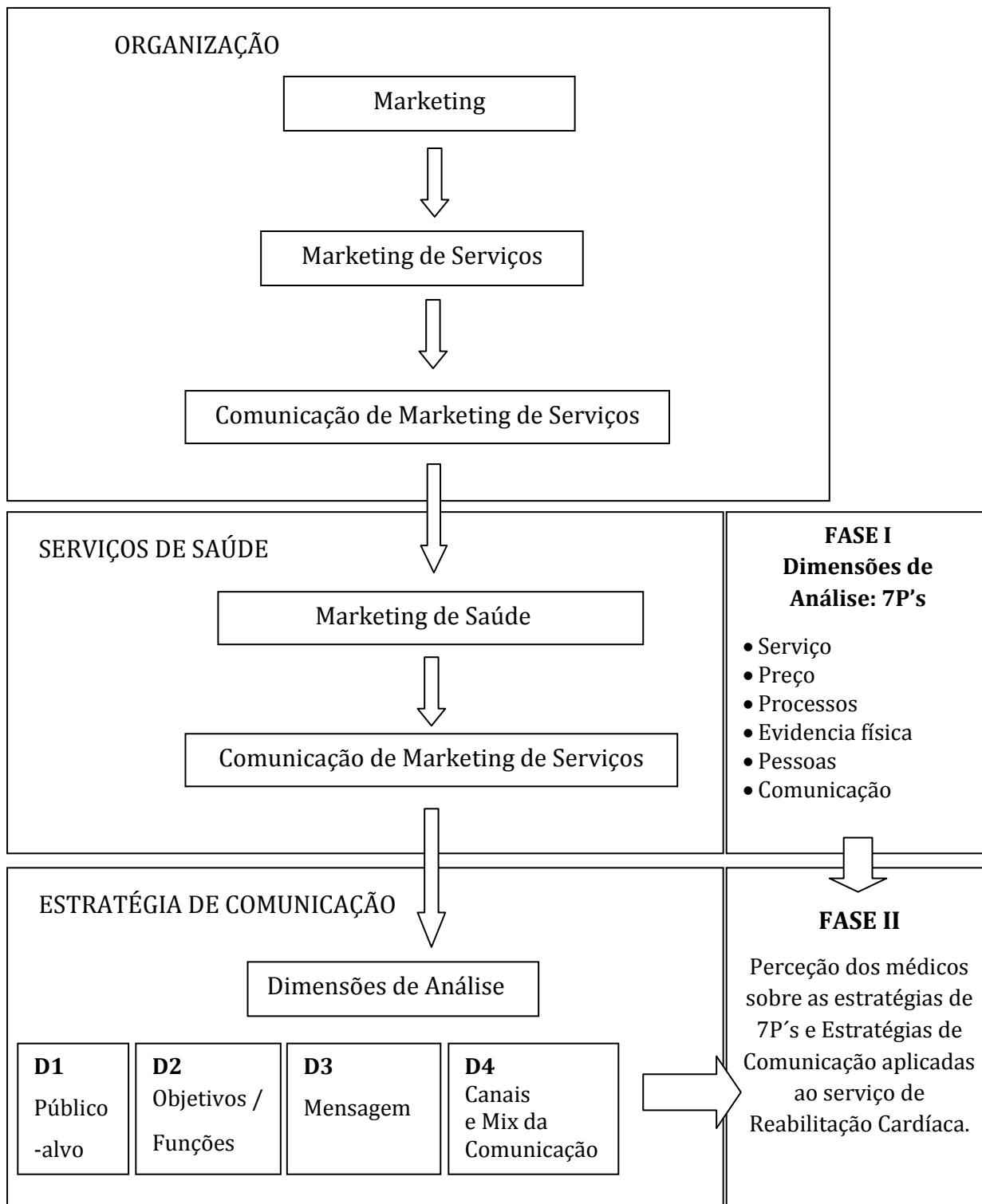
No seguimento da Revisão da Literatura e tendo por base os objetivos desta investigação, tornou-se necessário organizar a investigação em duas fases que correspondem aos dois objetivos já identificados anteriormente.

Essas duas fases são compostas por dimensões de análise. Na FASE I procurou-se responder ao primeiro objetivo, ou seja, identificar as estratégias que a administração do ICPA estabeleceu para o serviço de Reabilitação Cardíaca. Procurou-se determinar se as estratégias correspondiam às sete dimensões do marketing de serviços aplicado aos serviços de saúde. Isto é, que orientações foram dadas ao nível das características e benefícios do Serviço em análise, qual o seu Preço, como e onde é que o serviço é entregue (Processos, Evidência Física e Distribuição), quem são as Pessoas envolvidas e que estratégias de Comunicação foram implementadas.

A FASE II pretende responder ao segundo objetivo, sendo composta pela análise da perceção dos médicos sobre as dimensões dos 7P's do Marketing de Serviços aplicados ao serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA e também a sua perceção sobre as Estratégias de Comunicação identificadas na FASE I, de forma a poder-se aferir se houve ou não eficácia na divulgação do serviço junto deste público-alvo.

A Figura 2 apresenta uma síntese da evolução desta investigação, partindo da base teórica com a Revisão da Literatura, passando para a aplicabilidade dos conteúdos teóricos ao serviço de Reabilitação Cardíaca (FASE I), através da análise de fontes primárias e secundárias e destacando as estratégias de comunicação como principal foco de análise, no que respeita à sua eficácia junto dos prestadores de saúde (FASE II), através da análise de fontes primárias.

**Figura2. Quadro de referência teórico**



## **CAP. 3 METODOLOGIA**

Segundo Quivy e Campenhoudt (1995), os investigadores, em ciências sociais, não têm apenas como objetivo descrever determinado fenómeno, mas sim, compreendê-los, tornando-se necessário proceder à recolha de dados que mostrem o fenómeno em estudo de forma inteligível. Para tal é necessária a adopção de métodos científicos, ou seja, é preciso definir-se o caminho e os passos a tomar para se atingirem objetivos (Carvalho, 2009).

Assim, o primeiro passo foi exatamente determinar os objetivos metodológicos, ou seja os objetivos da investigação, da observação. No presente estudo encontramos dois objetivos de investigação. O primeiro objetivo é determinar quais as estratégias de comunicação adotadas pelo ICPA, no que respeita à divulgação do serviço de Reabilitação Cardíaca e se estas estão de acordo com os princípios do marketing de serviços e da comunicação de marketing aplicada aos serviços de saúde

Um segundo objetivo, prende-se com a eficácia da comunicação do serviço de Reabilitação Cardíaca junto dos profissionais de saúde, mais concretamente os médicos identificados como público-alvo, ou seja, perceber se este grupo de profissionais percebe a comunicação do serviço, segundo as orientações estratégicas de comunicação do Instituto.

Para além disso, o objeto em estudo, a sua natureza e amplitude determinam o tipo de metodologia a adotar (Albarello *et al.*, 2005) (Anexo 1).

### **3.1 Tipo de Investigação**

O presente estudo empírico está dividido em duas fases, sendo a primeira, como já referido anteriormente, dedicada ao Instituto. Trata-se de um estudo exploratório que se realiza para obter um primeiro conhecimento da situação que se quer estudar (Coutinho, 2014).

A segunda fase de investigação, relacionada com os profissionais de saúde, será do tipo descritivo, ou seja é um tipo de investigação cujo principal objetivo é

descrever as características de determinado fenómeno ou população, ou o estabelecimento de correlações entre variáveis (Coutinho, 2014).

### **3.2 Processo e Investigação**

A primeira fase desta investigação foi de natureza qualitativa, recorrente nos estudos exploratórios, sendo a segunda fase de natureza quantitativa, mais usada em estudos confirmatórios (1992, como citada em Lovelock *et al.*, 2011). A dicotomia entre estudos qualitativos e quantitativos merece sempre a atenção de diversos autores, “Toda a ciência é qualitativa, no sentido que pretende estabelecer uma qualidade a um objeto de estudo ao reproduzi-lo ou reconstruí-lo, ao explicá-lo ou compreendê-lo. A quantidade em si mesma, nada representa se não se relaciona com determinada qualidade; as cifras e os dados não falam sozinhos, requerem uma interpretação que alude a uma teoria, à afirmação ou à negação de uma idéia” (Briceño-León, 2003, citado em Goldenberg *et al*, 2003).

### **3.3 Lógica de Investigação**

Na fase um do presente estudo, o método de investigação utilizado foi semi-indutivo ao passo que na fase dois se utilizará o método tendencialmente dedutivo. A lógica de investigação prende-se com a construção teórica do problema (Quivy & Campenhoudt, 1995). No método indutivo essa construção parte da observação e os indicadores são de natureza empírica (Quivy & Campenhoudt, 1995), ou seja parte-se do conjunto dos dados recolhidos e procura-se uma teoria que se lhe adapte. No presente caso, o método é semi-indutivo porque não se trata de uma realidade completamente desconhecida do investigador, porém será através dos dados recolhidos da observação que se chegará à resposta para a problemática em questão.

Já através do método dedutivo, partimos de um conceito postulado para gerar novos conceitos e indicadores, para os quais se procuram correspondentes no real (Quivy & Campenhoudt, 1995), ou seja, procuram-se dados empíricos que se ajustem à teoria.

### **3.4 Método de Seleção de Dados**

Segundo Quivy e Campenhoudt (1995), é necessário circunscrever a observação no espaço geográfico e social, assim como no tempo. A determinação do campo de análise é fundamental para se definirem os limites da própria análise (Quivy & Campenhoudt, 1995).

#### **3.4.1 Estudo de Caso**

Tendo em conta o curto espaço de tempo para o estudo do problema em questão, procura-se estudar “ de uma forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspeto de um problema (Bell, 2010). Os estudos de caso interessam-se, sobretudo por fatores e acontecimentos “por vezes apenas tomando em consideração um caso prático pode obter-se uma ideia completa desta interação” (Nisbet & Watt, 1980: 5, citado em Bell, 2010). Na primeira fase do estudo o que se apresenta é a realidade do serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA e as estratégias de comunicação que foram aplicadas a este serviço. Através da observação de dados primários e secundários, como uma entrevista ao Diretor do Programa e análise do Plano de Marketing e Comunicação estabelecido para este serviço, foi possível avaliar se foram seguidos os passos convencionados para o processo.

#### **3.4.2 Caracterização dos Peritos**

Depois de determinado o campo de análise torna-se necessário (regra geral por motivos de capacidade técnica, logística, financeira e de tempo), recorrer às técnicas de amostragem, embora estas tenham limitações e “estejam longe de se constituírem panaceia em investigação social” (Quivy & Campenhoudt, 1995). A amostra é o conjunto de determinados elementos de uma dada população que se pretende observar ou tratar (Albarello *et al.*, 2005).

No presente estudo optou-se por uma amostra por conveniência, ou seja, o estudo irá recair sobre os peritos, neste caso, prestadores de serviços de saúde, público-alvo desta investigação.

Assim, na primeira Fase, o perito foi o Diretor do Serviço de Reabilitação Cardíaca, Professor Doutor Manuel Carrageta, Cardiologista, Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia, Presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, Presidente do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada, no qual é também o Diretor Clínico. Tem participado em vários congressos internacionais, apresentando artigos de carácter científico na área da Cardiologia. Para a área de Reabilitação Cardíaca preparou-se durante 4 anos com o objetivo de abrir o primeiro centro na margem sul, com este serviço.

Numa segunda fase, a amostra foi composta por médicos e outros profissionais de saúde, como nutricionistas e psicólogos que exercem no ICPA e fora dele, mas circunscritos ao Concelho de Almada. Das várias especialidades foram escolhidas as que terão maior influência na referência deste serviço: Cardiologia, Pneumologia, Cirurgia Vasculuar, Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar, Endocrinologia, Nutrição, Psicologia e Enfermagem.

**Quadro 6. Peritos em análise estratificados por Especialidade**

<b>Fases de Investigação</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Nº Total de peritos em análise</b>
Fase 1 – Estudo de Caso	Diretor do Serviço de RC	1
Fase 2 - Peritos	Cardiologia	15
	Cirurgia Vasculuar	2
	Clínica Geral	5
	Endocrinologia	5
	Medicina Geral e Familiar	40
	Pneumologia	3
	Nutrição	5
	Psicologia	2
Enfermagem	10	

Através da ferramenta eletrónica “RAOSOFT” foi possível calcular o tamanho da amostra com um grau de confiança de 95% e conseqüentemente uma margem de erro aceitável de 5%. Assim, considera-se o estudo viável com uma amostra de 64 respostas.

Através do inquérito aos prestadores de saúde escolhidos para esta investigação, foi possível obter 68 respostas, porém apenas foram contabilizadas 64, objetivo pretendido para este estudo e tendo em conta que algumas se encontravam incompletas.

### **3.5. Método de Recolha de Dados**

Nesta fase importa escolher os instrumentos capazes de recolher ou produzir os dados para análise. Existem vários tipos de instrumentos, nomeadamente a entrevista e o inquérito, possivelmente os mais utilizados.

