



Ana Carina Domingues da Silva **A LEALDADE EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO
PRIVADA: UM ESTUDO DE CASO**



Ana Carina Domingues da Silva **A LEALDADE EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO PRIVADA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica do Doutor António Carrizo Moreira, Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha família, que adoro, e que me acompanha sempre nas minhas aventuras.

o júri

Presidente

Prof.^a Doutora Sandra Maria Correia Loureiro
professora auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da
Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Maria Catarina de Almeida Moreira
professora auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade do Porto

Prof. Doutor António Carrizo Moreira
professor auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade
de Aveiro

Agradecimentos

O ter atingido esta etapa só foi possível com o apoio e ajuda de várias pessoas.

Gostaria de dirigir o meu agradecimento, em primeiro lugar, ao meu orientador Professor Doutor António Carrizo Moreira pela sua sábia orientação.

Ao meu marido, que acredita mais em mim que eu própria. Sem o seu apoio de retaguarda não teria decerto conseguido.

À Mariana e à Matilde, que aguentam as loucuras da mãe e acompanham-na sem reclamar. Bem sei que lhes roubei algum tempo e atenção. Mas acho que aprenderam qualquer coisa, principalmente “finanças”.

Ao meus colegas de mestrado, Zé, Vera, Bruna e Daniela, companheiros de luta e colegas excepcionais que tive a sorte e a honra em ter conhecido. Não esqueço a ajuda que me deram quando fui mamã da Matilde mesmo em pleno ano lectivo. A eles tenho uma grande dívida de gratidão.

Às minhas chefias antigas e actuais, que me concederam total liberdade para efectuar este percurso académico. Agradeço em especial à Dra Ana Paula Hipólito, ao Sr. Padre Joaquim Estevão da Rocha e ao Sr. Enf.º José Loreto.

Por último agradeço a todas as pessoas que directa e indirectamente me ajudaram a concretizar esta tese.

A todos o meu muito obrigado!

palavras-chave

Marketing de serviços, relação, qualidade, satisfação, confiança, compromisso, lealdade, fidelização

Resumo

A criação de valor para o cliente é um dos grandes objectivos das empresas prestadoras de serviços. Por parte da sua gestão empresarial, as organizações sentem a necessidade em satisfazer, reter e fidelizar os seus clientes através de uma orientação para as relações a longo prazo. O presente trabalho propôs-se, neste âmbito, a testar um modelo relacional que identificasse os construtos fundamentais para a identificação dos principais mobilizadores do fenómeno lealdade. Neste âmbito, foi elaborado um modelo de investigação que interligou as quatro dimensões do domínio relacional nomeadamente a satisfação, a confiança, o compromisso e a lealdade, tomando como ponto de partida a percepção da qualidade dos serviços prestados. Foi elaborado, para o efeito, um questionário, que foi aplicado a uma amostra de 175 indivíduos, clientes de uma unidade de hospitalização privada de saúde. Os resultados permitiram constatar as relações significativas entre as quatro dimensões e aspectos da qualidade do serviço que concorrem para a activação desta relação.

Keywords

Relationship marketing, quality, satisfaction, trust, commitment, loyalty, client retention

Abstract

The creation of value for the customer is one of the major objectives of service providers. Concerning their business management, organizations feel the need to satisfy, retain and engage their customers by means of an orientation towards long-term relationships. With this work it was proposed, in this context, to test a relational model which could identify the basic constructs for the identification of the main drivers for the loyalty phenomenon. Within this framework, a research model has been created, where the four dimensions of relational domain were linked, namely satisfaction, trust, commitment and loyalty, taking as starting point the quality perception of the service provided. For this purpose, a questionnaire was prepared and applied to a sample of 175 individuals, clients of a private hospital unit. The results allowed identifying significant relationships among the four dimensions and aspects of the service quality that contribute to the activation of this relationship.

Índice

Capítulo 1 - Introdução.....	1
Capítulo 2 - Marketing Relacional	5
2.1 Os precursores do marketing relacional.....	6
2.1.1 A Escola Nórdica de Serviços	7
2.1.2 Escola IMP Group	8
2.1.3 Escola anglo-australiana	10
2.2 O processo de marketing de relacionamento: comunicação, diálogo, interacção e valor.....	11
Capítulo 3 - Qualidade e Satisfação.....	13
3.1 Conceptualização da Qualidade em Serviços	15
3.2 Instrumentos de medida da qualidade e satisfação dos serviços	18
3.1 A Escala SERVQUAL.....	19
3.2 Service Quality Assessment Scale (SQAS).....	21
3.3 Projecto ComuniCare.....	23
3.3.1 Modelo estrutural	23
3.3.2 Modelo de medida	25
3.5 Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)	26
3.6 CAHPS®: Assessing Health Care Quality from the Patient's Perspective.....	27
Capítulo 4 - Qualidade de Relação	31
4.1 Satisfação na relação	32
4.2 Relação de compromisso.....	35
4.3 Confiança	36
4.4 Lealdade	38
4.5 Retenção e lealdade de clientes como resultados da satisfação	41
Capítulo 5 - Metodologia de Investigação	45
5.1 Objectivos da presente investigação.....	46
5.2 Modelo Conceptual	47
5.3 Enquadramento conceptual das variáveis.....	48
5.3.1 Qualidade	49
5.3.2 Satisfação.....	51
5.3.3 Confiança	52
5.3.4 Compromisso.....	52
5.3.5 Lealdade	53
5.4 Metodologia de recolha de dados.....	54
5.5 Escala	55
5.6 Hipóteses da investigação	56
5.6.1 Qualidade e Satisfação	57

5.6.2 Satisfação e Compromisso.....	57
5.6.3 Satisfação e Confiança.....	57
5.6.4 Confiança e Compromisso.....	58
5.6.5 Compromisso e Lealdade.....	58
5.6.6 Confiança e Lealdade.....	58
5.7 População e Amostra: caracterização da amostra.....	58
Capítulo 6 - Estudo empírico: consistência e validade do modelo de medidas.....	61
6.1 Processo de purificação das escalas.....	64
6.1.1 Testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de Esfericidade de Bartlett.....	65
6.1.2 Avaliação do coeficiente Alpha de Cronbach.....	66
6.1.3 Método de rotação Varimax.....	66
6.2 Aplicação Análise Factorial por Componentes Principais.....	67
6.2.1 Qualidade do serviço.....	67
6.2.2 Satisfação.....	73
6.2.3 Compromisso.....	74
6.2.4 Confiança.....	75
6.2.5 Lealdade.....	77
Capítulo 7 - Teste às hipóteses de investigação e discussão dos resultados.....	83
7.1 Hipótese 1.....	83
7.1.1 Factores: satisfação + /satisfação -.....	84
7.2 Hipótese 2 e Hipótese H3.....	85
7.3 Hipótese 4 e Hipótese 6.....	87
7.4 Hipótese 5.....	90
Capítulo 8 - Discussão dos resultados e conclusão.....	95
Bibliografia.....	99
Anexo - Questionário de recolha de dados.....	105

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura base do modelo ECSI – Portugal	24
Figura 2 – Modelo conceptual da investigação	48
Figura 3 – Escala de Avaliação	55
Figura 4 – Escala de Concordância	56
Figura 5 – Escala de Satisfação	56
Figura 6 – Hipóteses da investigação	56

Índice de Quadros

Quadro 1 – Modelo ECSI Portugal - Indicadores associados às variáveis latentes	25
Quadro 2 – Profissionais de Saúde	49
Quadro 3 – Serviços Médicos	50
Quadro 4 – Salas de Espera	51
Quadro 5 – Instalações Físicas - Clínica	51
Quadro 6 – Instalações do consultório	51
Quadro 7 – itens do construto satisfação	52
Quadro 8 – itens do construto confiança	53
Quadro 9 – itens do construto compromisso	53
Quadro 10 – itens do construto lealdade	54
Quadro 11 – caracterização geral da amostra	59
Quadro 12 – Etapas de construção das escalas	61
Quadro 13 – Sexo versus Estado Civil	62
Quadro 14 – Sexo versus Habilitações Literárias	62
Quadro 15 – Sexo versus antiguidade	63
Quadro 16 – Sexo versus planos de saúde	64
Quadro 17 – Estatística descritiva “Ser Cliente Cliria Deixa-me...”	64
Quadro 18 – Critérios de recomendação de Fiabilidade estimada pelo α de Cronbach (adaptado de Peterson, 1994)	66
Quadro 19 – Teste KMO e de Bartlett Q1 - Profissionais de Saúde	67
Quadro 20 – Análise factorial dos factores encontrados no construto “Qualidade do Serviço” dimensão “Q1 - Profissionais de Saúde”	68
Quadro 21 – Teste KMO e de Bartlett Q2 – Serviços Médicos	68
Quadro 22 – Análise factorial dos factores encontrados no construto “Qualidade do Serviço” dimensão “Q2 – Serviços Médicos”	69
Quadro 23 – Teste KMO e de Bartlett Q3 – Salas de Espera ajustado	70
Quadro 24 – Análise factorial dos factores encontrados no construto “Qualidade do Serviço” dimensão “Q3 – Salas de Espera ajustado”	70
Quadro 25 – Teste KMO e de Bartlett Q4 – Instalações Físicas - Clínica	71
Quadro 26 – Análise factorial dos factores encontrados no construto “Qualidade do Serviço” dimensão “Q4 – Instalações Físicas - Clínica”	71
Quadro 27 – Teste KMO e de Bartlett “Q5 – Instalações Físicas - Consultório”	71
Quadro 28 – Matriz de Saturação – Análise factorial dos factores encontrados no construto “Qualidade do Serviço” dimensão “Q5 – Instalações Físicas - Consultório”	72
Quadro 29 – Síntese dos componentes extraídos na dimensão qualidade	72
Quadro 30 – Teste KMO e de Bartlett SAT	73
Quadro 31 – Matriz de Saturação – Análise factorial dos factores encontrados no construto SAT	73
Quadro 32 – Teste KMO e de Bartlett COMP	74
Quadro 33 – Análise factorial dos factores encontrados no construto COMP	74
Quadro 34 – Teste KMO e de Bartlett CONF-BEN	75
Quadro 35 – Análise factorial dos factores encontrados no construto CONF-BEN	75
Quadro 36 – Teste KMO e de Bartlett CONF-INT	76
Quadro 37 – Análise factorial dos factores encontrados no construto CONF-INT	76
Quadro 38 – Teste KMO e de Bartlett CONF-COMP	77
Quadro 39 – Análise factorial dos factores encontrados no construto CONF-COMP	77
Quadro 40 – Teste KMO e de Bartlett LEAL-REF	78
Quadro 41 – Análise factorial dos factores encontrados no construto LEAL-REF	78
Quadro 42 – Teste KMO e de Bartlett LEAL-REC	79
Quadro 43 – Análise factorial dos factores encontrados no construto LEAL-REC	79
Quadro 44 – Teste KMO e de Bartlett LEAL-QUE	79
Quadro 45 – Análise factorial dos factores encontrados no construto LEAL-QUE	80

Quadro 46 – Análise da Fiabilidade interna dos factores.....	80
Quadro 47 – Coeficientes Regressão Linear Múltipla com opção <i>Stepwise</i> do teste da Hipótese H1	84
Quadro 48 – Coeficientes Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> do teste da Hipótese H3 e H4	86
Quadro 49 – Coeficientes Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> do teste da Hipótese H4 e H6/COMP e LEAL1 ..	88
Quadro 50 – Coeficientes Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> do teste da Hipótese H4 e H6/COMP e LEAL2 ..	88
Quadro 51 – Coeficientes Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> do teste da Hipótese H4 e H6/COMP e LEAL3 ..	89
Quadro 52 – Coeficientes Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> do teste da Hipótese H5/LEAL.....	90
Quadro 53 – Síntese do cruzamento de factores	92
Quadro 54 – Significância das hipóteses de investigação	93

Siglas e Abreviaturas

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado
ADMG - Assistência na Doença aos Militares da Guarda
AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality
BEN - Benevolência
B2B - business to business
CAHPS® - Agency's Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CERM-CSQ - Center for Environmental and Recreation Management-Customer Service Quality Scale
COM - Competência
COMP – Compromisso
CONF - Confiança
DoH - Department of Health
ECI - Índice Nacional de Satisfação do Cliente
GPAS - General Practice Assessment Survey
H - Hipótese
IMP - Industrial Marketing and Purchasing Group
INT - Integridade
IoM - Institute of Medicine
ISEGI/UNL - Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin
LEAL - Lealdade
NCHSR - National Center for Health Services Research
PCAS - Primary Care Assessment Survey
PNS – Plano Nacional de Saúde
PSQ-I - Patient Satisfaction Questionnaire I
PSQ-II - Patient Satisfaction Questionnaire II
PT-ACS - Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde
Q1 – Qualidade 1
Q2 – Qualidade 2
Q3 – Qualidade 3
Q4 – Qualidade 4
Q5 – Qualidade 5
QUE - Queixa
REC - Recompra
REF - Referência
SA – Sociedade Anónima
SAT - Satisfação
SQAS – Service Quality Assessment Scale
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UK – United Kingdom

Capítulo 1 - Introdução

Vivemos numa economia globalizada de serviços (Kahtalian, 2003). Diariamente envolvemo-nos em transacções de serviços (Saias, 2007) e somos confrontados com a tomada de decisão sobre os serviços a consumir, como, quando e a quem os adquirir. Os serviços são experiências que geram valor, constituindo-se um grande desafio descobrir o que o cliente quer face a tantas mudanças e ofertas concorrenciais, antecipando as suas necessidades.

Um dos grandes sectores de serviços é o sector da saúde, serviço de referência por excelência. Fortemente dominado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), consubstanciado numa rede pública constituída por centros de saúde e hospitais de grosso modo, a saúde em Portugal tem assistido a um aumento constante do número de operadores privados nos últimos anos (Dinis, 2008). O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem tido taxas de crescimento graduais, que conduzem a uma evolução deste sector. A evolução das empresas do sector privado no mercado e a relevância que têm assumido nos últimos anos são também consequência de um desenvolvimento marcante e progressivo na prestação de cuidados na área da saúde, em que a inovação tecnológica tem tido um papel relevante.

Neste contexto, assumem especial relevância as questões que se referem à qualidade dos serviços. Na realidade a qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação política dominante. No Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é reconhecido que em Portugal existe pouca avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade, mas é identificada a sua elevada importância. De facto, avaliar a qualidade de um serviço é um processo de importância fundamental para o sucesso de qualquer prestador em termos de satisfação do cliente e, adoptando a opinião de Anderson et al. (1994), a satisfação dos clientes é um indicador fundamental de gestão de organizações. Este indicador conduz a decisões estratégicas e operacionais, que influenciam o nível de qualidade dos serviços prestados, considerando-se assim a satisfação como medida de desempenho organizacional (Anderson, 1998).

Reconhecendo a satisfação de clientes como uma medida de desempenho organizacional o tema emerge para discussão, tendo em vista a necessidade premente das empresas em perenizar os

seus negócios, transformando os seus clientes num importante activo, seja por meio da sua retenção, seja por meio da sua lealdade. Dados os benefícios para uma organização da promoção da fidelidade do cliente, revela-se bastante útil analisar os seus antecedentes.

Neste sentido, o âmbito da presente dissertação abrange as questões da satisfação e da qualidade de serviços num prestador privado de saúde. Mas não se limita apenas a estas questões. Explora igualmente a ligação que ambos os conceitos têm com a promoção de comportamentos e atitudes de lealdade, num contexto de uma verdadeira dinâmica relacional. Neste âmbito o grande ângulo da presente investigação prende-se com, numa primeira fase, a identificação da relação entre as dimensões precisas de relacionamento que levam a repetir a compra e a fidelizar os clientes, de forma a proporcionar aos gestores das organizações de saúde privada dados que permitam decisões capazes de contribuir para a melhoria da competitividade empresarial.

Para a sua concretização importa medir a influência dessas dimensões entre si. O modelo que se pretende testar interliga os conceitos de satisfação, qualidade, confiança, compromisso e lealdade. O que se projectou na presente investigação, e tendo por base uma análise prévia destas relações, decorrente da revisão bibliográfica realizada, consistiu na verificação das influências entre os estes conceitos, numa lógica de causa-consequência. Numa fase inicial delineou-se o posicionamento da qualidade face à satisfação, pretendendo-se verificar quais os efeitos exercidos pela qualidade na satisfação do cliente.

A satisfação, pelo seu lado, projectou-se face à confiança e ao compromisso medindo-se, por inerência, o impacto da sua influência nessas dimensões. A relação entre confiança e compromisso, confiança e lealdade foram igualmente medidas. Contudo, ao nível da influência no comportamento e atitude de lealdade do cliente, a confiança não foi a única dimensão avaliada. A este nível o compromisso assumiu um papel determinante tendo-se igualmente analisado o seu domínio de influência.

Em suma, a intenção do presente estudo consiste em avaliar os antecedentes da lealdade e as relações prévias que a precedem considerando que entre a satisfação e a lealdade, e assumindo a satisfação como ponto de partida da consequência da percepção de qualidade de um serviço, existem dimensões intermédias cujo papel importa identificar e posicionar no esquema relacional. São elas, por inerência a confiança e o compromisso.

A recolha de dados significativos para a presente investigação foi obtida a partir da aplicação de um inquérito junto dos clientes de uma unidade de saúde privada. Estes dados foram submetidos a uma análise estatística que deram origem a resultados fulcrais para o entendimento de todas as matérias em estudo.

Para a compreensão do percurso realizado nesta investigação apresenta-se, de seguida, a estrutura da presente dissertação.

Esta dissertação está estruturada em oito capítulos exceptuando os anexos. Partindo da introdução, que marca o início deste documento, o capítulo 2 marca o início da revisão bibliográfica realizada e é dedicada à abordagem histórica do conceito de marketing relacional, considerando este tema como o ponto de referência fundamental para o contexto da presente investigação.

O capítulo 3 é totalmente dedicado às questões da qualidade dos serviços, explorando o posicionamento de vários investigadores sobre o tema dos quais se apresenta, a título indicativo e como exemplo, os trabalhos realizados por Parasuraman et al. (1985) e por Grönroos (1984). São igualmente identificados diversos instrumentos de medida desenvolvidos para a avaliação da qualidade dos serviços e, em específico, ferramentas construídas para a avaliação da qualidade da prestação de serviços no domínio da saúde.

No capítulo seguinte, o capítulo 4, são abordados os conceitos de relação interligados com a qualidade, satisfação e compromisso assim como são caracterizadas as dimensões confiança e lealdade no interior do mesmo contexto. O capítulo encerra com um contexto de relação entre as dimensões anteriormente identificadas prevendo-se uma interligação entre elas, explorando abordagens teóricas que posicionam a retenção e lealdade como resultado da satisfação, dando o mote para o contexto metodológico do presente trabalho.

Os capítulos 5, 6 e 7 apresentam a concepção empírica da investigação, o estudo de consistência e validade do instrumento de medida e, por último, a análise e interpretação dos dados recolhidos.

No capítulo 8 são discutidos os resultados obtidos, são contextualizadas as conclusões e são retiradas as elações necessárias para dar cumprimentos aos objectivos gerais que orientaram esta investigação.

Capítulo 2 - Marketing Relacional

O termo «marketing relacional» foi utilizado pela primeira vez na literatura de marketing de serviços, por Leonard Berry, em 1983. A partir desse momento, o marketing relacional ganhou cada vez mais interesse junto dos investigadores (Harker e Egan, 2006) e também na prática empresarial. O crescente número de investigações e publicações, a par da adopção desta nova filosofia por parte de muitas organizações, são a prova evidente da sua relevância.

Quando procuramos uma definição de Marketing Relacional deparamos com uma multiplicidade de definições e descrições sobre o que se entende por este conceito (Morgan e Hunt, 1994; Gummesson, 1999; Sheth e Parvatiyar, 2000). A título ilustrativo apresentam-se algumas definições:

- *“Atrair, manter e – em organizações multi-serviços – melhorar as relações com os clientes”* (Berry, 1985, p. 25);
- *“O marketing visto como um conjunto de relações, redes e interacção”* (Gummesson, 1999, p. 1);
- *“Processo contínuo de envolvimento em actividades cooperativas e colaborativas e programas com clientes directos/utilizadores finais para criar ou aumentar o valor económico comum a um custo reduzido”* (Sheth e Parvatiyar, 2000, p. 9);
- *“Como nós: o encontramos; o conhecemos; nos mantemos em contacto, nos asseguramos que você consegue o que quer de nós em cada aspecto do nosso relacionamento, verificamos se recebe o que lhe foi prometido..., e claro, que seja útil para nós também”* (Stone et al., 2000, p. 2).

Pelo que é possível perceber, é difícil encontrar uma definição de relação no contexto do marketing. A maioria dos investigadores simplesmente define a relação ou aborda o tema numa lógica de passagem entre a abordagem relacional e o ponto de vista transaccional. Nesta última concepção os autores presumem que o conceito de relação é facilmente apreendido por qualquer

pessoa, não questionando a existência de diferentes entendimentos sobre o que se considera por relação. Na prática, teremos todos o mesmo entendimento sobre o que constitui a relação? Uma questão leva a outra. Afinal, o que se entende por relacionamento? Quais as suas componentes? Confiança? Verdade?

Um dos grandes contributos para a definição de **relação** provém dos trabalhos de Håkansson e Snehota (1995a): *“um relacionamento é uma interação mutuamente orientada entre duas partes reciprocamente comprometidas”*. Grönroos (2000) define “relacionamento” mas enquadra-a no contexto do marketing de serviços definindo-a como *“uma relação que se desenvolveu quando o cliente percebe que existe uma forma comum de pensar entre o cliente e o fornecedor ou o prestador de serviço”*.

Em ambas as definições denota-se que o conceito de mutualidade é comum e, neste sentido, *para que uma relação exista deverão existir dois parceiros mutuamente comprometidos*.

Do ponto de vista dos serviços, Grönroos (1990) sugeriu caracterizar o conceito de relação como fazendo parte de um *continuum*, em que essa continuidade não é criar relações por si só, mas mais o envolvimento de pessoas e a necessidade de tentar lidar com a heterogeneidade, inseparabilidade e intangibilidade.

Grönroos (2000) argumenta que os serviços são inerentemente relacionais, que as relações existem sempre entre uma organização de serviços e os seus clientes e que o factor crítico é se as empresas querem fazer uso desses relacionamentos na forma como gerem os seus clientes. Neste contexto, os encontros de serviço são um processo em que, *“mesmo de um único encontro inclui elementos pelos quais uma relação entre o prestador de serviços e o cliente pode ser construída”* (Grönroos 2000, p. 7).

2.1 Os precursores do marketing relacional

O marketing relacional emerge e desenvolve-se a partir das reflexões que foram sucedendo nas diferentes extensões do marketing e como resultado de diversas correntes e linhas de investigação. Assim, uma primeira corrente surge no âmbito dos serviços, em que se destacam as contribuições de Berry (1983), Grönroos (1990a), Christopher, Payne e Ballantine (1994) e Bitner (1995).

Uma segunda linha de investigação surge através da perspectiva do marketing industrial, centrando-se nas relações de troca inter-organizacionais e onde se destacam as contribuições de Häkansson (1982), Hallen, Johanson e Mohamed (1987), Anderson, Häkansson e Johanson (1994), Anderson (1995), Hutt (1995) e Wilson (1995). Surge também uma outra linha de investigação, relacionada com os mercados de consumo e onde é analisado o comportamento relacional do consumidor, na qual se destacam as contribuições de Sheth e Parvatiyar (1995), Bagozzi (1995) e Peterson (1995). Por último, outra linha de investigação, também sob a abordagem do marketing relacional, relacionada com os canais de distribuição onde é estudado o desenvolvimento das suas respectivas relações, com contributos de Nevin (1995), Weitz e Jap (1995) e Chang (2001).

Ainda que a designação de marketing relacional tenha sido primeiramente apresentada por Berry (1983), existe um certo consenso em considerar que os antecedentes conceptuais originais desta nova abordagem encontram-se nos contributos que surgem a partir de duas grandes linhas de investigação que se desenvolveram na Escandinávia e no Norte da Europa. Essas linhas de investigação foram desenvolvidas pela Escola Nórdica de Serviços assim como pelo Industrial Marketing and Purchasing Group (IMP).

Como introdução a esta temática sugere-se a apresentação de três correntes ou escolas de pensamento, nomeadamente a Escola Nórdica de Serviços, uma linha de investigação baseada no trabalho realizado pelo IMG Group, e a escola Anglo-Australiana.

2.1.1 A Escola Nórdica de Serviços

A Escola Nórdica teve as suas origens no início dos anos 70 através das investigações de Christian Grönroos e Evert Gummesson. Esta é uma escola de pensamento em marketing que originalmente se desenvolveu através das pesquisas em marketing de serviços na Escandinávia e Finlândia e, rapidamente, se tornou internacionalmente (re) conhecida nas investigações em marketing de serviços. Nos anos 90, esta escola orientou-se no sentido de se tornar uma escola de pensamento em marketing relacional (Grönroos, 2000). Desde o princípio, os investigadores da Escola Nórdica enfatizaram a natureza da relação e o longo prazo no marketing de serviços, porém sem nunca usar o termo marketing relacional. Em vez disso foram usados termos, tais como: «interacções comprador-vendedor», «marketing interactivo», «ciclo de vida da relação com o cliente» (Grönroos, 1980), «relacionamento interactivo» (Gummesson, 1987), «marketing

interno» e «*part-time marketers*» (Gummesson, 1991). Em relação a este último, Gummesson (1991) salienta a importância que os empregados têm na relação com os clientes.

