

E-HEALTHCARE SERVICE: QUALIDADE PERCEBIDA, SATISFAÇÃO E INTENÇÃO DE RECOMENDAÇÃO

RAYANNA KALIANNY DOS SANTOS RODRIGUES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)

EDVAN CRUZ AGUIAR
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)

MANOELA COSTA POLICARPO
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

E-HEALTHCARE SERVICE: QUALIDADE PERCEBIDA, SATISFAÇÃO E INTENÇÃO DE RECOMENDAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A indústria mundial de serviços tem apresentado grande crescimento, observado a partir das dez principais marcas globais, as quais, em sua maioria, são marcas de serviços, estabelecidas pelos maiores empreendedores do mundo (Qureshi et al., 2021). No Brasil, foi o setor de serviços que impactou fortemente o crescimento do PIB do segundo trimestre do ano de 2022, sendo responsável por mais de 50% da economia (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022). Dentro desse setor, destaca-se a área da saúde que de acordo com a consultoria Economist Intelligence Unit (EIU, 2021), no Brasil, possui uma previsão de gastos totais para os anos de 2022, 2023 e 2024 de R\$ 889,2; R\$ 934,9; e R\$ 980,3 bilhões, respectivamente, equivalente a cerca de 10% do PIB do país.

Apesar desse destaque, observa-se a necessidade contínua dos prestadores de serviço de saúde estarem buscando melhorias na realização de suas atividades, tendo em vista que nesse setor é necessário ter um cuidado maior com a qualidade do serviço, por ser uma área que trata da resolução de problemas delicados para o consumidor, com isso, pequenos erros no serviço prestado causará uma impressão negativa a longo prazo no paciente (Nguyen & Nagase, 2019; Altaf et al., 2018).

Para atender aos anseios dos indivíduos por serviços de saúde que sejam seguros e de qualidade, é preciso buscar por inovações tecnológicas que sejam adequadas à demanda dos clientes (Amankwah et al., 2022; Lorenzetti et al. 2016). Com o uso da tecnologia evidencia-se a melhora, na medida em que a sociedade vivencia a quarta revolução industrial que a cada dia progride em ritmo exponencial, e é marcada pelos avanços que ocorrem nos campos da robótica, da inteligência artificial e da internet das coisas (Ul Hassan et al., 2020).

O uso de tecnologia na prestação de serviços de saúde formou uma área comumente conhecida como serviços de e-Health (Guo et al., 2023; Verma et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que e-Health é o uso econômico e seguro da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) a favor da saúde e de áreas relacionadas (Alanezi, 2021). Além disso, acrescentou que, globalmente, se tem o compromisso de desenvolver e implementar tecnologias de e-Health para a detecção, prevenção e tratamento de doenças e promoção da saúde e bem-estar (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). Tal fato pode contribuir para uma melhor qualidade na prestação do serviço, o que corrobora para uma maior satisfação do paciente.

A satisfação dos usuários é considerada como um objetivo fundamental para os serviços de saúde e tem ocupado cada vez mais um lugar de maior importância no momento de realizar a avaliação da qualidade dos serviços (Deji-Dada et al., 2021; Ribeiro, 2017). O fato do cliente ficar satisfeito com o atendimento realizado, possibilita um próximo retorno e maiores chances de recomendação para outros clientes (Verma et al., 2022; Medeiros, 2018).

Nesse cenário, Gumus e Sonmez (2018) pesquisaram a qualidade dos serviços online em hospitais e seus efeitos nas preferências dos consumidores. A partir disso, mapearam os 100 hospitais mais citados e identificaram que os serviços oferecidos online pelos hospitais são muito importantes para os consumidores de saúde. Foi encontrada uma correlação positiva entre as classificações hospitalares dos usuários e os escores avaliados dos hospitais. A implicação desses achados é que os serviços online oferecidos pelos hospitais podem ter uma influência significativa nas preferências hospitalares dos consumidores de saúde.

Posteriormente, Verma et al. (2020) buscaram reconhecer os importantes preditores de qualidade, que são significativos para a satisfação do consumidor com os serviços de e-Health. Ao fim, identificaram que a qualidade de interação, do ambiente hospitalar e do objeto são os principais preditores da satisfação do consumidor com os serviços de e-Health. Nessa pesquisa,

é evidenciada a relevância de aspectos da qualidade para que um paciente fique satisfeito com o serviço prestado. Assim sendo, tendo por relevância o fato que a competitividade empresarial exige que os empreendimentos estejam sempre buscando conhecimentos inovadores que resultem na melhoria da prestação do serviço, a fim de crescer e se manter como referência no mercado (Ferreira et al., 2018), esta pesquisa tem por objetivo analisar a influência que a qualidade percebida do e-Health possui na satisfação e intenção de recomendação dos clientes. Neste sentido, esta pesquisa ao avaliar as percepções de qualidade possibilitará aos prestadores de serviços de e-Health elaborar estratégias mais eficazes para satisfazer e fidelizar os pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico serão descritas as temáticas que formam o referencial teórico, sendo estes, a lógica dominante do serviço, e-Health services e as dimensões de qualidade e as hipóteses de pesquisa e modelo conceitual. Todas elas fundamentam essa pesquisa e subsidiam os procedimentos metodológicos e análises realizados.

2.1 Lógica dominante do serviço

Os serviços representam as atividades econômicas que são consumidas enquanto são produzidas e fornecem valor agregado, sendo em sua essência intangíveis, isto é, o resultado da entrega não é uma construção ou produto físico (Barrios et al., 2023; Zeithaml & Bitner, 2003). Por outro lado, os produtos possuem uma natureza tangível no aspecto físico fazendo com que os clientes comprem os serviços que os produtos realizam para eles e não exclusivamente o produto (Tadajewski & Jones, 2021; Vargo & Morgan, 2005).

Nessa perspectiva, tem-se a lógica dominante do serviço. Nela, entende-se que o produto é um mecanismo utilizado na prestação de serviço (Lusch & Vargo, 2006). O serviço é compreendido como algo que está para garantir o funcionamento do produto, e este produto, por vezes, pode ser apenas o provedor do serviço (Brambilla & Damacena, 2011).

