

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

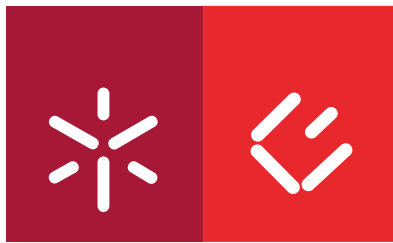
Ana Raquel da Costa Esteves

**Factores de Fidelização em Instituições
de Saúde: a perspectiva do cliente**

Ana Raquel da Costa Esteves **Factores de Fidelização em Instituições de Saúde: a perspectiva do cliente**

UMinho | 2011

Outubro de 2011



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Ana Raquel da Costa Esteves

Factores de Fidelização em Instituições de Saúde: a perspectiva do cliente

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do
Professora Doutora Cláudia Simões

Outubro de 2011

Declaração

Ana Raquel da Costa Esteves, endereço electrónico: raquel.esteves@portugalmail.pt,
Telefone: 964536973, Número do Bilhete de Identidade: 12312680

Título da dissertação/tese

Factores de Fidelização em Instituições de Saúde: a perspectiva do cliente

Orientador: Professora Doutora Cláudia Simões

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, Outubro de 2011

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que desde a primeira hora estiveram presentes neste empreendimento e que neste momento vêm mais próximo a minha possibilidade de alcançar este desafio. Junto desses expresseo o meu reconhecimento e gratidão.

De modo muito particular, agradeço à Prof. Doutora Cláudia Simões, por toda a dedicação, empenhamento, disponibilidade e orientação que me concedeu ao longo deste trabalho.

Ao meu marido Gil e ao meu filho Diogo, que sempre estiveram presentes em todos os momentos, pelas palavras de estímulo, pela paciência, compreensão e carinho dados nesta jornada. Sem o vosso apoio seria impossível ultrapassar todos os obstáculos encontrados pelo caminho.

As instituições que permitiram a aplicação do questionário, o meu muito obrigado pela disponibilidade demonstrada.

RESUMO

O actual contexto competitivo, onde a concorrência intensifica a olhos vistos, e o cliente se torna cada vez mais informado e exigente, implica significativas mudanças no comportamento dos mercados e exige que as instituições se tornem cada vez mais competitivas. Face a este aumento da concorrência e tendo consciência de que a relação com o cliente assume uma importância cada vez mais significativa, as instituições de saúde devem utilizar o Marketing de Relacionamento como factor diferenciador. Neste contexto surge também a necessidade de fidelizar os clientes, criando relacionamentos de longo prazo com os mesmos, numa tentativa de atingir os objectivos de sobrevivência, crescimento e lucratividade no sector. Surge, assim, uma preocupação em criar relacionamentos de longo prazo com os clientes de forma a fidelizá-los. Neste sentido, o presente estudo tem como principal objectivo analisar a fidelidade dos clientes às instituições de saúde e identificar quais são os principais factores de fidelização. Para tal foi efectuado um estudo descritivo simples e transversal utilizando o método quantitativo. A amostra é não probabilística por conveniência e foram inquiridos 148 clientes de instituições de saúde através da aplicação de um questionário. Os factores de fidelização contemplados no estudo são a qualidade, a satisfação e o compromisso/confiança. Para alcançar os objectivos propostos, foi desenvolvido um modelo conceptual que estabelece relações directas entre os diversos constructos e a fidelidade. As principais conclusões retiradas deste estudo é que as maiorias dos clientes se consideram fiéis às instituições de saúde e que os principais factores que contribuíram neste sentido foram a satisfação, a qualidade e o compromisso/confiança. Verificamos que a qualidade do serviço afecta directamente a fidelidade e a satisfação do cliente, sendo que esta última, a satisfação, também influencia a fidelização. O compromisso e confiança afectam directamente a qualidade, a satisfação e a fidelidade. Os resultados apresentados realçam a necessidade das instituições de saúde se adequarem aos seus clientes e terem em atenção as suas opiniões e desejos.

Palavras chave: Marketing de Relacionamento, fidelização, compromisso, confiança, satisfação e qualidade.

ABSTRACT

The current competitive context, where the competition intensifies visibly, and the client becomes increasingly informed and demanding, implies significant changes in behavior and markets requires that institutions become increasingly competitive. In the Face of this increasing competition and realizing that the relationship with the customer assumes an increasingly significant importance, the health institutions shall use the Relationship Marketing as differentiating factor. In this context there is also the need for loyal customers, creating long-term relationships with them, in an attempt to achieve the objectives of survival, growth and profitability in the sector. Thus arises a concern in creating long-term relationships with customers in order to hold on to them. In this sense, the present study has as main objective to analyze customer loyalty, health institutions and identify what are the main factors of customer loyalty. This was a descriptive study using simple cross-sectional and quantitative method. The sample is non-probabilities for convenience and 148 were surveyed clients from health institutions through the application of a questionnaire. Loyalty factors covered in the study are the quality, satisfaction and commitment/trust. In order to achieve the proposed objectives, a conceptual model was developed that establishes direct relations between the several constructs and fidelity. The main conclusions of this study is that the majority of customers consider themselves to be faithful to health institutions and that the main factors that contributed to this effect was the satisfaction, quality and commitment/trust. We note that the quality of service directly affects customer satisfaction and loyalty, with the latter, satisfaction also influences loyalty. The commitment and trust directly affect the quality, satisfaction and loyalty. The results highlight the need of health institutions fit to their clients and have in mind their opinions and desires.

Keywords: Relationship Marketing, loyalty, commitment, trust, satisfaction and quality.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice Geral	ix
Índice de Quadros	xi
Índice de Figuras	xii
Índice de Gráficos	xii
Lista de abreviaturas e siglas	xiii
Capítulo 1. INTRODUÇÃO	1
Capítulo 2. REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1. Marketing de Relacionamento	6
2.1.1. Benefícios do Marketing de Relacionamento.....	9
2.1.2. Customer Relationship Management	10
2.1.3. Dimensões do Marketing de Relacionamento	12
2.1.3.1. Confiança	12
2.1.3.2. Compromisso	13
2.1.4. O Marketing de Relacionamento em Saúde	13
2.2. Fidelização.....	15
2.2.1. Fases da Formação da Fidelidade.....	17
2.2.2. Benefícios da Fidelização.....	19
2.2.3. Fidelização na Saúde	22
2.3. Modelo Conceptual e Hipóteses de Pesquisa.....	24
2.3.1. As Dimensões do Marketing de Relacionamento no Modelo Conceptual... 25	
2.3.1.1. A Confiança.....	25
2.3.1.2. Compromisso	27
2.3.2. Antecedentes da Fidelização	27
2.3.2.1. Satisfação do Cliente	27
2.3.2.2. Qualidade do Serviço	30
Capítulo 3. METODOLOGIA	36
3.1. Tipo de Estudo.....	36
3.2. População e Amostra.....	38

3.3. Instrumento de recolha de dados	40
3.3.1. Pré-teste.....	41
3.3.2. Instrumento de Recolha de Dados: Medidas Utilizadas.....	42
3.4. Definição das Variáveis em Estudo.....	45
3.5. Procedimentos Implementados para a Recolha de Dados.....	46
3.6. Tratamento e Análise de Dados.....	46
3.7. Considerações Éticas.....	47
Capítulo 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
4.1. Caracterização da Amostra.....	49
4.2. Análise Factorial Exploratória e Consistência Interna das Variáveis.....	51
4.3. Análise dos Resultados.....	54
4.3.1. Discussão dos Resultados.....	54
4.3.2. Fidelidade, Satisfação, Qualidade e Compromisso/Confiança versus Restantes Variáveis	65
4.4. Discussão das Hipóteses.....	75
Capítulo 5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO, LIMITAÇÕES E FUTURAS INVESTIGAÇÕES	81
5.1. Conclusão.....	81
5.2. Implicações para a Gestão.....	85
5.3. Limitações do Estudo e Futuras Investigações.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
Anexo I. Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)	96

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1. Operacionalização do questionário	43
Quadro 4.1. Perfil sócio-demográfico da amostra	50
Quadro 4.2. Matriz das componentes após rotação.....	53
Quadro 4.3. <i>Alpha de Cronbach</i> para as dimensões da qualidade	54
Quadro 4.4. Análise descritiva dos itens relativos à variável fidelização	56
Quadro 4.5. Análise descritiva dos itens relativos à variável satisfação.....	59
Quadro 4.6. Análise descritiva dos itens relativos à variável qualidade	60
Quadro 4.7. Pontos fortes da qualidade do serviço	63
Quadro 4.8. Pontos fracos da qualidade do serviço	63
Quadro 4.9. Análise descritiva dos itens relativos à variável compromisso/confiança ..	65
Quadro 4.10. Cruzamento entre a variável fidelização e a tipologia da instituição de saúde	67
Quadro 4.11. Cruzamento entre a probabilidade de voltar a escolher a instituição de saúde e as variáveis fidelização, satisfação, qualidade e compromisso/confiança.....	69
Quadro 4.12. Cruzamento entre a probabilidade de voltar a escolher a instituição de saúde e o sector da instituição	70
Quadro 4.13. Cruzamento entre a frequência de utilização da instituição de saúde e as variáveis sexo e idade	71
Quadro 4.14. Cruzamento entre a localização da instituição de saúde e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança.....	72
Quadro 4.15. Cruzamento entre a localização e o sector da instituição de saúde.....	72
Quadro 4.16. Cruzamento entre o sector da instituição de saúde e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança.....	73
Quadro 4.17. Cruzamento entre a qualidade global do serviço e o sector da instituição de saúde	74
Quadro 4.18. Cruzamento entre a qualidade global do serviço e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança.....	75
Quadro 4.19. Correlações entre as variáveis em estudo.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Matriz da fidelidade do cliente.....	18
Figura 2. Modelo Conceptual	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1. Número de vezes que frequentou a instituição de saúde.....	55
Gráfico 4.2. Probabilidade de voltar a escolher a instituição de saúde	57
Gráfico 4.3. Qualidade global do serviço prestado	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRM – Customer Relationship Management

IS – Instituição de Saúde

ISA – Instituição de Saúde A

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MR – Marketing de Relacionamento

SPSS – Statistical Package for Social Science

1. INTRODUÇÃO

Actualmente assiste-se a um ritmo acelerado de mudanças económicas, científicas, comportamentais e a um aumento da concorrência, o que faz com que muitas instituições necessitem constantemente de desenvolver fórmulas que gerem valor para os seus clientes. Entre os sectores mais envolvidos com um ritmo de desenvolvimento intenso está, segundo Magalhães, Crnkovic & Moretti (2009), o sector da saúde, em especial o privado. Os serviços de saúde são caracterizados como altamente complexos, ambíguos e heterogéneos. São complexos porque envolvem um conhecimento técnico que não está acessível aos consumidores; é ambíguo porque a dimensão biológica dos seres humanos não é facilmente compreendida pelos stakeholders e são heterogéneos porque estão divididos num grande número de especialidades e tipos de serviços (Eiriz, Barbosa & Figueiredo, 2010). France & Grover (1992) relatam que os serviços de saúde são mais complexos do que outros serviços ao consumidor, por quatro razões: são provavelmente os mais intangíveis de todos os serviços; o desencontro entre as expectativas do cliente e a entrega efectiva pode ser maior para os serviços de saúde; a procura por serviços de saúde pode ser menos previsível; e a distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde. Berry (1995) acrescenta que a natureza intangível destes serviços torna difícil, para os clientes, avaliar a prestação do serviço prestado antes da compra e que a heterogeneidade dos mesmos incentiva a fidelidade dos clientes quando este se torna uma excelente experiência. Este autor refere ainda que a maioria dos serviços são difíceis de avaliar antes de comprar e vivê-los e outros continuam a ser difíceis de avaliar, mesmo após terem sido realizados, nos quais incluímos os serviços de saúde.

Eiriz et al (2010) alertam para o facto de que a realidade dos serviços de saúde tem sofrido enormes alterações devido à crescente preocupação da população relativamente à saúde, exigindo serviços cada vez mais eficientes. Magalhães et al (2009) contam que até algum tempo atrás os profissionais desta área supunham que haveria sempre bons clientes, que fariam exactamente aquilo que lhes fosse dito e pagariam pelo serviço sem questionar, e sem que houvesse vantagem competitiva nesse

sector. Mas os tempos mudaram. Actualmente parece ter surgido um novo tipo de cliente, que está disposto a mudar de médico, se necessário, para conseguir que os serviços de saúde lhe sejam prestados da forma que ele deseja.

Assiste-se, como vimos, a uma mudança na atitude do consumidor, que agora se revela mais exigente e informado, procurando maior conforto, custos adicionais mais baixos e menos problemas causados com a utilização dos seus bens e serviços, em suma, estão procurando o melhor valor. Além disto, a procura por parte dos clientes é constantemente reforçada pela concorrência que se está a tornar cada vez mais feroz e global (Gronroos, 2007). A concorrência, como vimos, está a crescer e a tornar-se global, as ofertas de marketing têm-se tornado menos estandardizadas, porque, em muitas situações, os clientes assim o exigem e as novas tecnologias o tornam possível, numa forma totalmente diferente do passado (Gronroos, 1999).

Como consequências destas mudanças nas atitudes dos consumidores, o sector da saúde tornou-se mais atraente para o sector privado. Segundo Eiriz & Figueiredo (2005) os serviços com fins lucrativos têm entrado no sector da saúde aumentando a oferta dos cuidados de saúde e proporcionando uma maior oportunidade de escolha por parte dos clientes. Em consequência, os hospitais criaram uma abordagem diferente em termos de instalações e prestação de cuidados. Neste âmbito, as actividades de marketing, que eram pouco reconhecidas e praticadas na área da saúde, tornam-se ferramentas essenciais num mercado altamente competitivo, numa tentativa de atingir os objectivos de sobrevivência, crescimento e lucratividade no sector (Magalhães et al, 2009). Surge, assim, uma preocupação em criar relacionamentos de longo prazo com os clientes, numa perspectiva individual e única. Cada vez mais se reconhece que os relacionamentos entre os clientes e as organizações são cruciais no actual ambiente competitivo. Essas relações podem ser consideradas como activos valiosos que podem ser geridos de uma forma que é difícil de imitar, podendo assim ser usadas para criar uma vantagem competitiva sustentável (Kasper, Helsdingen & Gabbott, 2006).