Ainda na linha de pensamento do marketing de serviços, embora não pertencendo à Escola Nórdica, surgem os contributos dos autores da América do Norte e da Grã-Bretanha, Berry (1983) e Berry e Parasuraman (1993) no âmbito do marketing relacional.

Todas estas contribuições que surgem no âmbito do marketing de serviços transcendem os limites deste sector e pressupõe-se como um dos pilares básicos do marketing relacional.

Fundamental para a escola nórdica é o ponto de vista no qual o marketing é um processo interfuncional e não apenas da responsabilidade daqueles que integram esta função (Grönroos e Gummesson, 1985). A gestão de relacionamentos, ao invés do tradicional marketing mix, torna-se, portanto, o foco desta abordagem. A escola nórdica identifica três processos essenciais: o **processo de interação**, o **processo de diálogo** e o **processo de criação de valor**. O processo de diálogo é necessário como forma de apoio ao estabelecimento de sucesso, manutenção e reforço do processo de interação. A gestão do processo de comunicação ou diálogo engloba todos os elementos da interação, como actividade de vendas, bem como de massa e de comunicações directas (Grönroos, 2000). O processo de valor é importante pois o produto é essencialmente baseado em serviços sendo intangível. A percepção de valor pelo comprador é importante para a compreensão do valor emitido pelo processo de interação; valor percebido deve, pelo menos, ser igual ao valor sacrificado. O processo de valor procura garantir que o valor é criado e percebido para ser entregue ao cliente.

Esta abordagem resulta do trabalho realizado em mercados B2B (*business to business*). No mundo dos negócios para os mercados de negócios, compradores e vendedores são menores, mas os valores de transacção são maiores e, portanto, de maior significância.

2.1.2 Escola IMP Group

O grupo IMP (Industrial Marketing and Purchasing Group) teve as suas origens na Suécia, nos anos 70, e baseou-se no marketing industrial numa perspectiva de «interacção» e «redes» na gestão de relações empresariais. Na década seguinte tornou-se numa escola de pensamento em

marketing, acentuando a importância das relações nas redes empresariais, que qualifica de abordagem interactiva.

Para os autores desta Escola, e num contexto industrial, as empresas estabelecem relações entre si que chegam a constituir verdadeiras redes inter-organizacionais. No interior destas redes de compradores-fornecedores estabelecem-se todo o tipo de interacções que incluem, não só o fluxo de bens e serviços, mas também de intercâmbios financeiros e sociais. Estas interacções podem continuar durante períodos prolongados de tempo, podendo ser iniciadas tanto pelo comprador como pelo fornecedor (Häkansson, 1982).

Este grupo exerceu uma forte influência sobre o estudo dos mercados industriais, especialmente na Europa. Foi constituído originalmente por doze investigadores europeus de diferentes países: França, Suécia, Alemanha, Itália e Inglaterra.

De acordo com este grupo de investigadores, as decisões de compra entre as organizações não deverão ser tomadas como decisões discretas no tempo, baseadas apenas na actividade das variáveis de *marketing-mix*, estabelecidas unilateralmente pela empresa vendedora. O processo de compra é geralmente parte de um compromisso crescente com determinado fornecedor, resultante de um relacionamento de longa duração entre as partes (Häkansson, 1982).

Os trabalhos do grupo IMP mostram que, no seio do marketing industrial, as interacções conduzem ao desenvolvimento de relações sociais e à aceitação do facto que a construção e a gestão destas relações são actividades essenciais de uma organização (Boss, 1997).

O grande contributo desta orientação é entender que o desafio dos gestores é gerir as relações individuais no curto prazo, bem como gerir a carteira de longo prazo ou a rede de relacionamentos entre fornecedores e clientes. A habilidade dos gestores para gerir estes relacionamentos determina a capacidade da empresa para competir. Esta competição afasta-se de uma definição mais restrita nas indústrias ou mercados, como na economia da organização industrial (Bain, 1951) e os pensamentos inerentes em marketing de transacção. A vantagem competitiva pode ser obtida a partir da adequada selecção e gestão dos parceiros da rede. De acordo com este grupo é possível identificar quatro pilares conceptuais do marketing de

relacionamento. O primeiro deles é que as relações existentes entre compradores e vendedores são construídas a partir de processos de interacção em que estão em foco (Häkansson, 1982):

- Questões técnicas (técnicos desempenham um papel importante nos contactos entre empresas; conteúdo técnico é visível através de produtos ou serviços, bem como através de projectos especiais realizados por qualquer uma das duas partes);
- Questões sociais (confiança, compromisso e influência/poder são fundamentais para o relacionamento);
- Questões económicas (relações individuais são importantes em termos de custos e volume de receitas, há razões para racionalizar a gestão dos relacionamentos).

O segundo pilar é que as relações comerciais são interligadas através de uma maior organização económica ("forma de rede"). O terceiro é que um relacionamento é uma combinação de adaptações individuais a uma escala de produção eficiente, e o quarto é que os relacionamentos são confrontos através dos quais as diferentes dimensões dos recursos são identificados e utilizados pelas duas partes (Häkansson, 1982).

A análise destas duas escolas de pensamento em marketing relacional permite destacar três ideias-chave comuns a ambas: relação, processo interactivo e longo prazo.

2.1.3 Escola anglo-australiana

Esta perspectiva vê o marketing tradicional como sendo baseado em conceitos como qualidade e serviço, e, assim, reforça a criação de uma abordagem abrangente para fornecer níveis crescentes de valor para os clientes em relacionamentos duradouros com a empresa (Christopher et al., 1991).

Tal como acontece com as outras tradições, esta é considerada como uma abordagem holística ou integrada ao negócio, operando de forma inter-funcional para proporcionar satisfação ao cliente e aumentar os níveis de valor. Uma característica importante é a definição normativa de seis mercados ou grupos de interesses que a empresa deve abordar em graus variados para atingir os seus objectivos.

As relações com cada um destes mercados, conforme o caso, devem ser construídas e mantidas de forma a proporcionar a melhor proposta de valor em termos de produto e de serviços, e de utilização e gestão das relações entre esses mercados. Iniciativas de qualidade são uma característica comum das empresas da década de 90 como, em particular, das técnicas de gestão japonesas que se tornaram amplamente adoptadas. Estas foram geralmente associadas à função de produção como forma de melhorar a qualidade física dos produtos. Similarmente, o serviço ao cliente atingiu altos níveis de popularidade, sobretudo no sector dos serviços financeiros.

O serviço ao cliente enfrenta uma série de problemas de aplicação, tais como a separação funcional do marketing e da logística. O departamento de marketing, por um lado, é o criador da promessa de serviço, e a função logística, por outro lado, é o prestador de serviço da promessa. Igualmente importante é o compromisso pessoal dos indivíduos para prestar o serviço, que pode ser variável devido ao desalinhamento de intenção estratégica, comunicação confusa, e de uma equipa mal treinada. Ballantyne (1994, p. 8) refere-se a estes como "*clusters perdidos*", que são louváveis na sua intenção, mas vulneráveis ao fracasso na prática, devido à falta de uma orientação abrangente.

2.2 O processo de marketing de relacionamento: comunicação, diálogo, interacção e valor

Encerrando este capítulo pode-se concluir, identificando os vários contributos das abordagens anteriormente identificadas e caracterizadas, que os princípios fundamentais em que assenta o marketing de relacionamento são a criação mútua de valor, a confiança e o comprometimento. Quanto maior for o nível de satisfação dos clientes com o relacionamento, não apenas do produto ou do serviço, maior será a probabilidade de o cliente permanecer por um maior período de tempo com a empresa prestadora desse serviço ou produto. O objectivo do marketing de relacionamento é atingir altos níveis de satisfação dos clientes através da colaboração das partes envolvidas (Payne et al., 1995).

Verifica-se, igualmente, um consenso geral na literatura de marketing de relacionamento que a qualidade da relação entre as partes envolvidas é um determinante importante da permanência e intensidade do relacionamento e o conseqüente sucesso das respectivas práticas de marketing de

relacionamento. Por este motivo, aborda-se de uma forma aprofundada este tema no capítulo que a seguir se apresenta.

Capítulo 3 - Qualidade e Satisfação

Provas em ambas as indústrias de produção e serviços indicam que a qualidade é um factor determinante da participação de mercado e retorno sobre o investimento, bem como redução de custos (Anderson e Zeithaml 1984; Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

O conceito de qualidade, assim como as metodologias associadas à qualidade, disseminadas a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa, foram adaptados à área da saúde.

Em saúde, também é possível encontrar várias definições sobre qualidade de cuidados de saúde. No Plano Nacional para a Saúde 2011-2016, na abordagem dedicada à qualidade dos cuidados de saúde (Campos, L. et al., 2010), são identificadas algumas definições. É salientada a definição apresentada pelo *Institute of Medicin (IoM)* e assim como pelo *Department of Health (UK)*. Em 1990, o IoM definia qualidade em saúde como “*o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente*” (IoM, 1990). Em 1997, o *Department of Health (UK)*, propunha outra definição: “*doing the right things right at the first time to the right people at the right time*” (DoH, 1997). O Alto Comissariado para a Saúde propõe uma pequena alteração. Adicionam à definição do *Department of Health (UK)*: *in the right place at the lowest cost*. Contudo defendem que é a definição apresentada no programa Ibérico de 1990 a que reúne maior aceitação pelo facto de ser uma das mais completas e que refere: *prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes*.

Em qualquer uma das formulações apresentadas de qualidade em saúde é possível identificar duas vertentes de qualidade: a vertente técnica (“*doing the right things*”; “...com um nível profissional óptimo...”) e uma vertente funcional (“...que consiga a adesão e satisfação dos

clientes...”, “...to the right people...”). A este nível os contributos de Grönroos (1984) são fundamentais.

Duas formas de qualidade são relevantes para organizações prestadoras de serviços: a qualidade técnica e a qualidade funcional (Grönroos, 1984). A qualidade técnica nos cuidados de saúde, também conhecida como qualidade, de facto, é definida principalmente com base no rigor técnico dos diagnósticos e procedimentos. Várias técnicas de medição da qualidade técnica têm sido propostas e estão actualmente em uso em organizações de saúde (JCI - Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, 1987).

A qualidade funcional refere-se à maneira pela qual os serviços de cuidados de saúde são entregues ao paciente. Dado que os pacientes muitas vezes não conseguem avaliar com precisão a qualidade técnica de um serviço de saúde, a qualidade funcional, geralmente, é o principal determinante da qualidade das percepções dos pacientes (Donabedian 1980, 1982; Kovner e Smiths, 1978).

Continuando na linha de Grönroos (1984), a qualidade do serviço é definida como o resultado de uma comparação entre o serviço prestado e o serviço esperado. De acordo com este investigador, qualidade como experimentado por um cliente é baseada em duas dimensões, a dimensão técnica e a dimensão funcional, moderada pela imagem da empresa. A **dimensão funcional** leva em linha de conta a forma como é prestado o serviço (serviço de cortesia, atenção, prontidão, profissionalismo, e assim por diante), enquanto a **dimensão técnica** refere-se ao resultado de o serviço tal como é.

No modelo de Grönroos (1983; 1984), a imagem, de uma empresa e/ou local, foi introduzida no modelo como um filtro entre as duas dimensões de qualidade: funcional (funções do processo de serviço) e técnico (o que o leva ao processo de serviço para o cliente num sentido "técnico"), que influencia a percepção de qualidade, quer favorável, neutra ou desfavoravelmente, dependendo se o cliente considera o atendimento bom, neutro ou mau. Como a percepção da imagem muda ao longo do tempo, dependendo das percepções dos clientes, acrescenta um aspecto dinâmico do modelo, que, em outros aspectos, é estático (Grönroos, 1993).

Albrecht e Bradford (1992), por sua vez, colocam o enfoque no cliente ao definirem qualidade em serviços como a capacidade de satisfazer uma necessidade ou um desejo, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém. Por conseguinte, a qualidade passa a ser um meio pelo qual o cliente ou consumidor de um produto e/ou de um serviço passa a ter as suas necessidades atendidas. Sob esta perspectiva, quem atribui a qualidade ao serviço é o próprio cliente, que o faz de acordo com as suas próprias especificações.

3.1 Conceptualização da Qualidade em Serviços

O conhecimento acerca da qualidade dos produtos não é suficiente para entender a qualidade dos serviços. A grande dificuldade reside no facto da qualidade dos produtos poder ser avaliada objectivamente com indicadores como a durabilidade e o número de defeitos, enquanto a qualidade de serviço é um construto abstracto devido às suas características únicas (Parasuraman et al., 1988). Esta é mais difícil de ser avaliada por parte do consumidor devido à sua intangibilidade; resulta da comparação das expectativas do consumidor com a performance actual e; as avaliações são feitas durante a prestação do serviço e não apenas depois do resultado (inclui a maneira como o serviço é prestado em termos técnicos e funcionais) (Parasuraman et al., 1985).

Apesar da dificuldade identificada em avaliar a qualidade em contexto de serviços, foram movidos esforços no sentido de decompor o conceito de qualidade em dimensões passíveis de serem mensuradas. Apesar das reservas levantadas por Carman (1990), que afirma ser inapropriado utilizar um número fixo de factores determinantes da qualidade em serviços, pelo facto de haver muitas especificidades no sector, ou na natureza dos serviços, alguns trabalhos receberam destaque na literatura ao abordar estes factores determinantes. Operacionalmente encontramos na literatura diferentes conceptualizações das dimensões que compõem a performance de um serviço, que se caracterizam por identificar e distinguir múltiplas facetas na forma como o cliente avalia o serviço (Crosby e Stephens 1987; Etony e Cannon 1997; Singh 1991; Johnston 1995).

Um autor de destaque neste âmbito é Johnston (1995), que propôs dezoito determinantes para a qualidade em serviços, que são: acesso, estética, atenção, disponibilidade, cuidado, limpeza e arrumação, conforto, compromisso com o trabalho, comunicação, competência, cortesia, flexibilidade, amabilidade, funcionalidade, integridade, confiabilidade, responsabilidade e segurança.

Schonberger e Knod Jr. (1997) sugerem factores, tais como a confiabilidade, a receptividade, a competência, o acesso, a cortesia, a comunicação, a credibilidade, a segurança, a compreensão e os aspectos tangíveis.

Albrecht (1994), por sua vez, reduz consideravelmente o número de determinantes da qualidade, relacionando apenas alguns factores como: o cuidado, a espontaneidade, a solução de problemas e a recuperação de falhas.

Os autores Crosby e Stephens (1987) definiram como satisfação global do cliente com o serviço três aspectos distintos, nomeadamente:

- A pessoa de contacto;
- O serviço principal;
- A organização.

Neste contexto avaliar a qualidade do serviço passaria por avaliar de uma forma distintiva a pessoa de contacto, o serviço efectivamente prestado e a organização em que se poderia distinguir as suas características físicas, por exemplo. Num contexto médico, por exemplo, Singh (1991) demonstrou que a avaliação (julgamento) da satisfação do cliente tem três nós distintos que inclui o médico, o hospital e o respectivo plano de saúde.

A premissa básica de Lehtinen e Lehtinen (1982) é que a qualidade do serviço resulta da interacção entre o cliente e os elementos que integram a organização. Eles distinguem três dimensões: *qualidade física*, que inclui os aspectos físicos do serviço (isto é, equipamento ou edifício); *qualidade corporativa*, que envolve a imagem da empresa e o seu perfil; *qualidade interactiva*, que deriva da interacção entre o pessoal de contacto e os clientes assim como os clientes com outros clientes.

É importante salientar que no universo dos diversos estudos sobre os determinantes da qualidade em serviço, os factores propostos por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) são os mais referenciados em estudos da área. Baseados em estudos qualitativos, estes mesmos autores propuseram dez determinantes da qualidade em serviços. Posteriormente, em 1988, os autores reduziram a lista para apenas cinco factores, que são: *confiabilidade*: habilidade da empresa em

executar o serviço prometido com segurança e precisão; *responsividade*: capacidade de ser prestativo e ajudar o cliente nas suas necessidades; *segurança*: atitude de inspirar credibilidade e fazer com que o cliente se sinta livre de perigos e dúvidas quanto ao serviço; *empatia*: cuidado e atenção individualizada ao cliente e *tangíveis*: aparência das instalações físicas, equipamentos, material e pessoal.

Para Donabedian (1988) a avaliação da qualidade dos serviços de saúde comporta sempre duas dimensões: o **desempenho técnico** (como sendo, a aplicação do conhecimento e da tecnologia, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos) e o **desempenho relacional** com o utente.

Para Donabedian (1980), uma definição para qualidade deveria partir de três dimensões base: a **estrutura**, o **processo** e o **resultado**. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo, que se refere às actividades que envolvem os profissionais de saúde e utilizadores, inclui o diagnóstico, o tratamento e os aspectos éticos da relação profissional com a equipa de saúde e o paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos utilizadores.

Anos mais tarde, Donabedian (1990) ampliou esses princípios, utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Para Donabedian (1984), os sete pilares da qualidade significam:

- **EFICÁCIA** - É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade da arte e da ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente, e mantidas constantes nas demais circunstâncias.
- **EFFECTIVIDADE** - É o quadro de melhorias possíveis nas condições da saúde obtida. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efectividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

- **EFICIÊNCIA** – É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efectivas, a mais eficiente é a de menor custo.
- **OPTIMIZAÇÃO** – Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
- **ACEITABILIDADE** – Sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e das suas famílias. Depende da efectividade, eficiência e optimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
- **LEGITIMIDADE** – Aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela comunidade ou pela sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
- **EQUIDADE** – Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e dos seus efeitos sobre a saúde.

Dos vários contributos analisados, uns de forma mais complexa, outros de forma mais simplista, consegue-se identificar uma mesma tendência que é a distinguir três grandes dimensões: a física, a relacional e a do serviço. De forma pragmática, a estrutura física onde ocorre o serviço, o serviço em si e a vertente de relação humana. Cada dimensão distinta entre si e com características muito peculiares.

No seguimento deste esforço de operacionalização do conceito de qualidade o passo seguinte é desenvolver instrumentos de medida capazes e fidedignos que permitam obter resultados genuínos e objectivos sobre a qualidade do serviço prestado. Vejamos de seguida alguns exemplos.

3.2 Instrumentos de medida da qualidade e satisfação dos serviços

A conceptualização e medição da percepção da qualidade de serviço estão entre os temas mais debatidos e controversos na literatura contemporânea dos serviços de marketing, (Brady e Cronin, 2001; Zeithaml, 2000; Zins, 2001; Rust e Oliver, 2000; Lapierre et al., 1996). Como referido

anteriormente, os serviços são intangíveis logo avaliar a qualidade é um acto subjectivo.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1983), foram os pioneiros na avaliação da qualidade em serviços quando iniciaram um estudo em que categorizaram o serviço em três características fundamentais: intangíveis, heterogéneos e inseparáveis (Abackerli et al., 2005; Parasuraman et al., 1988).

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) lançam quatro questões fundamentais sobre a qualidade em serviços:

- Uma primeira questão dirige-se aos gestores: “Quais são os atributos-chave da qualidade de serviços, do ponto de vista dos gestores? Que problemas e tarefas estão envolvidos no fornecimento de um serviço com elevada qualidade?”
- A segunda questão dirige-se ao cliente: “Qual a percepção, por parte dos consumidores, dos atributos-chave da qualidade em serviços?”
- A terceira questão confronta as percepções identificadas nas questões anteriores: “Existem discrepâncias entre as percepções dos consumidores e dos gestores?”
- Por último, a quarta questão, coloca o enfoque na conceptualização das questões anteriores num guia interpretativo, isto é “As percepções dos consumidores e dos gestores podem ser combinadas num modelo geral que explique a qualidade de serviço?”

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) deixam em aberto algumas sugestões para pesquisas futuras, nomeadamente a necessidade e a oportunidade de se desenvolver um instrumento padrão para medir a qualidade percebida pelos consumidores, salientando a influência dos desvios de qualidade no mercado (desafio de medir os *gap's*) e identificando quais serão mais críticos na qualidade. É neste cenário que surge a escala SERVQUAL.

3.1 A Escala SERVQUAL

As primeiras definições de qualidade de serviço, oriundas das grandes questões-chave referidas anteriormente, foram baseadas no chamado paradigma da "desconfirmação". De acordo com Parasuraman et al. (1985), uma percepção de qualidade de serviço é um resultado de uma comparação entre o que os consumidores consideram que o serviço deveria ser e as suas percepções sobre o desempenho real oferecido pelo prestador de serviço.

Parasuraman et al. (1985) postularam cinco dimensões da experiência do serviço no seu conhecido modelo SERVQUAL: confiabilidade, receptividade, empatia, segurança e tangibilidade.

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), as principais características do SERVQUAL:

- Facilidades tangíveis, físicas, equipamentos, e aparência do pessoal;
- Capacidade de confiabilidade para executar o serviço prometido de forma confiável e precisa;
- Responsividade e disponibilidade para ajudar os clientes e oferecer um serviço rápido;
- Conhecimento de garantia e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança e segurança;
- Empatia no cuidar, atenção individualizada que a empresa fornece aos seus clientes.

A escala SERVQUAL foi desenvolvida com base numa perspectiva de marketing com o apoio do Marketing Science Institute (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1986). O seu objectivo era fornecer um instrumento para medir a qualidade dos serviços que seriam aplicados numa ampla gama de serviços.

Na sua forma final, e após várias adaptações e reajustes, a escala SERVQUAL contém 22 pares de itens. Metade desses itens é destinada a medir o nível de serviço esperado para uma determinada indústria (expectativas). Os outros itens correspondentes são destinados a medir as percepções sobre o consumo do actual nível de serviço prestado por uma particular organização (percepção). Ambos os conjuntos de itens são apresentados numa escala de 7 pontos no formato de resposta tipo Likert, com as âncoras "concordo totalmente" e "discordo totalmente".

O SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) tornou-se efectivamente numa escala muito popular usada para medir a qualidade no sector de diversos serviços (Lam et al., 2005). Para Parasuraman et al. (1988) o SERVQUAL é uma escala genérica que pode ser aplicada a um amplo espectro de configurações.

Mais tarde, uma série de outras escalas foram gerados com base no modelo SERVQUAL.

Com recurso às mesmas cinco dimensões do SERVQUAL, MacKay e Crompton (1990) desenvolveram uma escala com 25 itens para medir a qualidade do serviço de lazer.

Recorrendo aos itens do SERVQUAL e à escala desenvolvida por MacKay e Crompton (1990) como base de projecção, Wright, Duray e Goodale (1992) criaram uma escala de 30 itens para avaliar a qualidade de serviço de centros de lazer.

Na mesma linha de investigação, Howat, Absher, Crilley e Milne (1996) formularam 15 itens do “*Center for Environmental and Recreation Management-Customer Service Quality (CERM-CSQ) Scale*”. Todos os itens da escala CERM-CSQ foram classificados nas cinco dimensões do SERVQUAL.

3.2 Service Quality Assessment Scale (SQAS)

O modelo “*Service Quality Assessment Scale*” (SQAS), de avaliação da qualidade e satisfação em serviços, foi desenvolvido por Eddie T. C. Lam, James J. Zhang e Barbara E. Jensen (2005), dado que, segundo estes últimos, os modelos disponíveis eram muitos gerais e passíveis de serem aplicados a indústrias de diversos serviços, ou muito específicos (ou seja, modelos concebidos exclusivamente para a indústria sob investigação).

Considerando que ambas as abordagens têm méritos e limitações (Brown, Churchill e Peter, 1993; Murray e Howat, 2002; Parasuraman et al., 1988), o modelo de SQAS é uma síntese dos modelos que foram formulados para as indústrias de diferentes serviços, nomeadamente do modelo dos três componentes de Rust e Oliver (1994), do modelo dos três factores da qualidade de serviços de Brady e Cronin (2001), do SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988), do modelo dos três atributos da qualidade de serviços de Howat et al. (1999) e da escala de expectativas dos quatro factores da qualidade de serviços de Papadimitriou e Karteroliotis (2000).

Na elaboração do instrumento, os “encontros de serviço” foram operacionalizados em 6 dimensões (Lam et al., 2005): pessoal, programa, “*child care*”, vestiários, instalações físicas e instalações de treino. Estas seis dimensões, no entanto, poderiam ser agrupadas sob três construtos principais (ou seja, **Pessoal, Programa, e Instalações**).

O construto **pessoal** envolve a interacção entre o prestador de serviço e o cliente (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985). A aparência, a atitude, o conhecimento e a cortesia dos colaboradores têm uma influência directa na percepção do cliente sobre a qualidade do serviço (Bitner, Booms e Tetreault, 1990; Brady e Cronin, 2001; Czepial, Solomon e Surprenant, 1985).

Todos os modelos de qualidade de serviços reconhecem a importância das instalações físicas para avaliar as percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço (Brady e Cronin, 2001; Chelladurai et al., 1987; Howat et al., 1996, 1999; Kim e Kim, 1995; McDougall e Levesque, 1994; Papadimitriou e Karteroliotis, 2000; Parasuraman et al., 1988; Rust e Oliver, 1994). A dimensão “instalações físicas” do modelo SQAS representa o ambiente físico da instalação, que se refere ao “ambiente construído” ou meio físico por oposição ao ambiente natural ou social (Bitner, 1992).

O conceito de **Programa** no âmbito do actual modelo foi construído especificamente para o fim a que se destinava nomeadamente para a indústria do desporto e do fitness (Brady e Cronin, 2001; McDougall e Levesque, 1994; Parasuraman et al., 1988; Rust e Oliver, 1994).