A partir da lógica dominante do serviço, compreende-se que independente da atuação do negócio, o que é entregue é um serviço. Nesse cenário, Zeithaml et al. (1995) enfatizam que a entrega de qualidade de um serviço é de suma importância para ter sucesso e sobreviver no ambiente competitivo.

Parasuraman et al. (1988) definiram a qualidade de serviço como a capacidade da organização de realizar ou superar os anseios dos clientes. Posteriormente, Bitner e Hubbert (1994) relacionaram a qualidade de serviço à ideia geral que os clientes possuem sobre a relativa inferioridade/ superioridade de uma organização na prestação de serviços. Desse modo, tem-se que para melhorar a qualidade do serviço, é preciso mensurá-la e tais métricas irão fornecer as comparações que justificam a mudança que a organização precisa para alcançar a satisfação do cliente/paciente (Amankwah et al., 2022; Zineldin & Vasicheva, 2012). Por isso, é importante que as empresas busquem medir tal aspecto para avaliar a percepção dos consumidores em relação aos serviços que ofertam.

A primeira medida de qualidade de serviço foi feita por Gronroos (2000) composta pelo modelo nórdico. Gronroos identificou duas dimensões, a primeira, foi a qualidade técnica que evidencia o resultado do serviço e a segunda foi a qualidade funcional que se refere ao processo que avalia o modo de entrega do serviço.

Posteriormente, Parasuraman et al. (1988) melhoraram essa medição e criaram a escala SERVQUAL, que mensura a qualidade do serviço através de cinco dimensões centrais: confiabilidade, tangibilidade, responsividade, empatia e garantia. Entretanto, a aplicação dessa escala tem sido discutida em diferentes áreas por alguns autores (Jauch & Orwig, 1997) que determinam a dificuldade de medir os indicadores de qualidade do serviço em uma situação de saúde pela escala de medição SERVQUAL.

A partir disso, Zineldin (2006), expandiu ainda mais o modelo nórdico e a SERVQUAL, desenvolvendo cinco novas dimensões de qualidade (5Qs), que é popularmente conhecido como o modelo 5Qs. De acordo com Zineldin, este modelo tem relevância em qualquer área de saúde, hospital ou clínica de saúde privada em que paciente, médico, enfermeiros e outros profissionais de saúde estejam trabalhando alternadamente.

Diante disso, tem-se o surgimento de uma escala específica para mensuração da qualidade de serviço na área da saúde. Tal modelo possui grande relevância, na medida em que a qualidade do serviço de saúde possui um papel fundamental na satisfação do paciente, além de ser uma das etapas de maior significância para a melhoria da qualidade (Verma et al., 2022; Izadi et al., 2017).

Na área da saúde, a eclosão da concorrência global torna os pacientes mais criteriosos e preocupados com a prestação de serviços de saúde (Guo et al., 2022; Fatima et al., 2018). Isso quer dizer que ao ter uma melhor qualidade nos cuidados de saúde, em relação ao que os homólogos proporcionam, as empresas terão a oportunidade de se destacarem em mercados competitivos (Verma et al., 2022; Karatepe et al., 2005). Diante disso, os profissionais de saúde devem sempre buscar melhorar a condução de suas atividades.

2.2 e-Health services e as dimensões de qualidade

Diferentemente de outros setores do país, em que a incorporação da tecnologia é vista de forma negativa, por ser, por exemplo, um facilitador para o aumento de desemprego, na área da saúde o uso é positivo, haja vista ser capaz de trazer melhorias na prestação de serviços e diagnóstico de patologias, gerando como consequências melhora no atendimento, aumento da idade média da população e outros benefícios (Gomes & Dalcol, 1999). De acordo com esses autores, a tecnologia torna-se uma constante tão positiva na área que é praticamente impossível pensar em desenvolvimento na saúde sem associar os termos evolução e tecnologia.

Para uma melhor aplicação do e-Health, a Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 2005, admitiu a Resolução WHA58.28, responsável por elaborar uma estratégia de e-Health para a OMS (World Health Organization, 2023). Ainda de acordo com a WHO (2023), a resolução expõe a urgência dos Estados Membros planejarem serviços de e-Health apropriados em seus países. Ainda em 2005, a OMS lançou o Global Observatory for e-Health (GOe), uma ação dedicada ao estudo da e-Health, evidenciando sua evolução e impacto na saúde dos países (WHO, 2023).

No Brasil, a telemedicina foi regulamentada pela primeira vez, na perspectiva ética, no ano de 2002, através da Resolução de nº 1.643/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM). O CFM autorizou os médicos, que fazem emissão de laudos à distância, a darem suporte diagnóstico e terapêutico, isso nos casos de emergência ou quando solicitado pelo médico responsável pelo paciente (Resolução nº 1.643/2002, 2002).

Antes, o Código de Ética Médica era regulamentado pela Resolução nº 1.246/1988. Nela, era vedada a prescrição de tratamentos e outros procedimentos sem o exame direto do paciente, com exceção dos casos de urgência e que fosse comprovada a impossibilidade de realizá-lo. Nessa situação, o exame direto deveria acontecer assim que não houvesse mais impedimento (Resolução nº 1.246/1988, 1988).

Após a Resolução de nº 1.643/2002, tentou-se regulamentar a telemedicina com maior profundidade, com a Resolução de nº 2.227/2018. Entretanto, foi revogada devido aos altos números de recomendações de alterações. Com a pandemia da Covid-19, o CFM e o ministério da saúde autorizaram a prática da telemedicina como caráter temporário e emergencial. O poder legislativo publicou a Lei nº 13.989/2020, que reforçou a autorização da prática temporariamente e enquanto durasse a crise ocasionada pelo coronavírus (*Lei nº 13.989/2020, 2020*).

Com as intensificações dos debates ocasionados pela pandemia da Covid-19, o CFM definiu e regulamentou a telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação, através da Resolução de nº 2.314/2022, que vigora atualmente. De acordo com o Art. 5º desta resolução, a telemedicina pode ser exercida nas seguintes modalidades de teleatendimentos médicos: teleconsulta; teleinterconsulta; telediagnóstico; telecirurgia; telemonitoramento ou televigilância; teletriagem e teleconsultoria (Resolução nº 2.314/2022, 2022).