Surge neste contexto o Marketing de Relacionamentos, que segundo Kasper et al (2006) diz respeito à atracção, desenvolvimento e manutenção de relacionamento com o cliente. O seu pilar central baseia-se na criação de “verdadeiros clientes”, ou seja,

clientes que estão satisfeitos por seleccionar uma instituição, que percebem que esta lhes atribui valor e são propensos a comprar serviços adicionais da mesma. O objectivo do Marketing de Relacionamento é fazer com que valha a pena, para os clientes, fazer negócios com a instituição, motivo pelo qual é importantíssimo conhecer o comportamento desses mesmos clientes (Lovelock & Writz, 2006). Assim, o marketing de massa, o tratamento padronizado e uniformizado parece não ser o mais eficiente para estreitar o relacionamento com o cliente. As empresas têm percebido que cultivar um relacionamento contínuo e lucrativo com o cliente é, frequentemente, mais interessante do que atender o indivíduo apenas uma vez (Gronroos, 2007).

Com o Marketing de Relacionamento emerge também o conceito de fidelização, que consiste no grau com que o cliente exhibe comportamento de repetição de compra, possui uma atitude positiva para com o prestador de serviços e apenas considera usar esse mesmo prestador quando surge uma nova necessidade de serviço (Gremler & Brown, 1996). Neste sentido as instituições desenvolvem estratégias que favoreçam a fidelização dos clientes de forma a demarcarem-se da concorrência e a criarem vantagem relativamente a estas, tendo como pano de fundo, o aumento da rentabilidade da instituição. Os clientes fiéis tornam-se advogados dos serviços porque providenciam publicidade boca a boca positiva, recomendam os serviços, encorajam outros a utilizá-los e defendem-os (Butcher, Sparks & O'Callaghan, 2001). Lam, Shankar, Erramilli & Murthy (2004) apontam como consequências da fidelidade dos clientes o aumento das receitas, a redução dos custos de aquisição dos clientes e a redução dos custos de servir esses mesmos clientes, o que conduz a um aumento da rentabilidade. Referem ainda que os clientes fiéis são mais propensos a concentrarem-se em benefícios de longo prazo e a envolverem-se em acções de cooperação benéfica para ambos os parceiros do que os clientes desleais, reforçando assim a competitividade e reduzindo os custos de transacção. Ou seja, a fidelidade do cliente tem um impacto sobre o desempenho das instituições e é considerada como uma importante fonte de vantagem competitiva sendo um objectivo fundamental para o planeamento estratégico do mercado.

Mas surgem as questões, será que as instituições de saúde estão despertas para o Marketing de Relacionamento? Será que o utilizam? Será que os clientes são fiéis às instituições de saúde? Como é que os clientes percebem essa relação e quais são os

factores que o levam a ser fiéis? Neste âmbito surge o problema central deste trabalho, que se centra em identificar como o Marketing de Relacionamento contribui para o processo de fidelização dos clientes às instituições de saúde, compreendendo como se desenrola esse relacionamento e analisando os factores que podem influenciar os resultados finais dessa estratégia. A importância deste estudo prende-se com o peso que o sector da saúde representa na economia e com as alterações a que tem estado sujeito, tornando imprescindível que a sua análise seja o mais actual possível, pelo seu dinamismo e pelos padrões de exigência dos potenciais e actuais clientes, que estão sempre em mutação. Apenas assim, os responsáveis deste sector, podem saber o que alterar e adaptar, munindo-se de uma ferramenta essencial - o conhecimento do seu mercado e das suas tendências. A agilidade e pro-actividade nesta adaptação, serão o ponto-chave na capacidade de poderem continuar a prestar um serviço desejado e de qualidade, mantendo o sector actualizado e competitivo.

Neste sentido e na persecução do objectivo de fidelizar clientes, gestores e académicos têm investigado quais são os principais determinantes da fidelidade dos clientes às instituições de saúde. Este estudo tem como objectivo principal analisar a fidelidade dos clientes às IS e identificar quais são os principais factores de fidelização. Como objectivos específicos, a presente dissertação pretende avaliar a fidelização dos clientes às instituições de saúde, identificar os factores utilizados pelos clientes para se tornarem fiéis às mesmas e compreender o impacto desses factores na fidelização. Neste âmbito emerge a seguinte questão de investigação:

“Quais os factores que afectam a fidelização dos clientes a uma instituição de saúde?”

Existem diversos antecedentes da fidelização apontados na literatura, mas não existe um consenso por parte dos investigadores acerca destes e das suas ligações, pelo que iremos abordar os antecedentes que foram merecendo uma maior atenção por parte desses mesmos investigadores e tentaremos estabelecer as relações entre os mesmos. Os principais antecedentes da fidelização abordados serão a qualidade e a satisfação e as dimensões do Marketing de Relacionamento, ou seja, o compromisso e a confiança. Não obstante, este estudo permitiu-nos aferir os atributos que estão por detrás da

escolha de uma determinada instituição de saúde, a frequência e motivo da escolha, o grau de satisfação específico com cada um dos factores considerados, o nível de satisfação global, o nível de qualidade do serviço, o compromisso e confiança do cliente com a instituição, quais os factores considerados mais atractivos numa instituição de saúde, qual a mais valia das nossas instituições e algumas fraquezas a melhorar. Este conhecimento irá permitir que possamos definir as vantagens competitivas da instituição no contexto global de mercado e definir quais os pontos em que se pode e deve ser forte e aqueles que terão de ser melhorados de forma a aumentarmos a carteira de clientes fieis, aumentando a rentabilidade da instituição e demarcando-a no sector, ou seja, dando-lhe vantagem competitiva.

Relativamente à estrutura adoptada, o presente trabalho é constituído por diversos capítulos, onde se descreve o desenvolvimento do trabalho. No segundo capítulo será abordado a base teórica do trabalho, ou seja, o enquadramento teórico e serão também apresentadas as hipóteses de investigação a serem testadas. No terceiro capítulo apresentamos a metodologia a ser aplicada no estudo. O capítulo 4 incidirá sobre a apresentação, análise e interpretação dos dados, onde se expõe e analisa de forma crítica os resultados obtidos através da aplicação do questionário. Neste capítulo será também efectuada a discussão dos resultados, fazendo o enquadramento dos dados obtidos com o nosso referencial teórico. No último capítulo serão apresentadas as principais notas conclusivas, limitações encontradas durante a realização do estudo e serão apontados caminhos para as investigações futuras. No final do trabalho seguem-se a bibliografia utilizada e o instrumento de colheita de dados aparece em anexo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo consiste no enquadramento teórico do trabalho onde serão abordados os conceitos mais importantes para o estudo em questão, tais como Marketing de Relacionamento (MR) nos serviços e em especial no sector da saúde e as suas dimensões, o compromisso e a confiança. Abordaremos também o conceito de fidelização nos serviços e no sector da saúde e os seus antecedentes, a satisfação e a qualidade. É neste capítulo que apresentaremos as hipótese formuladas com base na revisão da literatura e nos contributos dos diversos autores.

2.1. Marketing de Relacionamento

A preocupação com a gestão do relacionamento da organização com os seus clientes tornou-se um tema que ganhou destaque a partir da década de 90, com a crescente importância da orientação das instituições para o mercado. O acelerado interesse neste tema deve-se, segundo Berry (1995), ao amadurecimento do marketing de serviços, ao aumento do reconhecimento dos benefícios para as instituições e aos avanços tecnológicos. Neste contexto surge o MR, que constitui um esforço integrado das empresas para identificar, construir, manter e aprimorar os relacionamentos individuais com os clientes, num processo de troca de benefícios voltados para o longo prazo (Berry, 2002).

Naidu, Parvatiyar, Sheth & Westgate (1999) apontam no sentido do MR se consolidar como uma alternativa estratégica em função da sua capacidade de identificar gostos e preferências, categorizar os clientes pelo seu valor efectivo, criar fidelidade e potencializar o relacionamento, gerando um maior número de transacções ao longo de um ciclo. Apontam ainda o facto de esta prática estar a ser cada vez mais utilizada pelas Instituições de Saúde (IS). A evolução na filosofia de marketing vai no sentido de uma relação mais individualizada e de aprendizagem com cada um dos seus clientes, através de uma grande interactividade, de modo a obter a informação necessária para conseguir oferecer um serviço personalizado e ajustado às necessidades específicas de cada um

(Antunes & Rita, 2008). Assiste-se assim ao aumento da sua importância, proveniente da convicção que a construção de relações duradouras com os clientes produz resultados positivos ao nível da satisfação e fidelização desses clientes (Reynolds & Beatty, 1999).

Gronroos (1997) define o MR como o processo que permite estabelecer, manter, melhorar, reforçar e, quando necessário, terminar, relacionamentos com os clientes e outros *stakeholders*, com o fim de alcançar os objectivos das partes intervenientes através do intercâmbio mútuo e cumprimento das promessas. Também Sheth & Parvatiyar (1995) descrevem este tipo de marketing como um processo de desenvolvimento cooperativo e uma relação de colaboração com os clientes e outros actores do mercado.

Gronroos (2007) relata que a utilização do MR indica que a empresa emprega uma estratégia de marketing que enfatiza a manutenção e a melhoria dos relacionamentos correntes com clientes, salientando que, embora a obtenção de novos clientes seja importante, o principal interesse estratégico é de se concentrar nos clientes existentes. Sharma, Lucier & Molloy (2002) sugerem que no futuro as relações cliente-empresa passarão a ser consideradas verdadeiras alianças entre as partes, baseada na troca de informações e conhecimentos sobre produtos, serviços e novos projectos comerciais que possam beneficiar mutuamente tanto a empresa quanto o cliente.

Lucas (2009) refere que se deve construir um relacionamento duradouro e forte com o cliente, baseado nos elementos fundamentais do sucesso num mundo cada vez mais competitivo, que são os princípios de confiança, responsabilidade, fidelidade e satisfação das necessidades do cliente. O MR vai muito além da repetição do comportamento de compra e incentivos, pois os clientes muitas vezes envolvem-se activamente nas decisões da empresa, criando um relacionamento que desenvolve o valor do cliente através de actividades de parceria, criando um maior vínculo entre cliente e prestador (Sheth & Parvatiyar, 1995).

Berry (1995) distingue cinco elementos para a prática de MR: o desenvolvimento de um serviço núcleo em torno dos quais se constrói um relacionamento com o cliente, personalizar o relacionamento com o cliente individual, aumentar o serviço principal com benefícios extra, o preço dos serviços para incentivar

a fidelização do cliente e marketing para os funcionários, para que eles, por sua vez, tenham um bom desempenho para com os clientes. Gronroos (1995) refere-se aos funcionários de uma instituição como *part time marketers*, pois não fazendo parte do departamento de marketing são a chave dos recursos de marketing numa estratégia de MR. Estes funcionários têm uma dupla responsabilidade, a de fazer o seu trabalho correctamente e de uma forma eficiente e ao fazê-lo ter um impacto favorável sobre o cliente.

Doyle (2000) refere que o MR reconhece e vai de encontro às necessidades dos clientes desenvolvendo a confiança e fidelidade destes, permitindo que as instituições possam alcançar um crescimento rentável e sustentável, convertendo-se numa estratégia que permita criar uma vantagem diferencial relativamente à concorrência. No sector dos serviços, os clientes querem ter um parceiro em quem possam confiar e que possam sentir que se preocupa com eles (Kasper et al, 2006).

Naidu et al (1999) referem que no MR podemos incluir actividades pós-marketing tal como *one-to-one* marketing, programas de fidelização, que podem incluir frequentes incentivos à compra, benefícios para os clientes frequentes, programas para envolver os clientes na concepção, desenvolvimento e nas actividades de venda, parcerias de distribuição transversal, *cross-selling*, co-produção, a partilha de logística, regime específico de abastecimento, as alianças de negócios e base de dados de marketing. Os clientes esperam entrega e manutenção de um serviço adequado, informações, gestão de queixas orientadas para o cliente, bem como funcionários habilidosos e com espírito de serviço que demonstrem interesse nas necessidades e desejos dos clientes e demonstrem atitudes e comportamentos adequados ao desempenho das suas tarefas (Gronroos, 1999).

Normalmente, vários concorrentes oferecem um “produto” semelhante. O importante é a capacidade da empresa de criar um sistema completo de cuidar de seus clientes numa base contínua para que os clientes se sintam melhor servidos por um determinado fornecedor ou empresa de serviços do que pelos seus concorrentes. É preciso desenvolver os recursos, tais como pessoal, tecnologia, know-how, o tempo para o cliente, vendo o cliente em si como um recurso, bem como criar um sistema de gestão

que coordene esses recursos durante a relação em curso, de tal forma que a satisfação com a globalidade do serviço emergja ao longo do tempo (Gronroos, 1999).

2.1.1. Benefícios do Marketing de Relacionamento

Os relacionamentos comerciais lucrativos dependem da capacidade de uma empresa para desenvolver a confiança em si mesmo e no seu desempenho com os clientes e outros *stakeholders*, e da capacidade de se estabelecer como um parceiro comercial atraente (Gronroos, 1999). Sheth & Parvatiyar (1995) referem que os clientes envolvem-se nestes relacionamentos para alcançar uma maior eficiência na tomada de decisão, reduzir a tarefa de processamento de informação, para alcançar uma maior coerência cognitiva nas suas decisões e reduzir a percepção do risco associado às escolhas futuras.