SQAS é composto por 40 itens sob seis dimensões: funcionários (9 itens), programa (7 itens), vestuário (5 itens), instalações físicas (7 itens), instalações de treino (6 itens) e “child care” (6 itens), que se podem ajustar a uma escala de 31 itens, nomeadamente: funcionários (8 itens), programa (5 itens), vestuários (3 itens), instalações físicas (7 itens), instalações de treino (5 itens), e “child care” (3 itens). Dos estudos realizados por Lam et al. (2005), o instrumento SQAS revelou qualidades psicométricas que permitem a sua utilização na avaliação da qualidade do serviço em clubes de saúde e fitness.

Apresentando o SQAS como um exemplo de instrumento derivado da escala SERVQUAL e desenvolvido numa determinada indústria de serviços, importa aqui identificar outros contributos para a medição da qualidade de serviços especificamente para a área da saúde.

Tomando como ponto de partida a abordagem para a definição e medição da qualidade de serviço como a diferença entre expectativas e percepções, surgem na literatura exemplos de desenvolvimento de uma escala na área da saúde e dos serviços de saúde (Bopp 1990; Ware e Snyder, 1975).

Os próximos instrumentos são exemplos de práticas avaliativas contextualizadas ao domínio específico da prestação de cuidados de saúde.

3.3 Projecto ComuniCare

O objectivo do Projecto ComuniCare surgiu para permitir a cada hospital identificar áreas chave para a satisfação dos respectivos utentes e iniciar o processo de monitorização periódica da mesma, identificando assim possíveis melhorias para o futuro através dos pontos fracos detectados.

A Unidade de Missão Hospitais SA estabeleceu uma parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL), no âmbito do protocolo de colaboração estabelecido entre esta Universidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade e o Instituto Português da Qualidade para o estudo ECSI Portugal (Índice Nacional de Satisfação do Cliente), do qual têm sido produzidos resultados relativos à qualidade de serviço e satisfação do cliente de diversos sectores de actividade da economia portuguesa.

O Modelo de Satisfação do Cliente é constituído por dois sub-modelos:

- O **modelo estrutural**, que integra as relações entre as variáveis latentes ou não observadas;
- O **modelo de medida**, que relaciona as variáveis latentes com os indicadores ou variáveis de medida.

3.3.1 Modelo estrutural

O modelo estrutural está representado na figura 1.

O índice de satisfação do cliente é explicado por quatro determinantes ou antecedentes:

- A imagem pretende integrar todo o tipo de associações que os clientes fazem com a empresa;
- As expectativas incluem não só a informação que os clientes detinham no passado sobre os produtos e serviços oferecidos pela empresa (baseada na própria experiência, em informações de terceiros ou ainda em campanhas publicitárias e de promoção), mas

igualmente a antecipação que eles faziam sobre a capacidade da empresa oferecer no futuro produtos e serviços com qualidade;

- A qualidade apercebida define-se como o julgamento do cliente sobre a superioridade ou excelência dos produtos e/ou serviços disponibilizados pela empresa. A qualidade apercebida integra, para além de um julgamento global, a avaliação sobre um conjunto de dimensões;
- O valor apercebido representa a relação qualidade/preço, sendo medido através de dois indicadores: a avaliação feita pelos clientes da qualidade dos produtos e serviços da empresa, tendo em atenção o preço pago por esses produtos e serviços, e a avaliação do preço pago, dada a qualidade dos produtos e serviços da empresa. Deste modo, a inclusão desta variável incorpora informação sobre os preços no modelo, aumentando a comparabilidade dos resultados em termos de empresas, de sectores e mesmo de países.

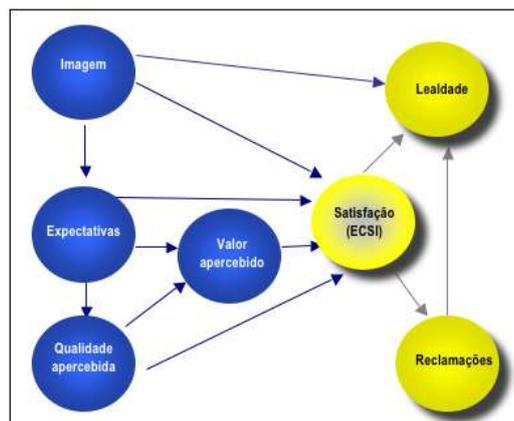


FIGURA 1 – ESTRUTURA BASE DO MODELO ECSI – PORTUGAL

O modelo considera dois consequentes ou indicadores de desempenho do índice de satisfação:

- A lealdade é um dos indicadores de maior importância, dado o seu carácter de indicador avançado em relação à rentabilidade da empresa. Deste modo, o aumento do índice de lealdade constitui o objectivo central de toda a estratégia visando a satisfação do cliente. Para além da satisfação, a lealdade do cliente é também explicada pela imagem e pelo tratamento de reclamações;
- O outro consequente da satisfação é o tratamento de reclamações, admitindo-se que os clientes insatisfeitos têm tendência a apresentar mais reclamações que os clientes satisfeitos.

3.3.2 Modelo de medida

As sete variáveis do modelo estrutural são variáveis latentes, não sendo, portanto, objecto de observação directa. Deste modo, cada uma destas variáveis tem de ser associada a um conjunto de indicadores (designados por variáveis de medida), obtidos directamente através do questionário junto dos clientes da empresa. O conjunto das relações entre as variáveis latentes e as variáveis de medida constitui o modelo de medida.

O Quadro 1 apresenta os indicadores associados a cada variável latente, que são utilizados na estimação do modelo.

Variável latente	Descrição do indicador
Imagem	1-Empresa de confiança no que diz e no que faz 2-Empresa estável e implantada no mercado 3-Empresa com um contributo positivo para a Sociedade 4-Empresa que se preocupa com os clientes 5-Empresa inovadora e virada para o futuro
Expectativas	1-Expectativas globais sobre a empresa 2-Expectativas sobre a capacidade da empresa oferecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades do cliente 3-Expectativas relativas à fiabilidade, ou seja, à frequência com que as coisas podem correr mal
Qualidade apercebida (produtos e serviços)	1-Qualidade global da empresa 2-Qualidade dos produtos e serviços 3-Atendimento e capacidade de aconselhamento 4-Acessibilidade a produtos e serviços por via das novas tecnologias 5- Fiabilidade dos produtos e serviços 6- Diversidade dos produtos e serviços 7-Clareza e transparência da informação fornecida 8-Disponibilidade das agências/localização dos postos/acesso às paragens
Valor apercebido (relação preço/qualidade)	1-Avaliação do preço pago, dada a qualidade dos produtos e serviços 2-Avaliação da qualidade dos produtos e dos serviços, dado o preço pago
Satisfação	1-Satisfação global com a empresa 2- Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas) 3-Comparação da empresa com a Distância à empresa ideal
Reclamações	1-Identificação dos clientes que reclamaram com a empresa 2-Forma como foi resolvida a última reclamação (para os que reclamaram) 3-Percepção sobre a forma como as reclamações seriam resolvidas (para os que não reclamaram)
Lealdade	1-Intenção de permanecer como cliente 2-Sensibilidade ao preço 3-Intenção de recomendar a empresa a colegas e amigos

QUADRO 1 – MODELO ECSI PORTUGAL - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS VARIÁVEIS LATENTES

3.4 The General Practice Assessment Survey (GPAS)

Segundo Ramsay et al. (2000), alguns aspectos da qualidade são melhores avaliados quando se solicita aos pacientes o seu feedback relativamente ao usufruto de um determinado serviço de

saúde. Para este grupo de investigadores alguns aspectos relativos à prestação de cuidados que são mais valorizados pelos clientes no contexto da prestação de cuidados são:

- Disponibilidade e acessibilidade, que inclui: disponibilidade de compromissos, tempo de espera, acesso físico e acesso telefónico;
- Competência técnica, que inclui: o conhecimento do médico e as suas competências e a eficácia dos seus tratamentos;
- Competências de comunicação, que inclui: fornecer tempo, explorando as necessidades dos pacientes, ouvindo, explicando, dando informações e decisões de partilha;
- Atributos inter-pessoais, que inclui: humanidade, carinho, apoio e confiança;
- Organização do atendimento, que inclui: a continuidade dos cuidados e a gama de serviços disponíveis.

O *General Practice Assessment Survey* (GPAS) foi desenvolvido pelo *National Primary Care Research* e pelo *Development Centre of Manchester* e foi baseado num instrumento concebido para utilização nos Estados Unidos o *Primary Care Assessment Survey* (PCAS).

O GPAS é um questionário multi-item auto-aplicável que mede uma série de dimensões especiais relativas aos pontos de vista dos pacientes de clínica geral, nomeadamente: acesso, recepcionistas, continuidade dos cuidados, comunicação, cuidado interpessoal, conhecimento do paciente, especialista de referência, enfermagem, satisfação geral e capacidade. Estas dimensões estão agrupadas em 5 grandes áreas: disponibilidade e acessibilidade, competência técnica, capacidade do médico para comunicar eficazmente com o paciente, os atributos inter-pessoais do médico e um sistema eficientemente organizado a de atendimento onde a coordenação e continuidade são enfatizadas.

Ramsay et al., (2000) confirmam as propriedades psicométricas do GPAS, incluindo a consistência interna e a correlação de *Pearson*, tendo este instrumento sido aceite para os utentes do Reino Unido.

3.5 Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)

O Questionário de Satisfação do Paciente foi desenvolvido por Ware, Snyder e Wright (1976a, b) há mais de uma década para o National Center for Health Services Research (NCHSR). O projecto

NCHSR nasceu entre 1972 e 1976 no Sul Illinois University School of Medicine e os seus objectivos prendiam-se com o desenvolvimento de uma pesquisa sobre a satisfação de utentes de serviços de saúde que seria aplicável em estudos da população em geral e produziria medidas válidas e confiáveis de conceitos com importância teórica e prática para o planeamento, administração e avaliação da prestação de programas serviços de saúde (Ware et al., 1983; p. 247).

Com base em revisões da literatura e estudos empíricos, o projecto NCHSR desenvolveu uma taxonomia das características dos prestadores de cuidados de saúde e serviços que pudessem influenciar as atitudes dos pacientes em relação (ou satisfação com) assistência médica. A literatura teórica e empírica sobre a satisfação do paciente em 1976 foi revisada para avaliar o estado da arte da medição, e foi efectuado um levantamento de questionários de satisfação já aplicados e analisados em investigações anteriores (Ware, Snyder, e Wright, 1976a; pp. 12-20). Estiveram também na base da construção dos itens os comentários feitos pelas pessoas sobre as suas experiências recentes com médicos e serviços de cuidados médicos. O projecto deu origem a uma bateria inicial formada por 80 itens (PSQ-I; Ware, Snyder e Wright, 1976a, b) e a um questionário de 68 itens revisto (PSQ-II; Ware, Snyder, e Wright, 1976a, b; Ware et al., 1983).

O *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) é na sua essência um instrumento multidimensional, de auto administração, anónimo, confidencial e voluntário. Foi concebido para utilizar em amostra populacionais em cuidados de saúde primários. A qualidade do instrumento foi estudada e teve por base critérios psicométricos. Foi avaliada a validade e fiabilidade do instrumento. Foi realizada análise factorial, estimada a consistência interna, a correlação de *Pearson* entre itens e dimensões.

3.6 CAHPS®: Assessing Health Care Quality from the Patient's Perspective

Segundo Allen, H. (1998) as muitas facetas da qualidade de cuidados de saúde podem ser divididas em duas grandes categorias: uma envolve a clínica ao nível dos aspectos da assistência, enquanto a outra reflecte experiências dos pacientes com cuidados de saúde de serviços. O desafio colocado pela segunda categoria é capturar e reportar as experiências de uma maneira que sejam significativas e úteis para os consumidores clínicos e gestores de cuidados de saúde.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) tem sido a líder no desenvolvimento e distribuição padronizada de instrumentos e ferramentas que permitem avaliar as experiências dos pacientes com o sistema de saúde dos EUA. O programa “Agency’s Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems” (CAHPS®) tornou-se o ponto focal de um esforço nacional para medir, relatar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde a partir da perspectiva dos consumidores e pacientes.

O programa CAHPS® é uma iniciativa público-privada para desenvolver pesquisas padronizadas sobre as experiências dos pacientes com atendimento nos vários universos da saúde: contexto ambulatorial, de internamento, entre outros.

As organizações de saúde, consumidores e pesquisadores usam os resultados CAHPS para:

- Avaliar a centralidade dos cuidados no paciente;
- Comparar relatórios sobre o desempenho;
- Melhorar a qualidade do atendimento.

O CAHPS® inclui vários elementos que foram concebidos e testados para promover a padronização e garantir a facilidade do seu uso. Esses elementos incluem:

- Questionários padronizados para diferentes grupos etários e cobertura populações;
- Questões suplementares opcionais;
- Protocolo para amostragem, administração da pesquisa, recolha de dados e preparação de dados;
- Dados da análise dos programas (e instruções);
- Relatório de directrizes e formatos que se podem usar para produzir informações significativas, fiáveis e comparáveis para os consumidores.

A fim de apoiar comparações válidas e *benchmarking* em instituições de saúde, todos os inquéritos são padronizados nos seguintes aspectos:

- **O instrumento:** o conteúdo e formato dos instrumentos de pesquisa são padronizados para que a recolha de dados se faça sempre da mesma forma e com as mesmas perguntas;

- **O protocolo:** o protocolo para o inquérito é padronizado para que todos adoptem a mesma abordagem ao desenho da amostra, o mesmo tipo de comunicação com os entrevistados, e a mesma metodologia de recolha os dados.
- **A análise:** os inquéritos CAHPS incluem um conjunto de programas de análise e instruções para minimizar as variações na forma como patrocinadores e fornecedores processam e interpretam os resultados da pesquisa.
- Os instrumentos da família CAHPS® incluem ferramentas para avaliar a qualidade de atendimento na prestação de cuidados de saúde (ambulatório, internamento, etc.). Cada produto inclui questionários, protocolos, programas de análise e orientação na comunicação dos resultados.

Alguns exemplos de instrumentos da família CAHPS®:

- **Surveys de Cuidados Ambulatórios:** o programa oferece CAHPS vários inquéritos e conjuntos de itens complementares que avaliam as experiências de consumidores de cuidados de saúde em vários contextos ambulatórios, incluindo planos de saúde, geridas, planos odontológicos, grupos de médicos, consultórios médicos e clínicas.
- **Pesquisa CAHPS sobre Planos de Saúde:** o inquérito sobre o Plano de Saúde pede aos inscritos informações sobre as suas recentes experiências com planos de saúde e os seus serviços. Instrumentos estão disponíveis para adultos ou crianças abrangidas por um seguro de saúde.
- **CAHPS Clínico & Grupo de Estudo:** este inquérito pede aos pacientes a opinião sobre suas recentes experiências com os médicos e os seus funcionários. Os instrumentos estão disponíveis para adultos que recebem cuidados primários ou de especialidades, bem como crianças que recebem cuidados de saúde primários.
- **Pesquisa CAHPS sobre Assistência Cirúrgica:** este inquérito é direccionado para pacientes adultos e solicita informação sobre cuidados cirúrgicos, cirurgiões, a sua equipa, e anestesiólogos. Este instrumento foi desenvolvido para avaliar as experiências dos pacientes antes, durante e após a cirurgia.
- **CAHPS Plano Dental:** no inquérito sobre Planos Dentários é solicitado a adultos a sua opinião sobre as suas experiências com o plano, os dentistas e os seus funcionários.
- **CAHPS Prestação de cuidados de saúde no domicílio:** este inquérito solicita a opinião aos adultos que recebem cuidados de saúde em casa sobre as suas experiências com os prestadores de cuidados em casa.

- **Conjunto CAHPS para Crianças com condições crônicas:** este conjunto de itens solícita aos pais, ou responsáveis educativos das crianças, para informar sobre as experiências das crianças com necessidades especiais de saúde a forma como lhe foram prestados os cuidados de saúde.
- **CAHPS para pessoas com dificuldades de mobilidade:** este conjunto de itens identifica adultos com dificuldades de mobilidade e questiona sobre as suas experiências com os serviços de saúde.

Estes instrumentos são alguns exemplos de inquéritos desenvolvidos no âmbito do programa “Agency’s Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems”. O Consórcio CAHPS também desenvolveu várias pesquisas de experiências de pacientes com unidades de saúde tendo igualmente desenvolvido um conjunto de instrumentos avaliativos de unidades hospitalares, centros de hemodiálise e lares.

Capítulo 4 - Qualidade de Relação

Falar em serviços sem falar de relação seria uma abordagem totalmente incompleta. Se as questões da qualidade e da satisfação são fundamentais para avaliar a prestação de um determinado serviço, os seus resultados têm implicações a outros níveis nomeadamente no contexto da relação.

Há um consenso claro na literatura sobre o conjunto de dimensões que compõem o conceito de "**qualidade da relação**" (Dorsch et al., 1998; Kumar et al., 1995; Bejou et al., 1998; Hennig-Thurau et al., 2002). A importância da **satisfação com o relacionamento e confiança** como indicadores do construto da qualidade do relacionamento tem sido sublinhado por diversos autores (Crosby et al., 1990; Dwyer et al., 1987; Shamdasani e Balakrishnan, 2000; Hennig-Thurau et al., 2001). Outros pesquisadores acrescentaram o **compromisso** como uma dimensão da qualidade do relacionamento (Hennig Thurau e Klee, 1997; Leuthesser, 1997; Dorsch et al., 1998; Hennig-Thurau et al., 2002; Roberts et al., 2003; Hewett et al., 2002).

No mesmo contexto, Wulf et al. (2001) assumiram que uma melhor qualidade de relacionamento é acompanhada por uma maior **satisfação, confiança e compromisso** apontando que, embora essas três dimensões atitudinais sejam distintas, os consumidores tendem a juntá-las (Crosby et al., 1990; Wulf et al., 2001). Por outro lado, Woo e Ennew (2004) conceptualizaram qualidade do relacionamento como um construto que, por meio de cooperação, adaptação e atmosfera determinam a qualidade do relacionamento em geral. Estes autores forneceram evidências de uma influência directa e positiva da qualidade da relação na qualidade do serviço, mas não conseguiram estabelecer a ligação com satisfação e intenção comportamental.

Dos vários contributos analisados parece evidente que no contexto da qualidade da relação destacam-se conceitos como sejam a satisfação, a confiança, o compromisso e a lealdade. Pela sua evidente importância para o estudo em curso, importa caracterizar cada construto por si.

4. 1 Satisfação na relação

O conceito de satisfação, na sua forma mais simplista, consiste no cumprimento da resposta do consumidor (Vese, 2009; Zabkar, 2009). A satisfação, neste sentido, é colocada sob o ponto de vista de um julgamento do que um produto ou serviço em si oferece a um nível prazeroso de consumo (Oliver, 1997). Assim, o conceito é determinado pelos sentimentos ou atitudes que uma pessoa tem sobre um serviço após a compra ou após o seu consumo (Salomão et al., 2002), e os seus antecedentes podem ser de natureza emocional ou cognitiva (Bennett and Rundle-Thiele, 2004; Oliver, 1997; Yu e Dean, 2001).

No âmbito da relação, a satisfação tem sido caracterizada como um pré-requisito para a qualidade do relacionamento. Crosby e Stevens (1987) identificaram três níveis de satisfação com o relacionamento:

- Interações com pessoal;
- O serviço;
- A organização.

No estudo que desenvolveram com clientes de seguros, Crosby e Stevens (1987) constataram que todos os três níveis contribuem para a satisfação global com o relacionamento. Num contexto de negócios, a satisfação do relacionamento tem sido definida como um estado afectivo positivo resultante da avaliação de uma empresa de todos os aspectos de sua relação de trabalho com outra empresa (Anderson e Narus, 1990; Ganesan, 1994; Dwyer et al., 1987).

Entre os muitos conceitos ligados à satisfação, destaca-se o proposto por Oliver (1980; 1997), segundo o qual a satisfação é um sentimento que se relaciona directamente ao facto do cliente perceber que as suas expectativas foram, ou não, atendidas. Desse modo, para Oliver (1997), a satisfação é a resposta de plenitude do consumidor, traduzida a partir do prazer relativo ao consumo, tanto de um produto quanto de um serviço.

Nessa mesma linha de pensamento, Juran e Godfrey (1999) afirmam que a satisfação do cliente é o grau com que o cliente percebe, por meio dos benefícios recebidos e que são provenientes do produto e/ou do serviço, que suas expectativas foram atendidas. De modo semelhante, Kotler e

Keller (2006) definem a satisfação de clientes como o sentimento resultante da comparação do desempenho ou do resultado proveniente de uma oferta em relação ao que era esperado.

Uma teoria que importa neste contexto referir e que envolve os antecedentes da satisfação de clientes é a Teoria da Desconfirmação das Expectativas, baseada no conceito de que as expectativas do cliente são pensamentos que formam um padrão de referência, com o qual são efectuados julgamentos comparativos (Oliver, 1980). De acordo com esta teoria, ao utilizar um serviço, o cliente estará sujeito a desencadear três processos: o processo de confirmação, o processo de desconfirmação positiva e o processo de desconfirmação negativa. O processo de confirmação ocorre quando o desempenho percebido pelo cliente a respeito de um produto ou de um serviço é equivalente às suas expectativas, sendo que, do contrário, ocorre uma desconfirmação (Oliver, 1997).

Segundo os pressupostos de Oliver (1980), quando a *performance* for superior às expectativas, tem-se uma desconfirmação positiva; quando a *performance* for inferior às expectativas, tem-se uma desconfirmação negativa; e quando a *performance* for equivalente às expectativas, tem-se uma confirmação. Dessa forma, Oliver (1981; 1997) e Oliver e De Sarbo (1988) interligam o conceito de desconfirmação e satisfação concluindo que quando ocorre uma desconfirmação positiva os clientes estarão muito satisfeitos; estarão insatisfeitos quando houver uma desconfirmação negativa; e, como resultado da confirmação, os clientes apenas estarão satisfeitos.

A satisfação com o relacionamento é importante, mas a satisfação por si só não leva automaticamente à recompra (Reichheld e Aspinall, 1993). A este nível, e de acordo com Henning-Thurau e Klee (1997), podemos distinguir três tipos de estudos que interligam satisfação com a lealdade:

1. A satisfação como antecedente da lealdade do consumidor que, por sua vez, influencia a produtividade da empresa;
2. Um segundo grupo de estudos foca-se no ponto de vista individual e apenas estuda a retenção do cliente pela sua intenção de recompra. Neste grupo de estudos percebe-se a lealdade como sendo influenciada pela satisfação, mesmo que a estrutura de relacionamento não pareça simétrica ou linear;

3. Um terceiro grupo foca-se na relação satisfação–lealdade do ponto de vista individual com dados reais de compra. Estes estudos revelam uma fraca ou insignificante relação entre satisfação e o comportamento de compra.

Segundo Johnson (2001), podemos encontrar na literatura duas conceptualizações de satisfação do cliente que emergiram nas últimas décadas. Uma conceptualização que data de 1990 que refere que a medida de satisfação foca-se numa transacção de um produto em particular ou serviço, definindo como uma avaliação pré-escolha julgamentos que diziam respeito à decisão de abastecimento.

Uma conceptualização mais recente foca-se nas experiências prévias dos consumidores com a empresa, produto ou serviço cumulativamente. Esta perspectiva considera a satisfação de uma transacção específica unicamente por foco nas reacções emocionais do consumidor ou atributos do serviço específicos e sugere que a firma ligue o desempenho de elementos precisos do serviço ou variação deles a respostas psicológicas específicas.

Para Bodet (2008), a satisfação global e, não apenas em transacções específicas, parece ser um melhor preceito das intenções comportamentais dos clientes. Logo ambas as conceptualizações são mais complementares do que competitivas e devem ser analisadas conjuntamente.

Outra das discussões que envolve o conceito de satisfação é a sua relação com a qualidade. Laroche et al. (2004) referem sobre este assunto que, para além da satisfação, a qualidade percebida também está associada às preferências e às expectativas dos clientes. Mas para Lovelock e Wright (2001), a qualidade do serviço e a satisfação do cliente não são exactamente a mesma coisa. Segundo estes autores, enquanto a qualidade se configura como uma avaliação global a respeito do serviço, a partir de experiências passadas e de outros aspectos, a satisfação corresponde a uma reacção emocional ao desempenho específico do serviço.

Ainda neste contexto sobre a distinção entre os conceitos de qualidade e satisfação de clientes, Anderson, Fornell e Lehmann (1994) afirmam que o cliente necessita de vivenciar a experiência de consumo, ou de utilização, para determinar o seu grau de satisfação em relação ao serviço, ao passo que não necessita dela para determinar a sua qualidade. Zeithaml e Bitner (2003), por sua vez, destacam que a qualidade do serviço é um dos componentes da satisfação de clientes, uma

vez que a satisfação é influenciada pela qualidade dos serviços, pelo preço e pelas percepções a respeito dos factores situacionais e pessoais. Estas considerações são importantes para a medição de ambos os construtos.

De facto para Oliver (1997) e Teas (1994), a qualidade percebida actua como formadora da satisfação em relação aos serviços prestados. Sendo assim, o cliente realiza a avaliação da qualidade percebida e esta torna-se um antecedente da satisfação com a prestação do serviço (Oliver, 1997). Fornell (1992) acrescenta que a partir da experiência acumulada que o consumidor possui com a empresa prestadora de serviços, ocorrerá a formação da satisfação global, que é o resultado da avaliação de todas as interacções que o cliente realizou com a própria.