No contexto brasileiro, Serrano et al. (2022) investigaram os fatores que influenciam a aceitação da telemedicina para adultos no país. O estudo constatou que os adultos tendem a aceitar a telemedicina independentemente do seu grau de complexidade. Além de que os achados contribuíram para a discussão sobre a telemedicina no Brasil, demonstrando a ausência de barreiras de aceitação pelos pacientes dos serviços de telemedicina. Apesar disso, percebe-se a necessidade de entender e de acompanhar como a qualidade do atendimento está afetando a satisfação desses consumidores, uma vez que, na saúde, a qualidade do serviço é primordial para gerar satisfação.

Neste sentido, é relevante identificar as dimensões da qualidade utilizadas no e-Health. Zineldin (2006) definiu as cinco dimensões da qualidade, sendo essas, a qualidade do objeto, qualidade do processo, qualidade da infraestrutura, qualidade da interação e qualidade da atmosfera. O modelo 5Qs, desenvolvido por este autor, mostra-se adequado para avaliar o serviço no e-Health e já foi utilizado, por exemplo, nos trabalhos de Verma et al. (2020) e Verma et al. (2022). Esse modelo recebeu aceitação na área da saúde, por ter sido desenvolvido com o objetivo de mensurar, exclusivamente, a opinião do consumidor sobre as organizações de saúde (Gohain et al., 2018). A presente pesquisa também utilizará este modelo. A partir da revisão da literatura, as hipóteses de pesquisa e o modelo conceitual a ser adotado foram definidos e estão expostos no próximo tópico.

2.3 Hipóteses de pesquisa e modelo conceitual

O modelo 5Qs avalia a qualidade de serviço a partir de cinco dimensões, para o presente trabalho, foram avaliadas as dimensões de qualidade do objeto, qualidade do processo, qualidade da infraestrutura e qualidade da interação. A qualidade do objeto refere-se a refere à precisão com que o serviço é prestado e define o principal porquê dos consumidores escolherem determinados serviços. Este primeiro ‘Q’ mensura a sensação de bem-estar e a capacidade de fornecer os serviços adequadamente. Neste sentido, entende-se que a qualidade do objeto pode gerar satisfação aos pacientes, assim foi elaborada a primeira hipótese:

H1 - A qualidade do objeto está relacionada positivamente com a satisfação do paciente.

Para Ferreira (2012), a qualidade percebida representa o parecer do consumidor sobre a qualidade e excelência prestados no serviço oferecido. Essa percepção tem grande importância na área da saúde, uma vez que a qualidade do serviço de saúde desempenha um papel crucial na satisfação do paciente (Izadi et al., 2017). Por esta razão, esta pesquisa sugere que a qualidade do processo, que indica a qualidade funcional de como os profissionais de saúde estão oferecendo os serviços, expondo as suas aplicações práticas, está relacionada à satisfação do paciente. Partindo disso, foi definida a seguinte hipótese:

H2 - A qualidade do processo está relacionada positivamente com a satisfação do paciente.

Em seus estudos, Naidu (2009), concluiu que a satisfação do paciente é um construto multidimensional e a satisfação do paciente e a qualidade do serviço são essenciais para melhorar o serviço e a imagem do hospital. Posteriormente, Shabbir et al. (2016) demonstraram a associação positiva entre a qualidade do serviço e a satisfação do paciente. Assim sendo, a qualidade da infraestrutura que corresponde aos tipos de recursos e pessoal que são oferecidos para que o serviço aconteça. No caso dos serviços de e-Health, as plataformas digitais disponibilizadas são avaliadas e podem influenciar a experiência da consulta dos consumidores. Sendo assim, é cabível a hipótese:

H3 - A qualidade da infraestrutura está relacionada positivamente com a satisfação do paciente.

A qualidade da interação sinaliza os métodos adotados e o tempo gasto na comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde. A atitude amigável da equipe hospitalar pode relacionar-se positivamente com a satisfação dos pacientes. A satisfação refere-se à avaliação realizada pelo cliente em relação ao produto ou serviço, do atendimento que foi feito e das suas necessidades e expectativas (Zeithaml, 2003). Caso tais pontos não sejam supridos, tem-se a insatisfação. A satisfação com o consumo pode influenciar na decisão de repetir um mesmo produto e/ou serviço, assim como, a insatisfação pode gerar a mudança de atitude, nesse caso, o cliente irá buscar por outras marcas ou decidir não utilizar mais aquele produto ou serviço (Lobuono et al., 2016). Para tal, foi elaborada a seguinte hipótese:

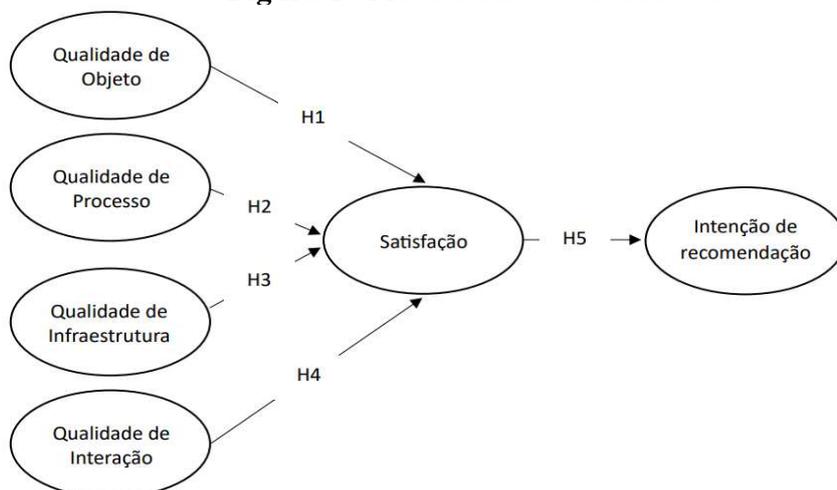
H4 - A qualidade da interação está relacionada positivamente com a satisfação do paciente.

Zeithaml et al. (2000) afirmam que um consumidor satisfeito tem maiores chances de retornar a uma organização de saúde e trazer outros pacientes como resultado de suas recomendações positivas. Em seus estudos, Boisvert e Sajid Khan (2023) levantaram a hipótese de que a satisfação com o serviço prestado tem grande impacto nas recomendações feitas boca a boca. No fim, encontraram uma relação direta e significativa. A fim de avaliar tais informações no cenário do e-Health, foi definido que:

H5 - A intenção de recomendação depende diretamente da satisfação do paciente.