No presente caso e, na primeira fase, foi construída uma entrevista semi-estruturada. Apesar da grande subjetividade inerente ao processo de condução de uma entrevista, o avanço de novos métodos de análise de dados qualitativos permite legitimar o uso da entrevista (Albarello *et al.*, 2005). Designa-se semi - estruturada, porque o seu guião foi construído com base nos indicadores fornecidos pelo estudo do instituto e da problemática, mas suficientemente aberto para incluir observações relevantes, não previstas no guião. Por meio da entrevista “é possível ao investigador retirar informações muito ricas e matizadas.” (Quivy & Campenhoudt, 1995).

O Guião de Entrevista foi construído em três partes, uma primeira de apreensão da opinião do perito sobre o contexto e estado geral do Serviço de Reabilitação Cardíaca em Portugal; numa segunda fase, a apresentação do programa, os seus benefícios e principais intervenientes e numa terceira fase as estratégias adotadas para a implementação e divulgação do serviço.

Na segunda fase, foi utilizado como instrumento um inquérito (*survey*) à amostra determinada. O inquérito tem a vantagem de se poder quantificar uma multiplicidade de dados e de se proceder à sua análise e correlação (Quivy & Campenhoudt, 1995), por isso deve ser, tanto quanto possível homogéneo (Albarello *et al.*, 2005). Tem também a vantagem de se poder recolher dados num curto período de tempo.

O inquérito é constituído por 3 Partes: I – Dados Pessoais; II – Serviço de Reabilitação Cardíaca; III – O serviço de Reabilitação Cardíaca. A Parte II é essencialmente composta de perguntas fechadas e em escala, já a Parte III integra também perguntas semi-fechadas.

O inquérito foi enviado por email, ficando disponível na plataforma online *Qualtrics* durante 10 dias.

### **3.5 Método de Tratamento de Dados**

Tendo em conta que numa primeira fase foi utilizado como instrumento de recolha de dados com base numa entrevista, o tratamento desses dados foi realizado através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo tem como propósito o estudo e a análise da comunicação, das mensagens, de uma forma objetiva, a partir de regras específicas (Martins, 2006). Só com o recurso a métodos construídos e estabilizados, o investigador pode permitir-se elaborar uma interpretação que não seja condicionada pelos seus próprios valores e representações (Quivy & Campenhoudt, 1995).

Na segunda fase e após a utilização do inquérito como instrumento de recolha de dados, procedeu-se ao tratamento desses dados através de estatística descritiva que possibilita a rápida manipulação de grandes quantidades de dados, assim como reduz o carácter subjetivo de qualquer investigação social (Quivy & Campenhoudt, 1995). Foi utilizado o software SPSS para Windows, um programa de análises estatísticas em Ciências Sociais que permite realizar diferentes níveis de análise estatística: univariada, bivariada e multivariada.

Por sensibilidade e conhecimento da investigadora optou-se por um inquérito pouco denso, mas com o qual fosse possível apurar graus de conhecimento e de perceções sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA. Esta escolha prende-se com a falta de tempo e disponibilidade que os prestadores de saúde têm por força da sua atividade. Em todo o caso é possível interligar os conceitos teóricos que constituem a base desta investigação com as orientações do ICPA para o serviço em estudo e com os resultados obtidos através do Inquérito.

### Quadro 7. Esquema Orientador Metodológico

Metodologia	Eixo de Estudo	
	Fase 1: Instituto	Fase 2: Médicos
1. Tipo de Investigação	Estudo exploratório	Estudo descritivo
2. Processo de Investigação	Qualitativo	Quantitativo
3. Lógica de Investigação	Semi-Indutivo	Tendencialmente Dedutivo
4. Método de selecção de Dados	Estudo de Caso Perito	Peritos – Amostra por conveniência e estratificada
5. Método de Recolha de dados	Entrevista semi-estruturada	<i>Survey</i>
6. Método de Tratamento de dados	Análise de Conteúdo	Estatística Descritiva

## CAP. 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

### 4.1 Fase I - Análise de Dados: Identificação das estratégias para o serviço de RC do ICPA

#### 4.1.1. Estudo de Caso

No sentido de responder ao primeiro objetivo de investigação, ou seja, identificar as estratégias de marketing e de comunicação para o serviço de Reabilitação Cardíaca do instituto, a entrevista ao Diretor do Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA<sup>1</sup> permitiu sintetizar os resultados na Tabela A (anexo). Assim, procurou-se analisar a aplicação dos 7P's do Marketing de Saúde ao serviço de Reabilitação Cardíaca para que posteriormente compreender as orientações estratégicas relativas à Comunicação do serviço em estudo.

---

<sup>1</sup> Anexo 1 - Tabela A

#### 4.1.1.1 Marketing de saúde aplicado ao serviço de RC do ICPA

É possível verificar através da análise de conteúdo a presença dos 7P's do Marketing de Serviços na construção das estratégias aplicadas ao serviço de Reabilitação Cardíaca

Ao longo desta análise de conteúdo também são apontadas as principais indicações para se ultrapassarem os problemas e contingências encontradas, relativas à implementação de um serviço de Reabilitação Cardíaca.

Como se observou anteriormente no Capítulo sobre o Marketing de Saúde, existem diversos constrangimentos neste setor que dificultam a implementação de estratégias de marketing. O ICPA também identificou entraves à implementação do serviço de Reabilitação Cardíaca, tais como, considerar que *“a reabilitação cardíaca é praticamente inexistente em Portugal; Falta de perceção dos benefícios; Custo elevado; Falta de motivação dos doentes”* entre outros. Tendo identificado estas contingências, foram sendo construídas estratégias que procuraram diminuí-las. Identificando claramente que serviço é este e como se estrutura. Trata-se de um *“ Programa de tratamento individualizado, realizado em ambiente médico, que inclui exercício físico, educação alimentar e gestão do stresse”*. Este serviço está dividido em duas fases, conforme as necessidades de quem o procura e inclui também serviços complementares como uma Cozinha Pedagógica e um SPA Médico.

A estruturação do serviço ou seja, os processos e procedimentos que lhe dão forma iniciam-se com a relação médico-doente-serviço, mais concretamente o percurso que o doente irá percorrer antes de chegar ao serviço e enquanto participante do mesmo. Assim, o ICPA considera que *“referenciação pelo médico assistente ( ou médico de família) é a chave do sucesso”* e que *“processo mais comum é o doente que está em ambiente hospitalar e que após alta hospitalar é referenciado pelo cardiologista que o assistiu, com o conhecimento do seu médico de família”*. Depois da fase de acolhimento no serviço de RC do ICPA, o doente entra nos procedimentos que

foram definidos para o programa. Desta forma, é possível reduzir a heterogeneidade na entrega do serviço.

Enquanto política de Preço, optou-se por um serviço premium: *“Varia entre os Trezentos e os Novecentos euros”*, que se veio aliar há já reconhecida notoriedade do instituto, na área da Cardiologia, no Concelho de Almada e concelhos limítrofes. Em saúde são várias as formas de financiamento dos serviços e terapêuticas e, neste sentido, o ICPA demonstra estar a empreender estratégias que proporcionam essas formas de financiamento, tais como, *“Contratualizar com seguradoras e estabelecer protocolos tem sido uma estratégia para minimizar os custos para os clientes de RC”*. É também necessário comunicar claramente os benefícios do serviço para que os custos sejam entendidos tanto pelo doente como pelo prestador de saúde.

No que respeita à Distribuição do serviço, esta prende-se com a acessibilidade ao próprio serviço *“O Serviço de Reabilitação Cardíaca situa-se na nova Clínica do ICPA, no Monte da Caparica a cerca de 5km do Hospital Garcia de Orta e a 20 minutos de Lisboa, seja em termos de informação disponível, seja por razões sócio económicas e pela determinação dos canais de distribuição. No presente caso são os próprios prestadores de saúde, nomeadamente os médicos de Medicina Geral e Familiar, os Cardiologistas e outros prestadores que possam estar ligados a este tipo de doentes coronários, “A referenciação pelo médico assistente a chave do sucesso”*.

Os médicos têm um papel fundamental na educação dos doentes e na transmissão dos valores e mensagens da organização, assim, em conjunto com os técnicos e rececionistas, compõem o pessoal de contacto do serviço de Reabilitação Cardíaca. As Pessoas que compõem o serviço fazem parte de uma estratégia de comunicação interna que visa dar a conhecer todas as componentes do serviço e qual o seu papel no desenrolar do mesmo: *“Não é algo específico do Serviço de Reabilitação Cardíaca, mas sim, transversal a todos os serviços prestados na nova clínica. Especialmente para o pessoal de front office que precisam ter conhecimento sobre os serviços, seguros associados, médicos, horários, formas de receber e falar com as pessoas que nos procuram. Por isso foi feito um grande investimento”*.

O Espaço Físico onde se desenrolam os serviços deverá contribuir para diminuir a intangibilidade do mesmo e facilitar o processo de prestação do serviço. O mesmo deverá acontecer nos serviços de saúde. No caso do serviço de RC do ICPA, *“Um dos componentes inovadores da nova Clínica foi a abertura de um grande espaço dedicado á reabilitação cardíaca, que constitui na sua essência a modalidade mais avançada e completa de prevenção”*. O conforto do doente foi tomando em consideração com a criação de *“uma biblioteca, o jardim e o pátio interior, tendo em conta o tempo que os doentes em reabilitação terão de permanecer nas instalações (...) Nem parece que estamos numa clínica, mas sim, num hotel”*. As preocupações com o espaço físico contribuem para que as primeiras impressões sejam fortes e positivas.

As estratégias de Comunicação serão analisadas no ponto seguinte sendo que se constituem como ponto central desta investigação.

#### 4.1.1.2. Estratégias de Comunicação

De forma a analisar as estratégias de Comunicação para o serviço de Rc do ICPA, foi utilizado o Plano de Marketing e Comunicação do ICPA, enquanto fonte secundária.

O Plano de Marketing e Comunicação do ICPA para o biénio de 2011-2013 é composto de um conjunto de objetivos, estratégias e táticas para a instituição no seu todo, para os vários serviços do ICPA e especificamente para o serviço de Reabilitação Cardíaca que iremos analisar.

Após observação deste Plano de Marketing e Comunicação, assim como após a entrevista ao Diretor do serviço de Reabilitação Cardíaca, foi possível constatar que a par da construção de um novo espaço, o ICPA procurou também renovar a sua imagem e a forma de comunicar com os seus clientes.<sup>2</sup>

A gestão estratégica revela uma preocupação latente que se prende com a necessidade de reforçar a ligação e proximidade com todos os que usufruem dos

---

<sup>2</sup> Anexo 2 – Tabela B

serviços do instituto, mas também com todas as partes interessadas, nomeadamente colaboradores e fornecedores. Ao nível interno reforçou-se a formação dos colaboradores na área do atendimento, bem como do conhecimento sobre os diferentes serviços de saúde que compõe o leque de oferta do instituto. Foi também implementado um sistema de gestão integrado de qualidade e ambiente na procura de uma maior eficácia, eficiência, qualidade e satisfação do cliente.

No contexto externo, o ICPA demonstra ter procurado estabelecer relações de parceria com outras entidades representativas da comunidade onde se insere e posiciona-se como líder na prestação de cuidados de saúde na área da cardiologia, no concelho de Almada. Os últimos inquéritos de satisfação, produzidos pelo instituto revelam índices na ordem dos 87% de satisfação relativamente ao atendimento, às instalações, aos profissionais e oferta de serviços.

Os objetivos de marketing para o Serviço de Reabilitação Cardíaca centram-se na divulgação do serviço, dando a conhecer a sua existência e os seus benefícios. Existindo também objetivos comerciais como o já referido no início deste estudo, 36 clientes até Dezembro de 2013.

Para atingir estes objetivos, foram delineadas estratégias comerciais, como o estabelecimento de parcerias e os contratos com seguradores, assim como assegurar as convenções estatais para as áreas da cardiologia, psicologia, nutrição e reabilitação física de forma a ultrapassar as questões relacionadas com o preço do serviço.

As funções da comunicação, essenciais à comunicação de serviços de saúde, também são evidentes nomeadamente com a constante comunicação dos atributos e benefícios do serviço e com ações que visam educar e combater a elevada literacia. Também é possível verificar a tentativa de ultrapassar os desafios inerentes ao setor, bem como às características dos serviços, nomeadamente a intangibilidade. Para este fim, foram utilizadas imagens de clientes reais em pleno treino físico ou em contexto de consulta, com vista a demonstrar a autenticidade do serviço.

O Plano de Marketing e Comunicação para o serviço de Reabilitação Cardíaca consegue dar resposta ao Processo de Comunicação de Marketing, respeitando os

passos necessários, visível através das estratégias empreendidas para as suas várias componentes.

No que respeita à estratégia de comunicação, foi já anteriormente referido que o ICPA identificou dois públicos – alvo principais e três complementares, sendo que para o presente estudo apenas importa evidenciar as táticas e instrumentos utilizados para divulgar o serviço aos médicos e se as estratégias empreendidas contribuem para ultrapassar as dificuldades e contingências inerentes aos serviços de saúde, mais concretamente ao serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA, pois como se constatou na Revisão da Bibliografia, são as premissas para atingir um elevado grau de eficácia da comunicação.