Kasper et al (2006) apontam a importância da manutenção e a fidelização dos clientes rentáveis, numa visão de longo prazo e com uma filosofia de marketing voltada para o cliente, facultando a construção de relacionamentos estáveis e duradouros. Os relacionamentos de longo prazo com os clientes não melhoram a produtividade das instituições orientadas para os relacionamentos, mas ajudam a resistir a pressões de preços, fazendo com que os clientes se tornem menos sensíveis a estes e vão adicionando valor ao seu serviço. A abordagem de relacionamento implementado por uma organização é caracterizada por trocas recíprocas e de longo prazo, entre a mesma e o cliente, traduzindo-se em benefícios mútuos. Estes relacionamentos permitem ao cliente acumular benefícios: sociais, associados ao reconhecimento e familiaridade; do conhecimento, associado a saber o que esperar e de como otimizar o uso do seu próprio serviço; de transacção, associados com a personalização, prioridade, possibilidade de desconto e uma maior orientação para a comunicação. Do lado da empresa permite acumular benefícios associados com a fidelidade, marketing boca a boca positivo, aumento dos custos de mudança para os clientes, redução de custos de marketing e maiores oportunidades de *up-selling* e *cross-selling*.

O relacionamento de longo prazo é mutuamente benéfico e assume que a empresa é orientada para a retenção de clientes e deve desenvolver um relacionamento único com cada um, envolvendo-o na cooperação, desenvolvimento e processos de marketing da empresa. Assim, as práticas de marketing tornam-se mais eficazes, porque, por um lado, as necessidades do cliente individual são bem resolvidas e a nível do envolvimento do consumo, o desenvolvimento de processos e práticas de marketing leva a um maior compromisso do cliente nos programas da empresa (Sheth & Parvatiyar, 1995).

Doyle (2000) apresenta os princípios do marketing de sucesso: compreender as necessidades do cliente, desenvolver vantagem diferencial e construir relações de confiança com o cliente. Efectuar negócios continuamente com os clientes poupa dinheiro numa variedade de custos de recrutamento: custos de publicidade para seduzir novos clientes, custos de venda pessoal para as novas perspectivas, custos de criação de novas contas, custos de explicação do processo de negócios para novos clientes e custos de operações ineficientes durante o processo de aprendizagem do cliente (Mittal & Lassar, 1998).

2.1.2. Customer Relationship Management

Para uma maior aproximação aos clientes e construção de relacionamentos é imprescindível compreender as expectativas dos clientes, sendo necessário para isso criar e manter uma base de dados que funcione como uma memória organizacional sobre cada um dos seus clientes, suas preferências, padrões de comportamento e muitas outras características (Sheth & Parvatiyar, 1995). Neste contexto surge o Customer Relationship Management (CRM), que engloba todas as actividades desenvolvidas por uma organização para identificar, seleccionar, desenvolver e reter clientes, sendo os programas de fidelização uma das formas de o implementar (Kasper et al, 2006).

O CRM visa alcançar a retenção do cliente através da utilização dos pilares fundamentais para a fidelização dos clientes, ou seja, a confiança, a intimidade e o comprometimento (Buttle, 2001). Das (2009) refere-se ao MR como sendo estratégico,

emocional e comportamental, focando-se em conceitos como ligação, empatia, reciprocidade e confiança e ao CRM como sendo mais tático, mais gerido, focando-se na forma como os gestores podem concertar esforços em atrair, manter e reforçar relacionamentos com os clientes.

O CRM procura desenvolver relações duradouras com os clientes-alvo, identificando, segundo Kasper et al (2006), quatro desafios: como reconhecer clientes, como distinguir diferentes tipos de clientes, como desenvolver relacionamentos com os clientes e como os reter. O CRM parte da premissa de que recolhendo, mantendo e analisando as informações sobre os clientes e/ou clientes em potencial é possível implementar programas de comunicação de marketing mais efectivos e eficientes (Gallo & Moneken, 2006). Na perspectiva da empresa, os sistemas de CRM permitem entender, segmentar e classificar melhor a sua base de clientes, permitem realizar promoções e vendas cruzadas com alvos melhor definidos e até implementar sistemas de alerta de abandono dos clientes que avisam quando há perigo dos clientes abandonarem a empresa (Lovelock e Writz, 2006). Lucas (2009) aponta os seguintes benefícios do CRM:

- Menor necessidade de obter novos clientes através do marketing, uma vez que os actuais clientes estão cientes das ofertas e pode-se tirar vantagem deles;
- Reduzir os custos de marketing, desde o *direct mail*, acompanhamento e outras actividades de recrutamento de clientes;
- Aumento do retorno sobre o investimento, desde que o marketing possa ser direccionado para as necessidades específicas dos clientes;
- Aumento da fidelização do cliente, através das ofertas de preços e produtos de serviços que atendam as necessidades dos actuais clientes;
- Elevada rentabilidade devido ao aumento das vendas, referências de clientes e retenção de clientes durante mais tempo do ciclo de vida;
- Marketing direccionado baseado nas estatísticas em que os clientes compram mais e na alta venda de bilhetes.

2.1.3. Dimensões do Marketing de Relacionamento

Desde que surgiu *The Commitment-Trust Theory* de Morgan & Hunt (1994) que a maior parte dos estudos sobre MR incluem quer o compromisso da relação quer a confiança como variáveis centrais no sucesso deste. Estes autores sugerem que relacionamentos de marketing de sucesso requerem compromisso e confiança. Estas dimensões são a chave para encorajar os prestadores a trabalharem para preservar os investimentos relacionais. Estes relacionamentos efectuam-se pela cooperação com os seus parceiros de troca que conduzem à resistência de alternativas atraentes de curto prazo em favor dos benefícios esperados a longo prazo da permanência com os parceiros e à visualização de acções potencialmente de alto risco como sendo prudentes devido à crença de que os seus parceiros não agirão de forma oportunista.

2.1.3.1. Confiança

A confiança é a crença de que nenhuma parte irá agir de maneira oportunista de forma a tirar vantagem da vulnerabilidade da outra parte (Doyle, 2000). É um sentimento de segurança, principalmente com base na crença de que o comportamento é orientado por intenções favoráveis para o interesse dos outros, e em segundo lugar, na competência de uma empresa para manter as suas promessas (Lewis & Soureli, 2006). A criação de um relacionamento de longo prazo depende do comprometimento dos dois lados para trabalharem em conjunto, ou seja, dependem de confiança, que é definida como uma vontade de contar com a confiança no parceiro (Doyle, 2000).

Morgan & Hunt (1994) consideram que a confiança é composta por duas dimensões: honestidade (por exemplo, crença que o hospital vai manter a sua palavra e que tem capacidade para o fazer) e benevolência (por exemplo, crença que o hospital está interessado no bem estar do doente). Os clientes desenvolvem a confiança baseados na percepção de competências, benevolência e integridade do prestador de serviços e esta vai aumentando à medida que o cliente experimenta mais experiências com aquele serviço (Gummerus, Liljander, Pura & Riel, 2004).

2.1.3.2. Compromisso

O compromisso entre as partes, segundo Morgan & Hunt (1994) chega quando uma delas considera que o relacionamento com a outra é tão importante que vale a pena dedicar o máximo de esforço para o manter indefinidamente. O relacionamento é tão importante que as partes irão fazer esforços extra de forma a protegê-la. Nestas circunstâncias um elevado compromisso está associado a uma maior disponibilidade para perdoar pequenas falhas, a disposição para sacrificar os benefícios de curto prazo em favor do ganho a longo prazo e uma disposição para investir na relação através da partilha de informação. Para Backer, Simpson & Siguaw (1999) o compromisso compreende três facetas: um desejo de desenvolver uma relação estável, uma vontade de fazer pequenos sacrifícios para manter a relação e a confiança na estabilidade da relação.

Kasper et al (2006) define o compromisso como a ligação de um indivíduo à sua escolha de marca, sendo que um cliente torna-se comprometido com essa marca após a decisão e avaliação da experiência com o serviço. Estes autores distinguiram três tipos de compromisso: o afectivo, que se baseia no desejo de continuar o relacionamento; o compromisso calculista, com base nos custos, no qual o cliente continua a relação porque a mudança é muito cara e o compromisso normativo, que remete para a obrigação, pela qual se deve continuar o relacionamento. O compromisso afectivo e normativo afectam de uma forma positiva a fidelidade, ao contrário do compromisso calculista, que tem um impacto muitas vezes negativo sobre esta.

2.1.4. O Marketing de Relacionamento em Saúde

A orientação para os públicos-alvo, através da oferta de serviços orientados para as necessidades e exigências presentes e futuras dos seus clientes actuais e potenciais, torna-se fundamental para as IS, tal como acontece com a generalidade das actividades económicas, educacionais e sociais. Assim, a adopção de perspectivas de gestão estratégica enquadradas nas metodologias e técnicas de MR, permitirá que as

instituições se posicionem de forma diferenciada face aos seus públicos-alvo, alcançando níveis acrescidos de competitividade (Lovelock & Writz, 2006).

O MR é construído sobre a base da confiança, que é imprescindível na maioria dos serviços, principalmente naqueles que são difíceis de avaliar, mesmo após a sua realização, como é o caso do sector da saúde. Neste caso os clientes encontram-se particularmente vulneráveis porque têm menos conhecimento que o prestador sobre o que realmente transpareceu no desempenho do serviço. Quando os clientes desenvolvem a confiança com o prestador de serviços baseados nas experiências anteriores que tiveram com ele, têm boas razões para permanecer nessas relações, reduzindo assim a incerteza e a vulnerabilidade (Magalhães et al, 2009). Quando uma empresa de sucesso diminui a sua taxa de perda de clientes, os seus lucros sobem abruptamente. Isto torna-se uma forte motivação para que as IS participem em actividades de MR (Naidu et al, 1999).

Este é o propósito do MR: construir e sustentar relacionamentos com os clientes, interagindo com a empresa, com o propósito de fidelizar os clientes, criando um relacionamento duradouro que servirá para que a empresa adquira vantagem competitiva e se destaque perante a concorrência. As IS precisam, neste momento, de se preocupar em aplicar o MR para a manutenção de clientes, com acções para a sua satisfação e aumento da qualidade dos serviços prestados (Naidu et al, 1999). Estes mesmos autores referem que os relacionamentos de longo prazo baseados na confiança, no serviço e na coordenação efectiva podem conduzir à eficiência e impulsionar a performance das instituições. Fornecer valor para o cliente, valor que é baseado em padrões do cliente - e não nas normas da organização de serviços de saúde - deve ser a meta de cada organização (Gemme, 1997).

Kasper et al (2006) chamam a atenção para o facto de que a mudança para os operadores privados no sector da saúde está a aumentar, um pouco por todo o mundo. As IS estão a responder à crescente concorrência com a participação em actividades de MR e de parceria com seus fornecedores e outros prestadores de cuidados de saúde (Naidu et al, 1999). Na concepção dos especialistas em marketing, os serviços de saúde oferecidos por hospitais, clínicas e médicos precisam ter maior qualidade e procurar

permanente sintonia e consonância de objectivos com os seus funcionários (clientes internos) e com as necessidades e aspirações dos utentes (clientes externos). Não se trata somente de satisfazer o cliente com o melhor serviço, mas de fazer com que o relacionamento da empresa com cada cliente seja correctamente estabelecido e mantido (Magalhães et al, 2009). Neste contexto, as actividades de marketing, que eram pouco reconhecidas e praticadas na área da saúde, tornam-se ferramentas essenciais num mercado altamente competitivo, numa tentativa de atingir os objectivos de sobrevivência, crescimento e lucratividade no sector.

O CRM também pode ser aplicado nas IS traduzindo as suas vantagens na possibilidade do conhecimento da carteira de clientes atendida na instituição, delimitação das áreas geográficas de maior procura e a determinação do perfil dos serviços de maior oferta pela instituição. A interacção do MR nos serviços de saúde torna necessário o mapeamento das particularidades da qualidade dos serviços para melhor atendimento das necessidades dos clientes deste sector (Magalhães et al, 2009). Embora o resultado destes esforços serem susceptíveis a longo prazo, Naidu et al (1999) indicam que as IS envolvidas no MR têm um desempenho superior, tendo maiores taxas de ocupação e melhores fluxos de caixa.

2.2. Fidelização

A fidelização do cliente representa uma importante base do desenvolvimento de uma vantagem competitiva sustentável, que pode ser realizada através dos esforços do marketing. No actual panorama de aumento da concorrência a nível global e com a rápida entrada de produtos inovadores, por um lado, e condições de maturidade em certos mercados de produtos, por outro, a tarefa de gestão de fidelização surgiu como um desafio central de gestão (Dick & Basu, 1994). Para o desenvolvimento do MR, Berry (1995) estabeleceu elementos estratégicos, entre os quais se destaca a individualização da relação com o cliente orientada para a sua fidelização, o que irá permitir que ambos obtenham os resultados esperados da relação.

Lovelock & Writz (2006) referem que fidelização consiste na disposição de um cliente para continuar a prestigiar uma empresa no longo prazo, comprar e utilizar os seus bens e serviços repetidamente, de preferência, com exclusividade, e recomendar os seus produtos a outras pessoas. Oliver (1999) descreve a fidelização como um compromisso íntimo de recompra de um produto/serviço consistentemente no futuro, causando repetição do mesmo ou a compra do mesmo conjunto de marcas, apesar das influências situacionais e dos esforços de marketing com potencial para provocar mudança de comportamento.

Muitos especialistas em marketing acreditam que, quando as organizações criam valor para os clientes, estes recompensam a organização com a fidelidade, que ajuda no crescimento e lucratividade da organização (Gemme, 1997). Mittal & Lassar (1998) referem que a fidelização representa o objectivo de uma empresa de serviços. Mais clientes fiéis significam custos de marketing reduzidos, mais operações eficientes e, mais importante, lucros elevados.

Zeithaml & Bitner (1996), alegam que os clientes permanecerão fiéis se o valor percebido que eles recebem é relativamente maior do que as ofertas dos concorrentes e que a fidelidade é a recompensa dada às firmas que constantemente identificam e agem de acordo com as necessidades do cliente. Buttle (2001) concorda que estar um passo à frente das necessidades dos clientes e dos concorrentes é a chave para a fidelidade. As empresas devem monitorizar eficientemente e recolher informações sobre os clientes, deve ser dada a capacidade de antecipar as suas necessidades futuras, permitindo-lhes surpreender e encantar os clientes.