Com base nisso, foi elaborado o modelo conceitual a partir de uma adaptação do modelo 5Qs:

Figura 1 - Modelo conceitual adotado



O modelo conceitual adotado, demonstrado na figura 1, representa o fenômeno de interesse, de modo que as dimensões da qualidade, subdivididas em: qualidade do objeto, qualidade do processo, qualidade da infraestrutura e qualidade da interação, possuem relação com a satisfação que, por sua vez, influencia na intenção de recomendação dos pacientes. Esse modelo, que será apresentado em detalhes no tópico seguinte, foi aplicado através de um estudo empírico, investigado junto aos pacientes de consulta online.

3 MÉTODO DA PESQUISA

A seguir serão descritos os procedimentos metodológicos que foram empregados para obter os resultados da pesquisa em questão, evidenciando a sua natureza, bem como as etapas que envolveram o processo de coleta e de análise dos dados desta investigação.

3.1 Natureza da pesquisa

Nesta pesquisa foi utilizado o método *Survey*, que tem o intuito de averiguar se existem relações entre as informações fornecidas que possam explicar determinadas características de uma população, a fim de produzir dados estatísticos, informações quantitativas ou numéricas de aspectos encontrados no grupo estudado (Babbie, 2003).

Por fim, neste estudo, buscou-se identificar as relações existentes entre as variáveis de análise, o que o caracteriza como correlacional; e os dados que embasaram a pesquisa foram coletados em um único momento com o público-alvo da investigação, sendo assim, de corte transversal (Cooper & Schindler, 2015).

3.2 Processo de coleta

Para o alcance dos objetivos dessa pesquisa, foi elaborado um questionário estruturado com as escalas de mensuração das variáveis envolvidas no estudo para coletar os dados primários com o público-alvo que são os pacientes de teleconsulta da cidade de Campina Grande, na Paraíba.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi definida a amostra através das normas práticas de Hair et al. (2009), a fim de definir o número mínimo de respondentes. A partir disso, foi considerado o número de indicadores do instrumento de coleta e multiplicou-se por 5. Desse modo, a amostra mínima igualou-se a 115 e o total de respondentes chegou a 118. É válido ressaltar que a amostra foi não probabilística por acessibilidade, isso é, o critério para escolha dos respondentes foi de acordo com o interesse do público-alvo em participar do estudo e pela acessibilidade.

O instrumento de coleta dos dados possui 23 afirmativas adaptadas referentes às escalas dos 5Qs, satisfação e intenção de recomendação, que foram analisadas a partir da escala likert de 5 pontos, com variação de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente, conforme a tabela 1. Também foram feitas questões relacionadas ao censo demográfico, a fim de compreender os perfis dos respondentes.

Figura 2 - Escalas utilizadas para mensurar os construtos da pesquisa

Construto/Autor	Itens
Qualidade (Verma et al., 2020)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu tive a sensação de bem-estar durante a teleconsulta. 2. O(A) profissional possuía estrutura para fornecer o serviço de forma adequada. 3. O serviço de teleconsulta é seguro. 4. O serviço foi prestado pelo(a) profissional conforme prometido. 5. Não tive que esperar para agendar a teleconsulta.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Não tive que esperar para ser atendido(a) na modalidade teleconsulta. 7. A teleconsulta tornou o processo de agendamento e atendimento simples. 8. A teleconsulta economizou muito o meu tempo. 9. O(A) profissional que me atendeu possui as habilidades necessárias para fornecer o serviço na modalidade teleconsulta. 10. O(A) profissional tem plataforma própria para realizar teleconsulta (Ex.: site ou aplicativo). 11. A plataforma do(a) profissional possui um setor específico para teleconsulta (Ex.: agendamentos e atendimentos). 12. O(A) profissional dispõe de forma eletrônica de pagamento pelo serviço prestado, seja no particular ou no plano de saúde. 13. Recebi atualizações do(a) profissional sobre o atendimento. 14. Recebi comunicação eletrônica sobre eventuais atrasos ou cancelamentos. 15. Foi fácil e conveniente se comunicar com o(a) profissional pela plataforma de teleconsulta. 16. Foi possível se comunicar com o profissional imediatamente pela plataforma de teleconsulta. 17. Instruções sobre medicamentos, atendimentos e formas de pagamento foram enviadas eletronicamente.
Satisfação (Srivastava & Oza, 2006).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiquei satisfeito(a) com a teleconsulta. 2. Obtive o resultado que esperava com a teleconsulta. 3. Gostei de ser atendido(a) na modalidade teleconsulta.
Intenção de Recomendação (Maxham III & Netemeyer, 2002).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu, muito provavelmente, falarei positivamente sobre o serviço na modalidade de teleconsulta. 2. Eu recomendarei o serviço na modalidade de teleconsulta para os meus amigos. 3. Se meus amigos estiverem precisando de uma consulta ou atendimento, por profissional na área de saúde, eu recomendaria a eles procurarem o atendimento na modalidade teleconsulta.

O questionário foi respondido através da plataforma Google Formulário. Os respondentes tiveram acesso ao questionário através das redes sociais Whatsapp, Instagram e Facebook, seguindo a técnica da bola de neve (snowball). Nela, os respondentes iniciais indicam novos participantes para a pesquisa e assim, sucessivamente, até que chegue no objetivo definido (Baldin & Munhoz, 2011). Também foram feitas aplicações presenciais em alguns pontos da cidade. O período de coleta teve início no dia 04/04/2023 e finalizou no dia 12/05/2023.

3.3 Processo de análise

No que concerne à análise dos dados, inicialmente, foi feita uma inspeção na matriz de dados, com o intuito de identificar dados ausentes (missing values) e extremos (outliers values), a fim de identificar informações que se diferenciam dos demais (Tukey, 1977). Em seguida, para validar a confiabilidade das escalas foram utilizados os testes de Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e o Alfa de Cronbach (Hair et al., 2009).