Observou-se que os objetivos correspondem às funções da Comunicação servindo para informar/dar a conhecer um novo serviço; educar para uma maior consciência de determinada prática que coloque em risco a saúde ou persuadir grupos de risco a alterar determinado comportamento com vista a garantir a sua saúde.

A mensagem centra-se na importância da multidisciplinariedade em saúde, dos cuidados primários e da adoção de hábitos de vida saudáveis. Para os médicos, tanto clínicos gerais como cardiologistas, por serem considerados os principais prescritores, a mensagem centrou-se nas características mais técnicas e nos benefícios do recurso a este tipo de prevenção secundária. Foi também apresentado o programa, a equipa e as instalações da nova clínica. A mensagem “A oportunidade de uma nova vida” esteve na base da comunicação integrada, fazendo alusão à prevenção secundária e à mudança obrigatória de hábitos de vida, não só para o doente cardíaco, bem como, para a sua família. Foram comunicados os benefícios de integrar um programa de reabilitação cardíaca, conforme as orientações do diretor do serviço e utilizados testemunhos reais dos dois primeiros doentes em reabilitação de forma a diminuir as questões da intangibilidade inerente aos serviços.

Relativamente aos canais de comunicação estes são bastante diversificados e determinados pelo público-alvo. Verificou-se que o Facebook foi a rede social escolhida para este serviço, e que houve um esforço de uniformização das mensagens

e de esclarecimentos sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca, de forma a tornar a comunicação mais integrada. Houve também uma forte aposta nas Relações Públicas com o estabelecimento de contactos com diferentes entidades e partes interessadas, nomeadamente Seguradoras e Associações locais.

Especificamente para a Comunidade médica, o email e uma newsletter digital foram os meios tecnológicos escolhidos, para além de outros suportes digitais como o Guia de Referenciação Interna do Serviço de Reabilitação Cardíaca, onde constam todos os dados sobre o programa, os seus procedimentos, benefícios, equipa e exemplos de doentes em reabilitação. Este guia possibilita o processo de referenciação por parte dos médicos, aos seus doentes, para o serviço de Reabilitação Cardíaca.

O controlo destas ações foi realizado através de análise da faturação (valor e clientes angariados) e do grau de satisfação dos clientes em reabilitação, que obteve uma pontuação de 88% de satisfação relativa à melhoria do estado de saúde, profissionais, instalações e atendimento. Porém, o nº de participantes ficou aquém da expectativa inicial.

Em suma foi possível verificar que as estratégias de comunicação empreendidas para o serviço de RC do ICPA correspondem a uma comunicação integrada, sendo que toda a mensagem que o envolve demonstra estar alinhada com a Missão "O ICPA ser reconhecido como uma organização de referência na área da cardiologia". Os conteúdos, as imagens, e o design mantêm-se coerentes e similares e adaptados aos canais utilizados, sem perderem a sua essência.

## **4.2. Fase II – Análise dos dados primários**

A presente análise pretende responder ao segundo objetivo de investigação ou seja, aferir se as estratégias encontradas na análise dos resultados do estudo de caso, foram percebidas pelos prestadores de saúde, constituindo-se como evidência da eficácia da comunicação.

A análise dos resultados obtidos na Fase II da investigação é discutida em dois grandes grupos:

- 1 - Dimensões de Análise relativas aos 7P's.
- 2 - Dimensões de Análise relativas às Estratégias de Comunicação

### **- Caracterização da Amostra**

Como é possível verificar na Tabela 1, a maioria dos inquiridos concentra-se entre os 31 e os 50 anos. No que respeita às Habilitações Profissionais estas correspondem ao Quadro 6 (página 53). “Peritos em Análise”, sendo que o maior número de respostas diz respeito aos especialistas de Medicina Geral e Familiar (35,9%), seguidos dos Cardiologistas (17,2%) e depois os Enfermeiros (10,9%).

Estes são os principais peritos no que respeita à referenciação do serviço de Reabilitação Cardíaca, tendo em conta que no processo de ligação médico-doente e, mais concretamente no que respeita a patologias do foro da Cardiologia, serão os principais pontos de contacto com o doente e atores no seu processo terapêutico.

### Quadro 8. Caracterização da Amostra

		N	%
Sexo	Masculino	34	53,1%
	Feminino	30	46,9%
Escalões etários	Até 30 anos	5	7,8%
	31-50 anos	35	54,7%
	51-65 anos	23	35,9%
	> 65 anos	1	1,6%
Habilitações Profissionais	Interno	6	9,4%
	Assistente	0	0,0%
	Assistente Graduado	0	0,0%
	Consultor	0	0,0%
	Medicina Geral e Familiar	23	35,9%
	Enfermeiro	7	10,9%
	Cardiologia	11	17,2%
	Psicologia Clínica	2	3,1%
	Nutricionista	2	3,1%
	Clínica Geral	5	7,8%
	Pneumologia	2	3,1%
	Endocrinologia	3	4,7%
	Cirurgia Vascular	3	4,7%
	Formação em RC	Sim	7
Não		57	89,1%
Presta serviço no ICPA	Sim	26	40,6%
	Não	38	59,4%

Destes profissionais 40,6% prestam serviço no ICPA, correspondendo a 26 pessoas. Para o presente estudo importará refletir sobre o grau de conhecimento do serviço de Reabilitação Cardíaca por parte destes dois grupos de profissionais, os que

colaboram diretamente com o ICPA e os que fazem parte do mercado da saúde no Concelho e com quem o ICPA mais se relaciona.

#### 4.2.1 Análise de Dados (Fase II): Perceção sobre os 7P's do Serviço de RC

Como foi mencionado no Capítulo sobre o setor da saúde, as suas especificidades e constrangimentos dificultam a aplicação de estratégias de marketing de serviços, pelo que, foi também questionado aos prestadores de saúde que dificuldades encontram para a falta de adesão a este tipo de serviços.

O Quadro 9 dá-nos essa sensibilidade dos prestadores de saúde e do próprio diretor do Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA.

**Quadro 9. Perceção dos médicos sobre as dificuldades de adesão a este tipo de serviços.**

<b>Perceção do ICPA Entrevista ao Diretor do Serviço (Estudo de Caso)</b>	<b>Perceção dos Prestadores de Saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A reabilitação cardíaca é praticamente inexistente em Portugal;</i></li> <li>• <i>Falta de perceção dos benefícios;</i></li> <li>• <i>Tratamento complexo</i></li> <li>• <i>Custo elevado</i></li> <li>• <i>Falta de motivação dos doentes</i></li> <li>• <i>Falta de participação pelo SNS</i></li> <li>• <i>Falta de visibilidade e de reconhecimento público da importância da reabilitação.</i></li> <li>• <i>Existe grande inercia da parte</i></li> </ul>	<p><b>RC1</b> Classifique o seu conhecimento sobre o tema de Reabilitação Cardíaca.</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>51,6% afirma conhecer o tema da Reabilitação Cardíaca, sendo que a faixa etária com maior nº de indivíduos que conhece o tema, se situa entre os 31-50 anos (54,7%).<sup>3</sup></p>
	<p><b>RC6</b> Hipóteses que condicionam a adesão dos doentes aos serviços de RC</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>As “Características Demográficas dos doentes” bem como as “Características Sociais” são apontadas como as principais causas para a</p>

<sup>3</sup> Anexo 6 – Tabela D

<p><i>dos clínicos que como que temem perder a ligação ao doente</i></p>	<p>fraca adesão aos programas de Reabilitação Cardíaca (40,6%).</p> <p>Já as “Características dos serviços” (localização e acessibilidade do local de RC; tempo de espera nos serviços de saúde; condições do espaço onde se realizam os programas etc.), o “Serviço com pouco interesse económico para os profissionais de saúde” e a “Descrença dos profissionais de saúde sobre as vantagens e benefícios da Reabilitação Cardíaca” representam menos de 15% das escolhas dos profissionais de saúde sobre os condicionantes dos Serviços de RC.</p>
--	---

Desta análise resulta que a falta de conhecimento aprofundado sobre o tema da Reabilitação Cardíaca por parte dos prestadores de saúde bem como, as características sociais e demográficas dos doentes (que podem também condicionar o conhecimento sobre o tema), são entraves à implementação e sucesso da Reabilitação Cardíaca.

*- Perceção sobre a Estrutura do Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA*

De forma a apurar o conhecimento geral sobre o serviço de RC do ICPA, foi necessário criar uma nova variável, que traduzisse esse grau de conhecimento. Foram agregadas as questões sobre o conhecimento dos procedimentos do serviço e composição dos programas e, nessa nova variável foram também agregadas todas as respostas<sup>4</sup> “Sim” às duas questões – que são quem diz conhecer o serviço.

Analisa-se também os Processos que orientam o serviço de Reabilitação Cardíaca. Para além disso, trata-se também do processo percorrido pelos clientes/doentes e profissionais de saúde, quando escolhem determinada unidade de saúde. No Quadro 10 é possível cruzar as orientações estratégicas de construção do

---

<sup>4</sup> Anexo 6 – Tabela E1

serviço por parte do ICPA e como os prestadores de saúde percebem essas mesmas orientações.

### Quadro 10. O Serviço e Processos

Orientações do ICPA – Serviço e Processos (Estudo de Caso)	Percepção dos prestadores de saúde
<p>- Programa de tratamento individualizado, realizado em ambiente médico, que inclui exercício físico, educação alimentar e gestão do stresse;</p>	<p><b>RC ICPA1</b> Tem conhecimento sobre o Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA?</p> <p><b>Resultados</b> 81,3% dos inquiridos afirma conhecer o serviço de RC do ICPA o que constitui um elevado grau de conhecimento. Destes, 100% dos prestadores que colaboram no ICPA afirmam conhecer o serviço, enquanto apenas 12 prestadores de saúde, que não prestam serviço no ICPA, não conhecem o Serviço.<sup>5</sup></p>
<p>Desenvolvemos um programa de reabilitação com duas fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase II: Extra-hospitalar precoce –</li> <li>• Fase III: Extra-hospitalar a longo prazo – Manutenção</li> </ul>	<p><b>RC ICPA2</b> Em que fase(s) da Reabilitação Cardíaca se insere o serviço de RC do ICPA?</p> <p><b>Resultados</b> Todos os inquiridos acertaram nas fases que compõe o serviço de RC do ICPA, embora apenas 32,8% tenham identificado as duas fases.<sup>6</sup></p>
<p>- Existem diferentes formas de um doente integrar um programa de reabilitação cardíaca. O processo mais comum é o doente que está em ambiente hospitalar e que após alta hospitalar é referenciado pelo cardiologista que o assistiu, com o conhecimento do seu médico de família</p> <p>- Chegando até nós, entra nos nossos procedimentos internos, definidos especificamente para este serviço.</p>	<p><b>RC ICPA3</b> Tem conhecimento sobre os procedimentos internos do serviço de RC no ICPA?</p> <p><b>RC ICPA4</b> Sabe qual a composição dos Programas de Reabilitação Cardíaca no ICPA?</p> <p><b>Resultados</b> Do total, apenas 20 inquiridos responderam "sim" a pelo menos um dos itens das questões, os outros 44 responderam "conheço pouco" ou "não conheço".</p>

<sup>5</sup> Anexo 6 – Tabela E

<sup>6</sup> Anexo 6 – Tabela F

<p>- <i>A referência pelo médico assistente (ou médico de família) é a chave do sucesso;</i></p>	<p><b>RC5</b> Qual o grau de concordância que atribui à seguinte afirmação: O papel do médico assistente na referência de um serviço de reabilitação cardíaca é fundamental.</p> <p><b>Resultados</b> 96,9% dos inquiridos concordam que o papel do médico de família é fundamental na referência deste tipo de serviços.<sup>7</sup></p>
--	---

Embora seja elevado o conhecimento sobre o serviço de RC do ICPA por parte dos prestadores de saúde, principalmente dos que colaboram diretamente com o instituto, uma vez mais é notório o fraco conhecimento aprofundado sobre os procedimentos inerentes ao serviço. Sendo o médico apontado como o principal prescritor e referenciador deste tipo de serviços, torna-se evidente que é necessário desenvolver novas estratégias de comunicação que permitam essa referência.

*- Perceção sobre a Política de Preço do serviço de RC*

Na saúde, as políticas de preço devem refletir os custos/benefícios de determinado tratamento ou intervenção e são muitas vezes mal entendidos por parte dos doentes/clientes, mas também pelos próprios prestadores. Também a multiplicidade de formas de financiamento dos serviços de saúde é uma realidade.

No Quadro 11 apresentam-se os resultados dessa investigação, apurados pelo inquérito referente ao serviço de Reabilitação Cardíaca.