Determinar as expectativas dos clientes é o primeiro passo na construção da fidelização, porque as expectativas devem ser avaliadas, documentadas e discutidas quando entram num sistema da organização. Se os clientes acreditarem sinceramente que a organização tem em atenção o seu melhor interesse, eles irão regressar frequentemente a essa mesma organização (Gemme, 1997). Shoemaker & Lewis (1999) afirmam que a fidelidade ocorre quando o cliente sente que é aquela organização que melhor pode atender às suas necessidades mais relevantes, levando a que o cliente lhe compre quase exclusivamente, sendo a concorrência praticamente excluída do conjunto

de consideração. Estes autores argumentam ainda que existem dois factores críticos para o florescimento da fidelidade, o primeiro é o apego emocional ao produto ou ao serviço que é altamente comparável com as potenciais alternativas e o segundo é a repetição da compra.

Lam et al (2004) são da mesma opinião, conceituaram a fidelidade do cliente como uma construção que contém duas dimensões distintas: recomendando o fornecedor de serviços para outros compradores e a intenção de repetir a compra. Para a maioria das empresas, a fidelidade do cliente é o determinante mais importante de crescimento a longo prazo e de margens de lucro, pois os clientes que permanecem com a empresa são activos de valor cada vez maiores e a cada ano tendem a gerar maiores fluxos de caixa líquidos. Lucas (2009) acrescenta que se as instituições prestarem um excelente serviço ao cliente e souberem lidar com a insatisfação logo que é identificada, podem ajudar a que os clientes permaneçam fiéis e retornem à organização

2.2.1. Fases da Formação da Fidelidade

O processo de formação da fidelização, segundo Dick & Basu (1994) constitui-se de três fases, a fase cognitiva, afectiva e conativa. De acordo com estas fases, a consistência do comportamento de fidelização acentua-se à medida que o cliente avança pelas diferentes fases. Na fase cognitiva o consumidor processa informações a respeito do produto, ou seja, o cliente acredita que um serviço é preferível às alternativas, devido ao conhecimento e informação acerca dos atributos do mesmo. Nesta fase o consumidor pode ser vulnerável em relação às mudanças ocorridas na marca e a fidelidade existente é mais ao nível dos custos e benefícios, e não numa ligação à marca. Na fase afectiva os clientes desenvolvem uma atitude favorável relativamente ao serviço, que deriva das situações de satisfação positiva de compra e consiste numa fidelidade causada por afecto. Essas atitudes não são abaladas com facilidade por contra-argumentações dos concorrentes. A fidelidade conativa é estabelecida como intenção de recompra do consumidor por meio de um processo de aprendizagem, ou seja, a fidelidade é vista como um afecto positivo em relação ao serviço, com vontade expressa de voltar a comprar novamente.

Oliver (1999), mais tarde, acrescenta uma nova fase, a fase de acção que resulta no compromisso de recompra e resistência às influências externas e esforços do marketing no sentido de mudança de serviço. Refere ainda que, assim que o cliente assume o último nível, existe um compromisso de fidelidade com a marca muito acentuado e como consequência, é resistente à mudança para uma marca alternativa. Neste nível de acção, o cliente está intimamente ligado com a marca, assumindo a sua identidade, criando assim, uma resistência à mudança.

A fidelidade é o objectivo final de uma estratégia de MR e, segundo Dick & Basu (1994), existem quatro condições distintas em relação à fidelidade, apresentadas na matriz da fidelidade (figura 1).

Figura 2.1. Matriz da fidelidade do cliente

		REPETIÇÃO DE COMPRA	
		ALTA	BAIXA
ATITUDE	ALTA	FIDELIDADE	FIDELIDADE LATENTE
	BAIXA	FALSA FIDELIDADE	SEM FIDELIDADE

Fonte: Dick & Basu (1994:101)

A fidelidade produz-se quando existe uma correspondência favorável entre a atitude do indivíduo face à organização e o seu comportamento. É a situação ideal tanto para a empresa como para o cliente. O conceito de fidelidade latente, por seu turno, refere-se à situação em que o indivíduo tem uma atitude muito positiva face à empresa, mas não mantém uma repetição de compra. A empresa, neste caso, deve aplicar recursos para que estes clientes passem à situação de fidelidade. Verifica-se ainda, a

possibilidade da empresa se confrontar com situação de falsa fidelidade, ou seja, os clientes mantêm um padrão de compra repetitivo mas a sua atitude é desfavorável. É o típico caso dos clientes que mantêm uma relação unicamente pelo custo do seu rompimento, mas sem sentirem nenhuma preferência real. Por último, numa situação de sem fidelidade caracteriza-se por uma atitude desfavorável e um comportamento de compra não repetitivo (Dick & Basu, 1994).

Kasper et al (2006) chamam a atenção para o facto de que a fidelização dos clientes tem sido tratada de duas formas diferentes pelos investigadores. A primeira é o facto de tratarem a fidelidade como puramente comportamental, tal como comportamento de compra repetido, sendo que o problema desta abordagem é o facto de incluir um grupo de clientes que são chamados de “falsamente fiéis”, tratando-se de clientes que exibem comportamentos de compra repetidos, mas apenas porque não têm escolha. A segunda abordagem é tratar a fidelidade como uma combinação entre a componente comportamental com uma componente positiva de atitude. Mas mesmo assim esta combinação apresenta problemas, pois pode ocorrer o facto de um cliente querer repetir a compra mas ser impedido de o visitar por algum motivo, ou seja, são fiéis em termos de atitude mas como a repetição de compra não é visível, não são financeiramente valiosos para a organização.

2.2.2. Benefícios da Fidelização

O facto de se construir um relacionamento de confiança surge como outra forma de reduzir o risco percebido por parte dos clientes, daí que criar, construir e manter relacionamentos seja uma importante capacidade das organizações de serviços orientadas para o mercado para criarem confiança no decorrer do todo o ciclo de vida do relacionamento. Muitos clientes preferem comprar em marcas bem estabelecidas no mercado, de forma a reduzir o risco percebido, estando assim mais propensos a demonstrar um elevado grau de fidelidade à marca (Kasper et al, 2006). Os clientes desenvolveram duas estratégias gerais para reduzir o risco percebido, sendo a envolvimento na pesquisa externa de informação, especialmente através da comunicação boca a boca e desenvolvimento de uma maior confiança na própria capacidade de julgar

ou avaliar escolhas e tornar-se fiel a uma marca, loja, produto ou comerciante (Sheth & Parvatiyar, 1995).

O facto de se construir um relacionamento de longo prazo com um prestador de serviços pode reduzir o stress do cliente, a relação torna-se previsível, os problemas iniciais são resolvidos, as necessidades especiais são acomodadas e o cliente fica a saber o que pode esperar. Estes aspectos conduzem, a que após um determinado período de tempo, o consumidor comece a confiar no prestador, pois pode contar com um nível consistente de qualidade do serviço e sente-se confortável na relação (Bitner, 1995). Muitos clientes podem estar cientes de concorrentes que poderiam prestar o mesmo serviço, ou melhor, mas mesmo assim optam por ficar nas relações devido à previsibilidade e conforto.

Saias (2007) refere que a fidelidade dos clientes induz a rentabilidade e o crescimento sustentado de vendas, agrupando seis factores que justificam esta correlação, sendo estes:

- Vendas repetidas: constituem o mais óbvio impacto da fidelidade. Um cliente só dá lucro quando o é por mais que um certo tempo, por isso o conceito de “tempo de vida” do cliente é essencial.

- Mecanismo de cross-selling, que permitem vender mais produtos, bens físicos ou serviços, utilizando os mesmos canais de distribuição, bem como o mesmo tempo do vendedor, podendo assim dizer-se que induzem vendas com custos reduzidos. É um mecanismo com efeitos cumulativos, sendo essencialmente duas as razões pelas quais é razoável colocar produtos mais rentáveis quando utilizamos estas estratégias. A primeira decorre do facto de os clientes fiéis serem simultaneamente menos sensíveis ao preço e mais abertos a comprar outros produtos ao mesmo fornecedor. A segunda razão radica no facto de o *cross-buying* em si mesmo acrescentar valor para o cliente: é o valor da comodidade, isto é, apesar de o cliente saber que aquele fornecedor não lhe fornece certos produtos com a vantagem da qualidade ou preço, ele está disposto a fazer sacrifícios marginais por uma questão de comodidade. Os clientes fiéis tendem a ser mais baratos de servir, ocasionando o crescimento tendencial da margem de serviço

vendido. Isto passa-se porque também o cliente tem a sua própria curva de aprendizagem, tornando-se progressivamente mais expedito na utilização do serviço.

- São mais capazes de serem geridos, pois conhecemo-los melhor, sabemos o que é essencial e acessório para eles e eles colaboram. Também os clientes, conhecendo já o serviço, compreendem e colaboram, com prontidão, nas soluções de gestão ou de recurso que a empresa utiliza para, em situações difíceis, poder continuar a garantir a prestação do serviço nos moldes habituais.

- São, em média, menos sensíveis ao preço, logo mas rentáveis.

- Clientes fiéis falam bem da empresa quando questionados e, por vezes, tomam eles próprios a iniciativa de o fazer: tornam-se naquilo que se convencionou chamar clientes apóstolos. Consequentemente os custos de marketing da empresa descem sendo algumas necessidades de comunicação paga substituída pelo boca a boca.

Outro benefício neste tipo de relacionamentos e que se opõem à necessidade de mudança é, segundo Bitner (1995), a natureza humana, segundo a qual a maioria das pessoas prefere não mudar, principalmente quando há um investimento considerável num relacionamento, pois se o prestador de serviços nos conhece, sabe das nossas preferências, e cria serviços personalizados para atender às nossas necessidades ao longo do tempo, então a mudança significaria educar um novo prestador de todos estes factores, o que conduz normalmente a custos de mudança altos, tanto em termos monetários como não monetários.

Os consumidores são naturalmente inclinados a reduzir opções e a envolverem-se em relacionamentos, pois segundo Sheth & Parvatiyar (1995) a redução de opções ajuda a reduzir os riscos percebidos associados a decisões futuras, os consumidores optimizam a experiência do seu aprendizado e recompensam-se com o comportamento positivo reforçado, reduzem a tensão psicológica e a dissonância cognitiva esperando ganhos no futuro devido ao reforço do comportamento.

2.2.3. Fidelização na Saúde

A efectiva prestação de serviços nas IS têm um impacto directo na satisfação e retenção dos seus utilizadores, sendo esperados altos níveis de satisfação e fidelização dos clientes (Gallo & Moneken, 2006). As IS devem-se esforçar para manter relações positivas com os pacientes e convencê-los de que a instituição se preocupa com seu bem-estar (Gemme, 1997). Lukosius, Aguirre & Joonas (2010) referem que as IS deviam dar importância ao tipo de abordagem e comunicação que os seus colaboradores têm para com os clientes, para, por um lado, aumentar a qualidade do serviço, e por outro lado, proporcionar a fidelidade do cliente.

Os clientes estão mais atentos do que nunca, muitas vezes armados com uma quantidade sempre crescente de informação médica; fazem perguntas detalhadas, têm níveis de expectativas sofisticados, e muitas vezes o desejo de gerir a própria saúde, o que conduz a que os clientes seleccionem os seus prestadores de serviços. Recolhem e lêem todas as informações disponíveis, procuram as opiniões dos outros, e fazem uma escolha baseada na qualidade, acessibilidade do preço e num histórico (Gemme, 1997). Lukosius et al (2010) mencionam que se os clientes estiverem satisfeitos com os serviços oferecidos pela IS, irão recomendá-la a outras pessoas, pois os clientes preferem ir para uma instituição que conhecem de forma a minimizar os riscos e a perceber uma sensação de confiança. Há que ressaltar que os clientes fiéis são a única constante na rápida e actual mutação do ambiente de cuidados de saúde. Se as IS querem ser as preferidas pelos clientes, estas devem ser cuidadosas em dar confiança ao cliente, propiciando que os colaboradores sejam amáveis e prestativos em relação aos clientes e simplificando as formas de pagamento. Estes autores expõem alguns factores com grande impacto na fidelidade, que fornecem e/ou aumentam a fidelidade dos clientes às IS:

- Elevada qualificação dos serviços e prestação de um serviço de excelência;
- Encontrar soluções céleres para os problemas com que se deparam os clientes;
- Fazer com que os clientes sintam que não estão com eles apenas na doença;

- Memória de dias especiais, como aniversário, casamento, etc, e permitir privilégios específicos para cada pessoa;
- Promover a sua satisfação com o hospital;
- Aumentar a qualidade do serviço, da comunicação dos colaboradores com os clientes, tratando-os, por exemplo, pelo nome;
- Melhorar a imagem da IS;
- Proporcionar sentimentos de confiança para com a IS;

Anbori, Ghani, Yadav, Daher & Su (2010) indicam um relacionamento positivo entre a qualidade do serviço e a satisfação dos clientes com os cuidados hospitalares e uma vontade de voltar ao hospital, ou mesmo a recomendá-lo aos familiares ou amigos. Neste estudo os autores mostram a confiança, a garantia, a empatia e o custo como as chaves para a potencial fidelidade dos clientes em hospitais privados. Devido à ênfase cada vez mais forte na contenção de custos, a mudança de atitudes dos clientes e concorrência acirrada, muitos dos hospitais vão posicionar-se como prestadores de cuidados de saúde de alta qualidade. Nos serviços de saúde, um nível mínimo de qualidade funcional é necessária para alcançar o primeiro passo da satisfação. Uma vez que esta qualidade funcional e a satisfação resultante estão no lugar, um maior nível de qualidade técnica irá fazer a sua magia para conquistar a fidelidade do cliente (Mittal & Lassar, 1998).