4.2 Relação de compromisso

Relacionamento de compromisso existe quando um parceiro acredita que a relação é suficientemente importante para justificar os máximos esforços para manter esse relacionamento a longo prazo. Moorman et al. (1992) definiram o relacionamento de compromisso como um desejo duradouro de manter um relacionamento valorizado. Compromisso é de fundamental importância no comportamento de compra organizacional e pode levar a resultados importantes, como a diminuição da rotatividade de clientes (Porter et al., 1974) e maior motivação (Farrell e Rusbult, 1981).

Para Morgan e Hunt (1994) o compromisso pode ser sob o ponto de vista da mediação. Neste seguimento, Pritchard et al. (1999), defendem que a resistência à mudança é uma amostra primária do compromisso que funcionará como mediadora entre os conceitos antecedentes do processo de compromisso e a lealdade. Para estes autores o compromisso estará portanto positivamente relacionado com a lealdade e o comportamento de recompra (o desempenho é fundamental para as decisões de recompra num ambiente de troca relacional, a lealdade do negócio é semelhante ao compromisso de relacionamento). Por conseguinte, comprometimento e lealdade, apesar de interligados, são conceitos diferentes.

Para Baker et al. (1999) o compromisso pode ser analisado sob três perspectivas: “um desejo de desenvolver uma relação estável, uma vontade de fazer pequenos sacrifícios para manter a relação, e a confiança na estabilidade da relação”. A designada dimensão temporal do

compromisso toma aqui lugar pela manifesta intenção de continuidade na manutenção da relação.

O compromisso com uma marca é baseado em três consequências comportamentais principais: a recompra da marca (Amine, 1999; Geyer et al., 1991), a resistência às modificações geradas a partir do universo de concorrentes (Crosby e Taylor, 1983; Debling, 1998) e resistência a sentimentos negativos gerados por insatisfações específicas (Gurviez, 1999). O compromisso resulta numa preferência por uma marca, a vontade de continuar a usá-la e uma resistência às ações da concorrência (Bettencourt, 1997; Zeithaml et al., 1996). O compromisso também ajuda os clientes a desenvolver intenções positivas no sentido de uma extensão da marca para novas categorias de produtos (Gurviez, 1999) moderando os efeitos de informações negativas sobre a marca nas mudanças de atitudes dos consumidores (Ahluwalia et al., 2001).

Então o compromisso ultrapassa o quadro da atitude favorável à marca: o compromisso tem uma forte solidez, robustez e estabilidade do que a atitude geral para com uma marca (Goala, 2003). Além da apreciação favorável ou desfavorável da marca, o compromisso desempenha o papel de estabilizar os comportamentos (Scholl, 1981), por isso, uma peça fundamental para a formação da lealdade de longo prazo (Morgan e Hunt, 1994).

Por outro lado, a **lealdade** é descrita como *"um compromisso profundamente arraigado em recomprar um produto preferido/serviço consistentemente no futuro, provocando a compra repetitiva do mesmo tipo ou do mesmo conjunto de produtos, apesar de influências situacionais e esforços de marketing terem como potencial causar a mudança de comportamento de troca"* (Oliver, 1999). Oliver (1997) descreve o consumidor que *"fervorosamente deseja recomprar um produto ou serviço e que não terá nenhum outro"*, como um consumidor que vai prosseguir esta postura *"contra todas as probabilidades a todo custo"*. Esta última condição define o conceito de "lealdade final".

4.3 Confiança

Nas trocas relacionais entre clientes e empresas de serviço pode verificar-se uma assimetria, dado que a primeira pode evidenciar um poder económico mais forte na relação. Apesar de ser inevitável, esta assimetria pode ser atenuada pelas empresas; caso contrário, uma relação longa e

duradoura dificilmente será alcançada. Um dos pontos-chave para atenuar este efeito assimétrico é através da **confiança** do consumidor (Sirdeshmukh et al., 2002); outros autores também sugerem a confiança como a base das trocas relacionais (Dwyer, Schurr e Oh, 1987; Garbarino e Johnson, 1999; Morgan e Hunt, 1994).

Moorman et al. (1993) definiram a confiança como uma vontade de contar com um parceiro de troca em quem se tem confiança. A confiança pode ser descrita como *“a expectativa de uma parte de que a outra parte se comportará de uma maneira previsível em uma dada situação”* (Gronröos, 2000).

A dificuldade em não se ter uma única definição para o construto entre as diversas disciplinas motivou Rousseau et al. (1998, p. 395) a proporem uma definição consensual. Para eles, *“confiança é um estado psicológico que compreende a intenção de aceitar uma vulnerabilidade baseada em expectativas positivas das intenções ou comportamentos de outro”*. Desta forma, a confiança surge associada a um certo sentido de integridade e de redução da incerteza e assenta na crença de que as acções dos parceiros de negócio conduzem a retornos favoráveis. Para Morgan e Hunt (1994) a capacidade de cada parceiro para gerar resultados positivos para o outro determina o compromisso com o relacionamento. A confiança é, portanto, um dos principais determinantes do compromisso de relacionamento e existe quando há confiança na confiabilidade na integridade de um parceiro.

De acordo os mesmos autores, compromisso e confiança em conjunto incentivam as partes a:

- Trabalhar no sentido de preservar os investimentos no relacionamento, cooperando com o intercâmbio de parceiros;
- Resistir a alternativas atraentes de curto prazo em favor dos benefícios a longo prazo resultado da permanência com os parceiros existentes;
- Exibir as acções potencialmente de alto risco, de uma forma mais favorável, porque acreditam que os seus parceiros não agirão de forma oportunista.

Confiança e compromisso são elementos muito importantes para assegurar uma orientação de longo prazo para uma relação de negócios. É importante que as empresas seleccionem os seus parceiros com cuidado, que partilhem valores comuns e mantenham uma excelente comunicação em todos os momentos durante o contínuo relacionamento. Para garantir uma relação de

cooperação que seja mutuamente benéfica, as empresas devem também garantir que fornecem recursos e benefícios superiores às ofertas de outras empresas, e que evitam tirar vantagem dos seus parceiros de alguma forma (Morgan e Hunt, 1994).

Uma das definições do construto **confiança** é oriunda justamente da psicologia e foi elaborada por Rotter (1967, p. 651) como sendo *“a expectativa generalizada mantida por um indivíduo ou um grupo de que a palavra, promessa, verbal ou escrita, de outro indivíduo ou grupo pode ser confiada”*. Já os sociólogos vêem a confiança em propriedades socialmente inseridas nas relações entre as pessoas (Rousseau et al., 1998).

Mesmo havendo divergências sobre a definição do construto **confiança** entre as diversas disciplinas, identifica-se pelo menos um ponto em comum a todas as áreas: as condições que devem existir para que a confiança seja desenvolvida. A primeira é **risco**, ou seja, a probabilidade de perda, quando interpretada por uma das partes decisoras; a segunda é **interdependência**, onde os interesses de uma parte não podem ser atingidos sem a colaboração de outra (Rousseau et al., 1998).

4.4 Lealdade

Na literatura de marketing, a lealdade tem sido amplamente reconhecida como sendo de extrema importância (Oliver, 1999; Samuelsen e Sandvik, 1997; Howard e Sheth, 1969). Reichheld (1996) estudou o efeito positivo sobre os lucros de ter uma clientela fiel. Aaker (1991) discutiu o papel da fidelidade especificamente no processo de **atribuição de valor a uma marca**, constatando que a fidelidade à marca reduz os custos de marketing. Fornell e Wernerfelt (1987) observaram que os custos de retenção de clientes são substancialmente inferiores às da aquisição de novos clientes. Além disso, a fidelidade à marca produz uma recomendação positiva boca-a-boca, e maior resistência à concorrência entre os consumidores leais e às estratégias de fornecedores rivais (Arndt, 1967; Oliver, 1999; Dick e Basu, 1994).

Os primeiros estudos de marketing perceberam o conceito de lealdade do cliente de um ponto de vista comportamental, medindo o conceito como um comportamento envolvendo a compra de repetição de um determinado produto ou serviço, avaliado tanto pela sequência em que é comprado, como na proporção das compras, como um acto de recomendação, como a escala da

relação, o seu âmbito, ou ambos, ou como vários desses critérios combinados (Hallowell, 1996; Homburg e Giering, 2001; Yi, 1990). Desde que Day (1969) criticou esta visão unidimensional centrada comportamentalmente e, portanto, incapaz de distinguir a verdadeira lealdade de uma falsa lealdade, muitos pesquisadores têm reconhecido a necessidade de adicionar uma componente atitudinal à comportamental (Berna et al., 2001; Dick e Basu, 1994; Jacoby e Kyner, 1973; Oliver, 1997).

De facto, como Bandyopadhyay e Martell (2007) encontraram, a existência de tais factores situacionais como não existir em stock ou indisponíveis, tais como factores intrínsecos como resistência à mudança, ou como factores sociais e culturais como vínculo social que reforça a necessidade de distinguir clientes com lealdade comportamental de clientes de compra repetida. Esses factores também apontam para a necessidade de acrescentar uma dimensão de atitude para fidelidade do cliente. Isto parece ser particularmente contextual e, portanto, relevantes na área de serviços (Bloemer et al. 1999; Ganesh et al., 2000; Zeithaml et al., 1996).

Oliver (1999, p. 34) **define fidelidade** como um profundo compromisso mantido de recomprar um produto ou serviço preferido consistentemente no futuro, causando repetição do mesmo tipo ou a compra do mesmo conjunto de marcas, apesar de influências situacionais e esforços de marketing com potencial para provocar mudança comportamento.

Esta definição enfatiza dois aspectos principais: os aspectos **comportamentais** e os aspectos **atitudinais** (Aaker, 1991; Assael, 1998; Day, 1969; Jacoby e Chestnut, 1978; Jacoby e Kyner, 1973; Oliver, 1999; Tucker, 1964). A lealdade comportamental refere-se a repetir a aquisição de uma marca, enquanto a lealdade atitudinal refere-se a um grau disposicional de compromisso (em termos de algum valor distinto associado com a marca).

Assim, percebe-se que é amplamente reconhecido que a **lealdade** tem componentes atitudinais e comportamentais. Jacoby e Kyner (1973) propuseram uma definição de lealdade que inclui seis condições necessárias. Segundo esta definição, a lealdade à marca é:

- Uma tendência (ou seja, uma resposta intencional não-aleatória);
- Comportamental (ou seja, uma compra);
- Expressa ao longo do tempo;

- Tomada de decisão por um ou alguns (uma pessoa ou grupo de pessoas) em relação a uma ou mais marcas alternativas (como um conjunto de marcas);
- É uma função de factores de processos psicológicos (tomada de decisões, avaliação).

Bloemer e Kasper (1995) estudaram as diferenças entre a "verdadeira" e "não genuína" fidelidade em termos de um "efeito inércia". Estes autores verificaram que "a verdadeira lealdade" implica, para além da compra repetitiva, uma verdadeiro compromisso com a marca. Oliver (1997; 1999) também invocou essa noção de "compromisso" na sua pesquisa sobre a satisfação e o relacionamento fidelidade à marca. Dick e Basu (1994), apontam que, enquanto o conceito de lealdade se aplica a uma variedade de contextos, a maioria dos pesquisadores concentraram-se em questões relacionadas com a mensuração da lealdade. Estes autores introduziram a noção de "atitude relativa" como um meio para proporcionar uma melhor fundamentação teórica para o construto da fidelidade. **Atitude Relativa** refere-se a "*uma atitude favorável que é elevada em comparação com as alternativas possíveis*" (Dick e Basu, 1994, p. 100).

Repetir o comportamento de compra por si só não implica que um consumidor é fiel a uma marca. A verdadeira lealdade implica um compromisso no sentido de uma marca e não só devido à inércia de recompra (Bloemer e Kasper, 1995). Os consumidores que recompram uma marca devido à inércia podem ser facilmente induzidos a mudar de marca quando oferecido um corte de preços, por exemplo. Assim, uma atitude favorável em relação a algo e não apenas recompra é um pré-requisito para a lealdade.

Quatro dimensões, para além do comportamento de recompra, podem ser distinguidas na literatura sobre serviços. As dimensões são:

1. Publicidade boca-a-boca positiva;
2. Resistência à mudança;
3. Identificação com o serviço;
4. Preferência por um prestador em particular.

A publicidade boca a boca é uma abordagem comum a uma conceptualização de lealdade. Clientes leais são como uma espécie de advogados do serviço (Payne, 1993). Variações deste conceito podem ser identificadas:

1. Promover passa palavra positivo (Zeithaml et al., 1996; Andreassen e Lindestad, 1998);

2. Recomendar o serviço a terceiros (Stum e Thiry, 1991; Fisky et al., 1990)
3. Encorajar outros a usar o serviço (Kingstrom, 1983; Bettencourt e Brownm 1997);
4. Defender as virtudes do serviço como proposto por Kingstrom (1983).

Em síntese, clientes leais são verdadeiros embaixadores do negócio.

4.5 Retenção e lealdade de clientes como resultados da satisfação

Com o crescente nível de competitividade no mercado, pode-se inferir que a retenção de clientes é fundamental e que o grande desafio passa a ser o de reconhecer os clientes, mostrando-lhes o quanto a empresa os estima por terem lhe conferido a sua preferência. No entanto, isso vai além da preocupação com a simples satisfação do cliente, pois, na realidade, é um novo modo de pensar a respeito do que gera lucros e sobre a forma como se deveria fazer negócios (Vavra e Pruden, 1995).

Vavra e Pruden (1995) também afirmam que a retenção de clientes é a chave para o sucesso no mercado do novo milénio, a qual é proposta como o componente mais importante para a consolidação da participação de mercado da empresa, sendo direccionada, basicamente, pela satisfação do cliente (Rust e Zahorik, 1993). Assim, estratégias de marketing defensivo, baseadas na retenção de clientes, ganham destaque na literatura e passam a ser sugeridas por diversos pesquisadores (Reichheld e Sasser Jr., 1990; Fornell, Ryan e Westbrook, 1990; Rust e Zahorik, 1993; Reichheld, 1993; 1996a; 1996b; Zeithaml, Berry e Parasuraman, 1996; Reichheld, Markey Jr. e Hopton, 2000).

De acordo com Reichheld (1993) e Reichheld, Markey Jr. e Hopton (2000), não se pode negar que os lucros são importantes não como um fim em si mesmos, mas porque permitem à empresa melhorar a criação de valor e propiciam incentivos para que os clientes permaneçam retidos e leais à empresa. Ainda, para o autor, como uma etapa decorrente da retenção de clientes, é imprescindível lembrar que os benefícios da lealdade geralmente se reflectem nos motivos pelos quais um competidor é mais lucrativo do que outro. Reichheld (1993), contudo, ressalva que nem sempre a satisfação resulta na retenção de clientes e que qualidade, satisfação, retenção e lealdade são construtos distintos, porém interdependentes em determinadas situações. Para Oliver (1999), a satisfação é um passo necessário em direcção à retenção de clientes e à formação

de lealdade, a qual pode emergir da combinação da superioridade percebida na oferta das empresas. Permanecendo leais a um negócio, os clientes representam uma continuidade de receitas (Vavra, 1994), também denominada *lifetime value* (Blattberg e Deighton, 1991; Hoekstra e Huizingh, 1999) ou *customer equity* (Blattberg, Getz e Thomas, 2001), reflectindo o valor individual do cliente ao longo do tempo.

A lealdade do cliente não é uma mera função do comportamento passado, mas sim um conceito multidimensional que deve incorporar o compromisso do cliente em relação a uma marca. Lealdade implica compromisso, e não apenas um comportamento repetitivo (Assael, 1992), e tal compromisso é uma promessa implícita ou explícita de continuidade do relacionamento (Oliver, 1999).

Em trabalhos desenvolvidos por profissionais da Bain e Company, foi identificado que o retorno advindo da lealdade está na categoria dos dois dígitos, porém os números explicam mais a retenção de clientes do que estados de lealdade psicológica. Embora haja uma correspondência inquestionável entre retenção e lealdade, cabe ressaltar que em certas circunstâncias o cliente é leal, mas não tem necessidade ou oportunidade de voltar a fazer negócios com a empresa (Oliver, 1999).

Quanto mais tempo uma empresa mantiver um cliente leal, mais lucrativo esse cliente poderá vir a se tornar, e quanto mais tempo o cliente comprar dessa empresa, mais dependente ele se tornará dos seus produtos ou serviços e menos susceptível a ofertas com preços mais baixos de outras empresas (Vavra, 1994). Contudo, apenas uma visão de longo prazo não assegura lucratividade e rentabilidade, sendo imprescindível analisar outras duas variáveis: a geração de receitas e a magnitude dos custos provenientes do atendimento a determinado cliente (Storbacka, Strandvik e Grönroos, 1994; Reichheld e Sasser Jr., 1990), o que confere ao relacionamento a necessidade de agregação de valor para ambas as partes.

Outro aspecto que merece destaque refere-se aos clientes satisfeitos e que são leais, pois eles apresentam a tendência de se envolver em publicidade boca a boca favorável para a empresa. Salienta-se que indicadores do tipo “disposição a recomendar” e “recomendações a outros” são medidas amplamente utilizadas, na prática, para se avaliar o impacto global do nível de satisfação do cliente (Anderson, 1998).

Convergindo com esses aspectos, deve-se considerar que há evidências de que uma postura mais direccionada ao desenvolvimento de relacionamentos, por parte de uma organização, é valorizada pelos clientes, proporcionando a criação de confiança e comprometimento destes em relação à empresa (Mückenberger, 2001). Tais elementos são fundamentais nessa análise por serem componentes antecedentes do construto da lealdade (Mückenberger, 2001; Santos, 2001).

Os clientes, quando insatisfeitos, têm a opção de trocar de fornecedor ou expressar as suas reclamações (Anderson, 1998). Assim, a gestão das reclamações deve ser vista como uma ferramenta eficaz tanto para a retenção como para a lealdade de clientes. É um tipo de iniciativa que pode aumentar a utilidade da compra por parte do cliente (Fornell e Wernerfelt, 1988), uma vez que acções correctivas ou mudanças em processos voltadas para o aumento do nível de satisfação dos clientes deveriam diminuir a incidência de queixas (Anderson, 1998) e, consequentemente, um incremento no nível de satisfação possibilitaria um aumento na retenção e lealdade dos clientes (Reichheld e Sasser Jr., 1990).

Explorando o outro lado desse problema, Reichheld e Sasser Jr. (1990) colocam que a deserção de clientes é um sinal claro de que algo não vai bem e de que uma queda nos lucros pode ser esperada. Conhecer as causas da deserção de clientes e, se possível, antecipar-se a elas é uma forma de orientação que auxilia na melhoria contínua, também servindo, como no caso de ouvir as reclamações dos clientes, para remover as fontes de falha (Reichheld, 1996b).

O entendimento dos efeitos económicos da deserção de clientes mostra que as melhorias nos serviços não devem ser apenas vistas como custos, mas sim investimentos que geram mais lucro do que a margem gerada por uma transacção isolada (Reichheld e Sasser Jr., 1990; Reichheld, 1996b; Reichheld, Markey Jr. e Hopton, 2000). Dependendo do sector em que actuam, as empresas podem aumentar seus lucros de 25% a 85% com a redução de apenas 5% na perda de clientes (Reichheld e Sasser Jr., 1990). Entretanto, acreditar que clientes satisfeitos são, obrigatoriamente, leais pode ser um engano.

Numa pesquisa realizada por Reichheld (1993), descobriu-se que entre 65% a 85% dos clientes que trocaram de fornecedor disseram estar satisfeitos com o fornecedor antigo. Entretanto, mesmo que a satisfação possa não se configurar como um elemento central da lealdade, após a

lealdade ter sido estabelecida, é difícil que a sua manutenção se desenvolva sem a satisfação (Oliver, 1999).

Capítulo 5 - Metodologia de Investigação

A qualidade de serviço tem sido reconhecida como um dos principais elementos que afectam a retenção de clientes e a rentabilidade a longo prazo de uma organização (McDonald e Howland, 1998; Zeithaml, Berry e Parasuraman, 1996). De facto, uma elevada satisfação do cliente resulta numa melhor reputação da organização, menores custos de captação de novos clientes, menos recursos dedicados à gestão de reclamações e mais referências de clientes (Anderson e Sullivan, 1993; Fornell e Wenerfelt, 1987; Garvin, 1988; Hallowell, 1996; Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988).

Para satisfazer os clientes, a qualidade do serviço tem de atender ou exceder as expectativas dos clientes (Stum e Thiry, 1991). Por conseguinte, clientes satisfeitos são mais frequentemente clientes que regressam e repetem a compra. Qualidade dos serviços também tem um forte efeito sobre as intenções de compra e satisfação do cliente. Por exemplo, clientes satisfeitos são mais propensos a envolverem-se com mais frequência e a participar em outros serviços oferecidos pela organização, pagando pelos benefícios que recebem, e são mais tolerantes com aumentos de preços (McAlexander, Kaldenberg e Koenig, 1994; Reichheld e Sasser, 1990). Em suma, os recursos de marketing serão melhor geridos se mantivermos os clientes já existentes do que atrair novos (Fornell, 1992; Fornell e Wernerfelt, 1987; Sonnenberg, 1989).

Neste sentido tem todas as vantagens proceder a um estudo que apoie a concretização de medidas de gestão que potencie as vantagens assinaladas. Nesta linha percebe-se que uma organização só reterá vantagens em promover um modelo de gestão que privilegie programas de fidelização do cliente. Contudo, previamente à promoção de qualquer tipo de programa que promova esta relação importa identificar previamente e analisar casuisticamente os seus antecedentes.

Na revisão da literatura realizada nos capítulos anteriores conseguimos reter que a lealdade genuína do cliente é um conceito combinatório que agrega outros conceitos, nomeadamente a qualidade do relacionamento e a fidelização.

A qualidade de relacionamento distingue conceitos fundamentais como confiança, compromisso e lealdade e aborda-os de uma forma causal, isto é, tenta identificar em que medida cada construto influencia o outro assumindo-se que a qualidade do relacionamento depende da interacção entre a empresa e os seus clientes, e é baseada na suposição de que a fidelidade dos utilizadores é determinada inicialmente pela satisfação, confiança e compromisso, que por sua vez dependem da sua relação.

Por outro lado, a lealdade também tem sido definida de um ponto de vista de concretização final das intenções do marketing, culminado no fim último das intenções comportamentais dos clientes em continuar a usar uma marca (ou uma empresa) no futuro, por exemplo.

Neste cenário, o que se pretende com a presente investigação é analisar o quadro relacional das diversas variáveis identificadas num caso prático concreto de prestação de serviço, corroborando ou não as relações previamente estabelecidas pelos diversos investigadores, trazendo mais um contributo para um verdadeiro exercício empresarial no domínio do marketing de serviços.

5.1 Objectivos da presente investigação

O grande objectivo que se pretende com a presente investigação prende-se com a identificação das dimensões precisas de relacionamento que levam a fidelizar os clientes e os seus níveis de interacção de forma a identificar medidas futuras de gestão que possam contribuir para a criação de valor e, por inerência, a um nível de competitividade empresarial que permita o sucesso da organização.

Para a concretização deste objectivo ambicioso importa identificar as dimensões e medir a influência dessas dimensões entre si. O modelo que se pretende testar interliga os conceitos de satisfação, qualidade, confiança, compromisso e lealdade, identificando-as como fazendo parte de um verdadeiro esquema relacional. O que se projectou na fase seguinte, e com base numa

análise prévia das relações pré-determinadas decorrente da revisão bibliográfica realizada, consistiu na verificação das influências entre si.

A este nível, prosseguiram-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar os efeitos da qualidade no índice de satisfação dos clientes;
- Medir a influência da satisfação na atitude de compromisso do cliente;
- Medir a influência da satisfação na atitude de confiança do cliente;
- Medir a influência da confiança no comportamento e atitude de lealdade do cliente;
- Medir a influência da confiança na atitude de compromisso do cliente;
- Medir a influência do compromisso no comportamento e atitude de lealdade do cliente.

Em suma, a intenção do presente estudo consistiu em avaliar os antecedentes da lealdade e as relações prévias que a precedem considerando que entre a satisfação e a lealdade, e assumindo a satisfação como ponto de partida da consequência da percepção de qualidade de um serviço, existem dimensões intermédias cujo papel importa identificar e posicionar no esquema relacional.

5.2 Modelo Conceptual

De acordo com o referido no ponto anterior, o esquema da relação causal que se pretende testar está evidenciado na figura 2.

A metodologia científica adoptada no presente estudo baseou-se no **método indutivo**, dado que se parte de dados de observação, são analisados estes dados para estabelecer relações entre eles e submete-se posteriormente a verificação experimental.

Os construtos qualidade, satisfação, confiança, compromisso, lealdade foram identificados como **variáveis latentes** por representarem variáveis que não podem ser medidas nem observadas directamente, mas que podem ser definidas a partir de um conjunto de outras variáveis ou dimensões medidas por meio de questões, sendo por conseguinte identificadas como itens de um questionário (Hill e Hill, 2000).