**Quadro 11. Política de Preço**

Orientações do ICPA (Estudo de Caso)	Perceção dos Prestadores de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Varia entre os Trezentos e os Novecentos euros;</i></li> </ul>	<p><b>RCICPA13</b> Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a doentes seus?</p> <p><b>Resultados</b> No âmbito da Política de Preço</p>

<sup>7</sup> Anexo 6 – Tabela G

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Contratualizar com seguradoras e estabelecer protocolos tem sido uma estratégia para minimizar os custos para os clientes de RC.</i></li> </ul> <p>Benefícios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Reduzir em cerca de um terço a mortalidade cardiovascular, futuros eventos e ainda o reinternamento hospitalar</i></li> <li>2. <i>Melhorar a qualidade de vida</i></li> <li>3. <i>Diminuir ou eliminar os sintomas de doença</i></li> <li>4. <i>Aumentar a capacidade física para fazer uma vida ativa</i></li> <li>5. <i>Reduzir os efeitos psicológicos (ansiedade e depressão) causados pela doença</i></li> <li>6. <i>Aprender estratégias preventivas e aumentar os conhecimentos sobre a doença cardiovascular.</i></li> </ol>	<p>interessa esta questão quando os prestadores referem que uma das razões para não referenciar o serviço é por ter um preço elevado <sup>8</sup>, revelando terem conhecimento dos valores envolvidos no serviço de RC do ICPA.</p> <hr/> <p><b>RC ICPA 9a</b> Que outras informações considera necessárias?</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>50% dos inquiridos aproveitaram esta questão para referir que é importante terem maior conhecimento sobre as diferentes formas de financiamento, nomeadamente acordos com seguradoras e convenções.<sup>9</sup></p> <hr/> <p><b>RC2</b> Concorda com os benefícios apontados aos Programas de Reabilitação Cardíaca (PRC) para os doentes que os integram?<sup>10</sup></p> <p><b>Resultados</b></p> <p>62,3% concordam com os benefícios dos programas de RC, ao passo que 23% não concorda nem discorda, possivelmente por falta de conhecimento aprofundado sobre o tema.</p> <hr/> <p><b>RC3</b> Concorda que a Reabilitação Cardíaca tem um custo/benefício aceitável?<sup>11</sup></p> <p><b>Resultados</b></p> <p>Aproximadamente 60% dos prestadores concorda que a RC tem um custo/benefício aceitável, mas aqui a</p>
--	---

<sup>8</sup> Anexo 6 – Tabela R1

<sup>9</sup> Anexo 6 – Tabela J1

<sup>10</sup> Anexo 6 – Tabela H

<sup>11</sup> Anexo 6 – Tabela I

	percentagem de dúvida é maior com quase 40% a optar por responder “não concordo nem discordo”.
--	--

*- Perceção sobre a Distribuição do Serviço de RC*

Em Saúde, a distribuição coloca-se ao nível da acessibilidade à informação e aos serviços no que respeita à sua localização geográfica e ao poder económico. Mas também está relacionada com a problemática da inseparabilidade, uma das características e contingências dos serviços. Isto verifica-se pelo papel do médico enquanto “distribuidor” do serviço de saúde e também enquanto instrumento das unidades de saúde enquanto “distribuidor” das orientações dessas mesmas unidades de saúde. No Quadro 12 tentou-se aferir qual o grau de perceção dos prestadores de saúde sobre as acessibilidades ao serviço em termos de acesso à informação, sobre as condicionantes que dificultam o acesso e sobre o papel do médico enquanto referenciador do serviço.

**Quadro 12. Política de Distribuição**

<b>Orientações do ICPA (Estudo de Caso)</b>	<b>Perceção dos Prestadores de Saúde</b>
<p><i>- Esta nova clínica tem excelentes acessibilidades, tanto no que respeita à sua arquitetura, como em termos de transportes públicos (...).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Varia entre os Trezentos e os Novecentos euros;</i></li> </ul>	<p><b>RC6</b> Hipóteses que condicionam a adesão dos doentes aos serviços de RC</p> <p><b>Resultados</b> Como já foi evidenciado antes, apenas 6% dos inquiridos consideram que as acessibilidades são um entrave à adesão a este serviço por parte dos doentes.</p> <p><b>RCICPA13</b> Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a doentes seus?</p> <p><b>Resultados</b> A questão do preço elevado volta a interessar na medida em que fatores económicos podem dificultar o acesso a este serviço.</p>

<p><i>- A referência pelo médico assistente (ou médico de família) é a chave do sucesso;</i></p> <p><i>Estes Programas de RC do ICPA têm de ser do conhecimento geral, ou seja, tanto os doentes como os médicos devem saber que existe esta alternativa para recuperar o bem-estar do doente cardíaco.</i></p>	<p><b>RC5</b> Qual o grau de concordância que atribui à seguinte afirmação: O papel do médico assistente na referência de um serviço de reabilitação cardíaca é fundamental.</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>96,9% dos inquiridos concordam que o papel do médico de família é fundamental na referência deste tipo de serviços.</p>
	<p><b>RC ICPA9</b> Considera suficiente a informação disponibilizada aos profissionais de saúde sobre este serviço prestado pelo ICPA?</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>50% dos prestadores de saúde inquiridos considera que a informação disponibilizada sobre o serviço de RC não é suficiente. 31% considera ser suficiente.<sup>12</sup></p> <p>60% dos prestadores do ICPA considera também que a informação disponibilizada não é suficiente.</p>
	<p><b>RC ICPA11</b> Considera útil existirem sessões de esclarecimento à população sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca?</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>73% dos inquiridos consideram ser importante existirem sessões de esclarecimento sobre Reabilitação Cardíaca, junto da população.<sup>13</sup></p>
	<p><b>RC ICPA12</b> Considera útil existir sessões de formação sobre o serviço de RC do ICPA para profissionais de saúde?</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>78% dos prestadores de saúde consideram que é útil existirem sessões de formação para profissionais sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca.<sup>14</sup></p>

<sup>12</sup> Anexo 6 – Tabela J

<sup>13</sup> Anexo 6 – Tabela k

<sup>14</sup> Anexo 6 – Tabla L

*- Perceção sobre a Evidência Física e as Pessoas do Serviço de RC*

Nesta fase importa constatar a perceção dos inquiridos sobre os elementos do *Servicescape* ou seja sobre as infraestruturas e ambiente físico do ICPA e também sobre as pessoas que lidam com os doentes e clientes no serviço de RC do ICPA. Segundo a literatura, o ambiente físico contribui para que as primeiras impressões sejam fortes e positivas.

No que respeita às Pessoas, já se afirmou aqui que o médico desempenha um papel crucial na educação do doente e é intermediário da promessa de valor das organizações de saúde para com os doentes. Também o pessoal de contacto com o doente deve estar imbuído do espírito da organização e conhecer o serviço em questão. O estabelecimento de um relacionamento de confiança é fundamental para o sucesso no desempenho dos serviços;

No Quadro 13 verifica-se as perceções dos prestadores de serviço sobre estas premissas e as orientações da instituição.

**Quadro 13. Perceção sobre a Evidência Física e as Pessoas que compõem o serviço de RC**

<b>Orientações do ICPA</b> (Estudo de Caso)	<b>Perceção dos Prestadores de Saúde</b>
--	--

<p>- <i>Um dos componentes inovadores da nova Clínica foi a abertura de um grande espaço dedicado á reabilitação cardíaca, que constitui na sua essência a modalidade mais avançada e completa de prevenção;</i></p> <p>- <i>Dispomos de excelente equipamento de exercício, monitorização por ECG, balneários;</i></p>	<p><b>RC ICPA5</b> Como classifica as infraestruturas e equipamentos onde se realiza o serviço de RC do ICPA?</p> <p><b>Resultados</b> 64,1% considera as infraestruturas “Adequadas” para responder às necessidades de um serviço de RC. Independentemente de prestar serviço no ICPA, todos têm a percepção de que as infraestruturas e equipamentos são adequados (ponto 4 da escala e média das respostas em ambos os casos).<sup>15</sup></p>
<p>- <i>Todo o Programa é realizado aqui na Clínica, desde as consultas à reabilitação física, tornando-se mais cómodo para os clientes;</i></p> <p>- <i>(Formação dos colaboradores) Não é algo específico do Serviço de Reabilitação Cardíaca, mas sim, transversal a todos os serviços prestados na nova clínica. Especialmente para o pessoal de front office que precisam ter conhecimento sobre os serviços, seguros associados, médicos, horários, formas de receber e falar com as pessoas que nos procuram.</i></p>	<p><b>RC ICPA6</b> Os técnicos que acompanham o serviço de RC têm as competências necessárias para o fazer.</p> <p><b>Resultados</b> 46% confiam nas competências dos técnicos do serviço de RC do ICPA. Os profissionais que prestam serviço no ICPA “concordam” (ponto 2 da escala), os outros “não concordam nem discordam” (ponto 3 da escala).<sup>16</sup></p> <p><b>RC ICPA7</b> Os rececionistas do ICPA sabem acolher e informar os clientes sobre o serviço de RC</p> <p><b>Resultados</b> No que respeita ao pessoal de frontoffice 70% dos inquiridos respondeu “não concordo, nem discordo” podendo significar que não têm grande conhecimento sobre a sua performance.<sup>17</sup></p>

No que respeita à Evidência Física e às Pessoas que fazem parte integrante do serviço e que contribuem para o sucesso do mesmo é notório nestes resultados que aqueles que conhecem verdadeiramente o serviço, reconhecem-lhe os seus pontos fortes no que respeita às infraestruturas e aos técnicos de Reabilitação Cardíaca, pois

<sup>15</sup> Anexo 6 – Tabela M

<sup>16</sup> Anexo 6 – Tabela N

<sup>17</sup> Anexo 6 – Tabela O

a avaliação feita pelos prestadores foi sempre positiva. Os resultados refletem também, o interesse que habitualmente os profissionais de saúde têm no que respeita a questões técnicas e tecnológicas na prestação dos serviços de saúde e, talvez por isso, não se valorize tanto o papel dos rececionistas.

#### **4.2.2. Análise de Dados (Fase II): Estratégias de Comunicação**

A Comunicação, enquanto ferramenta estratégica dos 7P's do Marketing de Serviços tem um papel fundamental para ultrapassar os constrangimentos associados aos serviços, nomeadamente aos serviços de saúde. Salienta-se também a sua função de educação tanto dos prestadores de saúde como dos doentes no que concerne às técnicas terapêuticas, bem como, à realidade de cada patologia e de que forma se podem adotar hábitos de vida mais saudáveis para minimizar os efeitos dessas mesmas patologias ou até mesmo preveni-las.

*- Perceção sobre a Comunicação e Promoção do Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA*

No próximo quadro foi possível analisar de que forma os profissionais de saúde percecionam as estratégias de comunicação desenvolvidas e implementadas pelo ICPA.

Esta análise incide sobre as estratégias de comunicação e as suas dimensões já identificadas anteriormente, nomeadamente os públicos-alvo, os objetivos/funções, a mensagem (no que respeita a informação disponibilizada, na medida em que esta é ou não suficiente) e os canais de comunicação<sup>18</sup> utilizados pela instituição para a divulgação do serviço. Foi também perguntado se há necessidade de novas formas de disseminar a informação do serviço e se existe necessidade de maior informação para os dois públicos-alvo principais dos serviços de saúde: os médicos e os doentes.

---

<sup>18</sup> Anexo 6 – Tabela P

### Quadro 14. Percepção sobre as estratégias de Comunicação

Orientações do ICPA	Percepção dos Prestadores de Saúde
<b>Dimensão 1. Público - Alvo</b>	
<p>Sobre esta dimensão, um dos principais públicos-alvo são os próprios prestadores de saúde e identificados na caracterização da amostra. Os prestadores, nomeadamente os Cardiologistas e Médicos de Medicina Geral e Familiar, são os principais intervenientes no processo de referenciação do serviço, daí que se constituam como um dos principais alvos das estratégias de comunicação empreendidas.</p>	
<b>Dimensão 2. Objetivos/Funções</b>	
<p><u>Principais objetivos do Plano de comunicação do Serviço de RC do ICPA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conhecer o Serviço de Reabilitação Cardíaca;</li> <li>- Promover o Serviço de RC enquanto fator diferenciador em serviços de saúde de cardiologia;</li> </ul> <p><i>- Os clínicos necessitam de mais informação e claro, é fundamental que tomem conhecimento de que agora, existe este serviço na margem sul.</i></p>	<p><b>RC ICPA1</b> Tem conhecimento sobre o Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA?</p> <p><b>Resultados</b> Tal como já referido anteriormente o grau de reconhecimento do serviço situa-se acima dos 80%, evidenciando que de uma forma geral existiu eficácia na comunicação da abertura do serviço.</p> <p><b>RC ICPA9</b> Considera suficiente a informação disponibilizada aos profissionais de saúde sobre este serviço prestado pelo ICPA?</p> <p><b>Resultados</b> Volta-se a repetir esta questão tendo em conta que denota existir um desvio entre o que é divulgado em termos de conteúdo e o grau de conhecimento dessas informações. Desta forma os prestadores terão maiores dificuldades em orientações do serviço aos seus doentes e consequentemente a impossibilidade de os educar de forma consistente para este tipo de terapia.</p> <p>Importa também referir que 89% dos profissionais de saúde inquiridos afirmam não ter Formação em Reabilitação Cardíaca. Dos que colaboram com o ICPA, apenas 4 possuem essa formação. De ressaltar que 78% dos</p>