Neste sector, se a prestação de serviços for negligente, os clientes estarão ainda mais insatisfeitos do que se o problema médico for mal resolvido. Isto acontece porque, as condições médicas geralmente levam tempo para melhorar enquanto que a experiência interpessoal é imediata e directa - os clientes são tratados pelos funcionários da admissão e por pessoal não médicos antes mesmo de ver o médico. Além disso, no seu sofrimento, os clientes estão procurando algum cuidado e conforto no momento, em vez de um alívio imediato da dor física. Em segundo lugar, já que os clientes não têm os conhecimentos necessários para julgar a qualidade técnica dos serviços médicos, podem

atribuir um fracasso do tratamento à sua própria condição e não à competência da pessoa que cuida e controla. Na verdade, os julgamentos de qualidade técnica por si só podem ser conduzidos pela sua experiência com a qualidade funcional, por exemplo, se o médico é simpático, ele também pode ser encarado como sendo qualificado. Assim, a qualidade funcional (as maneiras e a receptividade do pessoal) torna-se na fonte imediata e visível de satisfação com o fornecedor de serviços (Mittal & Lassar, 1998).

Anbori et al (2010) mostram a importância da componente interpessoal da qualidade do serviço na satisfação do cliente do serviço de saúde respectivo. A empatia e segurança, que representam a comunicação interpessoal têm uma forte influência sobre a vontade do paciente para voltar para o hospital, demonstrando que a componente interpessoal da qualidade do serviço não deve ser ignorado na melhoria da qualidade. Referem ainda que melhor qualidade do serviço leva a uma melhor satisfação do paciente e, eventualmente, pacientes fiéis que estão dispostos a voltar ou a recomendar a instituição a outros clientes. Referem que efectivamente a satisfação do cliente é a maneira eficaz para alcançar a sua fidelidade. Os administradores e prestadores de serviços de saúde do sector privado devem-se preocupar em saber que aspectos da qualidade de serviço são os mais importantes para os seus clientes e devem possuir mecanismos para priorizar e assegurar que estes estão no lugar, facilitando a satisfação do cliente e a vontade de voltar a usar o recurso.

2.3. Modelo Conceptual e Hipóteses de Pesquisa

A aplicação de estratégias para manter os clientes após adquiri-los e desenvolver relacionamentos de longo prazo só poderá acontecer após o desenvolvimento de um relacionamento entre o prestador de serviços e o cliente, de forma a que a fidelidade se torne uma necessidade e o cliente se torne dependente dessa instituição (Lukosius et al, 2010). Na persecução deste objectivo existem diversas variáveis que a literatura considera como exercendo influência na fidelidade dos clientes. Neste estudo abordaremos aquelas que estão mais consolidadas na literatura e que foram merecendo um maior destaque por parte dos investigadores e estudiosos nesta área e que posteriormente irão dar lugar ao desenvolvimento de um modelo conceptual que iremos

testar com o nosso estudo. As variáveis a serem estudadas são, dentro do MR, a confiança e o compromisso e como antecedentes da fidelização, a qualidade e a satisfação.

2.3.1. As dimensões do Marketing de Relacionamento no modelo conceptual

As dimensões do MR, como vimos anteriormente são a confiança e o compromisso, sendo que segundo Campbell, Nicholson & Kitchen (2006) a confiança conduz a um maior senso de compromisso entre os parceiros de troca e consequentemente a relações mais fortes. Moliner (2009) chama a atenção para o facto de a confiança ser também um antecedente do compromisso, ou seja, a confiança conduz ao compromisso do cliente com a IS. Morgan & Hunt (1994) consideram a confiança e o compromisso como a chave do MR, sendo que a confiança influencia o compromisso do cliente para com a instituição, mencionam que a comunicação leva à confiança e que esta, por sua vez conduz ao compromisso. Estes autores consideram que o compromisso por si só não é suficiente, é necessário que ambas as partes mantenham uma confiança mútua que acarrete uma redução da incerteza das actividades que realizam, não colocando em dúvida, em nenhum momento, a veracidade, honestidade e clareza das acções que efectua cada parte. Portanto o binómio compromisso-confiança é um elemento central de actuação no MR, sendo a sua presença considerada básica para a cooperação empresarial e desejo de prolongar a relação.

2.3.1.1. A Confiança

Hart & Johnson (1999) referem que uma empresa tem de ir mais além do bom serviço ou valor aceitável de modo a criar fidelidade. A empresa deve servir os clientes de maneira a que estes percebam que esta é sempre digna de confiança em todos os aspectos. A confiança dos clientes na instituição nunca deve ser traída por um serviço negativo ou medíocre, informação errada, incompleta ou falta dela. A confiança implica

que as boas intenções da instituição não são questionadas pelo cliente, de que as promessas feitas não geram incertezas e que a comunicação entre eles é honesta, aberta e frequente (Czepiel, 1990). A confiança nos serviços é construída quando os clientes continuamente apresentam elevados níveis de qualidade do processo e resultado. Parece natural que a confiança aumente a satisfação, uma vez que confiar num prestador de serviços significa que os clientes acreditam que vão receber o serviço prometido e experimentar um nível reduzido de risco, sendo a confiança o mais forte preditor da satisfação do cliente (Gummerus et al, 2004).

Kramer (1999) refere que a confiança ajuda a reduzir os custos de transacção na procura de informação sobre preços e alternativas disponíveis no mercado, de inspecção e medição de objectos trocados, de comunicação entre as partes e de conselhos legais. As empresas devem demonstrar a sua confiança através da abertura das linhas de comunicação e da garantia do serviço. O aumento do contacto pessoal entre o cliente e a empresa permitindo uma comunicação regular, aberta e bidireccional, que transmita o interesse da empresa no bem-estar dos clientes conduz à confiança e esta por sua vez conduz ao compromisso do relacionamento (Berry, 1995). A confiança num prestador de serviços é a chave para a fidelização, segundo Dick & Basu (1994), e relembrar os clientes de experiências passadas tal como de potenciais custos de mudança podem ser críticos na construção e manutenção da fidelidade. A confiança refere-se a um vínculo emocional e a um sentido de pertença e tem sido visto como um pré-requisito para a fidelidade do cliente (Lewis & Soureli, 2006).

A base para manter uma relação é o cumprimento das promessas, pelo que, se uma promessa não se cumpre perde-se a confiança e o cliente não repetirá a compra ou consumo do serviço (Gronroos, 2007). Trata-se, portanto, de manter as promessas realizadas aos clientes, o que permitirá cumprir as expectativas geradas por estes, estabelecendo a confiança numa relação (Berry, 1995). Levando em consideração estas relações, surge a nossa primeira hipótese:

Hipótese 1a (H1a): A confiança está positivamente relacionada com a fidelização.

2.3.1.2. O Compromisso

Marques & Coelho (2004) referem que tem sido dada atenção ao compromisso como resultado da continuidade da relação e que deste modo a rotação de clientes pode diminuir e os parceiros ficam mais inclinados a trabalhar em conjunto e a alcançar objectivos mútuos. Assim uma relação de longo prazo pode ter como consequência a cooperação e a redução do oportunismo. Num relacionamento onde existe compromisso as relações tendem a ser mais fortes e a persistir por um longo período de tempo. Uncles, Dowling & Hammond (2003) referem que deve existir um compromisso atitudinal forte para com a marca para existir verdadeira fidelidade. Também Campbell, et al (2006) relatam que o compromisso é um determinante chave na retenção e fidelização dos clientes. Neste contexto surge a nossa próxima hipótese:

Hipótese 1b (H1b): O compromisso está positivamente relacionado com a fidelização.

2.3.2. Antecedentes da Fidelização

Vários autores consultados apresentam diversos antecedentes da fidelização. Neste estudo iremos abordar os dois antecedentes que mais conduziram a reflexões e investigações por parte dos investigadores e que apresentam um maior consenso sobre a sua influência na fidelidade dos clientes: a satisfação e a qualidade.

2.3.2.1. Satisfação do Cliente

Um cliente satisfeito está convencido de que a aquisição de determinado serviço foi um bom negócio, o que facilita a hipótese de uma relação de continuidade entre o cliente e a empresa. Esta fidelização leva à obtenção de uma posição competitiva no mercado e a possibilidade de um lucro superior. A satisfação do cliente é definida como a avaliação total da performance baseada em todas as experiências (positivas e negativas) anteriores com a empresa (Jones, Mothersbaugh & Beatty, 2000).

O conceito de satisfação é constituído por dois componentes: (i) estrutural, que se refere às prestações tangíveis, possíveis de medir e (ii) emocional, que diz respeito à personalidade da empresa. A componente emocional da satisfação dos clientes está relacionada com a subtracção das expectativas às percepções. Se o resultado for positivo pode considerar-se um determinado nível de satisfação, caso contrário, um nível de frustração. Uma percepção não é mais do que um juízo de valor baseado nos sentidos, muito influenciado pelo conteúdo emocional (Huete, 1998).

A satisfação do cliente com um produto ou serviço foi identificada como uma variável chave para a fidelização do cliente e para o lucro de uma empresa, devido ao facto de que os clientes satisfeitos possuem uma reduzida sensibilidade ao preço, possibilitam o crescimento da base de dados de clientes através da publicidade boca a boca, possuem uma maior probabilidade de repetição de compra e tendem a usar mais o serviço do que os insatisfeitos. Por outro lado, clientes muito insatisfeitos vão transmitir publicidade negativa e tornam-se terroristas, reforçando negativamente as experiências não totalmente insatisfatórias de outro cliente e afastam novos potenciais clientes (Hart & Johnson, 1999).

Engel, Blackwell & Miniard (1995) referem que a fidelização de clientes deve ser baseada na satisfação verdadeira e permanente, constituindo um dos maiores activos que a empresa pode adquirir. Jones & Sasser (1995) explicam que os clientes verdadeiramente fiéis são aqueles que estão totalmente satisfeitos num mercado altamente competitivo. Segundo estes autores, os clientes, em função dos atributos comportamentais únicos, da intensidade e da habilidade para agir perante a satisfação ou insatisfação tornam-se num dos quatro tipos básicos de clientes:

- 1- Desertores ou Terroristas: são os clientes que estão insatisfeitos, muito insatisfeitos ou neutrais relativamente a uma dada instituição. Huete (1998) refere que estes clientes reclamam, fazem má publicidade e podem, eventualmente, ter um valor económico negativo;
- 2- Reféns: são os clientes que tiveram más experiências com a instituição e são forçados a aceitá-las, porque estão retidos e incapazes de mudar de fornecedor.

- 3- Mercenários: são os tipos de clientes que podem estar satisfeitos, mas revelam um comportamento de baixa fidelização. Normalmente, procuram preços baixos, compras por impulso ou tendência de moda. Para além disso, são clientes que exigem à instituição muito esforço para agradá-los e não mantêm relações de longo prazo suficientemente extensas para se tornarem lucrativos.
- 4- Os Fieis ou Apóstolos: são os clientes que estão altamente satisfeitos e que já poderão ter sofrido alguma decepção no serviço ou no produto. Estes clientes, após terem sido devidamente compensados, tornaram-se mais convictos acerca da instituição e assumem uma atitude de bom passa a palavra em relação a potenciais clientes. Huete (1998) refere que estes clientes repetem a compra, trazem conhecidos, dão sugestões, prestam informação acerca da concorrência, e são, normalmente, os clientes mais rentáveis.

A satisfação pode ser atribuída a várias dimensões, tais como a satisfação com o pessoal, o serviço “core”, com a organização em geral, com o preço e a localização (Lewis & Soureli, 2006). Actualmente muitas empresas medem, regularmente, através de inquéritos os níveis de satisfação do cliente, pois crêem que o aumento da satisfação do cliente vai aumentar a fidelidade e o crescimento futuro, conduzindo a uma maior rentabilidade e valor accionista. Lukosius et al (2010) explicam que a fidelidade dos clientes tem sido afectada positivamente tendo em consideração o facto das instituições se centrarem na satisfação das suas necessidades ao invés de gerar lucros e de ser lembrado pela instituição em dias especiais, como por exemplo o aniversário ou o aniversário de casamento. A satisfação pode ser expressa através do boca a boca positivo, dos elogios ao prestador do serviço e através da fidelidade à marca, à loja ou ao comerciante.

Alguns benefícios podem ser retirados do trabalho de Fornell (1992), que indicou que menor elasticidade nos preços, menores custos nas transacções futuras, menores custos para atrair novos clientes e melhor reputação da empresa como resultado do elevado grau de satisfação dos clientes. Sheth & Parvatiyar (1995) referem que quanto maior a satisfação do cliente com a compra ou experiências de consumo menor a probabilidade de procura de informações externas no futuro em circunstâncias semelhantes.

Doyle (2000) relata que existem pesquisas que sugerem que a ligação entre a satisfação e fidelização dos clientes não é tão linear, porque a fidelidade é medida através do comportamento de compra repetido ou a intenção de repetir a compra. Normalmente estas pesquisas são medidas por escalas, nas quais os extremos ou estão muito satisfeitos ou muito insatisfeitos, enquanto que há aqueles que se situam no meio, na zona de indiferença, mas que podem continuar a comprar na empresa, daí a relação muitas vezes parecer não linear. Shoemaker & Lewis (1999) na mesma linha de pensamento, chamam a atenção para o facto de que a satisfação é necessária mas não uma condição suficiente para conduzir à fidelização, pois podemos estar satisfeitos sem sermos fiéis, mas não podemos ser fiéis sem estarmos satisfeitos. Acrescentam ainda que os clientes insatisfeitos podem continuar a utilizar determinados serviços porque não têm expectativas de encontrar melhores alternativas na concorrência e que clientes satisfeitos podem utilizar serviços da concorrência esperando receber ainda resultados mais satisfatórios. Oliver (1999) conclui que a satisfação e fidelização estão correlacionadas assimetricamente, enquanto a insatisfação garante a mudança, a satisfação não garante a fidelização.

Doyle (2000) refere ainda que a forma mais directa de aumentar a fidelização do cliente é aumentar a satisfação deste com a qualidade da experiência do serviço. Kasper et al (2006) determinam que a satisfação é uma condição necessária, mas insuficiente para fornecer uma explicação completa da razão porque alguns compradores são fiéis à marca, no entanto existem outros factores importantes que determinam a satisfação e a continuidade do vínculo entre o cliente e o prestador de serviço. Neste contexto surge a nossa a segunda hipótese:

Hipótese 2 (H2): A satisfação está positivamente relacionada com a fidelização.