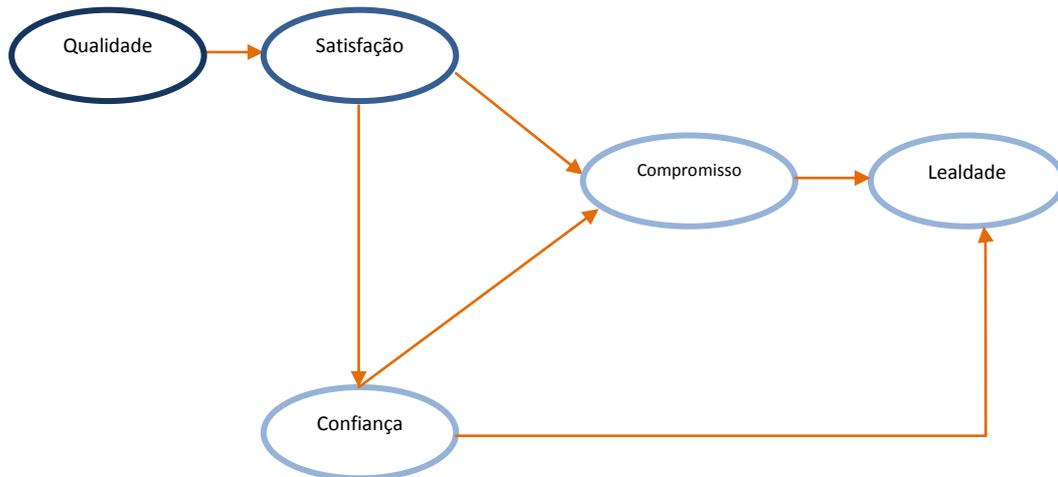


FIGURA 2 – MODELO CONCEPTUAL DA INVESTIGAÇÃO

5.3 Enquadramento conceptual das variáveis

Partindo das três variáveis *core* (satisfação, confiança e compromisso), como inter-relacionadas (Hennig-Thurau et al., 2002), o presente estudo pretende examinar o seu efeito na lealdade como resultado dessa relação. A satisfação, em termos gerais, foi retida em termos de satisfação global com o prestador de serviços, a confiança como confiança dos clientes na integridade do prestador e, por último, o compromisso como o desejo de manter a relação. Cada uma destas variáveis será descrita em profundidade.

De seguida serão explicadas, de forma sucinta, as cinco variáveis consideradas no presente estudo: qualidade, satisfação, confiança, compromisso e lealdade. De realçar que após a definição das variáveis latentes procedeu-se à criação de itens que representassem essas mesmas variáveis. Os itens foram criados a partir da revisão de literatura que foi feita previamente e que incidiu sobre cada uma dessas variáveis. Teve ainda por base a análise de outras escalas já anteriormente criadas. De referir que estas escalas não se adequavam directamente aos objectivos deste estudo, razão pela qual foi necessária uma adaptação.

Na definição de cada variável será identificada a definição seleccionada das diversas apresentadas na revisão bibliográfica, a escala específica que serviu de referência e os itens que as caracterizam no instrumento final de medida.

5.3.1 Qualidade

Partindo de uma das definições defendidas por Parasuraman et al. (1985; 1988) a qualidade percebida do serviço é resultado da diferença entre as expectativas e o desempenho, ou *“qualidade de serviço é a medida da forma como o serviço corresponde às expectativas do cliente. Entregar um serviço de qualidade significa conformidade com as expectativas do cliente numa base consistente”* (Lewis e Booms, 1983).

De acordo com o modelo de avaliação que serviu de referência ao modelo em estudo (*“Service Quality Assessment Scale”* (SQAS) de Lam, Zhang e Jensen, 2005), destacam-se três grandes dimensões na avaliação da qualidade dos serviços: o pessoal, as instalações e o programa/serviço.

O Pessoal: a maioria dos serviços envolve a interação entre o prestador de serviços e os clientes (Zeithaml, Parasuraman, e Berry 1985). A aparência, atitude, conhecimento e cortesia do pessoal tem uma influência directa sobre a percepção do cliente de qualidade de serviço (Bitner, Barras e Tetreault, 1990; Brady e Cronin, 2001; Czepial, Salomão e Surprenant, 1985).

Com base nestas premissas e adaptado para a realidade da prestação de cuidados de saúde, a dimensão “pessoal” foi avaliada como “profissionais de saúde”. Os itens utilizados relativos ao construto “Avaliação da qualidade dos serviços: profissionais de saúde” estão apresentados no quadro 2.

I. Profissionais de Saúde
Posse de conhecimentos e capacidades requeridas
Imagem Cuidada/Fardamento
Disponibilidade em ajudar
Paciência
Comunicação com os clientes
Capacidade de resposta às queixas
Cortesia e Respeito
Fornecimento de atenção individualizada aos clientes
Fornecimento de um serviço consistente

QUADRO 2 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O Programa/O Serviço: Ao nível do SQAS o programa foi definido no interior do contexto de clubes de fitness não sendo, por isso, facilmente adaptável para o presente caso concreto do estudo. Contudo, nenhum modelo de qualidade de serviços foi desenhado especificamente para a

indústria do desporto ou de saúde/fitness (Brady e Cronin, 2001; McDougall e Levesque, 1994; Parasuraman et al., 1988; Rust e Oliver, 1994). Por conseguinte, o construto foi adaptado, identificando-se a área concreta de avaliação da prestação do serviço, neste caso, o serviço de ambulatório de consulta externa de especialidade.

Os itens utilizados relativos ao construto “Avaliação da qualidade dos serviços: serviços médicos” estão apresentados no quadro 3.

II. Serviços Médicos
Variedade de especialidades médicas e exames
Disponibilidade das especialidades médicas e exames
Conveniência dos horários de acordo com as necessidades dos clientes
Conteúdo/Qualidade dos procedimentos médicos
Adequação da duração dos procedimentos médicos
Adequação do espaço dos consultórios/gabinetes

QUADRO 3 – SERVIÇOS MÉDICOS

Instalações: Todos os modelos de qualidade de serviços reconhecem a importância da instalação física para avaliar as percepções dos clientes da qualidade do serviço (Brady e Cronin, 2001; Chelladurai et al., 1987; Howat et al., 1996; 1999; Kim e Kim, 1995; McDougall e Levesque, 1994; Papadimitriou e Karteroliotis, 2000; Parasuraman et al., 1988; Rust e Oliver, 1994). A dimensão “instalações físicas”, neste estudo, representa o ambiente físico da instalação, que se refere ao "ambiente construído", ou meio físico, como oposição ao ambiente natural ou social (Bitner, 1992), conforme modelo adoptado pelo SQAS.

Ao nível das instalações foram distinguidas três grandes áreas: salas de espera, instalações do consultório e instalações da clínica, cujos itens foram adaptados para o contexto da prática de serviços em saúde.

Os itens utilizados relativos ao construto “Avaliação da qualidade dos serviços: salas de espera” estão apresentados no quadro 4.

Os itens utilizados relativos ao construto “Avaliação da qualidade dos serviços: instalações físicas-clínica” estão apresentados no quadro 5.

III. Salas de Espera

Disponibilidade de lugares sentados

Manutenção geral/Estado dos materiais

Limpeza geral (salas de espera e casas de banho)

Acessibilidade

Música de fundo

Segurança

QUADRO 4 – SALAS DE ESPERA

IV. Instalações físicas - Clínica

Conveniência da localização

Horário de funcionamento

Disponibilidade de estacionamento

Acessibilidade do edifício

Segurança do parque de estacionamento

As condições de temperatura dos espaços

Controlo da luminosidade

QUADRO 5 – INSTALAÇÕES FÍSICAS - CLÍNICA

Os itens utilizados relativos ao construto “Avaliação da qualidade dos serviços: instalações físicas-consultório” estão apresentados no quadro 6.

V. Instalações do Consultório

Ambiente agradável

Equipamento de aparência moderna

Sinalética adequada de acesso ao consultório

Variedade do equipamento

Manutenção geral do consultório/ Estado geral do consultório

QUADRO 6 – INSTALAÇÕES DO CONSULTÓRIO

5.3.2 Satisfação

O conceito de satisfação que se integra no presente estudo aborda essencialmente as questões de satisfação na relação, considerada no fundo como a satisfação global com a relação tida com a empresa prestadora do serviço. Por conseguinte, a satisfação é conceptualizada de um ponto de vista afectivo (Smith e Barclay, 1997) e com um efeito cumulativo desenvolvido ao longo de um relacionamento e não como o resultado de uma transacção específica (Anderson et al., 1997).

Os itens utilizados relativos ao construto “Satisfação” estão apresentados no quadro 7.

Estou satisfeito(a) com a decisão de recorrer aos serviços de saúde da CLIRIA
A minha escolha de recorrer à CLIRIA foi sábia/sensata
Se tivesse de recorrer novamente aos serviços da CLIRIA, eu faria a mesma escolha
Sinto-me arrependido pela minha decisão de recorrer aos serviços da CLIRIA
Não estou feliz por recorrer aos serviços da CLIRIA
Estou certo que fiz a escolha certa em recorrer aos serviços da CLIRIA
<i>Avaliação da Satisfação Global</i>
Ser cliente da CLIRIA deixa-me:

QUADRO 7 – ITENS DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO

Salvaguarda-se que, neste caso em particular, foram utilizadas dois tipos de escala. Na primeira parte uma escala de concordância e por fim uma escala de avaliação.

5.3.3 Confiança

Confiança é o estado psicológico que faz com que uma pessoa que está disposta a ser vulnerável a outra pessoa, assuma os resultados favoráveis de outros comportamentos. Portanto, é "a confiança na fiabilidade e integridade do parceiro" (Morgan e Hunt, 1994) ou, por outras palavras, confiança de um cliente na integridade de um fornecedor.

A escala da confiança foi adaptada do modelo de McKnight et al. (2002). A escala proposta incluiu as principais dimensões consideradas para a confiança: integridade, benevolência e competência (Bhattacharjee, 2002; Gefen, 1997; Mayer et al., 1995): competência (habilidade do prestador de serviço em executar o serviço de acordo com as necessidades do cliente), benevolência (cuidar do cliente e evidenciar motivação para agir nos seus interesses), e integridade (honestidade e manutenção das promessas).

Os itens utilizados relativos ao construto “Confiança” estão apresentados no quadro 8.

5.3.4 Compromisso

Kumar, Scheer e Steenkamp (1995) definiram compromisso como o desejo de manter um relacionamento. Morgan e Hunt (1994) definiram como a crença de uma das partes em que os

resultados da relação são tão importantes que vale a pena fazer um esforço para mantê-la. De acordo com este autor há, aparentemente, dois traços de compromisso: afectivo (baseado na lealdade e num sentimento de pertença) e calculados (com base na avaliação racional).

Os itens utilizados relativos ao construto “compromisso” estão apresentados no quadro 9.

I. Benevolência
Acredito que a CLIRIA defende os meus interesses.
Se precisar de ajuda, a CLIRIA fará o seu melhor para me ajudar
A CLIRIA está interessada no meu bem-estar, não apenas em si própria
II. Integridade
A CLIRIA é uma empresa verdadeira nas suas relações comigo
A CLIRIA é uma empresa que mantém os seus compromissos para comigo
A CLIRIA é uma empresa sincera e genuína
Eu caracterizaria a CLIRIA como uma empresa honesta
III. Competência
A CLIRIA desempenha muito bem o papel de prestador privado de serviços de saúde
A CLIRIA é competente e efectiva no serviço que oferece
No global a CLIRIA é um prestador privado de serviços de saúde capaz e proficiente
No geral a CLIRIA é muito qualificada no âmbito do serviço que presta

QUADRO 8 – ITENS DO CONSTRUTO CONFIANÇA

Mesmo se pudesse, não iria deixar de recorrer aos serviços da CLIRIA porque gosto de me relacionar com este Hospital.
Quero continuar a fazer parte do grupo de clientes que recorre à CLIRIA porque o meu relacionamento com este hospital é realmente gratificante.
A minha ligação emocional/afectiva com a CLIRIA é a principal razão pela qual eu continuo a recorrer aos seus serviços.

QUADRO 9 – ITENS DO CONSTRUTO COMPROMISSO

5.3.5 Lealdade

A lealdade foi avaliada com base nas propostas de Zeithaml et al. (1996). A escala proposta compreende três dimensões principais:

- (a) as referências / recomendação,
- (b) intenção de recompra,
- (c) comportamento de queixa.

Neste contexto foi excluída a sensibilidade ao preço dado tratar-se de um caso de hospitalização privada dependente de planos de saúde externos que ditam as regras de mercado.

Os itens utilizados relativos ao construto “lealdade” estão apresentados no quadro 10.

I. Referências

Vou dizer coisas positivas a respeito do serviço que a CLIRIA presta

Vou recomendar a CLIRIA a alguém que procure o meu conselho

Vou incentivar os meus amigos e familiares a recorrerem aos serviços de saúde da CLIRIA

II. Recompra

Considero a CLIRIA como a minha primeira escolha em termos de serviços privados de saúde

Pretendo continuar a usufruir dos serviços da CLIRIA nos próximos anos

III. Queixas

Vou-me queixar a outros clientes se tiver um problema com a CLIRIA

Vou-me queixar aos funcionários se tiver um problema com o serviço prestado na CLIRIA

Vou-me queixar a entidades externas se tiver um problema com a CLIRIA

QUADRO 10 – ITENS DO CONSTRUTO LEALDADE

5.4 Metodologia de recolha de dados

Um questionário foi projectado na recolha de opiniões sobre a satisfação, confiança, compromisso e lealdade, culminando nos dados sócio-demográficos (evidência que se encontra no anexo 1).

Na sua construção estiveram subjacentes os seguintes modelos instrumentais, conforme já referenciado anteriormente:

- A Dimensão Qualidade e Satisfação resultaram da adaptação do Service Quality Assessment Scale (SQAS) de Lam et al. (2005);
- A escala da confiança foi adaptada do modelo de McKnight et al. (2002). A escala proposta incluiu as principais dimensões consideradas para a confiança: integridade, benevolência e competência.
- A lealdade foi avaliada com base nas propostas de Zeithaml et al. (1996).

Todas as questões que compõem o questionário são **questões fechadas** (Hill e Hill, 2005), sendo um questionário constituído só por perguntas fechadas, ainda que contenha respostas alternativas.

A escolha de um questionário de natureza essencialmente fechada deveu-se ao facto de se conhecer as variáveis mais relevantes e mais importantes na presente área da investigação e se pretender obter informação quantitativa sobre elas (Hill e Hill, 2005).

5.5 Escala

A escala é **ordinal** dado que permite uma ordenação numérica das respostas alternativas, estabelecendo uma relação de ordem entre elas. Destacamos, a este nível, três tipos de resposta alternativa: **respostas sobre avaliação, respostas sobre satisfação e respostas sobre concordância.**

Na sua apresentação no questionário foram descritas todas as opções da escala, respeitando a “regra de ouro” na elaboração de questionários: *“para evitar problemas de interpretação, e portanto, para recolher dados que tenham significados relativamente claros, é melhor descrever, com palavras, todos os números da escala de resposta. E é muito importante utilizar um conjunto de respostas “equilibrado”*” (Hill e Hill, 2005).

A classificação dos itens fez-se segundo uma escala de tipo Likert de 1 a 7. Na dimensão qualidade, a escala media o critério avaliativo dos clientes face aos itens apresentados pelo que os extremos da escala variavam entre medíocre (1) excelente (7), tal como se apresenta na figura 3.

Medíocre	Muito pobre	Pobre	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

FIGURA 3 – ESCALA DE AVALIAÇÃO

Nas dimensões satisfação, confiança, compromisso e lealdade foi integrada uma escala de concordância variando entre o discordo totalmente (1) e o concordo totalmente (7), tal como se apresenta na figura 4.

Por último, e apenas no item de avaliação da satisfação global do cliente foi utilizada uma escala de satisfação, igualmente do tipo Likert de 1 a 7. Os extremos variavam entre muito insatisfeito e muito satisfeito conforme se evidencia na figura 5.

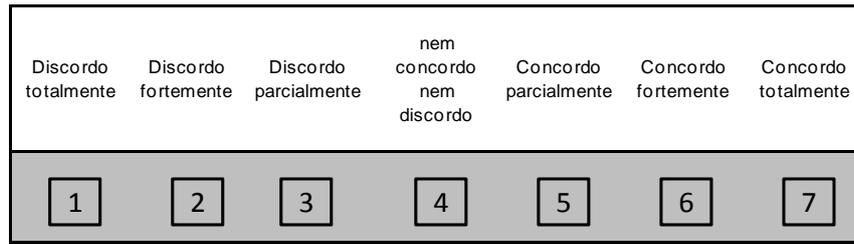


FIGURA 4 – ESCALA DE CONCORDÂNCIA



FIGURA 5 – ESCALA DE SATISFAÇÃO

Foi elaborada uma versão provisória do questionário que foi administrado a uma pequena amostra de dez indivíduos. Este **pré-teste** destinou-se a verificar até que ponto os itens eram bem compreendidos pelos entrevistados e se algum suscitava alguma dúvida. Todos os 10 questionários foram preenchidos, 7 correctamente e 3 três evidenciaram dúvidas sobre os itens apresentados. Neste sentido, houve uma readaptação face às sugestões apresentadas tendo-se posteriormente **administrado o questionário** à amostra definitiva. Nesta fase foram administrados 175 questionários tendo na sua totalidade sido preenchidos correctamente.

5.6 Hipóteses da investigação

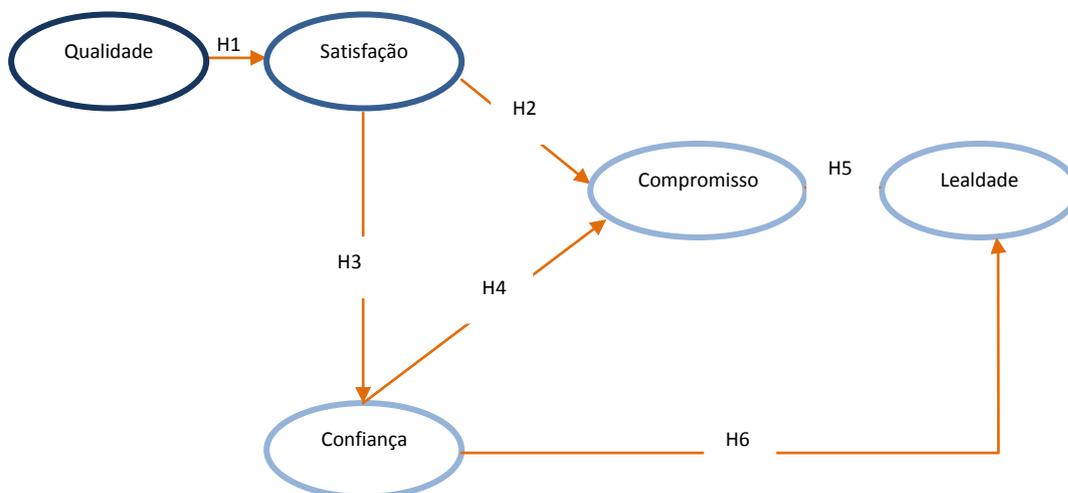


FIGURA 6 – HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Com base no quadro conceptual apresentado na figura 6 e os objectivos da presente investigação foram desenhadas várias hipóteses operacionais.

Relação entre Qualidade e Satisfação:

5.6.1 Qualidade e Satisfação

A qualidade do serviço é por diversas vezes referida na literatura como uma antecedente da satisfação do cliente/serviço (Gotlieb et al., 1994; Parasuraman, 1998; Cronin e Taylor, 1992; Brady e Cronin, 2001; Dick e Basu, 1994; Anderson et al., 1994; Iacobucci et al., 1995). Segundo Rust e Oliver (2000), a qualidade é uma dimensão na qual a satisfação se baseia. Assim a primeira hipótese, é a seguinte:

H1. A qualidade vai influenciar positivamente a satisfação.

Relação entre Satisfação, Confiança, Compromisso e Lealdade:

No âmbito da relação, a satisfação tem sido caracterizada como um pré-requisito para a qualidade do relacionamento. Por outro lado Wulf et al. (2001) assumiram que uma melhor qualidade de relacionamento é acompanhada por uma maior **satisfação, confiança e compromisso**, apontando que, embora essas três dimensões atitudinais sejam distintas, os consumidores tendem a juntá-las (Crosby et al., 1990; Wulf et de al., 2001). É neste quadro conceptual que se analisarão as hipóteses a seguir referidas.

5.6.2 Satisfação e Compromisso

Como Tax et al. (1998) demonstraram, a satisfação pode levar ao compromisso. Isso reforça a decisão dos utilizadores para participar nos serviços oferecidos. Assim, a primeira hipótese:

H2. Satisfação vai influenciar positivamente o compromisso.

5.6.3 Satisfação e Confiança

A satisfação é um antecedente da confiança. Se as expectativas forem atendidas, os utilizadores serão satisfeitos e confiantes. Satisfação leva a crer que a mesma qualidade de serviço será entregue no futuro.

H3. Satisfação irá influenciar positivamente a confiança.

5.6.4 Confiança e Compromisso

Existe uma relação positiva entre a confiança e comprometimento; partes que geram valor suficiente da sua interacção estarão preparados para manter o compromisso. É razoável assumir que a relação entre os dois conceitos deve ser semelhante ao de outros canais de distribuição. Na verdade, a confiança reduz o risco percebido, aumenta a percepção de que o sacrifício de curto prazo resultará em ganho de longo prazo, e reduz os custos de transacção na relação.

H4. Confiança irá influenciar positivamente o compromisso.

5.6.5 Compromisso e Lealdade

Um desejo de agir implica a possibilidade de que um comportamento ocorrerá, portanto deve haver uma relação positiva entre comprometimento e lealdade. Por exemplo, os clientes que estão comprometidos com o relacionamento com seus prestadores de serviços devem continuar / recomendar o uso do serviço.

H5. Compromisso influenciará positivamente a lealdade.

5.6.6 Confiança e Lealdade

A confiança é essencial quando os riscos são percebidos como importantes: gera lealdade. Por exemplo, Sirdeshmukh et al. (2002) ligaram directamente a confiança à fidelidade, baseado em parte em Zeithalm et al. (1996) e Liu et al. (2005).

H6. A confiança influencia positivamente a lealdade.

5.7 População e Amostra: caracterização da amostra

Ao nível da técnica de amostragem identificaram-se previamente os principais métodos de amostragem: amostragem probabilística e amostragem não probabilística. No âmbito da amostra considerada probabilística todos os elementos da população têm a probabilidade de serem seleccionados. A amostra não probabilística refere-se aos casos em que apenas alguns elementos da população têm probabilidade de serem seleccionados (McDaniel e Gates, 2003).

Nesta investigação recorreu-se a uma **amostra não probabilística** por conveniência constituída por 175 indivíduos. O acesso à amostra foi efectuado durante o período normal de consultas, nas salas de espera, solicitando directamente ao cliente a sua participação na investigação em curso.

PARAMETROS	Casos					
	Incluídos		Excluídos		Total	
	N	%	N	%	N	%
GÉNERO	170	97,1%	5	2,9%	175	100,0%
IDADE	169	96,6%	6	3,4%	175	100,0%
RENDIMENTO	161	92,0%	14	8,0%	175	100,0%
ESTADO CIVIL	167	95,4%	8	4,6%	175	100,0%
HABILITAÇÕES LITERARIAS	166	94,9%	9	5,1%	175	100,0%
PLANOSAÚDE	158	90,3%	17	9,7%	175	100,0%
ANTIGUIDADE	161	92,0%	14	8,0%	175	100,0%

QUADRO 11 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

De acordo com Barañano (2004), este tipo de amostra, tal como o nome indica, é efectuada de forma arbitrária em função da conveniência da pesquisa.

Conforme se pode verificar no quadro 11 a amostra foi identificada com base em indicadores como o género, a idade, o rendimento, o estado civil, habilitações literárias, plano de saúde e antiguidade de relação com o prestador de serviço.

Capítulo 6 - Estudo empírico: consistência e validade do modelo de medidas

Como revisão do capítulo anterior e como forma introdutória do presente capítulo, pretende-se proceder a um balanço global da fase da elaboração do instrumento até ao momento da primeira análise estatística realizada.

A construção das escalas passou por 6 fases, conforme se apresenta no quadro 12.

Etapa 1	Definição das variáveis
Etapa 2	Criação dos itens
Etapa 3	Construção do questionário e pré-teste
Etapa 4	Administração definitiva do questionário
Etapa 5	Análise de Componentes Principais para cada escala
Etapa 6	Avaliação da fiabilidade das dimensões das escalas

QUADRO 12 – ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DAS ESCALAS

A primeira etapa consistiu na definição das variáveis. Partindo dos objectivos do estudo definiram-se as variáveis latentes que se pretendiam medir. Após a definição das variáveis latentes procedeu-se à criação de itens que representassem essas mesmas variáveis. Os itens foram criados a partir da revisão de literatura realizada previamente e que incidiu sobre cada uma dessas variáveis assim como de modelos de escalas já existentes. Nem todas as escalas se adequavam directamente aos objectivos deste estudo pelo que se revelou necessário realizar adaptações.

A etapa seguinte consistiu em verificar até que ponto os itens das variáveis latentes previamente definidas se agregavam, de facto, em dimensões. Por fim a última etapa consistiu na avaliação da consistência interna de cada uma das dimensões das escalas. Para tal foi utilizada a prova estatística *Alpha* (α) de *Cronbach*.