	inquiridos considera importante existirem sessões de formação para profissionais. <sup>19</sup>
<b>Dimensão 3. Mensagem/Conteúdos/Informações</b>	
<p><i>- Existe uma real necessidade de formação dos clínicos sobre estes programas, mas a população também tem eu ser educada neste sentido (...) na adoção de hábitos de vida mais saudáveis após um acidente cardiovascular.</i></p>	<p><b>RC ICPA 9a</b> Que outras informações considera necessárias?</p> <p><b>Resultados</b> As informações disponibilizadas prendem-se com a composição dos programas individualizados, a equipa, as infraestruturas, os benefícios, públicos-alvo, porém 50% dos inquiridos enunciaram outras informações importantes, com destaque para “mais informação sobre acordos/seguros e convenções”, “papel do médico de família ao longo do serviço de RC”, “mais informações técnicas”.</p>
<b>Dimensão 4. Canais e Mix da Comunicação</b>	
<p><b>Canais e Mix da Comunicação</b> definidos pelo ICPA:</p> <p><b><u>Para os Médicos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Email do Presidente do ICPA</li> <li>- Folheto explicativo distribuído nas Unidades de Saúde Familiar do concelho e disponível na própria clínica;</li> <li>- Jornadas de Cardiologia e HTA de Almada;</li> <li>- Reunião com o corpo clínico do ICPA;</li> <li>- Guia de Referenciação Interna dos PRC do ICPA;</li> <li>- Conferências com especialistas europeus;</li> </ul>	<p><b>RC ICPA8</b> De que forma teve conhecimento do serviço de RC do ICPA? Se for o caso, pode indicar mais do que uma hipótese.</p> <p><b>Resultados</b> Dos canais de Comunicação utilizados, aqueles que registaram maior nº de contatos foram “Jornadas de Cardiologia” (71,2%), “Site do Presidente” (67,3%) e “Email do Presidente” (61,5%). Para além destes canais, os prestadores que colaboram com o ICPA apontaram o “Guia de Referenciação Interna” (73,1%) como um dos canais através do qual tiveram maior conhecimento sobre o serviço de RC.<sup>20</sup></p>

<sup>19</sup> Anexo 6 – Tabela L

<sup>20</sup> Anexo 6 – Tabela P1

<p><i>- Os clínicos necessitam de mais informação e claro, é fundamental que tomem conhecimento de que agora, existe este serviço na margem sul.</i></p> <p>O médico enquanto canal de transmissão das orientações da instituição sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca.</p>	<p><b>RC ICPA10</b> Considera útil ter à sua disposição material de divulgação do serviço de RC do ICPA para o poder explicar a potenciais participantes deste serviço?</p> <p><b>RCICPA 10a</b> Ordene do 1 ao 4, consoante o grau de importância que atribui aos materiais de divulgação abaixo descritos. (1 - mais importante; 4 - menos importante)</p> <p><b>Resultados</b> 79% dos prestadores de saúde inquiridos consideram útil ter materiais de divulgação à sua disposição, nomeadamente uma “Brochura” (45,3%) com o máximo de informações possíveis sobre o serviço de RC e um “Guia Online” (20,3%).<sup>21</sup></p> <p><b>RC ICPA13</b> Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a doentes seus?</p> <p><b>Resultados</b> 56% recomendariam o serviço com base na perceção geral que detêm.<sup>22</sup> O grau de referenciação aumenta para os inquiridos que prestam serviço no ICPA (69%)<sup>23</sup>, revelando já alguma confiança neste serviço. Para estes prestadores, as principais justificações que explicam um grau de referenciação ainda não muito elevado, prendem-se com o “custo elevado” do serviço e um “conhecimento pouco aprofundado” pelo mesmo.<sup>24</sup></p> <p><b>RC ICPA14</b> Referenciaria o serviço de RC do ICPA a colegas seus?</p>
---	---

<sup>21</sup> Anexo 6 – Tabela Q1

<sup>22</sup> Anexo 6 – Tabela R

<sup>23</sup> Anexo 6 – Tabela S

<sup>24</sup> Anexo 6 – Tabela S1

	<p><b>Resultados</b></p> <p>No que respeita à referenciação do serviço a colegas<sup>25</sup> os valores são também mais elevados de uma forma geral, como demonstrado nas figuras em baixo. Uma vez mais a principal causa argumentada para aqueles que escolheram não referenciar o serviço, prende-se com um “conhecimento pouco aprofundado” sobre o serviço de RC do ICPA.</p>
--	---

Dos resultados obtidos importa referir que existe um desvio entre o que é divulgado em termos de conteúdo e o grau de conhecimento dessas informações. Esse desvio poderá ficar a dever-se à falta de conhecimento aprofundado sobre o tema na sua generalidade, mas também sobre o serviço promovido pelo ICPA. Por estas razões, os profissionais concordam que seria benéfico a existência de mais formações sobre o tema e um reforço da Comunicação sobre o serviço de RC com conteúdos mais técnicos e aprofundados que permitam ao prestador de saúde ter maior facilidade em referenciar o serviço aos seus doentes.

#### 4. CONCLUSÕES

Da análise aos dados primários e secundários desta investigação foi possível atingir o primeiro objetivo de investigação, no sentido em que se determinaram quais as estratégias utilizadas pela instituição para divulgar o serviço de Reabilitação Cardíaca e que estes obedecem aos princípios do Marketing de Serviços e seguem o Processo de Comunicação. No que respeita ao segundo objetivo, constata-se que essas estratégias não foram completamente percebidas pelos profissionais de saúde, público-alvo do estudo exploratório, embora exista um elevado grau de perceção da existência do serviço. As seguintes conclusões reforçam estas constatações.

---

<sup>25</sup> Anexo 6 – Tabela T

- Apesar de serem perceptíveis as estratégias de Marketing de Serviços aplicadas ao serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA e de o Plano de Comunicação para este serviço seguir o normal processo de comunicação, os objetivos estabelecidos inicialmente para este serviço não foram completamente atingidos. Esta constatação verifica-se pelo fraco desempenho na angariação de clientes, por um grau de conhecimento do serviço de apenas 50% por parte dos prestadores de saúde no seu todo e pela evidente necessidade de maior informação à cerca deste serviço.
- A comunicação com o exterior é efetuada de forma integrada, através da utilização de diversos canais, nomeadamente as redes sociais onde o contacto com clientes ou potenciais clientes é realizado de forma mais direta e informal. A mensagem centra-se na importância da multidisciplinariedade em saúde, dos cuidados primários e da adoção de hábitos de vida saudáveis.
- As estratégias de comunicação evidenciadas pelo Plano de Comunicação do serviço de RC do ICPA procuram ultrapassar os desafios dos serviços, como a intangibilidade, nomeadamente com a utilização de testemunhos de participantes nos programas de RC, na comunicação dos múltiplos benefícios do serviço e na demonstração dos espaços físicos onde o serviço tem lugar.
- Tendo em conta que mais de 90% dos inquiridos consideram que o papel do médico é essencial na referenciação deste tipo de serviços, a comunicação boca-a-boca constitui-se como uma das formas mais eficazes na transmissão das mensagens sobre este serviço.

- As questões da inseparabilidade e da heterogeneidade dos serviços têm sido minimizadas através da formação dos colaboradores, nas comunicações internas exercidas junto dos prestadores de saúde que colaboram com o ICPA e na construção de procedimentos uniformizados para o serviço de RC.
- As informações consideradas mais significativas incidem sobre as possibilidades de financiamento que um potencial doente poderá ter à disposição para poder usufruir de um serviço de Reabilitação Cardíaca. Os prestadores sentem necessidade de dar essa informação aos seus doentes, de forma a reduzir os entraves à adesão neste tipo de serviços.
- Verifica-se que a aposta na comunicação digital (Email do Presidente, Site do ICPA e referência a um Guia Online com informações sobre o serviço de RC) surte efeito e deverá ser incrementada a par de materiais palpáveis como uma “Brochura”, pois facilita a explicação do serviço por parte do prestador de saúde.
- As estratégias de comunicação junto dos prestadores de saúde conduziram a um grau de *awareness* do serviço de RC de 81,3%, sendo de realçar que estes prestadores conhecem os procedimentos e o próprio programa terapêutico do serviço de Reabilitação Cardíaca.
- É um resultado expectável, mas que deverá ser tomado em consideração: os prestadores de saúde, na sua maioria os especialistas de Medicina Geral e Familiar que trabalham nos Centros de Saúde do Conselho de Almada, são quem tem um conhecimento menos

aprofundado sobre o serviço e por essa razão a sua taxa de referenciação também é mais baixa.

- A fraca percentagem de prestadores com formação na área poderá colocar-se como um entrave na referenciação do serviço.
- Apenas uma pequena percentagem de profissionais considera que a “Descrença dos Profissionais sobre RC” (3,1%) e o facto de o serviço não ser “Economicamente interessante para os Profissionais de Saúde” (4,7%), são motivos para o insucesso deste serviço, o que pressupõe existir abertura para uma maior taxa de referenciação do serviço de RC se obtiverem as informações adequadas e robustas sobre o serviço.
- Aliada a essa disponibilidade está o nível de confiança depositada nas competências dos técnicos que colaboram no serviço de RC do ICPA, bem como, nas infraestruturas onde se desenrola o serviço.

## **CONSIDERAÇÕES FUTURAS**

Atendendo aos resultados apurados, o Gabinete de Comunicação o ICPA deverá ponderar o tipo de conteúdos (a mensagem) que deverão ser construídos, de forma a satisfazerem as necessidades de informação reveladas. Devem sobretudo contemplar todas as que já haviam sido transmitidas (composição dos programas individualizados, a equipa, as infraestruturas, os benefícios, públicos-alvo) e adicionar as sugestões aqui apresentadas, tais como, informações técnicas, que formas de financiamento existem e, sobretudo, como se vai desenrolar o papel do médico referenciador ao longo do serviço.

Sendo o papel do médico tão preponderante, a comunicação boca-a-boca deve ser reforçada e encaminhada para o principal objetivo, aumentar o nº de participantes no serviço. O ICPA poderá considerar a criação de fóruns de discussão sobre o tema da Reabilitação Cardíaca e convidar mais médicos a visitar o serviço, ouvindo a sua opinião e divulgando os seus testemunhos.

Empreender ações de formação sobre Reabilitação Cardíaca contribui também para uma maior eficácia da comunicação sobre o tema e conseqüentemente uma maior referenciação.

A par destas formas de comunicação, será fundamental continuar a desenvolver uma comunicação integrada, aliando os meios digitais aos tradicionais. Fazendo com que essa integração esteja presente nas comunicações efetuadas junto das entidades com quem se estabelecem protocolos e com as seguradoras sendo que também elas se constituem como fontes de referenciação do serviço.

Desta forma, será possível empreender uma comunicação mais eficaz para o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA.

### **Pistas para investigações futuras**

No decorrer da análise de resultados da Fase II e das conclusões retiradas, a questão da formação em Reabilitação Cardíaca foi bem recebida pelos prestadores de saúde, pelo que, se o ICPA estiver disposto a investir nessa área, seria interessante verificar após um determinado período de tempo como isso se poderia refletir no desempenho do serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA.

Existindo aqui um triângulo de intervenientes no serviço de RC do ICPA, os prestadores de saúde, os clientes e o próprio instituto, seria também interessante apurar o grau de conhecimento sobre Reabilitação Cardíaca, por parte dos doentes, potenciais participantes neste tipo de serviços. E, em particular, o seu conhecimento sobre o serviço de RC.

Desta forma, haveria uma informação mais completa que poderia permitir uma maior integração das diferentes partes interessadas.

## **BIBLIOGRAFIA**

Abreu, A., Bettencourt, N. & Fontes, P. (2013). *Manual de Reabilitação Cardíaca*. (1ª ed). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Ades, P. A., Pashkow, F. J. & Nestor, J. R. (1997). Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17(4), 222-31.

Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J-Pierre, Maroy, C., Ruquoy, D. & Saint-Georges, Pierre. (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª ed). Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda.

Amaral, S. A. (2008). Marketing da Informação: entre a promoção e a comunicação integrada de marketing. *Inf. & Soc.: Est., João Pessoa*, 18(1), 31-44. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/1636/1637> (Acedido a 11 Novembro 2013).

Barker, R. (2013). Strategic integrated communication: An alternative perspective of integrated marketing communication?; *Communication*, 39(1), 102–121. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02500167.2013.741071> (Acedido a 16 Novembro 2013).

Bell, J. (2010). *Como realizar um projecto de investigação*. (5ª ed). Lisboa: Gradiva.

Brown, S. W., Fisk, R. P. & Bitner, M. J. (1994). The Development and Emergence of Services Marketing Thought. *International Journal of Service Industry Management*, 5(1), 21-47. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=237eeb65-fc33-4971-8bed-e1ab6f0add1d%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4107> (Acedido a 16 Novembro 2013).

Buckley, P. T. (2009). *The Complete Guide to Hospital Marketing*. (2ª ed.). EUA: HCPro, Inc.