2.3.2.2. Qualidade do Serviço

A qualidade do serviço tem-se tornado um importante tópico de pesquisas. Butle (2001) justifica tal facto pela sua relação com os custos, com o lucro, com a satisfação e

fidelização dos clientes e com os comentários boca a boca positivos. A qualidade do serviço é largamente entendida como um motor de marketing corporativo e performance financeiro.

Berry (2000) refere que um dos aspectos mais importantes do marketing de serviços, é a excelência na qualidade do processo de serviço, que passa pela percepção que o cliente desenvolve ao longo desse processo, tendo o objectivo de melhorar a qualidade para atingir a meta de conquistar a fidelização dos clientes. Reichheld & Sasser (1990) reiteram que a qualidade de serviço pode, portanto, ser usada como arma de diferenciação estratégica para construir uma vantagem diferencial difícil de copiar, mantendo os clientes que a empresa pode servir lucrativamente

Segundo Kotler & Armstrong (2000) um bom programa de qualidade de serviços/produtos é um factor crucial para a conquista da fidelidade dos clientes, sendo uma das principais formas de uma instituição se diferenciar no mercado. Qualidade do serviço é o resultado da comparação que os clientes fazem entre as expectativas que têm acerca de um serviço e a percepção da forma como esse serviço foi efectuado (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994).

A qualidade percebida do serviço pelo cliente será o resultado do seu processo de avaliação, ao comparar o processo de serviço e seu resultado contra as expectativas resultantes de experiências anteriores ou de outros factores, nomeadamente a comunicação e informações da empresa fornecedora do serviço (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Há que separar os conceitos de qualidade esperada e qualidade percebida. A primeira é função de um conjunto de factores, como comunicação de marketing, o passa a palavra, imagem corporativa, necessidades dos clientes e experiências passadas. Assim, o serviço esperado é constituído por todos os elementos que o consumidor espera e deseja encontrar e as expectativas/percepções reflectem as esperanças e os desejos deste (Antunes & Rita, 2008).

Lewis & Soureli (2006) definiram a qualidade do serviço como uma função da capacidade de executar o serviço prometido de forma confiável e precisa, a vontade de ajudar os clientes e oferecer um serviço rápido, o conhecimento e cortesia dos funcionários e a sua capacidade para inspirar confiança, a atenção individualizada que a

empresa fornece aos seus clientes e as instalações físicas, equipamentos, aparência do pessoal, rapidez de entrega, eficiência, simpatia, facilidade de contacto e comunicação frequente. Pelas suas características específicas, nomeadamente a sua intangibilidade e o facto de o consumo coincidir com a produção, será bem mais difícil medir a qualidade do serviço do que do produto tangível. Como tal, a qualidade na prestação do serviço é um dos aspectos mais importantes do desempenho de marketing no contexto em que estamos a trabalhar, o do serviço, na medida em que tal poderá desenvolver o relacionamento, aumentar a satisfação e conquistar a fidelização do cliente (Berry, 2000).

Gronroos (1990) propôs a divisão da qualidade percebida do serviço em duas dimensões: a qualidade técnica e a qualidade funcional. A qualidade técnica consiste no que é entregue, como por exemplo a qualidade efectiva de diagnóstico e procedimentos médicos nas IS e depende do bom equipamento, do bom sistema de informação, das instalações físicas esteticamente agradáveis e de pessoal do serviço tecnicamente competente. A qualidade funcional diz respeito à forma como o serviço é entregue, por exemplo o carinho e maneiras do pessoal do serviço, mostrando uma cultura orientada para o cliente, sendo a que exerce maior influência nos serviços de alto contacto, como é exemplo o sector da saúde.

O conceito de qualidade é difícil de definir e de avaliar. Parasuraman et al (1988) identificaram 10 critérios (fiabilidade, nível de atendimento, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, conhecimento/compreensão do cliente e elementos tangíveis) utilizados por consumidores para avaliar a qualidade do serviço. Em pesquisas posteriores eles constataram um alto grau de correlação entre diversas dessas variáveis e, portanto, as consolidaram em cinco dimensões gerais:

1. Tangibilidade: refere-se à aparência de qualquer evidência física do serviço, ou seja, das instalações físicas, dos equipamentos, dos funcionários e dos materiais de comunicação;
2. Confiabilidade: diz respeito à capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável, com exactidão e consistência;

3. Resposta: traduz a disposição de prestar o serviço prontamente e auxiliar os clientes. Depende da motivação do funcionário para prestar o serviço e da disponibilidade e prontidão da instituição para oferecer o serviço;
4. Garantia: Reflete o conhecimento (competência) e cortesia dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança, segurança e credibilidade;
5. Empatia: é a forma de experimentar sentimentos de terceiros como se fossem os da própria pessoa, é o colocar-se no lugar do outro. Refere-se ao fornecimento de atenção individualizada aos clientes, facilidade de contacto (acesso) e comunicação. Só empresas que se coloquem no lugar dos clientes conseguirão perceber as suas necessidades e adaptar os seus serviços aos mesmos.

Para medir a satisfação do cliente com relação a diferentes aspectos da qualidade do serviço, estes autores desenvolveram um instrumento de pesquisa denominado SERVQUAL, que se baseia na premissa de que os clientes podem avaliar a qualidade do serviço de uma empresa comparando as suas percepções desse serviço com as suas próprias expectativas. O instrumento SERVQUAL pressupõe que a implementação de qualquer estratégia que vise a melhoria e desenvolvimento dos serviços deve ser precedida de uma pesquisa para conhecimento dos atributos que geram valor aos olhos dos clientes (Parasuraman et al, 1988). Estes atributos devem, portanto, nortear o desenvolvimento dos produtos, serviços e processos, procurando eliminar a lacuna existente entre a percepção do cliente sobre os serviços prestados e a percepção da empresa de como os serviços são prestados.

Muitos autores têm-se debatido sobre se a qualidade do serviço deve ser medida como a diferença entre as percepções e as expectativas do cliente ou simplesmente pelas percepções deste. Apesar disto, continua a não existir um consenso, existe antes uma concordância que esta decisão, sobre a utilização das expectativas e percepções, ou simplesmente das percepções do cliente, deverá ser orientada em função dos objectivos do estudo. Zeithaml, Berry & Parasuraman (1996) referem que a utilização apenas das percepções é apropriada quando o propósito da medição da qualidade do serviço é explicar a influência sobre algumas variáveis dependentes. Cronin & Taylor (1992) no seu estudo sobre a qualidade do serviço utilizando o SERVQUAL sugerem que a utilização isolada das percepções dos clientes constituiu um indicador preferível da

qualidade do serviço. No nosso estudo utilizaremos apenas as percepções dos clientes utilizando os mesmos itens de avaliação da escala SERVQUAL.

Mais tarde, Lim & Tang (2000), em seu estudo no sector da saúde, efectuaram algumas modificações e adaptações ao SERVQUAL de forma a adaptar as questões para que se tornem mais relevantes para as IS. Estes autores decidiram acrescentar três itens à escala original, aos quais fizeram corresponder a dimensão de acessibilidade que inclui os itens relacionados com a existência de parques de estacionamento adequados, a acessibilidade do local e a coerência de preços com os serviços prestados.

Andori et al (2010) chama a atenção para o facto de que uma melhor qualidade do serviço conduz a uma maior satisfação do cliente e, eventualmente, a clientes fiéis que estão dispostos a voltar ou recomendar a instituição a outros clientes. Lewis & Soureli (2006) concordam com esta ideia, afirmando que de facto a qualidade do serviço está positivamente relacionada com a satisfação, conduzindo-nos assim a nossa terceira hipótese:

Hipótese 3 (H3): A qualidade do serviço está positivamente relacionada com a satisfação.

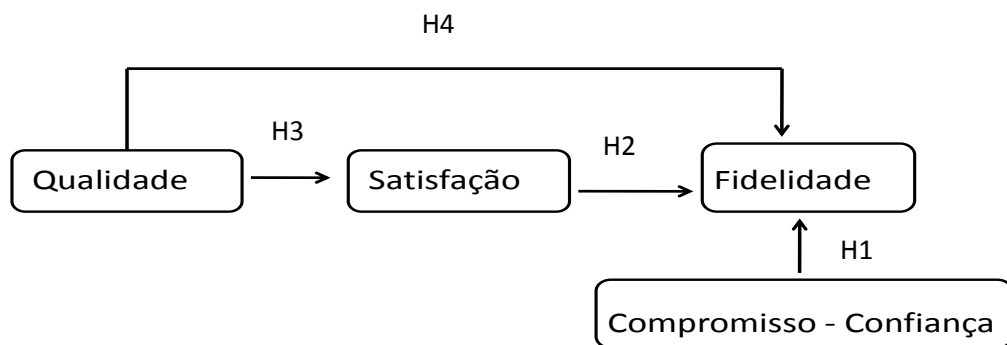
Para Bolton & Drew (1991) a qualidade do serviço é um dos determinantes mais importantes do valor que, por sua vez, está positivamente relacionada com a fidelidade do cliente. Zeithaml et al (1996) descobriram que existem um forte laço entre a qualidade do serviço e as intenções comportamentais, tais como o marketing boca a boca positivo e a recomendação da instituição, que constituem passos da fidelização. Nesta linha de pensamento Anburi et al (2010) referem que existe um relacionamento positivo entre a qualidade do serviço e uma vontade de voltar à instituição, ou mesmo de recomendá-la aos familiares e amigos. Lukosius et al (2010) refere que a qualidade do serviço está entre um dos mais importantes factores influenciadores da fidelidade dos clientes às instituições e que se os clientes estão satisfeitos com os serviços oferecidos recomendam a instituição a outras pessoas. Como síntese, Bloemer, de Ruyter &

Wetzels (1999) referem que a qualidade do serviço foi identificada como uma das chaves orientadoras da fidelização, delineando assim a nossa quarta hipótese:

Hipótese 4 (H4): A qualidade está positivamente relacionada com a fidelização.

De acordo com o quadro teórico apresentado e com a elaboração das nossas hipóteses surge o seguinte modelo conceptual proposto que pretendemos validar com o nosso estudo (figura 2). De um modo geral, o que se pretende com este modelo é analisar quais são os factores que poderão influenciar a predisposição dos clientes para o relacionamento e, como consequência, o seu impacto na fidelidade dos clientes.

Figura 2.2. Modelo conceptual



Fonte: Construção própria

3. METODOLOGIA

A metodologia consiste num conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica presentes numa secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação (Fortin, 2003). Neste capítulo pretende-se apresentar o tipo de investigação escolhida, a estratégia seleccionada, as técnicas de recolha e análise de dados utilizadas, e justificar as opções efectuadas. A metodologia de investigação utilizada foi definida tendo por base os objectivos do estudo. Inicia-se com a apresentação do tipo de estudo, método e instrumento de recolha de dados, questão orientadora, população e amostra, as variáveis, os procedimentos efectuados para a aplicação do questionário, o tratamento de dados utilizado e faz-se também uma breve referência a alguns aspectos éticos que devem ser tidos em consideração.

3.1. Tipo de Estudo

O presente estudo ambiciona compreender quais os factores que afectam a fidelização dos clientes às IS. Para tal proponho efectuar um estudo descritivo simples e transversal, baseado num método de investigação de natureza quantitativa. Neste âmbito e como pretendo estudar a influência que o MR tem no processo de fidelização dos clientes às IS, surge a minha questão de investigação:

- *Quais os factores que afectam a fidelização dos clientes a uma instituição de saúde?*

A investigação é descritiva, uma vez que se pretende avaliar o papel do MR e da fidelização dos clientes às IS, porque é importante conhecer os factores que conduzem à fidelização dos clientes para melhorar o conhecimento e o relacionamento com estes. Segundo Carmo & Ferreira (1998), a investigação descritiva implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação, inclui a recolha de dados para testar hipóteses ou responder às questões de investigação. Freixo (2009)

acrescenta que este método assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de factores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular e que este tipo de estudo tem como principal finalidade fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento. Trata-se de um estudo descritivo porque irá expor características de determinada população, no caso os clientes de IS da Região do Minho. É também um estudo transversal porque consiste em examinar um fenómeno presente num determinado momento do tempo (Fortin, 2003).

Fortin (2003) menciona que um estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população ou da sua amostra. O estudo necessita da descrição do fenómeno em estudo, da especificação dos conceitos decorrentes do fenómeno e da elaboração de um quadro conceptual que, além de definir a perspectiva de estudo, serve de ligação entre os conceitos e a sua descrição. A descrição dos conceitos ou variáveis conduz a uma interpretação da significação teórica dos resultados do estudo e à descoberta das relações entre os conceitos, o que é, de facto, uma etapa preparatória da elaboração de hipóteses. A descrição completa de um fenómeno específico de uma população é importante para o desenvolvimento da teoria e como trampolim para a formulação de hipóteses. De forma a responder à questão de investigação, a opção por um estudo descritivo simples, permite estudar, compreender e explicar os factores que afectam a fidelização dos clientes às IS, para que essas mesmas instituições possam utilizar esses dados de forma a melhorarem e aprimorarem o seu relacionamento com os clientes, promovendo a fidelização destes.

Utilizamos uma abordagem quantitativa recorrendo à aplicação de um questionário a clientes de IS. O método de investigação quantitativo constitui um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo complexo que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. O investigador adopta um processo ordenado que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados. A objectividade, a predição, o

controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. Tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Freixo, 2009).

Carmo & Ferreira (1998) narram que os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos e testar teorias, sendo que com este trabalho pretendemos encontrar relações entre as diferentes variáveis do modelo conceptual para posteriormente descrever essas relações recorrendo ao tratamento estatístico dos dados. De forma a operacionalizar o estudo dentro dos timings pré-definidos e face aos dados que pretendemos explorar consideramos a utilização de um método quantitativo o mais adequado, pois permite adquirir um maior número de resultados num curto período de tempo, comparativamente a outros métodos. Optamos por este tipo de método, não por pretender explorar esses factores relativamente a uma instituição, mas sim por pretender abarcar o maior número de clientes possíveis, permitindo assim criar um perfil e um estudo mais abrangente relativamente à população em estudo. Pretende-se descrever esses mesmos factores, de forma a verificar ou rejeitar as hipóteses formuladas através de uma medição rigorosa e controlada.