O questionário foi aplicado a uma amostra constituída por 175 indivíduos que, em termos específicos, podemos caracterizada por:

	N.º
Feminino	110
Casado/União de Facto	78
Separado/divorciado	12
Solteiro	16
Viúvo	4
Masculino	56
Casado/União de Facto	42
Separado/divorciado	3
Solteiro	11
Viúvo	0
Total Geral	166

QUADRO 13 – SEXO VERSUS ESTADO CIVIL

A maioria dos respondentes que participaram na presente investigação é do sexo feminino que representa, no total, 66% da amostra, por oposição ao sexo masculino que representa 34%. Em ambos os géneros a maioria dos respondentes é casado ou vive em união de facto e, para em ambos os géneros, a maior representatividade que se segue diz respeito à categoria “solteiros”. Em menor número os separados e divorciados e, por último, os casos de viuvez que só se verificam no género feminino.

	N.º
Ensino Básico/ Profissional ou Tecnológico (até 9.º ano)	31
Feminino	24
Masculino	7
Ensino Secundário/ Profissional Completo (12.º ano)	51
Feminino	29
Masculino	22
Ensino Superior Completo (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento)	78
Feminino	54
Masculino	24
Sabe ler e escrever	5
Feminino	2
Masculino	3
Total Geral	165

QUADRO 14 – SEXO VERSUS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Cerca de 50% da amostra tem habilitações de nível superior, estando as mulheres novamente em destaque representando 75% dos respondentes. A seguir destacam-se as habilitações de nível secundário, com o número de respondentes femininos e masculinos relativamente equilibrados. Por fim 19% da amostra tem habilitações correspondentes até ao 9.º ano de escolaridade e, por fim, 3% sabem ler e escrever.

	N.º
Feminino	105
< 1 ano	19
> 10 anos	26
1 a 3 anos	19
3 a 5 anos	16
5 a 10 anos	25
Masculino	56
< 1 ano	8
> 10 Anos	12
1 a 3 anos	6
3 a 5 anos	11
5 a 10 anos	19
Total Geral	161

QUADRO 15 – SEXO VERSUS ANTIGUIDADE

Ao nível da relação de antiguidade com a empresa verificamos que se obtive, quer no género feminino quer no género masculino, uma maior representatividade na duração da relação entre 5 a 10 anos. No género feminino, em menor destaque, a relação registada de 1 a 3 anos. No género feminino o número de elementos é relativamente equilibrado pelas várias durações de antiguidade registadas variando entre 10% a 16 % comparativamente ao número total da amostra.

Por fim, a amostra é constituída maioritariamente por clientes que se relacionam com este prestador privado através do seu subsistema de saúde como, por exemplo, ADSE, ADMG, e PT-ACS. Quer no género feminino, correspondendo a 39% do grupo, quer no género masculino a 19%, dominam a representatividade da amostra, num total de 54%.

Em segundo lugar surge o seguro de saúde sendo os mais registados a medis, a multicare e a advancecare. Verifica-se a mesma tendência identificada no parágrafo anterior, isto é, quer o sexo

feminino quer o sexo masculino evidenciam a mesma tendência colocando-o em segundo lugar. No grupo total de respondentes os clientes com seguro de saúde representam 28% da amostra.

Por último o acordo empresa e o cliente particular. No género feminino o particular representa 7% da amostra e no género masculino represente 4% deste grupo. No total, o grupo de particulares representa 11% da amostra. O acordo empresa representa 3 e 4% para o sexo feminino e masculino respectivamente. No total representam 8% da amostra global.

	N.º
Feminino	104
Acordo empresa	5
Particular	11
Seguro de Saúde	27
Subsistema de Saúde	61
Masculino	53
Acordo empresa	7
Particular	6
Seguro de Saúde	17
Subsistema de Saúde	23
Total Geral	157

QUADRO 16 – SEXO VERSUS PLANOS DE SAÚDE

Relativamente ao conceito de satisfação que detém relativamente ao prestador de serviço em análise, os resultados indicam uma média elevada, conforme se apresenta no quadro 17.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
SER CLIENTE CLIRIA	173	1	7	6,10	0,965
N válido	173				

QUADRO 17 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA “SER CLIENTE CLIRIA DEIXA-ME...”

O total de respondentes, em termos médios, constitui um grupo de clientes satisfeitos com a empresa independentemente do tipo de plano, antiguidade, género e idade.

6.1 Processo de purificação das escalas

Todo o trabalho ao nível da análise dos dados obtidos foi realizado com recurso a um *software* estatístico nomeadamente o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17.0. O SPSS é

uma ferramenta informática importante, no sentido que permite a realização de cálculos estatísticos complexos com a obtenção dos resultados em poucos segundos (Pereira, 2006).

Na verificação da consistência e validade do modelo de medida e conforme já avançado anteriormente, foram utilizados os seguintes instrumentos estatísticos:

- Análise factorial por componentes principais com as seguintes opções:
 - Extracção dos componentes principais;
 - Matriz de correlação: *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e esfericidade de Bartlett;
 - Método de rotação Varimax para a simplificação e interpretação dos factores.
- Avaliação da consistência interna do instrumento de medida através do α de *Cronbach*.

A opção pela análise de componentes principais deve-se ao facto de nos permitir representar as variáveis iniciais do estudo a partir de um menor número de variáveis hipotéticas chamados factores ou componentes principais. No presente estudo de investigação, o inquérito utilizado era constituído por 62 itens agregados em 13 dimensões.

6.1.1 Testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de Esfericidade de Bartlett

Ambos os testes mencionados estão associados à avaliação da adequação dos dados para a realização da análise factorial, daí a sua extrema importância. O teste **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)** é uma estatística que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um factor comum. Neste teste quanto mais próximo de 1 (unidade) for o resultado mais adequada é a amostra à aplicação da análise factorial.

Na interpretação deste teste baseamo-nos no seguinte critério: valor pelo menos igual a 0,6 e preferivelmente igual a 0,8 ou mais (Hill e Hill, 1998).

O teste de **esfericidade de Bartlett** testa se a matriz de correlação é uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlação entre os dados. Dessa forma, procura-se para um nível de significância assumido em 5% rejeitar a hipótese nula de matriz de correlação identidade.

6.1.2 Avaliação do coeficiente Alpha de Cronbach

O índice α estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por *consistência interna da escala* e estima a fiabilidade de um instrumento porque quanto menor é a variabilidade de um mesmo item numa amostra de sujeitos, menor é o erro de medida que este possui associado (Pasquali, 2003). Contudo ainda que um conjunto de itens com α elevado, defina a presença ‘forte’ de factor comum, um α elevado não demonstra a presença de uma escala unifactorial. *Pelo que sendo o α uma medida de fiabilidade ele não nos informa sobre dimensionalidade.*

De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o α é pelo menos 0.70 (Nunnally, 1978). Contudo, há outros critérios conforme o quadro 18.

Autor	Condição	α considerado aceitável
Davis, 1964, p. 24	Previsão individual	Acima de 0,75
	Previsão para grupos de 25-50 indivíduos	Acima de 0,5
Kaplan e Sacuzzo, 1982, p. 106	Investigação fundamental	0,7-0,8
	Investigação aplicada	0,95
Murphy e Davidsholder, 1988, p. 89	Fiabilidade inaceitável	<0,6
	Fiabilidade baixa	0,70
	Fiabilidade moderada a elevada	0,8-0,9
	Fiabilidade Elevada	>0,9
Nunnally, 1978, p. 245-246	Investigação preliminar 0.7	0,7
	Investigação fundamental 0.8	0,8
	Investigação aplicada 0.9-0.95	0,9-0,95

QUADRO 18 – CRITÉRIOS DE RECOMENDAÇÃO DE FIABILIDADE ESTIMADA PELO A DE CRONBACH (ADAPTADO DE PETERSON, 1994)

Para os propósitos do presente estudo e dada a sua natureza foram adoptados os critérios de Murphy e Davidsholder (1998).

6.1.3 Método de rotação Varimax

A Rotação Varimax é um dos métodos mais comuns de rotação ortogonal e a sua finalidade é apenas facilitar a interpretação dos resultados Johnson e Wichern (1999). O objectivo da rotação consiste em delinear os factores de tal modo a que eles correspondam a agrupamentos de

variáveis inter-relacionadas, ou seja, os factores são rodados até que correspondam a uma dimensão separada do construto em investigação.

6.2 Aplicação Análise Factorial por Componentes Principais

6.2.1 Qualidade do serviço

Na avaliação da qualidade do serviço foram identificadas 5 dimensões distintas:

- Q1 – Profissionais de Saúde;
- Q2 – Serviços Médicos;
- Q3 – Salas de Espera;
- Q4 – Instalações Físicas – Clínica;
- Q5 – Instalações Físicas – Consultório.

Cada dimensão foi sujeita a uma análise factorial por componentes principais e por uma avaliação da sua consistência interna.

Na análise de cada dimensão apresentam-se os resultados obtidos nos testes KMO e Bartlett e matriz de saturação. Nos casos em que existe extracção de mais que 1 (unidade) componente integra-se igualmente informação decorrente da análise matriz dos componentes rodados.

A1.Q1 – Profissionais de Saúde

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como Q1.

Da análise dos valores das comunalidades todos os valores são superiores a 0,58 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,937
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	1517,299
	Df	36
	Sig.	0,000

QUADRO 19 – TESTE KMO E DE BARTLETT Q1 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O valor de KMO obtido foi de 0,937 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (36) = 1517,299, $p < 0,001$], o que significa que a correlação entre as variáveis é muito boa o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como muito boa a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 20 apresenta a matriz de saturação resultante da análise factorial realizada à dimensão “Profissionais de Saúde” do construto “Qualidade do Serviço”.

	Componente
Valor Próprio	6,777
Variância (%)	75,303
Variância Acumulada (%)	75,303
Coefficiente α de Cronbach	0,958

QUADRO 20 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO “QUALIDADE DO SERVIÇO” DIMENSÃO “Q1 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE”

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 75,303% da variância total. Dado que foi extraído um factor não foi necessário, por inerência, a rotação ortogonal.

O coeficiente α de Cronbach foi de 0,958 confirmando a existência de uma elevada consistência interna do factor.

A1.Q2 – Serviços Médicos

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como Q2.

Da análise dos valores das comunalidades é possível perceber que todos os valores são superiores a 0,66 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,893
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	714,158
	Df	15
	Sig.	0,000

QUADRO 21 – TESTE KMO E DE BARTLETT Q2 – SERVIÇOS MÉDICOS

O valor de KMO obtido foi de 0,893 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (15) = 714,158, $p < 0,001$], o que significa que há correlação entre as variáveis o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como muito boa a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 22 apresenta a análise factorial realizada à dimensão “Serviços Médicos” do construto “Qualidade do Serviço”.

	Componente
Valor Próprio	4,303
Variância (%)	71,701
Variância Acumulada (%)	71,701
Coefficiente α de Cronbach	0,920

QUADRO 22 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO “QUALIDADE DO SERVIÇO” DIMENSÃO “Q2 – SERVIÇOS MÉDICOS”

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 71,701% da variância total. Dado que só um componente foi extraído não há necessidade de aplicar a rotação ortogonal Varimax.

O coeficiente α de Cronbach foi de 0,920 confirmando a existência de uma elevada consistência interna do factor.

A1.Q3 – Salas de Espera

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como Q3.

Após a análise das comunalidades verifica-se que a maioria dos valores das comunalidades é superior a 0,59 excepto o item “música de fundo” que apresenta o valor 0,322 pelo que houve necessidade em eliminar este item. Após eliminação do item, nenhum dos valores apresentados motivou nova eliminação.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,833
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	618,337
	Df	10
	Sig.	0,000

QUADRO 23 – TESTE KMO E DE BARTLETT Q3 – SALAS DE ESPERA AJUSTADO

O valor de KMO obtido foi de 0,833 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (10) = 618,337, $p < 0,001$], o que significa que há correlação entre as variáveis o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como boa a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial com os 5 itens.

O quadro 24 apresenta a análise factorial realizada à dimensão “Salas de Espera” ajustado do construto “Qualidade do Serviço”.

	Componente
Valor Próprio	3,672
Variância (%)	73,436
Variância Acumulada (%)	73,436
Coefficiente α de Cronbach	0,907

QUADRO 24 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO “QUALIDADE DO SERVIÇO” DIMENSÃO “Q3 – SALAS DE ESPERA AJUSTADO”

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 73,436% da variância total.

O coeficiente α de Cronbach apurado foi de 0,907 confirmando a existência de uma elevada consistência interna do factor.

A1.Q4 – Instalações Físicas - Clínica

Na mesma linha que as dimensões anteriores passar-se-á a identificá-la como Q4.

Da análise dos valores das comunalidades verifica-se que são superiores a 0,58 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,828
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	602,382
	Df	21
	Sig.	0,000

QUADRO 25 – TESTE KMO E DE BARTLETT Q4 – INSTALAÇÕES FÍSICAS - CLÍNICA

O valor de KMO obtido foi de 0,828 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (21) = 602,382, $p < 0,001$], o que significa que há correlação entre as variáveis o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como boa a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 26 apresenta a análise factorial realizada à dimensão “Instalações Físicas - Clínica” do construto “Qualidade do Serviço”.

	Componente
Valor Próprio	3,969
Variância (%)	56,694
Variância Acumulada (%)	56,694
Coefficiente α de Cronbach	0,867

QUADRO 26 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO “QUALIDADE DO SERVIÇO” DIMENSÃO “Q4 – INSTALAÇÕES FÍSICAS - CLÍNICA”

Do método de extracção das componentes principais resulta um factor. O factor explica 56,964 % da variância total. Igualmente, o α de Cronbach apurado foi de 0,867 confirmando a existência de uma elevada consistência interna do factor.

A1.Q5 – Instalações Físicas - Consultório

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como Q5.

Da análise dos dados das comunalidades é possível perceber que todos os valores obtidos são superiores a 0,659 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,843
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	701,681
	Df	10
	Sig.	0,000

QUADRO 27 – TESTE KMO E DE BARTLETT “Q5 – INSTALAÇÕES FÍSICAS - CONSULTÓRIO”

O valor de KMO obtido foi de 0,843 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (10) = 701,681, $p < 0,001$], o que significa que há correlação entre as variáveis o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como muito boa a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 28 apresenta a matriz de saturação resultante da análise factorial realizada à dimensão “Instalações Físicas - Consultório” do construto “Qualidade do Serviço”.

	Componente
Valor Próprio	3,849
Variância (%)	76,981
Variância Acumulada (%)	76,981
Coefficiente α de Cronbach	0,923

QUADRO 28 – MATRIZ DE SATURAÇÃO – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO “QUALIDADE DO SERVIÇO” DIMENSÃO “Q5 – INSTALAÇÕES FÍSICAS - CONSULTÓRIO”

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 76,981% da variância total. O coeficiente α de Cronbach foi de 0,923 confirmando a existência de uma elevada consistência interna do factor.

O quadro 29 apresenta uma síntese dos componentes extraídos da dimensão qualidade estudada.

COMPONENTE	N.º DE FACTORES	KMO	Esfericidade de Bartlett	Total da Variância explicada
QUALIDADE1 (Q1)	1	0,937	0,000	75,303
QUALIDADE2 (Q2)	1	0,893	0,000	71,701
QUALIDADE3 (Q3)	1	0,833	0,000	73,436
QUALIDADE4 (Q4)	1	0,828	0,000	56,694
QUALIDADE5 (Q5)	1	0,843	0,000	76,981

QUADRO 29 – SÍNTESE DOS COMPONENTES EXTRAÍDOS NA DIMENSÃO QUALIDADE

6.2.2 Satisfação

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como SAT.

Da análise dos valores das comunalidades foi possível perceber que todos os valores obtidos são superiores a 0,45, pelo que não se considerou a eliminação de itens. O valor de KMO obtido foi de 0,742 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (15) = 544,818, $p < 0,001$], conforme apresentado no quadro 30, significam que a correlação entre as variáveis é de valor médio o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como mediana a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial exploratória.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,742
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	544,818
	Df	15
	Sig.	0,000

QUADRO 30 – TESTE KMO E DE BARTLETT SAT

Após análise da matrix de componentes, verificou-se a necessidade da aplicação da rotação ortogonal Varimax, dado que foram extraídos dois componentes.

O quadro 30 apresenta a matriz de saturação resultante da análise factorial realizada ao construto “satisfação”.

Itens	Factor SAT+	Factor SAT-
SATISFAÇÃO1	0,865	
SATISFAÇÃO2	0,856	
SATISFAÇÃO3	0,844	
SATISFAÇÃO6	0,651	
SATISFAÇÃO4		0,938
SATISFAÇÃO5		0,920
Valor Próprio	2,708	1,855
Variância (%)	55,509	20,534
Variância Acumulada (%)	45,125	76,043
Coefficiente α de Cronbach	0,824	0,898

QUADRO 31 – MATRIZ DE SATURAÇÃO – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO SAT

O método de extracção das componentes principais indica a existência de 2 factores. A análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explicaram 76,043% da variância total. O coeficiente α de Cronbach foi de 0,824 e

0,898 para os factores respectivamente o que confirma a existência de uma boa consistência interna dos factores.

6.2.3 Compromisso

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como COMP.

Os valores das comunalidades foram analisados verificando-se que são superiores a 0,59 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,674
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	148,881
	Df	3
	Sig.	0,000

QUADRO 32 – TESTE KMO E DE BARTLETT COMP

O valor de KMO obtido foi de 0,674 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (3) = 148,881, $p < 0,001$], o que significa que a correlação entre as variáveis é razoável o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como razoável a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que ainda se realize a análise factorial.

O quadro 33 apresenta a análise factorial realizada ao construto “compromisso”.

Itens	Componente
	1
Valor Próprio	2,075
Variância (%)	69,172
Variância Acumulada (%)	69,172
Coeficiente α de Cronbach	0,752

QUADRO 33 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO COMP

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 69,172% da variância total.

O coeficiente α de Cronbach foi de 0,752, um dos mais baixos obtidos até ao momento. Este resultado confirma a existência de uma razoável consistência interna do factor.

6.2.4 Confiança

Por comodidade de análise passar-se-á a identificá-la como CONF. Dado que a dimensão confiança íntegra as perspectivas benevolência, integridade e competência, a presente análise discrimina cada uma das subáreas.

CONFIANÇA-BENEVOLÊNCIA (CONF-BEN)

Decorrente da análise dos valores das verifica-se que são superiores a 0,792 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,734
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	331,922
	Df	3
	Sig.	0,000

QUADRO 34 – TESTE KMO E DE BARTLETT CONF-BEN

O valor de KMO [0,734] e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (3) = 331,922, $p < 0,001$] significam que a correlação entre as variáveis é muito boa o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como elevada a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 35 apresenta a análise factorial realizada ao construto CONF-BEN.

	Componente
Valor Próprio	2,501
Variância (%)	83,383
Variância Acumulada (%)	83,383
Coeficiente α de Cronbach	0,898

QUADRO 35 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO CONF-BEN

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 83,383% da variância total. O coeficiente α de Cronbach foi de 0,898 o que confirma a existência de uma elevada consistência interna do factor.

CONFIANÇA-INTEGRIDADE (CONF-INT)

Decorrente da análise dos valores das verifica-se que são superiores a 0,793 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,804
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	605,299
	Df	6
	Sig.	0,000

QUADRO 36 – TESTE KMO E DE BARTLETT CONF-INT

O valor de KMO obtido foi de 0,804 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (6) = 605,299, $p < 0,001$], o que significa que a correlação entre as variáveis é muito boa o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como elevada a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial. O quadro 37 apresenta a análise factorial realizada ao construto CONF-INT.

	Componente
Valor Próprio	3,319
Variância (%)	82,969
Variância Acumulada (%)	82,969
Coefficiente α de Cronbach	0,931

QUADRO 37 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO CONF-INT

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 82,969% da variância total.

O coeficiente α de Cronbach foi de 0,931 o que confirma a existência de uma elevada consistência interna do factor.

CONFIANÇA-COMPETÊNCIA (CONF-COMP)

Decorrente da análise dos valores das verifica-se que são superiores a 0,793 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,797
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	757,279
	Df	6
	Sig.	0,000

QUADRO 38 – TESTE KMO E DE BARTLETT CONF-COMP

O valor de KMO obtido foi de 0,797 e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (6) = 757,279, $p < 0,001$], o que significa que a correlação entre as variáveis é muito boa o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como elevada a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial. O quadro 39 apresenta a análise factorial realizada ao construto CONF-COMP.

	Componente
Valor Próprio	3,505
Variância (%)	87,620
Variância Acumulada (%)	87,620
Coefficiente α de Cronbach	0,953

QUADRO 39 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO CONF-COMP

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 87,620% da variância total. O coeficiente α de Cronbach foi de 0,953 o que confirma a existência de uma elevada consistência interna do factor.

6.2.5 Lealdade

Na mesma linha de análise da dimensão confiança, a dimensão lealdade caracteriza-se por distinguir a lealdade referência, lealdade recompra e lealdade queixa. Por comodidade de análise passar-se-á a identificar lealdade como LEAL associada das subáreas referência como REF, recompra como REC e queixa como QUE.

LEALDADE-REFERÊNCIA

Decorrente da análise dos valores das comunalidades verifica-se que são superiores a 0,911 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,778
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	538,099
	Df	3
	Sig.	0,000

QUADRO 40 – TESTE KMO E DE BARTLETT LEAL-REF

O valor de KMO [0,778] e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (3) = 538,099, $p < 0,001$] significam que a correlação entre as variáveis é muito boa o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como elevada a adequação da amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

	Componente
Valor Próprio	2,747
Variância (%)	91,557
Variância Acumulada (%)	91,557
Coefficiente α de Cronbach	0,954

QUADRO 41 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO LEAL-REF

O quadro 41 apresenta a análise factorial realizada ao construto LEAL-REF.

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 91,557% da variância total.

O coeficiente α de Cronbach foi de 0,954 o que confirma a existência de uma elevada consistência interna do factor.

LEALDADE-RECOMPRA

Decorrente da análise dos valores das comunalidades verifica-se que são superiores a 0,918 pelo que não houve necessidade em eliminar itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,500
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	206,949
	Df	1
	Sig.	0,000

QUADRO 42 – TESTE KMO E DE BARTLETT LEAL-REC

O valor de KMO [0,500] e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (1) = 206,949, $p < 0,001$] significam que há correlação entre as variáveis o que, de acordo com os critérios definidos, pode considerar-se como elevada a adequada a amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 43 apresenta a análise factorial realizada ao construto LEAL-REC.

	Componente
Valor Próprio	1,836
Variância (%)	91,795
Variância Acumulada (%)	91,795
Coefficiente α de Cronbach	0,904

QUADRO 43 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO LEAL-REC

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 91,795% da variância total. O coeficiente α de Cronbach foi de 0,904 o que confirma a existência de uma elevada consistência interna do factor.

LEALDADE-QUEIXA

Decorrente da análise dos valores das comunalidades verifica-se que são superiores a 0,416 pelo que não se considerou a eliminação de itens.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra.		0,623
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	55,869
	Df	3
	Sig.	0,000

QUADRO 44 – TESTE KMO E DE BARTLETT LEAL-QUE

O valor de KMO [0,623] e o teste de Esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (3) = 55,869, $p < 0,001$] identificam que há correlação entre as variáveis o que, de acordo com os critérios definidos, pode

considerar-se como elevada a adequada a amostra para o conjunto de variáveis apresentadas. Estes resultados permitem que se realize a análise factorial.

O quadro 45 apresenta a análise factorial realizada ao construto LEAL-QUE.

	Componente
Valor Próprio	1,676
Variância (%)	55,865
Variância Acumulada (%)	55,865
Coefficiente α de Cronbach	0,604

QUADRO 45 – ANÁLISE FACTORIAL DOS FACTORES ENCONTRADOS NO CONSTRUTO LEAL-QUE

O método de extracção das componentes principais indica a existência de um factor. A análise inicial mostrou que o componente obedece ao critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explica 55,865% da variância total.

O coeficiente α de Cronbach foi de 0,604 evidenciando uma baixa consistência interna do factor. O valor encontra-se dentro dos limites considerados aceitáveis de consistência.

Em síntese, o presente capítulo foi totalmente dedicado às análises factoriais exploratórias, onde foi possível extrair **14 factores** através do método de análise por componentes principais. De acordo com os resultados obtidos para os coeficientes α de Cronbach, verificamos que todos os factores possuem consistência e fiabilidade interna, conforme se apresenta no quadro 46.

Factores	Coefficiente α de Cronbach	Avaliação da Fiabilidade interna
Q1 – Profissionais de Saúde	0,958	Muito Boa
Q2 – Serviços Médicos	0,920	Muito Boa
Q3 – Salas de Espera	0,907	Muito Boa
Q4 – Instalações Físicas da clínica	0,867	Boa
Q5 – Instalações Físicas do consultório	0,923	Muito Boa
SAT1 – Satisfação + (perspectiva positiva)	0,824	Boa
SAT2 – Satisfação - (perspectiva negativa)	0,898	Boa
COMP – Compromisso	0,752	Razoável
CONF-BEM	0,898	Muito Boa
CONF-INT	0,931	Muito Boa
CONF-COMP	0,953	Muito Boa
LEAL-REF	0,954	Muito Boa
LEAL-REC	0,904	Muito Boa
LEAL-QUE	0,604	Fraca

QUADRO 46 – ANÁLISE DA FIABILIDADE INTERNA DOS FACTORES

No total foram obtidos nove factores com fiabilidade interna muito boa, três factores com fiabilidade interna avaliada no nível bom, um factor como razoável e apenas se considerou fraca a fiabilidade interna de um factor nomeadamente a Lealdade - Queixas.

No total foram, como já foi referido, extraídos 14 factores os quais serão submetidos a análises multivariadas nomeadamente a regressão linear, método seleccionado para análise do presente estudo e sobre o qual dedicamos o próximo capítulo.