Caetano, J. (2013). Fundamentos da Comunicação. In Brochado, A., Caetano, J., Cobra, J., Fonseca, J. M., Portugal, M. N., Varela, M., Brandão, N. G., Fontan, O., Cruz, R. &

- Miranda, S. (1ª ed.). *Marketing e Comunicação - Desafios da Globalização*. Lisboa: Escolar Editora.
- Caetano, J. & Rasquilha, L. (2009). *Gestão da Comunicação*. (1ª ed). Lisboa: Quimera.
- Castro, J. P. (2002). *Comunicação de Marketing*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico*. (2ª ed). Lisboa: Escolar Editora.
- Chase, J. (2013). Big Shift (Health Marketers Trend Report, 34-40). *Medical Marketing & Media, CommonHealth Worldwide*. Disponível em: [www.mmm-online.com](http://www.mmm-online.com) (Acedido em 26 de Julho 2014).
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Crié, D. & Chebat, J. C. (2013). Health Marketing: toward an integrative perspective. *Journal of Business Research*, 66, 123-126.
- Cruz, R. (2013). Marketing Teoria e Conceitos. In Brochado, A., Caetano, J., Cobra, J., Fonseca, J. M., Portugal, M. N., Varela, M., Brandão, N. G., Fontan, O., Cruz, R. & Miranda, S. (1ª ed.). *Marketing e Comunicação - Desafios da Globalização*. Lisboa: Escolar Editora.
- Einwiller, S. A. & Boenigk, M. (2012). Examining the link between integrated communication management and communication effectiveness in medium-sized enterprises. *Journal of Marketing Communications*, 18(5), 357-361;
- Feliciano, I. (2010). *Marketing em Saúde – políticas e estratégias*. (1ª ed.). Lisboa: Deplano Network SA.
- Fishbein, M. & Capella, J. N. (2006). The Role of Theory in Developing Effective Health Communications. *Journal of Communication*, 56, 1-17.
- Gelb, B. & Johnson, M. (1995). Word of mouth communication: Causes and Consequences, *Journal of Health Care Marketing*, 15(3), 54-58.

Goldenberg, P., Marsiglia, R. & Gomes, M. (2003). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

Gombeski, W. R., Taylor, J., Picciarilli, A., Cundiff, L. & Britt, J. (2007). *Effectively Executing a Comprehensive Marketing Communication Strategy*. *The Hawth Press, Inc.* Disponível em <http://hmq.haworthpress.com> (Acedido a 20 de Maio de 2014).

Hoffman, K. & Bateson, J. (2011). *Services Marketing: concepts, strategies, and case*. (4<sup>a</sup> ed.). EUA: Cengage Learning. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=YbJRaY40AjQC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=YbJRaY40AjQC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (Acedido a 25 de Julho de 2014).

Houston, F. (1986). "The Marketing Concept: What Is and What Is Not", *Journal of Marketing*, 50(2), 81-87.

Kotler, P. (1998). A Generic Concept of Marketing. *Marketing Management*, 7(3), 48.

Kotler, P. & Armstrong, G. (2003). *Princípios de Marketing*. (9<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Prentice Hall.

Kotler, P., Kartajaya, H. & Setiwan, I. (2010). *Marketing 3.0 – Do Produto e do Consumidor até ao Espírito Humano*. (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Actual Editora.

Kotler, P. & Keller, K. (2012). *Marketing Management*. (14<sup>a</sup> ed.) Chicago: Pearson Education, Inc. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=Y009AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=Y009AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (Acedido em 12 de Junho de 2014).

Kotler, P., Shalowitz, J. & Stevens, R. (2008). *Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building a Customer-driven health system*. (1<sup>a</sup> ed.). EUA: John Wiley & Sons, Inc. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=e8LEVmXCXcQC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=e8LEVmXCXcQC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (Acedido em 26 de Julho de 2014).

- Lega, F. (2006). Developing a marketing function in public healthcare systems: A framework for action. *Health Policy*, 78, 340–352. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol) (Acedido em 1 de Junho de 2014).
- Lindon, D., Lendrevie, J., Lévy, J., Dionísio, P. & Rodrigues, J. (1999). *Mercator XXI – Teoria e prática do marketing*. (8ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Looy, B., Gemmel, P. & Van Dierdonck, R. (2003). *Services Management: An Integrated Approach* (2ª ed.). Grã-Bretanha: Pearson Education. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=c-Zku3nXz1cC&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=c-Zku3nXz1cC&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (Acedido em 26 de Julho de 2014).
- Lovelock, C., Wirtz, J. & Hemzo, M. (2011). *Marketing de Serviços – Pessoas, Tecnologia e Estratégia*. (7ª ed.). São Paulo: Pearson Education do Brasil.
- Martins, G. (2006). *Estudo de Caso – Uma estratégia de pesquisa*. (1ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Mcdonald, M., Frow, P. & Payne, A. (2011). *Marketing Plans for Services: a complete guide*. (3ª ed.). Reino Unido: John Wiley and Sons, Ltd.
- Mckenna, R. (1991). Marketing is everything. *Harvard Business Review*, 69(1), 65-67.
- Mcnab, C. (2009). What Social Media Offers to Health Professionals and Citizens. *Bulletin of The World Health Organization*, 87(8), 566. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/09-066712/en/> (Acedido a 11 de Junho 2014).
- Mittal, B. (1999). The advertising of services: meeting the challenge of intangibility. *Journal of Service Reseach*, 2(1), 98-116.
- Mittal, B. & Baker, J. (2002). Advertising strategies for hospitality services. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 43(2), 51-63.
- Normann, R. (1978). *Service Management: strategy and leadership in service business*. (2ª ed.). Chichester: John Wiley.

Quivy, R. & Campenhout, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva – Publicações S.A.

Radulesco, V. & Cetina, I. (2011). The Impact of Health Care consumer education on marketing strategies of health services organization. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15(1), 390-393.

Rao, K. & Rama, M. (2011). *Services Marketing*. (9ª ed.). Nova Deli: Pearson Education. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=sIJaWp8CVAMC&printsec=frontcover&dq=Services+Marketing+Rao&hl=pt-PT&sa=X&ei=2tdDVJ7jM87saI-KgJgH&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=Services%20Marketing%20Rao&f=false> (Acedido em 26 de Julho de 2014).

Saias, L. (2010). *Marketing de Serviços: qualidade e fidelização de clientes*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Shostack, L. (1977). Breaking Free from Product Marketing. *Journal of Marketing*, 76, 73-80. Disponível em: <http://www2.fiu.edu/~ereserve/010019208-1.pdf> (Acedido a 24 de Maio de 2014).

Stremerch, S. (2008). The emergence of a new field of research, *Intern Journal of Research in Marketing*, 25(4), 229-233. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/ijresmar](http://www.elsevier.com/locate/ijresmar) (Acedido em: 16 de Julho de 2014).

Teixeira, J. & Carvalho, A. (2004). Notas Didáticas – Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utente. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf> (Acedido a 23 de Julho de 2014).

Thomas, R. (2005). *Marketing Health Services*. (1ª ed.). Chicago: Health Administration Press. Disponível em: [http://www.federaljack.com/ebooks/My%20collection%20of%20medical%20books.%202008%20Books%20\(part%202%20of%203\)/Marketing%20health%20services.pdf](http://www.federaljack.com/ebooks/My%20collection%20of%20medical%20books.%202008%20Books%20(part%202%20of%203)/Marketing%20health%20services.pdf) (Acedido em: 23 de Julho de 2014).

Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry & Leonard L. (1985). Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing*, 49(Primavera), 33-44. Disponível em: <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/marketing/facultystaff/zeithaml/selected%20publications/problems%20and%20strategies%20in%20services%20marketing.pdf> (Acedido a 23 de Novembro de 2013).

## **NETGRAFIA**

<http://www.raosoft.com/samplesize.html>; (Acedido em 20 de Setembro de 2014);

<http://www.who.int/> (Acedido a 11 de Maio de 2014)

## ANEXOS

### ANEXO 1

**Tabela A. Objetivos, Necessidades de Informação e Recolha de Dados**

<b>Questão de investigação:</b> Qual a eficácia das estratégias de comunicação da empresa no âmbito do serviço de reabilitação cardíaca?		
<b>Objectivos</b>	<b>Necessidades de informação</b>	<b>Recolha de dados</b>
Conhecer as estratégias de comunicação da empresa para a divulgação do serviço	Descrever o plano estratégico de comunicação construído pela empresa para este serviço em particular	- Entrevistas semi-estruturadas (dados primários) - Documentação interna (dados secundários)
- Quem são os principais prescritores dos programas de RC Fase II e III	- Caracterização da amostra; - Dados sociodemográficos - Razões de escolha da amostra - Considera ter os conhecimentos necessários para aconselhar aos seus doentes um PRC? - Indicaria um PRC aos seus doentes?	- Questionário (dados primários)
- Qual a percepção dos médicos sobre o serviço?  - Qual a importância que os médicos atribuem a este tipo de serviço?	- Awareness - Sabe em que consiste? - Compreende os seus benefícios? - Recomendaria este programa? - Etc	- Questionário (dados primários)
Avaliar se as estratégias de comunicação da empresa para este serviço são as mais adequadas	- Resultados - Discussão e conclusões - Recomendações futuras	- Análise (Interligação entre revisão literatura + análise das estratégias de comunicação existentes + análise dos resultados do questionário)

## ANEXO 2

**Tabela B. Correspondência dos 7P's do Marketing de Saúde à Análise de Conteúdo da entrevista**

Temática	Revisão da Literatura	Análise de conteúdo
<b>Marketing de Serviços</b>	Principais dificuldades a ultrapassar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A reabilitação cardíaca é praticamente inexistente em Portugal;</i></li> <li>• <i>Falta de perceção dos benefícios;</i></li> <li>• <i>Tratamento complexo</i></li> <li>• <i>Custo elevado</i></li> <li>• <i>Falta de motivação dos doentes</i></li> <li>• <i>Falta de participação pelo SNS</i></li> <li>• <i>Falta de visibilidade e de reconhecimento público da importância da reabilitação.</i></li> <li>• <i>Existe grande inercia da parte dos clínicos que como que temem perder a ligação ao doente</i></li> </ul>

<p><b>Marketing de Saúde</b></p>	<p><u>Os 7P's do Serviço de Reabilitação Cardíaca</u></p> <p><b>Produto</b></p> <p>- Quatro dimensões - a) médica; b) social; c) cognitiva; d) emocional;</p> <p>- Serviços principais e serviços complementares (estes servirão para diferenciar);</p>	<p>- Programa de tratamento individualizado, realizado em ambiente médico, que inclui exercício físico, educação alimentar e gestão do stresse;</p> <p>- A Reabilitação cardíaca no ICPA não se limita a um melhoramento físico e funciona, mas envolve um apoio psicológico e uma componente educativa direcionada aos doentes e à sua família;</p> <p>Desenvolvemos um programa de reabilitação com duas fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase II: Extra-hospitalar precoce – Programa que assegura cuidados preventivos e de reabilitação aos doentes após a alta, dentro dos primeiros 3-6 meses, e continua até ao primeiro ano</li> <li>• Fase III: Extra-hospitalar a longo prazo – Assegura cuidados preventivos e de reabilitação a longo prazo (toda a vida);</li> <li>• Integrados na reabilitação cardíaca estão a cozinha pedagógica, o ginásio e o spa médico (...).</li> </ul>
----------------------------------	---	--

<p><b>Marketing de Saúde</b></p>	<p><b>Preço</b></p> <p>- Existem diversos tipos de financiamento, tanto no setor público como no setor privado.</p> <p>- O valor pago pelos clientes tem de ser percebido através dos benefícios oferecidos.</p>	<p><i>Varia entre os Trezentos e os Novecentos euros;</i></p> <p><i>- Contratualizar com seguradoras e estabelecer protocolos tem sido uma estratégia para minimizar os custos para os clientes de RC.</i></p> <p><i>- Dispomos de excelente equipamento de exercício, monitorização por ECG, balneários;</i></p> <p><i>- Sessões 2 a 3 vezes por semana de treino personalizado e em pequenos grupos de 6 pessoas;</i></p> <p><i>- Equipa dirigida por um cardiologista, composta por especialista de motricidade humana, nutricionista e psicóloga.</i></p> <p><b>Benefícios:</b></p> <p><i>a - Reduzir em cerca de um terço a mortalidade cardiovascular, futuros eventos e ainda o reinternamento hospitalar</i></p> <p><i>b . Melhorar a qualidade de vida</i></p> <p><i>Diminuir ou eliminar os sintomas de doença</i></p> <p><i>Aumentar a capacidade física para fazer uma vida ativa</i></p> <p><i>Reduzir os efeitos psicológicos (ansiedade e depressão) causados pela doença</i></p> <p><i>Promover uma alimentação saudável</i></p> <p><i>Participar num programa de atividade física eficaz e seguro</i></p> <p><i>Reduzir os fatores de risco, assegurando um melhor controlo do colesterol, da tensão arterial, da diabetes e do peso corporal</i></p> <p><i>Ajudar a deixar de fumar</i></p> <p><i>Aprender estratégias preventivas e aumentar os conhecimentos sobre a doença cardiovascular.</i></p>
----------------------------------	--	---