Além disso, foi aplicada a Modelagem de Equações Estruturais, que corresponde a uma técnica confirmatória que consiste em desenvolver o modelo teórico antes dos dados serem coletados, tendo como objetivo principal confirmar ou não os dados em termos do padrão de comportamento encontrado, tendo por base a argumentação teórica (Hoyle & Isherwood, 2013; Marôco, 2014; Ribas & Vieira, 2011). Tais análises foram desenvolvidas com o auxílio do software estatístico The R Project for Statistical Computing – R, version 3.6.0.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico são abordadas e discutidas as análises dos resultados obtidos a partir da coleta de dados. A princípio, foi feita a caracterização da amostra para entender melhor a descrição dos respondentes. Seguindo com a validação da escala e mensuração das variáveis utilizadas e finalizando com a verificação das hipóteses levantadas anteriormente.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra válida foi composta por 118 respondentes, formados pelo seguinte perfil demográfico: 67,80% do sexo feminino e 32,20% do sexo masculino. Tendo como média de idade 30,17 anos e mediana de 27 anos. Referente ao estado civil, 45,76% são solteiros. No que concerne à renda familiar, tem-se que 33,05% possuem até dois salários-mínimos. E quanto à formação, 34,75% possuem o ensino superior incompleto. Além disso, nesta amostra, 39,83% dos pacientes foram atendidos por um profissional de psicologia. E, de modo geral, 27,12% foram atendidos uma vez por semana.

4.2 Validação da escala e mensuração dos construtos

A fim de verificar a confiabilidade das escalas utilizadas na mensuração dos construtos desta pesquisa, foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória, visto que através dela se pode confirmar se as variáveis possuem associação com os seus respectivos fatores feitos no modelo (Anderson & Gerbing, 1988). Além da Modelagem de Equações Estruturais que tem como principal função especificar e estimular modelos que indiquem relações entre variáveis (Kline, 2011).

Para verificar a consistência interna entre os itens, foi utilizado o Alpha de Cronbach. Essa medida varia entre 0 e 1, entretanto, para a escala ser considerada confiável é preciso assumir valores acima de 0,70 (Hair et al., 2005). A tabela abaixo expõe os resultados satisfatórios, em que todos os valores do Alpha de Cronbach são superiores a 0,70.

Tabela 1 - Cronbach's Alpha, Confiabilidade Composta e Variância Média Extraída

Construto	Cronbach's Alpha	Confiabilidade Composta	Variância Média Extraída
Qualidade do objeto	0.953	0.968	0.911
Qualidade do processo	0.967	0.967	0.936
Qualidade da infraestrutura	0.866	0.873	0.776
Qualidade da interação	0.937	0.950	0.906
Satisfação	0.861	0.898	0.821
Intenção de recomendação	0.909	0.909	0.833

Para uma análise mais minuciosa sobre os construtos, também foi avaliada a confiabilidade composta, que obteve resultado acima do valor mínimo recomendado de 0.60, (Bagozzi & Yi, 2012). Em soma a isso, a variância média extraída assumiu valores superiores ao mínimo aceitável de 0,50 (Hair et al., 2005; Kline, 2011).

No que concerne à validade discriminante, foi aplicada a metodologia de Chin et al. (1997), que tem por objetivo analisar o nível que as escalas mensuram o que se propõem medir, isto é, o esperado é que os construtos não se correlacionem fortemente entre si. Neste caso, tem-

se que apenas a relação entre a intenção de recomendação com a satisfação, não apresentou discrepância. Isso pode ser justificado pela forte relação existente entre essas duas variáveis. Para os demais construtos foi garantido a validade discriminante, uma vez que a raiz quadrada da variância média extraída de cada construto, representado pela diagonal da tabela 2, foi maior do que o valor do quadrado da correlação entre os demais construtos.

Tabela 2 - Validade discriminante do modelo

Variáveis	QOB	PRO	INF	INT	SAT	REC
QOB	0.954					
PRO	0.411	0.970				
INF	0.007	0.131	0.881			
INT	0.468	0.506	0.182	0.952		
SAT	0.659	0.560	0.124	0.497	0.910	
REC	0.688	0.559	0.116	0.557	0.946	0.913

Da estatística descritiva foram calculadas duas medidas de tendência central, sendo essas a média e a mediana, e uma medida de dispersão, o desvio padrão. Na tabela 3, pode se observar que o construto que apresentou maior média corresponde à qualidade do processo com 4.54, em que metade da amostra indicou a pontuação máxima para essa dimensão. Além disso, foi a que obteve menor desvio padrão. O que evidencia que os clientes têm uma percepção positiva quanto às aplicações práticas do serviço que lhes foram prestados.

Enquanto a qualidade de infraestrutura, obteve a menor média com 3.73 de concordância, o que pode ser justificado pela falta de uso de plataformas especializadas, que possuam melhor mecanismo para agendamento e atendimento para esse tipo de atendimento, por parte dos profissionais.

Os pacientes também demonstraram boa satisfação com o serviço de teleconsulta. Tal construto apresentou uma média de 4.24, em que metade dos participantes da pesquisa apontaram a escala máxima de concordância. O que colaborou para que a intenção de recomendação atingisse a média de 4.06, visto que possuem contentamento com a entrega do serviço, apesar de ter apresentado o maior desvio padrão, equivalente a 1.24. Este dado pode estar relacionado ao fato dos consumidores recomendarem o serviço dependendo de qual seja a especialidade da área da saúde.

Tabela 3 - Estatística descritiva dos construtos

Construto	Média	Mediana	Desvio Padrão
Qualidade do objeto	4.22	4.50	1.00
Qualidade do processo	4.54	5.00	0.93
Qualidade da infraestrutura	3.73	3.50	1.05
Qualidade da interação	4.32	4.75	1.02
Satisfação	4.24	5.00	1.10
Intenção de recomendação	4.06	4.50	1.24

4.3 Verificação do modelo e das hipóteses

Nesta análise também foi verificado o modelo estrutural (Bagozzi & Yi, 2012; Anderson & Gerbing, 1988). A avaliação do goodness-of-fit (GOF) foi feita por múltiplos indicadores: χ^2 (qui-quadrado), χ^2/Gl (qui-quadrado por graus de liberdade), NFI (índice de ajuste normalizado), IFI (Índice de Ajuste Corrigido), TLI (índice de Tucker-Lewis, CFI (índice de ajuste comparativo), GFI (goodness-of-fit index), RFI (Índice de Ajuste Relativo), RMSEA

(raiz do erro quadrático médio de aproximação) e SRMR (raiz quadrada média residual padronizado).