Capítulo 7 - Teste às hipóteses de investigação e discussão dos resultados

Este capítulo é dedicado ao teste das hipóteses previamente caracterizadas no capítulo 4. Após identificação dos factores, a fase seguinte consistiu em correlacionar os diversos factores mediante as relações pré-estabelecidas pelas hipóteses. A este nível pretende-se estudar e modelar a relação (linear) entre duas ou mais variáveis pelo que o instrumento estatístico seleccionado foi a regressão linear múltipla. A seguir apresentamos os resultados obtidos através da modelação e a respectiva interpretação.

7.1 Hipótese 1

H1. A qualidade vai influenciar positivamente a satisfação.

No âmbito da satisfação, e decorrente da análise factorial por componentes principais, foi possível identificar 2 factores neste construto, factores estes identificados por “satisfação +” e “satisfação -”. A identificação destes factores pelos símbolos “+” e “-” deveu-se ao facto dos itens associados a cada um deles estar formulado de forma positiva (por exemplo, “A minha escolha de recorrer à CLIRIA foi sábia/sensata”) e negativa (“Não estou feliz por recorrer ao serviços da CLIRIA”).

Para testar a hipótese 1 realizou-se uma regressão linear múltipla em que os factores associados ao construto *Qualidade* assumiram o papel de variáveis independentes e os factores da satisfação as variáveis dependentes. A seguir discrimina-se a apresentação dos resultados das regressões por cada Factor de Satisfação.

7.1.1 Factores: *satisfação + /satisfação -*

Na realização da teste à hipótese 1 foi aplicada a regressão linear múltipla com opção *stepwise*. A escolha desta opção deveu-se ao facto de permitir a selecção de um conjunto apropriado de variáveis preditivas para um modelo de regressão múltipla.

Da execução da regressão emergem apenas dois factores como potencialmente correlacionáveis com o factor SAT+. São os factores Q1 “Profissionais de Saúde” e Q4 “Instalações Físicas da Clínica”. O *p-value* do teste é nulo e por assumir um valor baixo pode-se concluir que faz sentido utilizar um modelo de regressão linear entre estas variáveis.

Os restantes factores Q2, Q3 e Q5 foram excluídos por apresentarem *p-value* elevados superiores a 0,05.

Relativamente ao factor SAT-, e da análise realizada decorrente da execução da regressão, percebe-se que, do conjunto dos 5 factores que caracterizavam a variável independente Qualidade dos Serviços, todos apresentam *p-values* elevados pelo que se pode concluir que nenhuma das variáveis independentes influencia a variável dependente SAT-.

V.I.*	SAT+		
	B	t	Sig.
Q1 - Profissionais de Saúde	0,350	4,120	0,000
Q4 - Instalações físicas – clínica	0,351	4,115	0,000
R		0,641	
R ²		0,411	
R ² ajustado		0,403	
F		53,125	
Sig.		0,000	

* variável independente

QUADRO 47 – COEFICIENTES REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA COM OPÇÃO *STEPWISE* DO TESTE DA HIPÓTESE H1

O quadro 47 apresenta os resultados da aplicação da regressão linear múltipla de forma a medir a influência dos factores da qualidade pré-seleccionados nos índices de satisfação dos clientes de serviços de saúde privados.

A este nível podemos concluir que, a par da actuação dos profissionais de saúde, as características dos espaços onde a prestação de serviço ocorre concorre para a promoção de elevados índices de

satisfação como seja a sua localização, acessibilidade, estacionamento, entre outros.

Analisando ainda os dados do quadro 47 o valor de R^2 é 0,411 o que quer dizer que 41,1% da variabilidade encontrada para a “Satisfação +” é explicada pela actuação dos profissionais de saúde e das condições proporcionadas pelas instalações da clínica. Contudo, há cerca de 58,9 % de variabilidade que é explicada por outros factores, factores este não integrados no actual modelo em estudo. Em síntese, podemos concluir que a hipótese do estudo H1 do qual se pretendia determinar a influência da qualidade na satisfação dos clientes foi parcialmente corroborada pela evidência empírica.

7.2 Hipótese 2 e Hipótese H3

H2. Satisfação vai influenciar positivamente o compromisso.

H3. Satisfação irá influenciar positivamente a confiança.

Na mesma linha de análise do factor anterior, foi aplicado o método de regressão linear múltipla com opção *stepwise*.

No teste à hipótese H2, foram correlacionados os construtos Satisfação e Compromisso. Decorrentes da análise factorial por componentes principais foram extraídos dois factores no construto da satisfação, conforme já referido anteriormente. Se no cenário anterior assumiram o papel de variáveis dependentes, no contexto da Hipótese **H2** projectam-se como variáveis independentes. O teste à sua influência vai ser efectuado à variável Compromisso que, por inerência, assume o papel de variável dependente. Contudo, o modelo de investigação em estudo também prevê uma outra possibilidade de correlação da Satisfação, desta feita com o construto Confiança. Por conseguinte, na **Hipótese H3** a Satisfação assume o papel de variável independente e a Confiança de variável dependente.

Da aplicação da regressão percebemos que foi excluído o Factor “Satisfação -” pelo que apenas o factor “Satisfação +” evidenciou correlação com a variável Compromisso pela evidência do *p-value* do teste ser nulo. O factor “Satisfação -” foi alvo de exclusão por apresentar *p-value* elevados superiores a 0,05, nomeadamente 0,380. No teste à hipótese H3 verificamos o mesmo

comportamento nas variáveis Satisfação e Confiança, ou seja, dos factores “Satisfação +” e “Satisfação -”, apenas o factor “Satisfação +” evidenciou indicadores que a correlacionam com a variável “confiança”. De facto, decorrente da análise dos dados, foi excluído o Factor “Satisfação -” que, ao apresentar *p-value* de 0,096, foi igualmente alvo de exclusão.

V.I.*	CONF-BEN			CONF-INT			CONF-COMP			COMP		
	Beta	T	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.
SATISFAÇÃO+	0,540	8,405	0,000	0,644	11,052	0,000	0,669	11,819	0,000	0,502	7,583	0,000
R		0,540			0,644			0,669			0,502	
R ²		0,291			0,415			0,448			0,252	
R ² ajustado		0,287			0,412			0,445			0,247	
F		70,650			122,141			139,695			57,496	
Sig.		0,000			0,000			0,000			0,000	

* variável independente

QUADRO 48 – COEFICIENTES REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA *STEPWISE* DO TESTE DA HIPÓTESE H3 E H4

O quadro 48 apresenta os resultados da aplicação da regressão linear múltipla de forma a medir a influência do factor “Satisfação +” na atitude de compromisso e de confiança dos clientes.

Os resultados evidenciam que existe correlação entre a satisfação (SAT+) e o compromisso. Neste caso podemos concluir o facto de o cliente percepcionar que fez a escolha certa ao seleccionar este prestador de serviços e de pretende recorrer novamente aos seus serviços promove uma ligação emocional e afectiva com a empresa ao ponto do cliente manter a relação com o hospital mesmo em circunstância em que tivesse a oportunidade de não o fazer.

O ponto de vista da relação, neste contexto, é no sentido da gratificação, ou seja, quanto mais satisfeito, mais gratificante é fazer parte do grupo de clientes deste hospital.

Por outro lado, os resultados também evidenciam que a satisfação (SAT+) está positivamente correlacionada com os três factores decorrentes da dimensão confiança. Neste caso é possível inferir que um cliente satisfeito com o facto de percepcionar que fez a escolha certa ao seleccionar este prestador de serviços, faz com que visualize esta instituição como defensora dos seus interesses, integra, competente e efectiva no serviço que oferece.

No modelo apresentado o valor de R² é 0,252 para a dimensão compromisso, o que significa que 25,2% da variabilidade encontrada para esta dimensão é explicada pela satisfação positiva dos clientes. Por outro lado, na dimensão confiança, o valor de R² é 0,448 para a vertente da

competência da organização, o que representa 44,8% da sua variabilidade é explicada pela satisfação positiva dos clientes. Ainda a este nível, a vertente benevolência da dimensão confiança apresenta um valor de R^2 de 0,291 e a vertente integridade de 0,415. Em termos explicativos, 29,1% da variabilidade das questões da benevolência da confiança e 41,5% da variabilidade das questões que dizem respeito à integridade são explicadas pelo índice de satisfação dos clientes.

Em síntese, podemos concluir que em ambas as hipóteses em estudo, nomeadamente H2 e H3, os resultados evidenciariam existir correlações positivas entre as variáveis pelo que se pode inferir que as influências exercidas pela satisfação na confiança e compromisso dos clientes foram corroboradas pela evidência empírica.

7.3 Hipótese 4 e Hipótese 6

H4. A confiança irá influenciar positivamente o compromisso.

H6. A confiança influencia positivamente a lealdade.

Na continuidade da análise do modelo em investigação a próxima etapa é verificar a veracidade do postulado na Hipótese H4 e na Hipótese H6, ou seja, analisar até que ponto o compromisso e a lealdade sofrem influências da confiança. Neste cenário o factor Confiança assume o papel de variável independente e o Compromisso e os três factores da Lealdade de variáveis dependentes.

Respeitando a mesma linha metodológica implementada nos cenários de investigação anteriores, o método de regressão linear múltipla com opção *stepwise* foi utilizado. A dimensão Confiança foi discriminada de acordo com os seus três factores: benevolência, integridade e competência. Os resultados obtidos estão apresentados nos quadros 49, 50 e 51.

No que diz respeito à influência da benevolência nas dimensões compromisso e lealdade é perceptível, decorrente da análise do quadro 49, que há correlação positiva com todos os factores excepto com a vertente queixas da dimensão lealdade cujos resultados evidenciam que o comportamento de queixas do cliente não está relacionado com qualquer factor da confiança nem com o factor compromisso.

V.I.*	COMP			LEAL-REF			LEAL-REC			LEAL-QUE		
	Beta	T	Sig.	Beta	T	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.
CONF BEN	0,570	9,901	0,000	0,687	12,450	0,000	0,513	7,852	0,000	n.s.		
R		0,570			0,687			0,513				
R ²		0,325			0,473			0,263				
R ² ajustado		0,321			0,470			0,258				
F		82,640			155,011			61,650				
Sig.		0,000			0,000			0,000				

* variável independente

n.s. Não significativo

QUADRO 49 – COEFICIENTES REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA *STEPWISE* DO TESTE DA HIPÓTESE H4 E H6/COMP E LEAL1

Neste caso podemos inferir que o facto de o cliente perceber o hospital como defensor dos seus interesses faz com que seja reforçada uma ligação emocional e afectiva com a empresa ao ponto do cliente manter a relação com o hospital, mesmo em circunstâncias em que haja uma oportunidade para não o fazer. Por outro lado, reforça a sua posição de lealdade promovendo actos de referência por recomendação e incentivo a terceiros e na continuidade do usufruto dos seus serviços.

Neste modelo o valor de R² para o compromisso é de 0,325 o que quer dizer que 32,5% da variabilidade encontrada para o compromisso é explicada pelo factor benevolência da dimensão confiança. A benevolência explica igualmente 47,3% e 26,3% da variabilidade da referência e recompra, respectivamente.

V.I.*	COMP			LEAL-REF			LEAL-REC			LEAL-QUE		
	Beta	T	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.
CONF INT	0,584	9,441	0,000	0,743	14,599	0,000	0,568	9,071	0,000	n.s.		
R		0,584			0,743			0,568				
R ²		0,341			0,552			0,322				
R ² ajustado		0,337			0,549			0,318				
F		89,124			213,125			82,283				
Sig.		0,000			0,000			0,000				

* variável independente

n.s. Não significativo

QUADRO 50 – COEFICIENTES REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA *STEPWISE* DO TESTE DA HIPÓTESE H4 E H6/COMP E LEAL2

No que diz respeito à influência da integridade nas dimensões compromisso e lealdade é possível perceber, conforme se apresenta no quadro 50, que as variáveis se comportaram como no modelo anterior, isto é, verifica-se que o compromisso e a lealdade, nas sua vertente referência e recompra, estão positivamente correlacionadas com a integridade. A questão da lealdade, na sua vertente queixa, não está relacionada com qualquer factor da confiança nem do factor compromisso.

Neste caso podemos inferir que o facto de o cliente percepcionar o hospital como íntegro, que honra os compromissos com os seus clientes e que se assume como uma empresa honesta é percepcionado pelo cliente como uma empresa com a qual vale a pena manter a relação. Por outro lado reforça a sua posição de lealdade promovendo actos de referência por recomendação e incentivo a terceiros e na continuidade do usufruto dos seus serviços.

Neste modelo, o valor de R^2 para o compromisso é de 0,341 o que quer dizer que 34,1% da variabilidade encontrada para o compromisso é explicada pelo factor integridade da dimensão confiança. A integridade explica igualmente 55,2% e 32,2% da variabilidade da referência e recompra, respectivamente. Neste caso em particular verifica-se que as questões relativas à integridade da confiança têm maior impacto nas atitudes de referência dos clientes como prova de lealdade.

V.I.*	COMP			LEAL-REF			LEAL-REC			LEAL-QUE		
	Beta	T	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.
CONF-COM	0,610	10,105	0,000	0,830	19,597	0,000	0,641	10,992	0,000	n.s.		
R		0,610			0,830			0,641				
R^2		0,373			0,689			0,411				
R^2 ajustado		0,369			0,688			0,408				
F		102,113			384,059			120,834				
Sig.		0,000			0,000			0,000				

* variável independente

n.s. Não significativo

QUADRO 51 – COEFICIENTES REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA *STEPWISE* DO TESTE DA HIPÓTESE H4 E H6/COMP E LEAL3

No que diz respeito à influência da competência nas dimensões compromisso e lealdade é possível perceber que as variáveis se comportaram como no modelo anterior, isto é, verifica-se que o compromisso e a lealdade, nas suas vertentes referência e recompra, estão positivamente correlacionadas com o factor competência. A questão da lealdade, na sua vertente queixa, mantém a mesma tendência, que é a de não estar relacionada com qualquer factor da confiança nem do factor compromisso.

Neste caso, a competência da empresa, a percepção da sua eficiência e qualificação podem promover uma leitura do prestador de serviços como íntegro, que honra os compromissos que tem para com os seus clientes e que se assume como uma empresa honesta. Neste contexto, para o cliente, esta empresa tem todo o valor pelo que potencia os actos de referência por recomendação e incentivo a terceiros e continuidade no usufruto dos seus serviços.

Neste modelo, o valor de R^2 para o compromisso é de 0,373 o que quer dizer que 37,3% da variabilidade encontrada para o compromisso é explicada pelo factor competência da dimensão confiança. A competência explica igualmente 68,9% e 41,1% da variabilidade da referência e recompra, respectivamente. Mais uma vez, verifica-se que as questões relativas à competência da dimensão confiança têm maior impacto nas atitudes de referência dos clientes.

Em suma, podemos concluir que as hipóteses do estudo H4 e H6 do qual se pretendia determinar a influência da confiança dos clientes na forma como se comprometem com a empresa e na sua lealdade foi parcialmente corroborada pela evidência empírica.

7.4 Hipótese 5

H5. Compromisso influenciará positivamente a lealdade.

Para avaliar a influência do compromisso na atitude e comportamento de lealdade do cliente a próxima etapa é verificar a veracidade do postulado na Hipótese H5, ou seja, analisar até que ponto as referências, recomendações e queixas sofrem influências do compromisso.

Para testar a hipótese 5 realizou-se uma regressão linear múltipla em que o factor Compromisso assume-se como variável independente e os factores da Lealdade as variáveis dependentes. A seguir discrimina-se a apresentação dos resultados das regressões por cada factor da Lealdade.

V.I.*	LEAL-REF			LEAL-REC			LEAL-QUE		
	Beta	T	Sig.	Beta	T	Sig.	Beta	t	Sig.
COMP	0,594	9,679	0,000	0,607	10,018	0,000	n.s.		
R		0,594			0,607				
R^2		0,353			0,369				
R^2 ajustado		0,349			0,365				
F		93,685			100,369				
Sig.		0,000			0,000				

* variável independente

n.s. Não significativo

QUADRO 52 – COEFICIENTES REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA *STEPWISE* DO TESTE DA HIPÓTESE H5/LEAL

O quadro 52 apresenta os resultados da aplicação da regressão linear múltipla de forma a medir a influência do factor Compromisso na atitude e comportamento de Lealdade dos clientes em todos os seus domínios: referência, recompra e queixa.

Os resultados evidenciam que a actuação do compromisso (COMP) está positivamente correlacionada com o factor Lealdade referência e recompra. Neste caso, em particular, podemos inferir que, quando o cliente valoriza uma ligação emocional e afectiva com a empresa ao ponto do cliente manter a relação com esse mesmo hospital, potencia o comportamento de recomendação e de continuidade no usufruto dos seus serviços. A tendência para a não existência de evidências significativas de correlação com o factor queixa mantém-se também nesta hipótese.

No modelo apresentado o valor de R^2 é 0,369 o que quer dizer que 36,9% da variabilidade encontrada para a Lealdade, no âmbito da recompra, é explicada pelo compromisso dos clientes. Por outro lado, o Compromisso explica cerca de 35,3% da variabilidade da variável Referência.

Em síntese, podemos concluir que a hipótese do estudo H5 do qual se pretendia determinar a influência do compromisso dos clientes na formação de lealdade dos clientes foi parcialmente corroborada pela evidência empírica.

De todos os cruzamentos de factores realizados podemos reter que o modelo conceptual desenhado no âmbito da presente investigação aplica-se à amostra aplicada para a obtenção de resultados. Por conseguinte, o modelo apresentado é um modelo significativo dado que as hipóteses testadas foram corroboradas ou parcialmente corroboradas.

O quadro 53 apresenta uma síntese dos resultados obtidos no coeficiente de *Pearson* decorrente dos vários cruzamentos realizados entre as variáveis.

Analisando em profundidade o quadro 53 destaca-se a influência da Confiança nos seus factores Integridade e Competência no factor referência da dimensão Lealdade. Os resultados demonstram (55,2% e 68,9%, respectivamente) que há fortes implicações entre os factores. Estes dados conduzem a uma conclusão: se pretender obter um comportamento de referência de um cliente há que claramente investir na sua confiança, demonstrando-lhe competência e integridade. Mas o factor Benevolência também evidencia fortes implicações dado que explica 47,3% da variabilidade do factor Referência.

Na análise da influência da Confiança com a Lealdade também se destaca a relação entre os factores Competência e Recompra. A evidência de uma forte correlação, 41,1%, demonstra que a

percepção de competência da organização influenciará positivamente as decisões de recompra futuras.

Hipóteses	Relação	R ²	%
H1	Q1+Q4/Satisfação +	0,411	41,1%
H2	Satisfação +/-Compromisso	0,252	25,2%
H3	Satisfação +/-Confiança Benevolência	0,291	29,1%
	Satisfação +/- Confiança Integridade	0,415	41,5%
	Satisfação +/-Confiança Competência	0,448	44,8%
H4	Confiança Benevolência/Compromisso	0,325	32,5%
	Confiança Integridade/Compromisso	0,341	34,1%
	Confiança Competência/Compromisso	0,373	37,3%
H5	Compromisso/Lealdade Referência	0,353	35,3%
	Compromisso/Lealdade Recompra	0,369	36,9%
	Compromisso/Lealdade Queixa
H6	Confiança Benevolência /Lealdade Referência	0,473	47,3%
	Confiança Benevolência /Lealdade Recompra	0,263	26,3%
	Confiança Benevolência /Lealdade Queixa
	Confiança Integridade /Lealdade Referência	0,552	55,2%
	Confiança Integridade/Lealdade Recompra	0,322	32,2%
	Confiança Integridade /Lealdade Queixa
	Confiança Competência /Lealdade Referência	0,689	68,9%
	Confiança Competência /Lealdade Recompra	0,411	41,1%
	Confiança Competência /Lealdade Queixa

QUADRO 53 – SÍNTESE DO CRUZAMENTO DE FACTORES

A confiança tem um papel determinante na assumpção de compromisso dos clientes para com a organização. Os resultados obtidos evidenciam uma correlação positiva entre ambas as dimensões, não se destacando um factor em particular. O factor Benevolência explica 32,5% da variabilidade do Compromisso, o factor Integridade 34,1% e, por fim, o factor Competência com 37,3%. Na prática, o comprometimento dos clientes para com a organização em que a ligação emocional e afectiva é determinante na manutenção da relação, a confiança nos serviços revela-se fundamental, nos seus três níveis: benevolência, integridade e competência.

De que dependerá a Confiança? Os resultados obtidos na presente investigação demonstram uma correlação positivamente significativa entre os factores Integridade e Competência com a Satisfação. De facto, o factor “Satisfação +” explica 41,5% da variabilidade do factor Integridade e 44,8% do factor Competência. Estes resultados permitem deduzir que a satisfação do cliente para com os serviços nomeadamente o facto de acreditar que fez a escolha certa em recorrer a este

prestador de serviço influencia positivamente a concepção de confiança, promovendo uma visão mais positiva da empresa, quer ao nível da sua integridade, quer ao nível da sua competência.

No entanto há evidências de que a dimensão Satisfação influencia o factor Benevolência da dimensão Confiança (29,1%) e da dimensão Compromisso (25,2%). Ainda que exerça um menor poder de influência é claro que a sua presença marca a tendência destas últimas variáveis.

Com base nestes resultados, é possível concluir que a dimensão Confiança influencia todos os factores sobre os quais se pré-determinou no presente estudo.

Na mesma linha, percebe-se, através dos resultados obtidos, que o factor “Satisfação +” sofre influências de alguns factores da dimensão Qualidade dos Serviços. São eles os factores Profissionais de Saúde e Instalações Físicas da Clínica dado que explicam 41,1% da variabilidade da Satisfação. A acessibilidade e localização do edifício assim como a competência dos seus profissionais são fundamentais para a promoção da satisfação do cliente.

Por último verifica-se que o factor Queixa da dimensão Lealdade não revelou estar correlacionado com nenhum dos restantes factores. Comportamento semelhante verificou-se no factor “Satisfação -” pelo que não exercem qualquer tipo de influência nas dimensões analisadas.

Desta breve síntese interpretativa dos resultados apresenta-se, no quadro 54, o resultado obtido decorrente do teste às hipóteses de investigação.

Hipóteses	Resultados
H1 - A qualidade vai influenciar positivamente a satisfação	Parcialmente corroborada
H2 - Satisfação vai influenciar positivamente o compromisso	Parcialmente corroborada
H3 - Satisfação irá influenciar positivamente a confiança	Parcialmente corroborada
H4 - Confiança irá influenciar positivamente o compromisso.	Corroborada
H5 - Compromisso influenciará positivamente a lealdade	Parcialmente corroborada
H6 - A confiança influencia positivamente a lealdade	Parcialmente corroborada

QUADRO 54 – SIGNIFICÂNCIA DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Capítulo 8 - Discussão dos resultados e conclusão

A preocupação com questões relacionadas com a satisfação do cliente tem sido crescente no seio das organizações sendo por isso mobilizadora de esforços, por parte destas empresas, em melhorar a qualidade do serviço e manter a lealdade do cliente num mercado altamente competitivo (Oliver, 1993). O estudo que se concretizou ao longo destas páginas foi um esforço de operacionalização destas preocupações, em que se pretendeu identificar aspectos da satisfação que influenciassem, em última instância, a lealdade do cliente. Para tal realizou-se, em primeiro lugar, uma revisão de literatura com vista a identificar os vários conceitos e estudos realizados neste âmbito, tendo-se identificado construtos importantes para o cerne da investigação.

Identificados e definidos os construtos, elaborou-se uma interligação previsional entre eles que deu origem ao modelo conceptual que, pelo seu interesse científico, foi alvo de teste.

A partir da informação recolhida junto de 175 clientes, através de um questionário, foram testadas 6 hipóteses desenhadas como assumindo influências positivas entres os construtos nomeadamente qualidade, satisfação, confiança, compromisso e lealdade.

A construção do questionário teve por base o contributo de vários investigadores e pretendeu ser uma derivação do modelo SERVQUAL, nas questões respeitantes à qualidade e satisfação do cliente. Os modelos pré-existentes desenvolvidos especificamente para o âmbito da saúde revelavam-se demasiado específicos ao nível do seu conteúdo não garantindo a obtenção dos dados necessários para a presente investigação.

O questionário, na sua versão final, apresentava questões dirigidas à qualidade dos serviços prestados, distinguindo cinco grandes dimensões: “Profissionais de Saúde”, “Serviços Médicos”,

“Salas de Espera”, “Instalações Físicas – Consultório” e “Instalações Físicas – Clínica”. Os construtos Satisfação, Confiança, Compromisso e Lealdade foram operacionalizados por um conjunto de itens avaliadas orientados por uma escala de concordância. A Confiança foi subdividida nas vertentes Integridade, Benevolência e Competência. A Lealdade foi igualmente distinguida em Referência, Recompra e Queixa.

O questionário foi alvo de análise relativamente à sua consistência e validade interna. A este nível verificaram-se valores de α Cronbach bastante robustos na maioria das dimensões. A dimensão que apresentou o valor mais baixo foi o construto Lealdade-Queixa com um valor de α 0,604. Por conseguinte, podemos concluir que o instrumento de recolha de dados revelou-se bastante adequado para o fim pretendido.