<p><b>Marketing de Saúde</b></p>	<p><b>Distribuição</b></p> <p>- Coloca-se ao nível da acessibilidade aos serviços de saúde, em termos económicos e geográficos;</p> <p>- Questão da inseparabilidade, uma vez que a produção, a distribuição e o consumo de serviços são simultâneos;</p> <p>- Três níveis no canal de distribuição de serviços de saúde: <u>Nível 0</u> – o doente procura diretamente os serviços de um hospital, clínica ou consultório; <u>Nível 1</u> – existe um intermediário podendo ser, neste caso, um plano de saúde ou um seguro de saúde de terceiros; <u>Nível 3</u> – existe um segundo intermediário no processo de comercialização de serviços;</p> <p>-O papel do médico como um dos principais canais de distribuição – “relação agenciada” entre doente e médico;</p>	<p><i>Os três hospitais da Península de Setúbal não desenvolvem quaisquer atividades nesta área.</i></p> <p><i>- O Serviço de Reabilitação Cardíaca situa-se na nova Clínica do ICPA, no Monte da Caparica a cerca de 5km do Hospital Garcia de Orta e a 20 minutos de Lisboa;</i></p> <p><i>- Esta nova clínica tem excelentes acessibilidades, tanto no que respeita à sua arquitetura, como em termos de transportes públicos (...).</i></p> <p><i>- Todo o Programa é realizado aqui na Clínica, desde as consultas à reabilitação física, tornando-se mais cómodo para os clientes;</i></p> <p><i>Estes Programas de RC do ICPA têm de ser do conhecimento geral, ou seja, tanto os doentes como os médicos devem saber que existe esta alternativa para recuperar o bem-estar do doente cardíaco.</i></p> <p><i>-(novamente a questão das Seguradoras e protocolos); (o 3º nível não se coloca neste caso);</i></p> <p><i>- A referência pelo médico assistente ( ou médico de família) é a chave do sucesso;</i></p>
	<p><b>Processos</b></p> <p>- Trata-se de um processo percorrido pelos clientes/doentes e profissionais de saúde, quando escolhem determinada unidade de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doente – Médico de Família – Especialista – tratamento – Médico de Família – especialista.</li> </ul> <p>- Permite que todos os intervenientes conheçam o seu papel e funções de forma a diminuir a heterogeneidade e a permitir a entrega do serviço com o valor que lhe é reconhecido.</p>	<p><i>- A referência pelo médico assistente ( ou médico de família) é a chave do sucesso;</i></p> <p><i>- Existem diferentes formas de um doente integrar um programa de reabilitação cardíaca. O processo mais comum é o doente que está em ambiente hospitalar e que após alta hospitalar é referenciado pelo cardiologista que o assitiu, com o conhecimento do seu médico de família</i></p> <p><i>- Chegando até nós, entra nos nossos procedimentos internos, definidos especificamente para este serviço. Existe a fase de acolhimento onde lhe é explicado todo o programa, incluindo os custos associados e depois a calendarização das consultas,</i></p>

		<p><i>exames e treino físico (...);</i>  <i>- Toda a equipa envolvida tem conhecimento dos doentes que estão em programas de reabilitação e existe uma interação constante da equipa de forma a potenciar a melhoria efectiva do doente. Só assim é possível alcançar os objetivos pretendidos.</i></p>
	<p><b>Evidência Física</b></p> <p>- O Serviscescape ajuda a diminuir a intangibilidade e a facilitar o processo de prestação do serviço;          - Boas acessibilidades, sinalização adequada e perceptível, parque de estacionamento, limpeza das instalações, conforto e decoração, assim como o material gráfico ajudam a criar expectativas e contribuem para que as primeiras impressões sejam fortes e positivas.</p>	<p><i>- Um dos componentes inovadores da nova Clínica foi a abertura de um grande espaço dedicado á reabilitação cardíaca, que constitui na sua essência a modalidade mais avançada e completa de prevenção;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>- Dispomos de excelente equipamento de exercício, monitorização por ECG, balneários;</i></li> </ul> <p><i>- Integrados na reabilitação cardíaca estão a cozinha pedagógica, o ginásio e o spa médico. Foram também criados aqui alguns espaços de repouso como uma biblioteca, o jardim e o pátio interior, tendo em conta o tempo que os doentes em reabilitação terão de permanecer nas instalações.</i>  <i>- Como pode ver é um espaço amplo, cheio de luz devido às enormes janelas de vidro. Nem parece que estamos numa clínica, mas sim, num hotel...</i></p>
	<p><b>Pessoas</b></p> <p>- O médico desempenha um papel crucial na educação do doente;          - O médico é intermediário da promessa de valor das organizações de saúde para com os doentes;</p> <p>- Pessoal de contacto com o doente imbuído do espírito da organização;</p> <p>- O estabelecimento de um relacionamento de confiança é fundamental para o sucesso no desempenho dos serviços;</p>	<p><i>- A referênciação pelo médico assistente ( ou médico de família) é a chave do sucesso;</i></p> <p><i>- (Formação dos colaboradores) Não é algo específico do Serviço de Reabilitação Cardíaca, mas sim, transversal a todos os serviços prestados na nova clínica. Especialmente para o pessoal de front office que precisam ter conhecimento sobre os serviços, seguros associados, médicos, horários, formas de receber e falar com as pessoas que nos procuram. Por isso foi feito um grande investimento.</i></p>

	<p><b>A Promoção ou Comunicação em saúde</b></p>	<p>- Os clínicos necessitam de mais informação e claro, é fundamental que tomem conhecimento de que agora, existe este serviço na margem sul.</p> <p>- Existe uma real necessidade de formação dos clínicos sobre estes programas, mas a população também tem eu ser educada neste sentido (...) na adoção de hábitos de vida mais saudáveis após um acidente cardiovascular.</p>
--	--	---

### ANEXO 3

**Tabela C. Análise da correspondência das Estratégias de Comunicação para o Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA com a Revisão da Literatura das temáticas da Comunicação de Marketing e Comunicação de Serviços de Saúde**

Temática	<u>Processo de Comunicação</u>	Plano de Comunicação do Serviço de RC do ICPA
<p><b>Comunicação de Marketing</b></p>	<p><u>Principais funções</u></p> <p>- Informar, convencer, persuadir e relembrar;</p> <p>- A comunicação deve proporcionar um relacionamento em que existam benefícios mútuos entre empresas e partes interessadas;</p> <p><u>O Processo de Comunicação</u> (Fig. 1; pp. 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>identificar a audiência <ul style="list-style-type: none"> <li>alvo</li> </ul> </li> </ul>	<p>- Nova imagem, com linhas mais simples, modernizadas, incidência na utilização do vermelho e do coração como centro da preocupação e marca da instituição;</p> <p>- Escolha da assinatura “Dá mais vida ao coração” e “Uma segunda oportunidade de vida” – específico para o Serviço de Reabilitação Cardíaca;</p> <p>- Acções de sensibilização, rastreios e conferências junto da população;</p> <p>- Estabelecimento de parcerias e protocolos;</p> <p><b>Públicos-alvo:</b></p> <p>- Corpo clínico ICPA; Cardiologistas do Hospital Garcia de Orta; Médicos de Família do Concelho de Almada;</p> <p>- Clientes/Doentes ICPA;</p> <p>- População do Concelho de Almada;</p> <p>- Seguradoras;</p>





		- Os Textos, as imagens, e o design mantêm-se coerentes e similares, independentemente dos canais utilizados.
--	--	---

## ANEXO 4

### Guião de Entrevista

**Entrevista ao Diretor Clínico do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada e também coordenador do Programa de Reabilitação Cardíaca do Instituto, Prof, Dr. Manuel Carrageta, Cardiologista.**

1. Em termos gerais como perceciona a realidade actual da Reabilitação Cardíaca em Portugal?
  - 1.1 E em particular na margem sul do Tejo?
2. Como é composto o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA?
3. Das 3 fases existentes na Reabilitação Cardíaca: Hospitalar, de Transição ou de Manutenção, qual ou quais são as que existem no ICPA?
4. Quais as maiores dificuldades que considera existirem na implementação deste serviço?
5. Quais os benefícios de um PRC?
6. Quais as principais orientações estratégicas no que respeita a este serviço?

(Posicionamento do Serviço de Reabilitação Cardíaca - diferenciação pelo preço premium/qualidade do serviços; referência na margem sul?;

Para os colaboradores do ICPA;

As estratégias de comunicação

- objectivos
  - principais públicos-alvo)
7. Quão importante considera ser o papel do médico na referenciação deste tipo de serviço?
  8. O que pode significar para o ICPA poder oferecer um serviço como este?

## **ANEXO 5**

### **INQUÉRITO AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

O presente inquérito pretende aferir a eficácia das estratégias de comunicação para o serviço de Reabilitação Cardíaca do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada (ICPA).

Insera-se numa Tese de Mestrado em Gestão de Marketing e dirige-se a profissionais de saúde.

Os dados recolhidos servirão para fins académicos com potencial desenvolvimento profissional.

A sua colaboração é muito importante e apenas demorará entre 7 a 10 minutos.

O esclarecimento de dúvidas pode ser efetuado através do email [marianaseverino.araujo@gmail.com](mailto:marianaseverino.araujo@gmail.com)

Muito obrigado pela sua contribuição.

---

**DADOS PESSOAIS**

**DP1 Sexo**

- Masculino (1)
- Feminino (2)

**DP2 Idade**

**DP3 Habilitações Profissionais**

- Interno. Em que ano? (1) \_\_\_\_\_
- Assistente (2)
- Assistente Graduado (3)
- Consultor (4)
- Especialista. Qual a especialidade? (5) \_\_\_\_\_
- Outro. Qual? (6) \_\_\_\_\_

**DP4 Antiguidade na profissão em anos.**

**DP5 Possui alguma formação em Reabilitação Cardíaca?**

- Sim (1)
- Não (2)

**DP6 Presta serviço no ICPA?**

- Sim (1)
  - Não (2)
-

## **REABILITAÇÃO CARDÍACA – TEMA GERAL**

**RC1 Classifique o seu conhecimento sobre o tema de Reabilitação Cardíaca.**

- Desconheço (1)
- Conheço pouco (2)
- Conheço (3)
- Conheço bem (4)
- Conheço totalmente (5)

If Desconheço Is Selected, Then Skip To End of Survey

**RC2 Concorda com os benefícios apontados aos Programas de Reabilitação Cardíaca (PRC) para os doentes que os integram?**

- Discordo totalmente (1)
- Discordo (2)
- Não concordo nem discordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

**RC3 Concorda que a Reabilitação Cardíaca tem um custo/benefício aceitável?**

- Discordo totalmente (1)
- Discordo (2)
- Não concordo nem discordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

**RC4 Já indicou doentes para algum serviço de Reabilitação Cardíaca?**

- Sim (1)
- Não (2)

**RC5 Qual o grau de concordância que atribui à seguinte afirmação: O papel do médico assistente na referenciação de um serviço de reabilitação cardíaca é fundamental.**

- Discordo totalmente (1)
- Discordo (2)
- Não concordo nem discordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

**RC6 Vários estudos apontam para uma adesão bastante diminuta dos doentes a este serviço de prevenção secundária.**

- Das hipóteses em baixo enunciadas, assinale a importância de cada uma, na adesão dos doentes ao serviço de Reabilitação Cardíaca. Ordene de 1 a 5, sendo 1 a mais importante e 5 a menos importante.

- Características dos doentes (sexo, faixa etária, características psicológicas, capacidade para compreender a informação, etc.).
- Características sociais dos clientes (situação socio-económica, cultura, etnia, suporte social e familiar, etc.).
- Características dos serviços (localização e acessibilidade do local de RC, tempo de espera nos serviços de saúde, condições do espaço onde se realizam os programas, etc.).
- Serviço com pouco interesse económico para os profissionais de saúde.
- Descrença dos profissionais de saúde sobre as vantagens e benefícios da Reabilitação Cardíaca.