Tabela 4 - Ajuste do modelo

Índice	Critério	Modelo Estrutural
X2		69.473
GI		44.00
NFI	$\geq 0,900$	0.950
IFI	$\geq 0,900$	0.981
TLI	$\geq 0,900$	0.971
CFI	$\geq 0,900$	0.981
GFI	$\geq 0,900$	0.918
RFI	$\geq 0,900$	0.925
RMSEA	$\leq 0,08$	0.071
SRMR	$\leq 0,05$	0.043

Ao observar a Tabela 4, vê-se que o modelo obteve qui-quadrado (χ^2) igual a 69.473 e 44 graus de liberdade (GI). Os índices utilizados para ajuste, NFI, IFI, TLI, CFI, GFI e RFI, que tem a função de comparar o modelo proposto com o modelo nulo, estão todos próximos do critério 1.0 de ajuste perfeito (Kline, 2011). O RMSEA também está dentro do limite considerado aceitável (Arbuckle, 2012). O mesmo ocorre com o SRMR. Esses resultados indicam um ajuste apropriado na mensuração dos construtos latentes. A partir disso, foi identificado que a adaptação realizada nas escalas foi adequada.

A seguir, verificou-se que 3 das 5 hipóteses levantadas nessa pesquisa se confirmaram, levando em consideração que os valores do Teste T estão dentro dos intervalos indicados pela literatura $t > 1,96$ e $p \leq 0,05$ (Hair et al., 2005).

Tabela 5 - Testes de hipóteses

Hipóteses	β	Erro	z-valor	p-valor	Status
H1. QO \rightarrow SAT	0.443	0.072	6.141	0.000	Suportada
H2. QP \rightarrow SAT	0.266	0.073	3.623	0.000	Suportada
H3. INF \rightarrow SAT	0.035	0.033	1.058	0.290	Não suportada
H4. INT \rightarrow SAT	0.100	0.055	1.810	0.070	Não suportada
H5. SAT \rightarrow REC	1.347	0.120	11.204	0.000	Suportada

Os dados dessa pesquisa suportaram a hipótese H1, no qual a qualidade do objeto está relacionada à satisfação do paciente, demonstrando que os clientes precisam ter a sensação de bem-estar e segurança com a teleconsulta para ficarem satisfeitos. Em sequência, os dados suportam H2, em que a qualidade do processo está associada à satisfação. Isso quer dizer que a agilidade e eficiência na prestação do serviço tem relevância no contentamento dos clientes. O que está de acordo com Shabir et al. (2016) que em suas análises encontraram que a qualidade de serviço e satisfação se relacionam de forma positiva.

No que concerne a qualidade de infraestrutura, foi visto que, assim como nos estudos de Verma et al. (2020), não é apresentada significância estatística, apesar de possuir relação positiva com a satisfação. Desse modo, a hipótese H3 não foi suportada e isso pode ser explicado pelo início da modalidade de teleconsulta no Brasil. Conforme Serrano et al. (2021), as deficiências de infraestrutura técnica são uma das barreiras que prejudicam a expansão da telemedicina no Brasil. Muitos profissionais ainda não utilizam plataformas próprias para marcar consultas e prestar atendimentos. Em muitos casos, é feito, apenas, o uso de redes

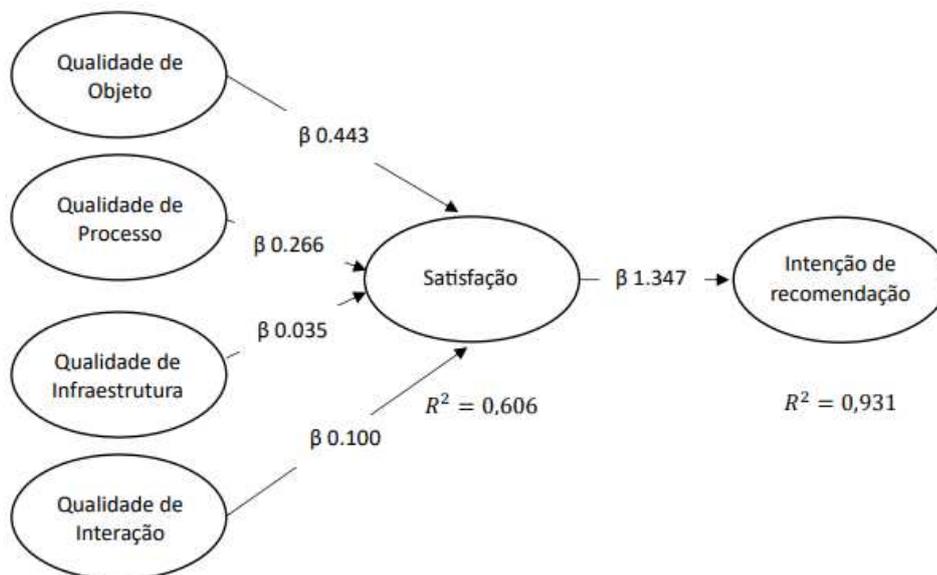
sociais, tais como o Whatsapp, Instagram e ligação para agendamentos e chamadas de vídeo e Google Meet para realização da consulta.

Além disso, os dados dessa pesquisa não suportaram a hipótese H4, que relaciona a qualidade da interação à satisfação. Neste sentido, este achado pode indicar que apesar desta relação ser positiva, a qualidade da interação que inclui os métodos adotados e a quantidade de tempo gasto na comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde, pode não ser um dos principais preditores da satisfação quando o consumidor está focado no processo e infere-se que pode haver uma confiança pré-estabelecida dos consumidores nos métodos escolhidos pelos profissionais.

Por outro lado, encontrou-se que a satisfação possui relação positiva e significativa com a intenção de recomendação, o que suporta a hipótese H5 e compreende que um cliente satisfeito tem maior probabilidade de retornar e indicar novos pacientes para uma organização de saúde. O que contribui para o marketing boca a boca do profissional. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos à satisfação dos usuários dos serviços que prestam, haja vista que a concorrência global também está presente na área da saúde, o que torna os pacientes mais cuidadosos com o serviço que lhe é oferecido (Fatima et al., 2018).