A verificação das hipóteses foi efectuada através da aplicação do modelo de regressão linear múltipla. Das várias regressões realizadas foi possível obter algumas conclusões:

- As dimensões da qualidade que mais contribuem significativamente para a explicação da satisfação são as dimensões “Profissionais de Saúde” e “Instalações Físicas – Consultório”, cujos resultados demonstram correlacionar-se positivamente com o construto Satisfação. Significa que a competência dos profissionais, a sua imagem, a forma como se relacionam com o cliente ao nível da sua cortesia e respeito assim como o edifício onde decorre o serviço, são factores significativos para a promoção de índices positivos de satisfação do cliente;
- A Satisfação exerce uma influência positiva junto da Confiança, ao nível dos seus três factores. É perceptível que uma percepção positiva de satisfação dos clientes é promotora de confiança.
- A Confiança exerce fortes influências sobre o Compromisso, tendo sido a única hipótese sob investigação que foi totalmente corroborada. Efectivamente as evidências demonstram uma influência positiva entre os três factores da Confiança e o construto Compromisso.
- A Confiança e o Compromisso, analisadas na perspectiva do cliente, são variáveis indutoras da sua Lealdade, no que diz respeito às questões de Referência e Recompra. Relativamente ao factor Queixa os resultados obtidos demonstraram a não existência de correlação entre as variáveis.

Perante o exposto, constata-se a importância significativa da relação entre as variáveis. Os resultados suportam a evidência empírica e reforçam a importância da Satisfação, do Compromisso e da Confiança como elementos fundamentais para a promoção da fidelização de clientes.

Apesar dos resultados positivos obtidos, importa também apontar algumas limitações deste estudo:

- O tamanho da amostra: o estudo envolveu 175 indivíduos, um número algo reduzido para garantir a fiabilidade dos resultados obtidos;
- Algumas limitações do próprio questionário: o questionário utilizado nesta investigação revelou um elevado potencial para a medição dos vários construtos em análise. De salientar os resultados de consistência interna obtidos na maioria das dimensões foram bastante elevados. No entanto, é importante salientar que neste questionário uma das dimensões obteve valores baixos de consistência interna o que pode ter comprometido os resultados obtidos.

As recomendações para investigações futuras prendem-se essencialmente com a continuidade deste estudo, nomeadamente:

- Procurar melhorar o instrumento de recolha de dados corrigindo as limitações já previamente identificadas;
- Melhorar o instrumento de recolha de dados introduzindo aspectos das dimensões já caracterizadas para que seja possível uma maior compreensão da variabilidade entre elas dado que houve aspectos dos vários construtos que ficaram por explicar e explorar;
- Correlacionar os factores de acordo com os aspectos sócio-demográficos explorados no questionário nomeadamente o género, a antiguidade, o tipo de plano de saúde e a idade. O objectivo é perceber se a tendência se mantém ou é diferente de acordo com os diferentes grupos. Como exemplo, explorar a forma como a antiguidade, como critério temporal, exerce influência na construto Lealdade dado que existem evidências empíricas que suportam esta concepção e que a apontam como uma variável associada ao compromisso;
- Explorar novas orientações desta investigação alargando o tamanho da amostra;
- Aumentar a variabilidade da amostra de modo a integrar um factor da Lealdade excluída desta investigação, a sensibilidade ao preço. Com uma amostra mais

direccionada para clientes privados será possível avaliar este factor e correlacioná-lo com os restantes;

- E, por fim, explorar com maior profundidade os resultados do estudo explorando outras ferramentas estatísticas como as equações estruturais.

Bibliografia

- “The Patient Satisfaction Questionnaire”, Página consultada a 4 de Janeiro de 2011, em http://www.rand.org/health/surveys_tools.html
- Allen H. (1998). “Anticipating market demand: tracking enrollee satisfaction and health over time”. *International Journal Quality Health Care*, Vol. 10, n.6.
- Alto Comissariado para a Saúde (2010), “Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração” Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. Página consultada a 9 de Setembro de 2011, em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- Anderson, E.W., Fornell, C., e Lehmann, D.R. (1994). “Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings From Sweden”. *Journal of Marketing*, Vol. 58, n.3, pp. 53-66.
- Antunes, J. e Rita, P. (2008). “O marketing relacional como novo paradigma-uma análise conceptual”. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Vol. 7, n. 2, pp. 36-46.
- Baker, T., Simpson, P., Sugwan, J. (1999). “The impact of suppliers’ perception of reseller market orientation on key relationships constructs”. *Journal of Academic of Marketing Science*, Vol. 27, n. 1, pp. 50-57
- Bandyopadhyay, S., Martell, M. (2007). “Does attitudinal loyalty influence behavioral loyalty? A theoretical and empirical study”. *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 14, pp.35–44
- Berry, L. (1995). “Relationship marketing of services: growing interest, emerging perspectives”. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, n. 4.
- Berry, L. e Parasuraman, A. (1993). “Building a new academic field: the case of services marketing”. *Journal of Retailing*, Vol. 69, n. 1.
- Bitner, M. (1995). “Building service relationships: it’s all about promises”. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, n. 4.
- Bloemer, J.M.M., Kasper, H.D.S. (1995). “The complex relationship between consumer Satisfaction and brand loyalty”. *Journal of Economic Psychology*, Vol. 16, Issue 2, pp. 311-329.
- Bodet, G. (2008). “Customer satisfaction and loyalty in service: Two concepts, four constructs, several relationships”. *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 15, pp. 156–162
- CAHPS® - Agency’s Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. Página consultada a 10 de Março de 2011, em <http://www.cahps.ahrq.gov>
- Campos, L.; Saturno, P.; Carneiro, A.V. (2010). “A qualidade dos cuidados e dos serviços”, Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Página consultada a 9 de Setembro de 2011, em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- Christopher, M.; Payne, A. e Ballantine, D. (1994). *Relationship Marketing*. 2.ª Ed., Butterworth-Heinemann, Ltd.
- Colquitt, J. A., Scott, B. A. e LePine J. A. (2007). “Trust, Trustworthiness, and Trust Propensity: A Meta-Analytic Test of Their Unique Relationships With Risk Taking and Job Performance”. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 92, n. 4, pp. 909–927
- Cronin, J. e Taylor, S. (1992). “Measuring service quality: A reexamination and extension”. *Journal of Marketing*, Vol. 56, n. 3, pp. 55-68.

- Cronin, J.J. e Taylor, S.A. (1994). "SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance- Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality". *Journal of Marketing*, Vol. 58, n.3, pp. 125-131
- Crosby, L.; Stephens, N. (1987). "Effects of relationship on satisfaction, retention, and prices on the life insurance industry". *Journal of Marketing Research*, Chicago, Iss.4, Vol. 24, pp. 404-411.
- Davis, T. R. V. (1992). "Internal service operations: strategies for increasing their effectiveness and controlling their cost". *Organizational Dynamics*, Vol. 20, n. 3, pp. 5-22.
- Dick, A.; Basu, K. (1994). "Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework". *Journal of the Academy of Marketing Science*, Greenvale, Iss. 2, Vol. 22 (spring), n. 2, pp. 99-113.
- Donabedian, A. (1990). "The seven pillars of quality". *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Northfield, Vol. 114, pp. 115-118.
- Dorsch, M.J., Swanson, S.R., Kelley, S.W. (1988). "The role of relationship quality in the stratification of vendors as perceived by customers". *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 26, n.2, pp. 128-142.
- Dwyer, F., Schurr, P., e Oh, S. (1987). "Developing buyer-seller relationships". *Journal of Marketing*, Vol. 51, n. 2, pp. 11-27
- ECSI Portugal – Índice Nacional de Satisfação do Cliente. Página consultada a 20 de Junho de 2011, em <http://www.ecsiportugal.pt>
- Ganesan, S. (1994). "Determinants of long-term orientation in buyer-seller relationships". *Journal of Marketing*, Vol. 58, pp. 1-19.
- Garbarino, E.; Johnson, M. (1999). "The different roles of satisfaction, trust and commitment for relational and transactional consumers". *Journal of Marketing*, Chicago, Iss. 2, Vol. 63, pp. 70-87.
- Geyskens, I., Steenkamp, J-B.E.M., Scheer L.K., Kumar N. (1996). "The effects of trust and interdependence on relationship commitment: a Trans-Atlantic study". *International Journal of Research in Marketing*. Vol. 13, n.4, pp. 303-317.
- Geyskens, I.; Steenkamp, J.; Kumar, N. (1998). "Generalizations about trust in marketing channels relationships using meta-analysis". *International Journal of Research in Marketing*, Amsterdam, Iss. 3, Vol. 15, pp. 223-248.
- Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*, Vol. 16 (February), pp. 30-41.
- Grönroos, C. (1984). "A service quality model and its marketing implications". *European Journal of Marketing*, Vol. 18, n. 4, pp. 36-44.
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moment of Truth in Service Competition*. Boston: Lexington Books.
- Grönroos, C. (1991). "Scandinavian management and the Nordic school of services – contributions to service management and quality". *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 2, n. 4, pp. 17-25.
- Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: a customer relationship management approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Grönroos, C. (2001). "The perceived service quality concept – a mistake?". *Managing Service Quality*, Vol. 11, n. 3, pp. 150-152.
- Gummesson, E. (1987). "The new marketing: developing long term interactive relationship". *Long Range Planning*, Vol. 20, n. 4.
- Gummesson, E. (1991). "Marketing revisited: the crucial role of the part-time marketers". *European Journal of Marketing*, Vol. 25, n. 2.
- Gummesson, E. (1998). "Implementation requires a relationship marketing paradigm". *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol. 26, n. 3.

- Häkansson, H. (1982). *International marketing and purchasing of industrial goods: an interaction approach*. Wiley, Chichester.
- Häkansson, H. and Snehota, I. (1995a). *Developing Relationships in Business Networks*, Routledge, London.
- Hall, D. V., Jones S. C. e Iverson, D. C. (2011). "Consumer perceptions of sponsors of disease awareness advertising". *Health Education*, Vol. 111, n. 1, pp. 5-19.
- Hayes, B.E. (1997). *Measuring Customer Satisfaction. Survey Design, Use and Statistical Analysis Methods*. Milwaukee: ASQ Quality Press.
- Heinonen, K. e Strandvik, T. (2005). "Communication as an element of service value International". *Journal of Service Industry Management*, Vol. 16, n. 2, pp. 186-198
- Helgesen, O. (2007). "Drivers of customer satisfaction in business-to-business relationships: A case study of Norwegian fish exporting companies operating globally". *British Food Journal* Vol. 109, n. 10, pp. 819-837.
- Heskett, J.L., Jones, T.O., Loveman, G.W., Sasser, W. E., Schlesinger, L. A. (1994). "Putting a service profit chain to work". *Harvard Business Review*, Vol. 72, n. 2, pp. 164-174.
- Hill, M.M. e Hill, A.B. (1998). *A construção de um questionário: Um guia introdutório*. Lisboa: DINÂMIA
- Hill, M.M. e Hill, A.B. (1998). *Investigação empírica em ciências sociais: Um guia introdutório*. Lisboa: DINÂMIA.
- JCI-Join Comission International. Página consulta a 20 de Maio de 2011, em <http://pt.jointcommissioninternational.org>
- Kahtalian, M. (2003). Marketing de Serviços. Coleção Gestão Empresarial, pp. 19-29. Consultado a 25 de Março de 2011, em <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/mkt/2.pdf>
- Kotler, P.; Keller, K. L. (2006). *Administração de marketing*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Kuei, C. H. (1999). "Internal service quality – an empirical assessment". *International Journal of quality and Reliability Management*, Vol. 16, n. 8, pp. 783-791.
- Lam, Eddie T. C., Zhang, James J. e Jensen, Barbara E.(2005). "Service Quality Assessment Scale (SQAS): An Instrument for Evaluating Service Quality of Health-Fitness Clubs". *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 9: 2, 79 — 111. Acedido em 2 de Junho de 2011, em http://dx.doi.org/10.1207/s15327841mpee0902_2
- Laroche, M., e Sadokierski, R. (1994). "Role of Confidence in a Multi-Brand Model of Intentions for a High Involvement Service". *Journal of Business Research*, n. 29, pp. 1-12.
- Lovelock, C. H. (1983). "Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights". *Journal of Marketing*, Vol. 47 (Summer), pp. 9-20.
- Lovelock, C.; Wright, L. (2004). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.
- Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006) "Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?" *Laboratório de Psicologia*, Vol. 4, n. 1, pp. 65-90.
- McKnight, D.H., Choudhury, V.C. e Kacmar, C. (2002). "Developing and validating trust measures for e-commerce: an integrative typology", *Information Systems Research*, Vol. 13, n.3, pp. 334-359.
- Miguel, P. A. C. e Salomi, G. E. (2004). "Uma Revisão dos Modelos para Medição da Qualidade em Serviços". *Produção*, Vol. 14, n. 1, pp. 12-30.
- Morgan, R.M. e Hunt, S.D. (1994). "The commitment-Trust Theory of Relationship Marketing". *Journal of Marketing*, Vol. 58, pp. 20-38
- Murphy, P.E., Lacznik, G.R., Wood, G. (2007). "An ethical basis for relationship marketing: a virtue ethics perspective". *European Journal of Marketing*, Vol. 41, n. 1/2, pp. 37-57
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Oliver, R.L. (1980). "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions". *Journal of Marketing Research*. Vol. 17, n. 4, pp. 460-469.

- Oliver, R.L. (1981) "Measurement and evaluation of satisfaction process in retailing settings". *Journal of Retailing*, Vol. 57, n.3, pp. 25-48.
- Oliver, R.L. (1999). "Whence Consumer Loyalty?". *Journal of Marketing*, Vol. 53, n.4, pp.33-44.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1985). "A conceptual model of services quality and its implication for future research". *Journal of Marketing*, Vol. 49, n. 4, pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1988). "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, Vol. 64, n. 1, pp. 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service. Balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1994). "Reassessment of expectation as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research". *Journal of Marketing*, Vol. 58, n. 1, pp. 111-124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. e Berry, L.L. (1994a). "Alternative Scales for Measuring Service Quality: a Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria". *Journal of Retailing*, Vol. 70, n.3, pp. 201-230.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. e Berry, L.L. (1994b). "A Reassessment of Expectations as a Comparative Standard in Measuring Service Quality: Implications for Future Research". *Journal of Marketing*, Vol. 58 (January), pp. 111-124.
- Parvatiyar, A., Sheth, J. N. (2001). "Customer Relationship Management: Emerging Practice, Process, and Discipline". *Journal of Economic and Social Research*, Vol.3, n.2, pp. 1-34.
- Pereira, J. C. R. (1999). *Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Edusp.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.
- Ramsay, J.; Campbell, J. L.; Schroter, S.; Green, J. e Roland, M. (2000). "The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties". *Family Practice*, Vol. 17, pp. 372-379.
- Reynoso, J. e Moores, B.(1995). "Towards the measurement of internal service quality". *International Journal of Service*, Vol. 6, n. 3, pp. 64-83.
- Rotter, J. (1967). "A new scale for the measurement of interpersonal trust". *Journal of Personality, United Kingdom*, Iss. 4, Vol. 35, pp. 651-665.
- Rousseau, D.M., Sitkin, S.B., Burt, R.S., Camerer, C. (1998). "Not so different After All: a cross discipline view of trust". *Academy of Management Review*, Briarcliff Manor, Iss. 3, Vol. 23, n. 3, pp. 393-404.
- Saias, L. (2007). *Marketing de Serviços: Qualidade e Fidelização de Clientes*. Lisboa, Universidade Católica Editora
- Sanchez-Franco, M.J., Ramos, A. F., Velicia, F. A. (2009). "The moderating effect of gender on relationship quality and loyalty toward Internet service providers". *Information & management*, Vol. 46, pp. 196–202
- Singh, J. (1991). "Understanding the Structure of Consumers Satisfaction Evaluations of Service Delivery". *Journal of the Academy of Marketing Science*, Greenvale, Iss. 3, Vol. 19, n. 3, pp. 223- 244.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J. e Sabol, B. (2002). "Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges". *Journal of Marketing*, Vol. 66, pp. 15-37.
- Solomon, M. R., Surprenant, C., Czepiel, J.A. e Guttman, E.G. (1985). "A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: The Service Encounter". *Journal of Marketing*, Vol. 49, n. 1, pp. 99-111.
- Stauss B. (1995). "Internal services: classification and quality management". *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 6, n. 2, pp. 62-78.

- Stone, M., Woodcock, N. e Machtynger, L. (2000). *Customer Relationship Marketing*. 2nd ed., Kogan Page, London.
- Teas, R. K. (1993). "Expectations, Performance Evaluation, and Customers` Perceptions of Quality". *Journal of Marketing*, Vol. 57(October), pp. 18-34.
- Ware, J. E.; Snyder. M. K.; Wright, W. R. e Davies, A. R. (1983). "Defining and measuring patient satisfaction with medical care". *Eval Program Plann*, Vol. 6, pp. 247 - 263.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., e Wright, W.R. (1976). "Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services". *Review of Literature, Overview of Methods and Results Regarding Construction of Scales*, Vol. I, Part A.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., e Wright, W.R. (1976). "Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services". *Review of Literature, Overview of Methods and Results Regarding Construction of Scales*, Vol. I, Part B.
- Yu, Y., Dean, A., (2001). "The contribution of emotional satisfaction to customer loyalty". *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 12, n. 3, pp.234–250.
- Zeithaml, V. A. (1988). "Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means". *Journal of Marketing*, Vol. 52, n.3, pp. 2-23.
- Zeithaml, V. A; Berry, L. L. e Parasuraman, A. (1993). "The Nature and Determinants of Customer Expectations of Services". *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol. 21, pp. 1-12.

Anexo - Questionário de recolha de dados

Avaliação da qualidade do serviço, da satisfação, do compromisso, da confiança e da lealdade

Prezado(a) Cliente,

Este questionário visa averiguar a influência que a qualidade do serviço, a satisfação, o compromisso e a confiança têm no comportamento e atitude de lealdade, pelo que se solicita a colaboração de V. Ex.ª para o efeito.

O âmbito deste questionário é o serviço de ambulatório da Cliria, Hospital Privado de Aveiro, SA.

Indique, com uma cruz, a opção pretendida.

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS, as questões que se seguem pretendem apenas obter a sua opinião enquanto cliente.

O questionário é totalmente confidencial.

1. Avaliação da Qualidade do Serviço							
Como avalia a qualidade do serviço nos seguintes itens:							
I. Profissionais de Saúde	Medíocre	Muito pobre	Pobre	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Posse de conhecimentos e capacidades requeridas	1	2	3	4	5	6	7
Imagem Cuidada/Fardamento	1	2	3	4	5	6	7
Disponibilidade em ajudar	1	2	3	4	5	6	7
Paciência	1	2	3	4	5	6	7
Comunicação com os clientes	1	2	3	4	5	6	7
Capacidade de resposta às queixas	1	2	3	4	5	6	7
Cortesia e Respeito	1	2	3	4	5	6	7
Fornecimento de atenção individualizada aos clientes	1	2	3	4	5	6	7
Fornecimento de um serviço consistente	1	2	3	4	5	6	7
II. Serviços Médicos	Medíocre	Muito pobre	Pobre	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Variedade de especialidades médicas e exames	1	2	3	4	5	6	7
Disponibilidade das especialidades médicas e exames	1	2	3	4	5	6	7
Conveniência dos horários de acordo com as necessidades dos clientes	1	2	3	4	5	6	7
Conteúdo/Qualidade dos procedimentos médicos	1	2	3	4	5	6	7
Adequação da duração dos procedimentos médicos	1	2	3	4	5	6	7
Adequação do espaço dos consultórios/gabinetes	1	2	3	4	5	6	7
III. Salas de Espera	Medíocre	Muito pobre	Pobre	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Disponibilidade de lugares sentados	1	2	3	4	5	6	7
Manutenção geral/Estado dos materiais	1	2	3	4	5	6	7
Limpeza geral (salas de espera e casas de banho)	1	2	3	4	5	6	7
Acessibilidade	1	2	3	4	5	6	7
Música de fundo	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	1	2	3	4	5	6	7

	Medíocre	Muito pobre	Pobre	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
IV. Instalações físicas - Clínica							
Conveniência da localização	1	2	3	4	5	6	7
Horário de funcionamento	1	2	3	4	5	6	7
Disponibilidade de estacionamento	1	2	3	4	5	6	7
Acessibilidade do edifício	1	2	3	4	5	6	7
Segurança do parque de estacionamento	1	2	3	4	5	6	7
As condições de temperatura dos espaços	1	2	3	4	5	6	7
Controlo da luminosidade	1	2	3	4	5	6	7
V. Instalações do Consultório							
Ambiente agradável	1	2	3	4	5	6	7
Equipamento de aparência moderna	1	2	3	4	5	6	7
Sinalética adequada de acesso ao consultório	1	2	3	4	5	6	7
Variedade do equipamento	1	2	3	4	5	6	7
Manutenção geral do consultório/ Estado geral do consultório	1	2	3	4	5	6	7

2. Satisfação							
	Discordo totalmente	Discordo fortemente	Discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo fortemente	Concordo totalmente
Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?							
Estou satisfeito(a) com a decisão de recorrer ao serviços de saúde da CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
A minha escolha de recorrer à CLIRIA foi sábia/sensata	1	2	3	4	5	6	7
Se tivesse de recorrer novamente ao serviços da CLIRIA, eu faria a mesma escolha	1	2	3	4	5	6	7
Sinto-me arrependido pela minha decisão de recorrer aos serviços da CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
Não estou feliz por recorrer ao serviços da CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
Estou certo que fiz a escolha certa em recorrer ao serviços da CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
Avaliação da Satisfação Global							
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Razoavelmente Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Razoavelmente Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Ser cliente da CLIRIA deixa-me:	1	2	3	4	5	6	7
3. Compromisso							
	Discordo totalmente	Discordo fortemente	Discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo fortemente	Concordo totalmente
Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?							
Mesmo se pudesse, não iria deixar de recorrer aos serviços da CLIRIA porque gosto de me relacionar com este Hospital.	1	2	3	4	5	6	7
Quero continuar a fazer parte do grupo de clientes que recorre à CLIRIA porque o meu relacionamento com este hospital é realmente gratificante.	1	2	3	4	5	6	7
A minha ligação emocional/afectiva com a CLIRIA é a principal razão pela qual eu continuo a recorrer aos seus serviços.	1	2	3	4	5	6	7

4. Confiança							
Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?							
	Discordo totalmente	Discordo fortemente	Discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo fortemente	Concordo totalmente
I. Benevolência							
Acredito que a CLIRIA defende os meus interesses.	1	2	3	4	5	6	7
Se precisar de ajuda, a CLIRIA fará o seu melhor para me ajudar	1	2	3	4	5	6	7
A CLIRIA está interessada no meu bem-estar, não apenas em si própria	1	2	3	4	5	6	7
II. Integridade							
A CLIRIA é uma empresa verdadeira nas suas relações comigo	1	2	3	4	5	6	7
A CLIRIA é uma empresa que mantém os seus compromissos para comigo	1	2	3	4	5	6	7
A CLIRIA é uma empresa sincera e genuína	1	2	3	4	5	6	7
Eu caracterizaria a CLIRIA como uma empresa honesta	1	2	3	4	5	6	7
III. Competência							
A CLIRIA desempenha muito bem o papel de prestador privado de serviços de saúde	1	2	3	4	5	6	7
A CLIRIA é competente e efectiva no serviço que oferece	1	2	3	4	5	6	7
No global a CLIRIA é um prestador privado de serviços de saúde capaz e proficiente	1	2	3	4	5	6	7
No geral a CLIRIA é muito qualificada no âmbito do serviço que presta	1	2	3	4	5	6	7
5. Lealdade							
Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?							
	Discordo totalmente	Discordo fortemente	Discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo fortemente	Concordo totalmente
I. Referências							
Vou dizer coisas positivas a respeito do serviço que a CLIRIA presta	1	2	3	4	5	6	7
Vou recomendar a CLIRIA a alguém que procure o meu conselho	1	2	3	4	5	6	7
Vou incentivar os meus amigos e familiares a recorrerem aos serviços de saúde da CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
II. Recompra							
Considero a CLIRIA como a minha primeira escolha em termos de serviços privados de saúde	1	2	3	4	5	6	7
Pretendo continuar a usufruir dos serviços da CLIRIA nos próximos anos	1	2	3	4	5	6	7
III. Queixas							
Vou-me queixar a outros clientes se tiver um problema com a CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
Vou-me queixar aos funcionários se tiver um problema com o serviço prestado na CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7
Vou-me queixar a entidades externas se tiver um problema com a CLIRIA	1	2	3	4	5	6	7

Dados Sócio-Demográficos:

1. Sexo Feminino Masculino

2. Idade _____anos

3. Estado Civil

- Casado/União de Facto
- Separado/Divorciado
- Solteiro
- Viúvo

4. Qual é aproximadamente, o rendimento médio mensal do seu agregado familiar, líquido (depois dos descontos)?

- Até 500 euros
- de 500 a 750 euros
- de 750 a 1000 euros
- de 1000 a 1500 euros
- de 1500 a 2000 euros
- Superior a 2000 euros

5. Qual é o seu nível de escolaridade:

- Só sabe ler e escrever
- Ensino Básico/ Profissional ou Tecnológico (até 9.º ano)
- Ensino Secundário/ Profissional Completo (12.º ano)
- Ensino Superior Completo (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento)

6. Qual o seu plano de saúde:

- Particular
- Seguro de Saúde. Qual: _____
- Subsistema de saúde. Qual: _____
- Acordo de Empresa

7. É Cliente Cliria:

- Há mais de 10 anos
- Entre 5 a 10 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Entre 1 a 3 anos
- Há meses

Muito obrigada pela colaboração.