---

## **REABILITAÇÃO CARDÍACA NO ICPA**

**RC ICPA1 Tem conhecimento sobre o Serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA?**

- Sim (1)
- Não (2)

If Não Is Selected, Then Skip To End of Survey

**RC ICPA2 Em que fase(s) da Reabilitação Cardíaca se insere o serviço de RC do ICPA?**

- Fase I - Hospitalar (1)
- Fase II - Extra-hospitalar precoce (2)
- Fase III - Extra-hospitalar a longo prazo /Manutenção (3)

**RC ICPA3 Tem conhecimento sobre os procedimentos internos do serviço de RC no ICPA?**

- Sim, conheço bem (1)
- Conheço alguns procedimentos (2)
- Desconheço (3)

**RC ICPA4 Sabe qual a composição dos Programas de Reabilitação Cardíaca no ICPA?**

- Sim, conheço bem (1)
- Conheço pouco (2)
- Desconheço (3)

**RC ICPA5 Como classifica as infraestruturas e equipamentos onde se realiza o serviço de RC do ICPA?**

- Totalmente desadequados (1)
- Desadequados (2)
- Sem opinião (3)
- Adequados (4)
- Totalmente adequados (5)

**RC ICPA6 Os técnicos que acompanham o serviço de RC têm as competências necessárias para o fazer.**

- Concordo totalmente (1)
- Concordo (2)
- Não concordo nem discordo (3)
- Discordo (4)
- Discordo totalmente (5)

**RC ICPA7 Os rececionistas do ICPA sabem acolher e informar os clientes sobre o serviço de RC.**

- Concordo totalmente (1)
- Concordo (2)
- Não concordo nem discordo (3)
- Discordo (4)
- Discordo totalmente (5)

**RC ICPA8 De que forma teve conhecimento do serviço de RC do ICPA? Se for o caso, pode indicar mais do que uma hipótese.**

- Email do Presidente do ICPA (1)
- Jornadas de Cardiologia e HTA de Almada (2)
- Reunião no ICPA (3)
- Newsletter (4)
- Notícias (5)
- Folheto (6)
- Site do ICPA (7)
- Guia de Referenciação Interna dos PRC no ICPA (8)
- Colegas (9)
- Outro. Qual? (10) \_\_\_\_\_

**RC ICPA9 Considera suficiente a informação disponibilizada aos profissionais de saúde sobre este serviço prestado pelo ICPA?**

- Sim, é suficiente (1)
- Não, não é suficiente (2)

If Sim, é suficiente Is Selected, Then Skip To Considera útil ter à sua disposição, ...

**RC ICPA 9a Que outras informações considera necessárias?**

**RC ICPA10 Considera útil ter à sua disposição material de divulgação do serviço de RC do ICPA para o poder explicar a potenciais participantes deste serviço?**

- Sim (1)
- Não (2)

If Não Is Selected, Then Skip To Considera útil existirem sessões de e...

**RCICPA 10a Ordene do 1 ao 4, consoante o grau de importância que atribui aos materiais de divulgação abaixo descritos. (1 - mais importante; 4 - menos importante)**

\_\_\_\_\_ Brochura com detalhes sobre o serviço (o que é, tipos de programas, duração, equipa e grupos de pessoas indicadas para os PRC, exemplos de outros países) (1)

\_\_\_\_\_ Folheto com informações sucintas sobre o serviço (o que é RC), grupos de pessoas indicadas para os PRC, benefícios do serviço, equipa técnica (2)

\_\_\_\_\_ Guia online com as informações descritas nas hipóteses anteriores (3)

\_\_\_\_\_ Outro. Qual? (4)

**RC ICPA11 Considera útil existirem sessões de esclarecimento à população sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca?**

Sim (1)

Não (2)

**RC ICPA12 Considera útil existirem sessões de formação sobre o serviço de RC do ICPA para profissionais de saúde?**

Sim (1)

Não (2)

**RC ICPA13 Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a doentes seus?**

Sim (1)

Não. Porquê? (2) \_\_\_\_\_

**RC ICPA14 Referenciaria o serviço de RC do ICPA a colegas seus?**

Sim (1)

Não. Porquê? (2) \_\_\_\_\_

## ANEXO 6 Análise de Dados do Questionário

**Tabela D. Relação entre Conhecimento sobre RC e Idade**

Escalões etários	Conhecimento sobre RC - Idade		
	Média	N	%
Até 30 anos	2	5	7,8%
31-50 anos	3	35	54,7%
51-65 anos	3	23	35,9%
> 65 anos	5	1	1,6%

**Tabela E. Conhece o Serviço de RC do ICPA**

Conhece o Serviço de RC do ICPA	N	%
Sim	52	81,3
Não	12	18,8

**Tabela E1. Grau de conhecimento sobre RC do ICPA**

Grau de conhecimento de RC do ICPA		
	N	%
Conhece procedimentos do serviço de RC do ICPA	4	25,0%
Conhece composição dos programas de RC do ICPA	16	100,0%

**Tabela E2. Relação entre variáveis “Presta serviço do ICPA” e “Conhece o serviço de RC do ICPA”**

		Conhece o Serviço de RC do ICPA			
		Sim		Não	
		N	%	Não	%
Presta serviço no ICPA	Sim	26	50,0%	0	0,0%
	Não	26	50,0%	12	100,0%

**Tabela F. Em que fase(s) da Reabilitação Cardíaca se insere o serviço de RC do ICPA?**

Fases do serviço de RC do ICPA		Hospitalar	Extra-hospitalar precoce	Manutenção
N	Valid	0	24	49
	Missing	64	40	15

	N	%
Extra-hospitalar precoce	24	
Manutenção	49	100,0%

**Tabela G. O papel do médico assistente na referência de um serviço de reabilitação cardíaca é fundamental.**

O papel do médico assistente na referência de um serviço de reabilitação cardíaca é fundamental		
	N	%
Não concordo nem discordo	2	3,1
Concordo	32	50,0
Concordo totalmente	30	46,9
Total	64	100,0

**Tabela H. Grau de concordância sobre benefícios de RC**

<b>Grau de concordância sobre benefícios da RC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não concordo nem discordo	15	23,4
Concordo	40	62,5
Concordo totalmente	9	14,1
Total	64	100,0

**Tabela I. Concorda que a Reabilitação Cardíaca tem um custo/benefício aceitável**

<b>Custo/Benefício RC aceitável</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Não concordo nem discordo	25	39,1
Concordo	35	54,7
Concordo totalmente	4	6,3
Total	64	100,0

**Tabela J. Considera suficiente a informação disponibilizada aos profissionais de saúde sobre este serviço prestado pelo ICPA?**

<b>Informação para os profissionais de saúde sobre este serviço</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim, é suficiente	20	31,3
Não, não é suficiente	32	50,0
Total	52	81,3
Missing System	12	18,8
Total	64	100,0

**Tabela J1. Que outras informações considera necessárias?**

<b>Que outras informações considera necessárias?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem resposta	38	59,4
acordos e convenções; integração do médico que referencia;	1	1,6
acordos seguradoras e sns	1	1,6
acordos, participações; posição do médico que referencia;	1	1,6
acordos, papel do médico de família	1	1,6
acordos;	1	1,6
acordos; mais sobre os procedimentos de referência para um programa de rc	1	1,6
acordos; mini-curso sobre o tema	1	1,6
as mesmas mas com mais frequência	2	3,1
critérios de referência	1	1,6
Custo para os doentes, acordos com seguradoras, duração, periodicidade	1	1,6
dados técnicos; mais formação; que acompanhamento fará o médico que referencia	1	1,6
deveriam existir mais conferências ou mini-cursos sobre o assunto	1	1,6
Importância da Reabilitação Cardíaca junto dos profissionais de Saúde	2	3,1
Informação mais detalhada	1	1,6
informação mais técnica em termos de resultados	1	1,6
maior divulgação e ser referenciado a partir do serviço hospitalar do SNS	1	1,6

mais casos, referencias técnicas, acordos ou formas de pagamento	1	1,6
mais informações para os clínicos gerais	1	1,6
o que fazer logo após alta hospitalar do doente; mais info para enfermeiros	1	1,6
Protocolo de referência, acordos com subsistemas, seguradoras, preco	1	1,6
relação custos benefícios para os doentes; acordos; papel do médico de família; riscos	1	1,6
relatórios tecnicos periódicos sobre o desempenho do serviço; maior interação com a comunidade hospitalar; acordos	1	1,6
tipos de comparticipação; forma de participação no programa do profissional que recomenda; dados mais técnicos	1	1,6
Todas	1	1,6
Total	64	100,0

**Tabela K. Considera útil existirem sessões de esclarecimento à população sobre o serviço de Reabilitação Cardíaca**

Sessões de esclarecimento sobre RC para a população	N	%
Sim	47	73,4
Não	3	4,7
Total	50	78,1
Missing System	14	21,9
Total	64	100,0

**Tabela L. Considera útil existirem sessões de formação sobre o serviço de RC do ICPA para profissionais de saúde?**

Sessões de formação sobre RC para profissionais	N	%
Sim	50	78,1
Missing System	14	21,9
Total	64	100,0

**Tabela M. Classificação das infraestruturas e equipamentos de RC do ICPA**

Infraestruturas e equipamentos de RC do ICPA		N	%
	Sem opinião	6	9,4
	Adequados	41	64,1
	Totalmente adequados	5	7,8
	Total	52	81,3
Missing	System	12	18,8
Total		64	100,0

**Tabela M1. Relação entre “Classificação das infraestruturas e equipamentos de RC do ICPA” e “Presta serviço no ICPA”**

Presta serviço no ICPA	Infraestruturas e equipamentos de RC do ICPA		
	Média	N	%
Sim	4	26	40,6%
Não	4	38	59,4%

**Tabela N. Os Técnicos do ICPA têm as competências necessárias para o serviço de RC**

Os técnicos que acompanham o serviço de RC têm as competências necessárias para o fazer			
	N	%	
Concordo totalmente	1	1,6	
Concordo	30	46,9	
Não concordo nem discordo	20	31,3	
Discordo totalmente	1	1,6	
Total	52	81,3	
Missing	System	12	18,8
Total	64	100,0	

**Tabela O. Os recepcionistas do ICPA sabem acolher e informar os clientes sobre o serviço de RC**

<b>Os recepcionistas do ICPA sabem acolher e informar os clientes sobre o serviço de RC</b>	N	%
Concordo totalmente	1	1,6
Concordo	5	7,8
Não concordo nem discordo	45	70,3
Discordo totalmente	1	1,6
Total	52	81,3
Missing System	12	18,8
Total	64	100,0

**Tabela P. De que forma teve conhecimento do serviço de RC do ICPA?**

<b>Canais de Comunicação ICPA</b>	N	%
Email do Presidente do ICPA	32	61,5%
Jornadas de Cardiologia e HTA de Almada	37	71,2%
Reunião no ICPA	13	25,0%
Newsletter	20	38,5%
Notícias	6	11,5%
Folheto	23	44,2%
Site do ICPA	35	67,3%
Guia de Referenciação Interna dos PRC no ICPA	20	38,5%
Colegas	21	40,4%
Conferência	4	7,7%
Curso de Geriatria	11	21,2%

**Tabela P1. Análise da variável “canais de comunicação”, através do uso da ferramenta do SPSS “selecção de casos”, filtrando apenas as respostas dos inquiridos que prestam serviço no ICPA**

<b>Médicos ICPA - Canais de Comunicação ICPA</b>	N	%
Email do Presidente do ICPA	21	80,8%

Jornadas de Cardiologia e HTA de Almada	16	61,5%
Reunião no ICPA	13	50,0%
Newsletter	6	23,1%
Notícias	1	3,8%
Folheto	17	65,4%
Site do ICPA	18	69,2%
Guia de Referenciação Interna dos PRC no ICPA	19	73,1%
Colegas	5	19,2%
Conferência	0	0,0%
Curso de Geriatria	0	0,0%

**Tabela Q. É útil ter à disposição material de divulgação do serviço**

<b>É útil ter à disposição material de divulgação do serviço</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	51	79,7
Não	1	1,6
Total	52	81,3
Missing System	12	18,8
Total	64	100,0

**Tabela Q1. Importância dos canais de comunicação**

<b>Importância dos canais de comunicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Brochura	29	45,3
Folheto	4	6,3
Guia online	13	20,3
Outro	5	7,8
Total	51	79,7
Missing System	13	20,3
Total	64	100,0

**Tabela R. Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a doentes seus?**

<b>Grau de referência a doentes do serviço de RC do ICPA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	36	56,3
Não	14	21,9
Total	50	78,1
Missing System	14	21,9
Total	64	100,0

**Tabela R1. Razão por que não indicaria o serviço de RC a doentes**

<b>Razão por que não indicaria o serviço a doentes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conhecimento Pouco Aprofundado	12	18,8
O preço é elevado	2	3,1
Total	14	21,9
Missing System	50	78,1
Total	64	100,0

**Tabela S – Médicos do ICPA: Grau de referência a doentes (selecção de casos)**

<b>Médicos ICPA - Grau de referência a doentes do serviço de RC do ICPA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	18	69,2
Não	6	23,1
Total	24	92,3
Missing System	2	7,7
Total	26	100,0

**Tabela S1. Médicos do ICPA - Razão por que não indicaria o serviço a doentes (selecção de casos)**

<b>Médicos do ICPA - Razão por que não indicaria o serviço a doentes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conhecimento Pouco Aprofundado	4	15,4
O preço é elevado	2	7,7
Total	6	23,1
Missing System	20	76,9
Total	26	100,0

**Tabela T. Indicaria o serviço de Reabilitação Cardíaca do ICPA a colegas seus?**

<b>Grau de referenciação a colegas do serviço de RC do ICPA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	41	64,1
Não	9	14,1
Total	50	78,1
Missing System	14	21,9
Total	64	100,0

**Tabela T1. Razão por que não indicaria o serviço a colegas**

<b>Razão por que não indicaria o serviço a colegas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conhecimento Pouco Aprofundado	9	14,1
Missing System	55	85,9
Total	64	100,0