3.2. População e Amostra

Uma vez definido o tipo de estudo e na continuidade do planeamento da nossa pesquisa, a selecção da população e da amostra do estudo é de enorme importância, pois vai influenciar os resultados obtidos nas fases seguintes do processo de investigação. Para a realização de um estudo de investigação é fundamental seleccionar a população e a amostra que se pretende estudar. A população ou universo compreende todos os elementos estabelecidos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 2003). Também para Ribeiro (1999) uma população corresponde a um conjunto de pessoas ou objectos acerca dos quais se pretende produzir conclusões. Como tal, a população ou universo deste estudo serão os clientes de IS da Região do Minho. De forma a conseguir operacionalizar o estudo

dentro dos *timings* pré-definidos irei focalizar a minha amostra em clientes que estejam a frequentar IS num determinado período de tempo, ou seja, no período de aplicação do instrumento de recolha de dados deste estudo.

Para Ribeiro (1999) uma amostra é um subgrupo da população (ou universo) seleccionado para obter informações relativas às características da população ou universo. Para a selecção dos elementos que constituem a amostra recorri ao método de amostragem não probabilístico por conveniência. Este método apresenta como vantagem o facto de ser mais rápido e fácil, e menos dispendioso. Contudo, os seus resultados e conclusões aplicam-se apenas à amostra, não podendo ser extrapolados para o Universo. A sua justificação prende-se com a falta de garantia de que os resultados da amostra sejam representativos para o Universo (Carmo & Ferreira, 1998).

Segundo Carmo & Ferreira (1998), amostras não probabilísticas podem ser seleccionadas tendo como base critérios de escolha intencional, sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra. A amostra por conveniência também denominada de acidental ou por acessibilidade é formada por elementos que o investigador reuniu porque dispunha deles (Dias, 2010). Escolhemos a amostra não probabilística por conveniência por nos ser mais oportuno, na medida em que os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 2003). A nossa amostra foi constituída por 148 clientes, que cumpriam os seguintes requisitos:

- Critérios de inclusão: clientes de IS, com idade igual ou superior a 18 anos, que saibam ler e escrever e tenham frequentado pelo menos uma vez nos últimos doze meses a IS.
- Critérios de exclusão: todos os clientes que não cumpram os critérios anteriormente descritos.

Dada a natureza dos dados e o tipo de estudo, procuramos que a amostra escolhida fosse de encontro aos objectivos do nosso estudo e que fosse a mais representativa possível da população alvo estabelecida. Temos consciência que o nosso

corpus de análise beneficiária se fossem ouvidos tantos elementos quantos os necessários para atingir a saturação dos dados.

3.3. Instrumento de Recolha de Dados

Segundo Fortin (2003), um instrumento de colheita de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permitem recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação. De acordo com o objectivo do estudo, as características da amostra e objectivamente a questão de investigação, seleccionamos o questionário como instrumento de colheita de dados, pois consideramos ser o mais adequado aos objectivos a que nos propomos. Esta escolha vem de encontro aos objectivos do nosso estudo, pois o que pretendemos é saber quais os factores que afectam a fidelização dos clientes às IS, para que futuramente as instituições possam apostar nesses factores de forma a aumentar o seu número de clientes fieis. Visto isto, o que nos interessa fundamentalmente são os resultados estatísticos, o que nos conduziu à escolha do questionário como nosso instrumento de colheita de dados.

O questionário é um método de colheita de dados, que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos e que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajudando a organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa, permitindo um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 2003). Apresenta diversas vantagens, como o facto de ser menos dispendioso, dá-nos a possibilidade de utilizar um grande número de sujeitos, permite-nos obter mais informação num conjunto populacional, assegurar a fidelidade e facilita as comparações, dada a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica de questões e o uso das mesmas directrizes para todos, e são mais seguros devido ao anonimato, conduzindo a que os indivíduos expressem livremente as suas opiniões mais pessoais (Fortin, 2003).

Consideramos mais pertinente optar por um questionário onde utilizássemos questões fechadas ou de escolha fixa, pois fornecem ao sujeito uma série de respostas

entre as quais ele faz a sua escolha. Estas questões têm como vantagem o facto de requererem pouco tempo para responder, de serem fáceis de codificar, de fornecerem uma uniformidade das medidas, com uma grande fidelidade nos estudos e permitem, também, a utilização de uma variedade de análises estatísticas (Fortin, 2003). Os questionários devem ser concebidos para serem facilmente administrados e percebidos pelos inquiridos. Devem escolher-se cuidadosamente as perguntas, o seu formato, a linguagem e a sequência utilizadas. Isto é, deve apresentar uma linguagem simples, directa e imparcial, seguindo sempre uma ordem lógica (Carmo & Ferreira, 1998). O questionário foi elaborado tendo por base os objectivos do estudo e a pesquisa bibliográfica (ver anexo I).

O ponto de partida para a construção do questionário obriga a recuar ao momento da revisão da literatura, pois, na sua preparação, foram tidas em consideração algumas escalas aí encontradas. Uma vez concluída a revisão crítica dos principais desenvolvimentos teóricos, conceptuais e empíricos das áreas temáticas em estudo, e definido o modelo em análise, foram tomadas as decisões essenciais para o trabalho empírico posteriormente desenvolvido. Preparadas as bases de trabalho, tem início o moroso percurso trilhado com o objectivo de construir um instrumento de recolha de dados adequado à medição das variáveis consideradas pertinentes para a temática em estudo.

3.3.1. Pré - teste

Subjacente a todo o processo de recolha de dados existiu a preocupação de recolher os dados de forma a garantir, por um lado, a minimização de qualquer tipo de enviesamentos e, por outro, a qualidade dos dados recolhidos. Teve-se sempre presente que da validade destes dependia a qualidade da própria investigação. Para assegurar estas questões e atendendo ao método seleccionado, realizou-se um pré-teste ao questionário, com o objectivo de averiguar a coerência interna do documento antes deste ser distribuído. Segundo Fortin (2003) o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Este autor refere ainda

que o pré-teste tem como objectivo identificar as dificuldades e ajustar, se necessário, o instrumento de recolha de dados com vista a aumentar a precisão e clareza das questões. O pré-teste foi aplicado a 10 pessoas escolhidas por conveniência, às quais se solicitou que avaliassem factores como o tempo necessário para a conclusão do questionário, a clareza das questões, as dificuldades de resposta às mesmas e a atractividade do mesmo. Há que salientar que após essas 10 pessoas terem efectuado o pré-teste as alterações efectuadas foram marginais, originando apenas algumas correcções relacionadas com a semântica e com o próprio design do documento.

3.3.2. Instrumento de Recolha de Dados: Medidas Utilizadas

O questionário é composto por duas secções antecidas por uma brevíssima explicação do que se pretende com a adesão ao questionário. Na primeira secção as questões referem-se aos serviços e cuidados de saúde, enquanto que na segunda secção pretende-se traçar um perfil sócio-demográfico dos respondentes, porque é sempre útil conhecer a nossa amostra para melhor compreender o estudo e explicarmos eventuais diferenças nos resultados que possam haver relativamente a outros estudos já feitos.

Para elaboração do questionário e operacionalização das variáveis baseámo-nos na literatura e em escalas anteriormente validadas. Para a questão 2 (fidelização do cliente) baseamo-nos na escala de Zeithaml et al (1996) procedendo à sua tradução e adaptação, acrescentado um item da escala desenvolvida por Gremler & Brown (1996) que consideramos pertinente. Para a questão 5 (satisfação) e 7 (confiança/compromisso) baseamo-nos nas escalas desenvolvidas por Lewis & Soureli (2006). Relativamente à questão relacionada com a qualidade utilizamos o questionário SERVQUAL, revisto por Lim & Tang (2000) que acrescentaram uma dimensão à escala.

Quadro 3.1. Operacionalização do questionário

Questão	Constructo	Objectivos	Dimensões/Exemplos de medição	Fonte
1	Frequência de utilização	Observar a frequência de utilização de IS por parte dos clientes, durante o período de um ano.	1 a 3 vezes, 4 a 6 vezes.	
2	Fidelização	Determinar se os clientes são fieis às IS e quais os itens que eles consideram importantes no sentido de demonstrar a sua fidelidade.	Recomendo a IS, Encorajo família e amigos a adquirirem serviços da IS.	Adaptado de Zeithaml et al (1996) e Gremler & Brown (1996)
3	Possibilidade de escolher qualquer instituição de saúde	Identificar a possibilidade do cliente escolher outra instituição na próxima vez que necessitar de cuidados de saúde, ou seja, identificar a possibilidade de mudança do cliente.	Muito improvável, improvável, pouco provável.	
4	Qualidade global do serviço	Determinar a percepção dos clientes relativamente à avaliação da qualidade global do serviço prestado pela instituição.	Muito má, má, parcialmente boa.	
5	Satisfação	Identificar a satisfação do clientes relativamente às IS e quais os itens que estes consideram mais relevantes para determinar a sua satisfação.	Os serviços prestados correspondem as minhas expectativas, satisfazem as minhas expectativas como a IS ideal.	Adaptado de Lewis & Soureli (2006)
6	Qualidade	Identificar quais as dimensões da qualidade é que os clientes consideram como mais importantes nas IS e quais os pontos fortes e fracos das mesmas.	Tangibilidade, confiabilidade, resposta, garantia, empatia e acessibilidade	Adaptado de Lim & Tang (2000)
7	Compromisso	Identificar se os clientes se apresentam comprometidos com a IS e quais os critérios que utilizam para identificar esse compromisso.	Sinto-me emocionalmente ligado à IS; Sinto que tenho um compromisso com a IS; A minha relação com a IS tem um significado pessoal;	Lewis & Soureli (2006)
	Confiança	Identificar se os clientes confiam nas IS e quais os critérios que utilizam para identificar essa confiança.	Sinto que consigo confiar na IS; - Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras com a IS; - Acredito que a IS tem em atenção os meus melhores interesses.	

Quadro 3.1. Operacionalização do questionário (continuação)

Questão	Constructo	Objectivos	Dimensões/Exemplo de medição	Fonte
8, 9, 10, 11, 12 e 13	Dados sócio-demográficos	Caracterizar e determinar o perfil da amostra do estudo e possíveis ligações com os construtos anteriormente apresentados.	Sexo, Idade, Nível de escolaridade concluído, número de pessoas que compõem o agregado familiar, rendimento mensal do agregado familiar e profissão	
14	Localização da IS	Identificar a localização das instituições de saúde e possíveis ligações com os construtos anteriormente apresentados.	Meio rural; Meio urbano	
15	Tipo de instituição	Identificar a tipologia das instituições de saúde e sua relação com a fidelização dos clientes e outros construtos anteriormente identificados	Hospital; Misericórdia; Clínica Privada; Centro de Saúde; Outro	
16	Sou fiel à ISA porque...	Identificar as razões apontadas pelos clientes para permanecerem fiéis à IS. Os clientes poderão exprimir outras razões para se manterem fiéis além dos apresentados. ¹		
17	Nome da IS	Possibilitar a diferenciação das IS. ²		

Fonte: Construção própria

O final do questionário contém uma parte destinada aos comentários, sugestões e questões que os inquiridos considerem pertinente colocar.

¹ Esta questão não foi posteriormente analisada, visto uma parte considerável dos questionários ser omissa em relação a este pedido de informação.

² Esta última questão não foi posteriormente analisada, visto uma parte considerável dos questionários ser omissa em relação a este pedido de informação, talvez por os inquiridos considerarem a possibilidade de parecer intrusiva

3.4. Definição das Variáveis em Estudo

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações a serem estudadas numa investigação. A actividade de uma investigação é empreendida a fim de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como estão associadas aos diferentes valores de outras variáveis. Na essência, as variáveis são características observáveis, elementos ou atributos susceptíveis de tomarem valores distintos num determinado contexto (Fortin, 2003). Para a realização deste estudo, procuramos encontrar variáveis que achamos pertinentes e fundamentais para descrever e caracterizar o fenómeno em estudo.

- **Variável dependente:** para Tuckman (2000) a variável dependente é uma variável de resposta, ou seja, é um aspecto observado do comportamento de um organismo que foi estimulado e serve para determinar o efeito da variável independente. Esta variável não é controlada pelo investigador mas é a que motiva o investigador a realizar o estudo. Assim sendo, as nossas variáveis dependentes são a fidelização e a satisfação. A variável fidelização é a variável dependente central do nosso modelo conceptual enquanto que a variável satisfação também é dependente da variável qualidade, como podemos observar através da análise do nosso modelo conceptual.

- **Variáveis independentes:** as variáveis independentes influenciam ou afectam outra variável. Tuckman (2000) refere que a variável independente é o factor que é medido, manipulado e seleccionado pelo investigador, para determinar a sua relação com um fenómeno observado. É aquela que vai influenciar, determinar ou afectar outra variável. Como variáveis independentes para o nosso estudo definimos: frequência de utilização, probabilidade de voltar a escolher a IS, qualidade global, qualidade, satisfação, confiança/compromisso.

- **Variável atributo:** para Fortin (2003) as variáveis atributo são características dos sujeitos num estudo, sendo geralmente demográficas. No nosso estudo as variáveis atributo coincidem com algumas das variáveis independentes, como é o caso da idade, do sexo, das habilitações literárias, profissão, rendimento, localização e tipo de IS.

3.5. Procedimentos Implementados para a Recolha de Dados

A recolha de dados processou-se no período de 20 de Maio a 20 de Julho e os questionários foram distribuídos pessoalmente. Após a verificação de que os clientes respeitavam as condições de inclusão estabelecidas, foi efectuado um primeiro contacto para uma apresentação pessoal, solicitava-se a participação e explicava-se o objectivo do estudo. Após uma resposta positiva por parte dos participantes procedia-se a aplicação do mesmo.

3.6. Tratamento e Análise de Dados

Tratando-se de um estudo descritivo simples e transversal, utilizando o método quantitativo foi realizado um tratamento estatístico através de uma análise descritiva usando o programa informático SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 19 e a folha de cálculo Microsoft Office Excel 2007, de forma a obter tabelas que facilitem o tratamento, apresentação, análise e interpretação dos dados. Fortin (2003) refere que as estatísticas descritivas permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram recolhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis, servem também para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis.