A partir dessas considerações, foi possível identificar a importância da qualidade de objeto e de processo para a satisfação do paciente. Para tanto, é preciso que os profissionais de teleconsulta busquem proporcionar aos seus clientes conforto e segurança e desenvolvam processos que facilitem a prestação do serviço. O que irá contribuir diretamente na possibilidade do usuário recomendá-los. A figura 3 apresenta o modelo conceitual contendo a representação das relações que foram propostas neste estudo.

Figura 3 - Modelo conceitual adotado final



Conforme pode ser observado no modelo, 60,6% da variação da satisfação está relacionada à qualidade do serviço prestado e 93,1% da intenção de recomendação é explicada pela satisfação do paciente. De acordo com os dados, percebe-se o papel mediador da satisfação entre a qualidade e intenção de recomendação.

5 CONCLUSÕES

Esse estudo dedicou-se a analisar a influência que a qualidade percebida do e-Health possui na satisfação e intenção de recomendação dos clientes. A partir da pesquisa desenvolvida, foi identificado que a qualidade de processo e a qualidade de objeto são as

dimensões que possuem melhor percepção de qualidade segundo os pacientes de e-Health e que a qualidade tem forte relação com a satisfação que, por sua vez, afetará de forma significativa na intenção de recomendação.

O trabalho traz novas evidências que corroboram com as discussões feitas por Verma et al. (2020) e Verma et al. (2022) de que o modelo dos 5Qs é mais abrangente e com dimensões de qualidade mais amplas para mensuração da percepção de qualidade dos pacientes. Além de estar de acordo com os achados de Shabir et al. (2016), nos quais foram encontrados uma relação positiva entre a qualidade do serviço e a satisfação do paciente. Também vai de encontro aos estudos de Medeiros (2018) nos quais foi identificado que a satisfação do cliente com atendimento proporciona maiores chances de recomendação.

Além disso, esse estudo pode servir de subsídio aos gestores de empresas do setor de saúde no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias que objetivem melhorar a prestação de serviço por meio da tecnologia, na medida em que houve a regularização da teleconsulta, o que pode proporcionar uma oferta definitiva desse serviço. E, para um melhor atendimento, é preciso estar atento aos aspectos de qualidade que proporcionarão uma melhor satisfação do cliente.

Embora a pesquisa tenha atingido seu objetivo e agregado conhecimento para a área, apresentou algumas limitações. Houve dificuldade de encontrar indivíduos que pertencessem ao público-alvo da pesquisa, haja vista que a teleconsulta passou a ser mais utilizada no Brasil após a pandemia da covid-19 e ainda está ganhando adeptos. Desse modo, não foi possível atingir uma amostra maior, além de ter sido necessário fazer exclusão de dados da pesquisa por falta de atenção dos respondentes. Ademais, não é permitido a generalização desses resultados em decorrência da amostra ter sido não probabilística por acessibilidade.

Por fim, para futuras pesquisas é sugerido que sejam analisadas as diferenças na percepção de qualidade, de acordo com a especialidade da área da saúde. Além disso, pode ser avaliado a confiança e o risco percebido dos pacientes em relação às consultas feitas por meio tecnológico, uma vez que muitos usuários são adaptados ao método convencional de consultas presenciais e não possuem segurança de realizar atendimento médico através do meio virtual.

REFERÊNCIAS

- Alanezi, F. (2021). Factors affecting the adoption of e-health system in the Kingdom of Saudi Arabia. *International Health*, 13(5), 456-470.
- Altaf, M., Tabassum, N., & Mokhtar, S. S. M. (2018). Brand equity and the role of emergency medical care service quality of private cardiac institutes: An empirical investigation. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*.
- Aamankwah, O., Choong, W. W., & Boakye-Agyeman, N. A. (2022). Patients satisfaction of core health-care business: the mediating effect of the quality of health-care infrastructure and equipment. *Journal of Facilities Management*.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- Arbuckle J. L. (2012). IBM SPSS Amos 21. Amos Development Corporation, Chicago, IL.
- Babbie, E. (2003). Survey Research Methods. Belmont, California. Wadsworth Pub. Co: USA.
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (2012). On the evaluation of structural equation models. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94. <https://doi.org/10.1007/BF02723327>
- Baldin, N., & Munhoz, E. M. B. (2011). Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *REMEA-Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, 27.
- Barrios, A., Camacho, S., & Estrada-Mejia, C. (2023). From service to social innovation with a service-dominant logic approach. *Journal of Services Marketing*, 37(2), 201-215.

- Bitner, M. J., & Hubbert, A. R. (1994). Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: The customer's voice. *Service quality: New directions in theory and practice*, 72-94.
- Boisvert, J., & Khan, M. S. (2023). The impact of integrated multi-unit service touchpoints on word-of-mouth recommendations, product satisfaction, and repurchase intentions. *Journal of Strategic Marketing*, 31(1), 37-57.
- Brambilla, F. R., & Damacena, C. (2011). Lógica dominante do serviço em marketing: estudo dos conceitos e premissas aplicados à educação superior privada na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Marketing*, 10(3), 151-176.
- Chin, W. W., Gopal, A., & Salisbury, W. D. (1997). Advancing the theory of adaptive structuration: The development of a scale to measure faithfulness of appropriation. *Information Systems Research*, 8(4), 342-367. <https://doi.org/10.1287/isre.8.4.342>
- Cooper, D. R. (2015). et Schindler, PS (2003). Métodos de pesquisa em administração. *Economist Intelligence Unit* (2021). Healthcare Brazil 4th Quarter 2021. 13p. 2021.
- Deji-Dada, O. O., Dada, S. A., Ogunlusi, J. D., & Solomon, O. A. (2021). Patients' satisfaction with emergency care services in a University Teaching Hospital in South-West, Nigeria. *African Journal of Emergency Medicine*, 11(2), 321-324.
- Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- Ferreira, A., Santos, D., & Borsatto, J. (2018). Qualidade dos serviços: Um estudo em uma loja varejista de calçados. Unipar.
- Ferreira, C. M. C. (2012). *Um estudo sobre fidelização e retenção de clientes na área do fitness* (Doctoral dissertation).
- Gohain, K., Thambiah, S., & Hong, T. C. (2018). Patients loyalty framework towards healthcare services in Malaysia. *International Journal of Business and Management*, 13(9), 148.
- Gomes, L. C. N., & Dalcol, P. R. T. (1999). Gestão Tecnológica em unidades hospitalares: um estudo sobre importância e fatores relevantes. *Departamento de Engenharia Industrial, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro*.
- Gronroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*. John Wiley & Sons, West Sussex.
- Gumus, R., & Sonmez, Y. (2018). Quality of online communication tools in hospitals and their effects on health service consumer preferences. *International Journal of Health Management*.
- Guo, R., Hou, M., Han, Y., & Feng, X. L. (2022). Access, charge and quality of tele-dermatology e-consults in China: A standardized patients study. *Digital Health*, 8, 20552076221140763.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (4th ed.). Englewood Cliffs-NJ: Prentice-Hall.
- Hair, J. F., William, B., Babin, B., & Anderson, R. E. (2009). *Análise multivariada de dados*. 6.ed. Porto Alegre: Bookman.
- Hoyle, R. H., & Isherwood, J. C. (2013). Reporting results from structural equation modeling analyses in Archives of Scientific Psychology. *Archives of Scientific Psychology*, 1(1)(14).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022). PIB do país tem quarta alta seguida e cresce 1,2% no segundo trimestre de 2022.
- Izadi, A., Jahani, Y., Rafiei, S., Masoud, A., & Vali, L. (2017). Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *International journal of health care quality assurance*, 30(7), 656-663.

- Jauch, L. R., & Orwig, R. A. (1997). A violation of assumptions: Why TQM won't work in the ivory tower. *Journal of Quality Management*, 2(2), 279-292.
- Karatepe, O. M., Yavas, U., & Babakus, E. (2005). Measuring service quality of banks: Scale development and validation. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 12(5), 373-383.
- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). New York-NY: The Guilford Press.
- Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. (2020). [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20uso%20da,ARS%2DCoV%2D2\).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA%20Fa%C3%A7o,SARS%2DCoV%2D2\).](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20uso%20da,ARS%2DCoV%2D2).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA%20Fa%C3%A7o,SARS%2DCoV%2D2).)
- Lobuono, R., de Sevilha Gosling, M., Goncalves, C. A., & Medeiros, S. A. (2016). Relationship between dimensions of experience, satisfaction, word-of-mouth and intention to returning: The perception of cultural event participants. *Podium Sport, Leisure and Tourism Review*, 5(2), 15-37.
- Lorenzetti, J., Gelbcke, F. L., & Vandresen, L. (2016). Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3), 281-288.
- Marôco, J. (2014). Análise estatística com utilização do PASW Statistics (ex-SPSS). (6a Edição). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Maxham III, J. G., & Netemeyer, R. G. (2002). Modeling customer perceptions of complaint handling over time: the effects of perceived justice on satisfaction and intent. *Journal of Retailing*, 78(4), 239-252.
- Medeiros, L. M. D. S. D. (2018). *Excelência em serviços com base na escala servqual: o caso da Marmoraria Du Rei–Caicó-RN* (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*, 22(4), 366-381.
- Nguyen, T. L. H., & Nagase, K. (2019). The influence of total quality management on customer satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), 277-285.
- Organização Mundial da Saúde (2020). Estratégia global de saúde digital 2020-2025.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12.
- Qureshi, J. A., Padela, S. M. F., Qureshi, S., & Baqai, S. (2021). Exploring service brand associations: a consumers' perspective in a rising service economy. *Journal of Estudos de Economia Aplicada*, 39(2), 279-295.
- Resolução nº 1.246/1988, de 8 de Janeiro de 1988. (1988). *Conselho Federal de Medicina*. https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2020/09/1246_1988.pdf
- Resolução nº 2.314/2022, de 5 de Maio de 2022. (2022). *Conselho Federal de Medicina*. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf
- Resolução nº 1.643/2002, de 26 de Agosto de 2002. (2002). *Conselho Federal de Medicina*. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>
- Ribas, J. R., & Vieira, P. R. C. (2011). Análise multivariada com o uso do SPSS. Rio de Janeiro: Ciência Moderna.
- Ribeiro, A. R. R. (2017). *Qualidade do serviço, satisfação do utente, confiança pública e fidelização: Aplicação aos Centros de Saúde de Chaves* (Doctoral dissertation, Universidade de Tras-os-Montes e Alto Douro (Portugal)).

- Serrano, K. M., Mendes, G. H., Lizarelli, F. L., & Ganga, G. M. (2021). Assessing the telemedicine acceptance for adults in Brazil. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 34(1), 35-51.
- Shabbir, A., Malik, S. A., & Malik, S. A. (2016). Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(5).
- Srivastava, J., & Oza, S. (2006). Effect of response time on perceptions of bargaining outcomes. *Journal of Consumer Research*, 33(2), 266-272.
- Tadajewski, M., & Jones, D. B. (2021). From goods-dominant logic to service-dominant logic? Service, Service Capitalism and Service Socialism. *Marketing Theory*, 21(1), 113-134.
- Tukey, John W. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Ul Hassan, M., Iqbal, M. S., & Habibah, U. (2020). Self-service technology service quality: Building loyalty and intention through technology trust in Pakistani service sector. *Sage Open*, 10(2), 2158244020924412.
- Vargo, S. L., & Morgan, F. W. (2005). Services in society and academic thought: an historical analysis. *Journal of Macromarketing*, 25(1), 42-53.
- Verma, P., Kumar, S., & Sharma, S. K. (2020). e-Healthcare service quality: consumer satisfaction and its association with demographic characteristics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(6), 413-428.
- World Health Organization (2023). *Global Observatory for eHealth*.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2003) *Marketing de Serviços: A empresa com foco no cliente*. (2. Ed.). Bookman.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1995). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., Gremler, D. D., & Pandit, A. (2000), *Marketing de Serviços: Integrando o foco no cliente em toda a empresa*, 2a ed., Irvin/McGraw-Hill, Boston.
- Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92.
- Zineldin, M., & Vasicheva, V. (2012). The implementation of TRM philosophy and 5Qs model in higher education—an exploratory investigation at a Swedish university. *Nang Yan Business Journal*, 1(1), 65-75.