Os dados reunidos no decorrer da pesquisa não respondem por si só à nossa questão orientadora, nem atingem os objectivos pretendidos. Esses dados necessitam de ser processados e analisados de uma forma estatística, de modo que possam ser detectadas tendências e padrões de relações. Tendo esta pretensão começamos por obter a fiabilidade dos dados em questão. A fiabilidade consiste em avaliar o grau de consistência entre múltiplas medidas de um constructo. Considera-se o total observado igual ao verdadeiro total mais o erro, ou seja, o verdadeiro total consiste na medição real de um determinado atributo que um indivíduo possui e o erro equivale ao ruído aleatório causado por deficiências humanas ou instrumentais, equivalendo desta forma à razão entre a variância verdadeira e a variância total (Pestana & Gageiro, 2005).

Foi efectuada a análise factorial, que consiste num conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para o descrever (Hill & Hill, 2005). Numa pesquisa pressupõe-se que existam factores, que são o elo entre o que existe em comum nas variáveis originais. Sendo assim, tanto as covariâncias como as correlações entre as variáveis observáveis são geradas através de duas relações com os factores, e é esta análise que permite avaliar a validade das variáveis que constituem os factores, para saber se medem ou não os mesmos conceitos (Pestana & Gageiro, 2005). Em seguida, verificou-se a validade das dimensões que são parte integrante das variáveis Fidelização, Satisfação, Qualidade e Compromisso/Confiança. Para o efeito foram utilizadas várias técnicas estatísticas que constituem a análise factorial. O KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), que permite avaliar a adequabilidade da aplicação da análise factorial e o Teste de Esfericidade de Bartlett, que mede a existência de correlações significativas entre os itens. Foi também utilizada a Matriz de Componentes após rotação.

Para obtermos a fiabilidade dos nossos dados empregamos o *Alpha de Cronbach* que se define como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. É uma das medidas mais utilizadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis. A consistência interna das variáveis define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o questionário seja confuso ou conduza a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões (Pestana & Gageiro, 2005).

3.7. Considerações Éticas

No concreto modo de pensar e agir da pessoa, não há actos propriamente indiferentes, visto que tudo o que é humano, tem uma dimensão ética. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e

dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2003). A pesquisa jamais deverá ser utilizada como um meio de satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos cientistas ou de interesses (Fortes, 1998). Este autor defende que a necessidade de realização de pesquisa no âmbito da saúde é inegável, porém o seu desenvolvimento envolve dilemas éticos, pelos possíveis conflitos entre os interesses dos pesquisadores, da sociedade e dos pesquisados. Torna-se assim imperioso o conhecimento das responsabilidades e deveres que o investigador tem para com a sociedade, comunidade científica e participantes da investigação, bem como das regras e leis que regulamentam e controlam o processo de investigação com seres humanos.

Conscientes desta necessidade, procuramos encaminhar o nosso estudo de acordo com determinados direitos, como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2003). O investigador, ao preparar o seu estudo, deve analisar os riscos e benefícios aos quais vai expor os sujeitos. Esta avaliação deve ser feita em conjunto com os sujeitos, para estes decidirem se querem ou não participar no estudo (Fortin, 2003).

Assim, neste estudo procuramos respeitar as normas éticas e legais estabelecidas, daí a solicitação prévia do consentimento por parte dos participantes. O consentimento por parte dos sujeitos deve ser obtido de forma livre e esclarecida. Livre, pois deve ser dado sem qualquer tipo de ameaça, promessa ou pressão e com a pessoa em plena posse das suas capacidades mentais. Esclarecido, pois previamente deve ser dada aos sujeitos toda a informação acerca da sua participação, do conteúdo e da natureza do estudo (Fortin, 2003). A par da informação sobre os objectivos gerais do estudo, benefícios da sua realização, processo de selecção de participantes e métodos envolvidos, foi-lhes assegurada a confidencialidade das informações cedidas, a privacidade e o anonimato. Considera-se que foi adoptada uma atitude concordante com os pressupostos éticos, morais e deontológicos que orientam a investigação, de forma a garantir o respeito pelos direitos de todos aqueles que participaram neste estudo.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos começar por proceder a uma breve descrição da caracterização da amostra, onde iremos traçar o perfil sócio-demográfico da mesma. Posteriormente será efectuada uma análise à consistência e fiabilidade dos dados para depois procedermos ao teste das hipóteses em estudo. Numa terceira fase iremos proceder a uma análise descritiva e discussão dos resultados obtidos. Numa última fase iremos realizar cruzamentos entre as variáveis utilizadas de forma a obtermos correlações significativas que serão apresentadas e analisadas.

4.1. Caracterização da Amostra

Com base no objectivo do estudo, pretende-se analisar a fidelidade dos clientes às IS e identificar quais são os principais factores de fidelização. A amostra do estudo é constituída por 148 clientes de IS, sendo a maioria destes do sexo feminino (60,8%). No que diz respeito a idade verifica-se que a maior percentagem de inquiridos (35,1%) apresenta entre 30 e 39 anos enquanto que os menos representados (4,7%) são os inquiridos que se situam na faixa etária dos 60-69 anos. Relativamente ao nível de escolaridade concluída a maior percentagem de inquiridos (24,3%) possui o 2º Ciclo do Ensino Básico (5-6º ano), enquanto que os menos representados são os indivíduos que não concluíram o 1º Ciclo do Ensino Básico (1-4º ano) com 4,7%.

A maior percentagem dos inquiridos (39,2%) apresenta um rendimento mensal entre os 1000 e os 1999 euros enquanto que apenas 0,7% apresentam um rendimento mensal de mais de 4000 euros. No que diz respeito as profissões existe alguma disparidade. Deve ser realçado que 19% dos inquiridos se enquadra na rubrica especialistas das actividades intelectuais e científicas, 16% são trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores. Os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta são os menos presentes neste estudo (1%), tal como podemos verificar através da análise do quadro 4.1.

Quadro 4.1. Perfil sócio-demográfico da amostra

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Percentagem válida/ Frequência relativa
Sexo	Feminino	90	60,8%
	Masculino	58	39,2%
	Total (n=148)	148	100%
Idade	18 a 29 anos	24	16,2
	30 a 39 anos	52	35,1%
	40 a 49 anos	34	23%
	50 a 59 anos	22	14,9%
	60 a 69 anos	7	4,7%
	Mais de 70 anos	9	6,1%
	Total (n=148)	148	100%
Nível de escolaridade concluído	1º Ciclo do Ensino Básico incompleto (1-4º ano)/ Primária	7	4,7%
	1º Ciclo do Ensino Básico (1-4º ano)/ Primária	11	7,4%
	2º Ciclo do Ensino Básico (5-6ºano)	36	24,3%
	3º Ciclo do Ensino Básico (7-9º ano)	29	19,6%
	Ensino Secundário (10-12º ano)	35	23,6%
	Bacharelato/Licenciatura	30	20,3%
	Total (n=148)	148	100%
Rendimento mensal agregado familiar	Até 499 euros	12	8,4%
	De 500 a 999 euros	49	34,3%
	De 1000 a 1999 euros	58	40,6%
	De 2000 a 2999 euros	19	13,3%
	De 3000 a 3999 euros	4	2,8%
	Mais de 4000 euros	1	0,7%
	Total (n=143)	143	100%
Profissão	Especialista das actividades intelectuais e científicas	27	18,9%
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	23	16,1%
	Desempregado	19	13,3%
	Técnico e profissões de nível intermédio	16	11,2%
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	15	10,5%
	Trabalhadores não qualificados	11	7,7%
	Reformado	11	7,7%
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	10	7%
	Pessoal administrativo	8	5,6%
	Estudante	2	1,4%
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,7%
	Total (n=143)	143	100%

4.2. Análise Factorial Exploratória e Consistência Interna das Variáveis

A análise do quadro 4. 2 permite quantificar o número de factores a reter. Nesta perspectiva são identificados três factores que explicam 76,1% da variância total. A análise realizada seguidamente prende-se com a matriz das componentes. Como se pode verificar através do método de rotação Varimax, constata-se que os primeiros nove factores aderem à primeira componente, ou seja à variável satisfação. Quando comparados com a escala utilizada na aplicação do questionário verificamos que todos estes itens se encontram adequados, excepto o item “Satisfazem as minhas expectativas como instituição de saúde ideal”, que na análise factorial aparece agregada ao terceiro factor, apesar de corresponder à variável satisfação, pelo que será excluída na análise da escala. O factor “Fornecimento de informação” apesar de aparecer agregado ao primeiro factor (0,556) apresenta um score muito parecido para o terceiro factor (0,517), mas iremos abordar este item relacionado com o primeiro factor, ou seja, com a escala da satisfação, porque apresenta um score mais elevado e vai de encontro aos itens utilizados na escala original, que já tinha sido validada anteriormente noutro estudo.

Agregadas ao segundo factor, que corresponde à escala do compromisso e da confiança, aparecem os oito seguintes itens. Quando relacionadas com a escala utilizada no questionário verificamos que os primeiros seis itens pertencem correctamente às escalas em questão enquanto que os últimos dois pertencem à escala da fidelização pelo que serão excluídos da análise do questionário. Como esta análise factorial agrupa a escala do compromisso e da confiança num único factor, no tratamento e análise dos dados iremos utilizar a denominação compromisso/confiança quando nos referirmos à variável. Morgan & Hunt (1994) consideravam que o compromisso por si só não é suficiente, é necessária uma confiança de ambas as partes de forma a prolongar as relações, daí considerarem que os dois são essenciais na formação de relacionamentos e não são indissociáveis, denominando-os mesmo de binómio compromisso/confiança, pois não nos sentimos comprometidos se não confiarmos e não confiamos se não nos sentirmos comprometidos com a instituição.

Quando observamos os últimos itens verificamos que se encontram agregados ao terceiro factor, ou seja, à escala da fidelização. Quando comparados com a escala

utilizada no questionário apenas o último item “Satisfazem as minhas expectativas como instituição de saúde ideal” não se encontra adequadamente anexado à escala, pelo que será retirado da análise do questionário, como já foi referido anteriormente.

De forma a verificarmos a consistência interna das variáveis, tal como já foi referido anteriormente, utilizamos o *Alpha de Cronbach*. Aplicamos esta análise à escala da Fidelização, que corresponde à questão 2, à da Satisfação (questão 5) e à do Compromisso/Confiança (questão 7), obtendo os valores de 0,924, 0,952 e 0,924 respectivamente, o que nos permitiu concluir que estas variáveis apresentam uma consistência interna elevada para o estudo em questão. Numa visualização dos resultados obtidos verifica-se que existem correlações significativas entre as dimensões em estudo. As variáveis apresentam um KMO de 0,932 traduzindo uma correlação excelente entre as variáveis e o teste de Esfericidade de Bartlett tem associado um nível de significância de 0,000 mostrando que existe correlação entre as mesmas.

Tabela 4.2. Matriz das componentes após rotação

Rotated Component Matrixa					
	Itens	Component			Alpha de Cronbach
		1	2	3	
Satisfação	Competência dos funcionários	,873	,283	,157	0,952**
	Confiança na instituição e nos funcionários	,847	,352	,138	
	Confiança no serviço prestado	,840	,295	,236	
	Simpatia dos funcionários	,839	,213	,282	
	Estou totalmente satisfeito com os serviços prestados pela ISA	,706	,404	,359	
	Rapidez do serviço	,683	,310	,311	
	Os serviços prestados correspondem às minhas expectativas	,672	,267	,476	
	Variedade dos serviços prestados	,635	,243	,055	
	Fornecimento de informações	,556	,216	,517	
Compromisso	Sinto que tenho um compromisso com a ISA	,301	,803	,270	0,949**
	A minha relação com a ISA tem um significado pessoal	,259	,798	,328	
	Sinto-me emocionalmente ligado à ISA	,325	,790	,273	
Confiança	Sinto que consigo confiar na ISA	,455	,721	,251	
	Acredito que a ISA tem em atenção os meus melhores interesses	,395	,705	,344	
	Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras com a ISA	,495	,647	,331	
Fidelização	É o primeiro lugar que considero quando preciso de cuidados de saúde*	,315	,586	,479	0,924**
	Considero-o a minha primeira escolha quando necessito de serviços de saúde*	,306	,568	,481	
	Encorajo amigos e família a adquirirem serviços da ISA	,172	,317	,853	
	Falo positivamente acerca da ISA a outras pessoas	,197	,271	,844	
	Recomendo a ISA	,287	,283	,830	
	Pretendo continuar a utilizar os serviços da ISA nos próximos anos	,162	,454	,644	
Satisfação	Satisfazem as minhas expectativas como a instituição de saúde ideal *	,576	,309	,600	
Variância	% de variância	61,872	8,728	5,479	
	% de variância acumulada	76,079			

* Retirado após análise

** Não inclui os itens retirados após a análise

Relativamente à escala da qualidade, que já foi validada em estudos anteriores e a suas dimensões apresentam um *Alpha de Cronbach* razoável, superior a 0,775, como podemos observar na tabela 4.3, utilizaremos os itens organizados como na escala original, pelo que não será efectuada a análise factorial a esta escala.

Tabela 4.3. *Alpha de Cronbach* para as dimensões da qualidade

Variável	Dimensões	Alpha de Cronbach
Qualidade	Tangibilidade	0,853
	Confiabilidade	0,775
	Receptividade	0,853
	Garantia	0,842
	Empatia	0,846
	Acessibilidade	0,837

4.3. Análise dos Resultados

Após o estudo prévio da análise à consistência interna e fiabilidade dos dados, vamos proceder à análise e cruzamento dos mesmos e ao teste das hipóteses. Assim, numa primeira fase elabora-se uma breve descrição dos dados obtidos através da aplicação do questionário, numa segunda fase, realiza-se o cruzamento entre as variáveis do estudo, onde serão apresentadas apenas as correlações com significância para o presente estudo e por último faz-se os testes às hipóteses do presente estudo.

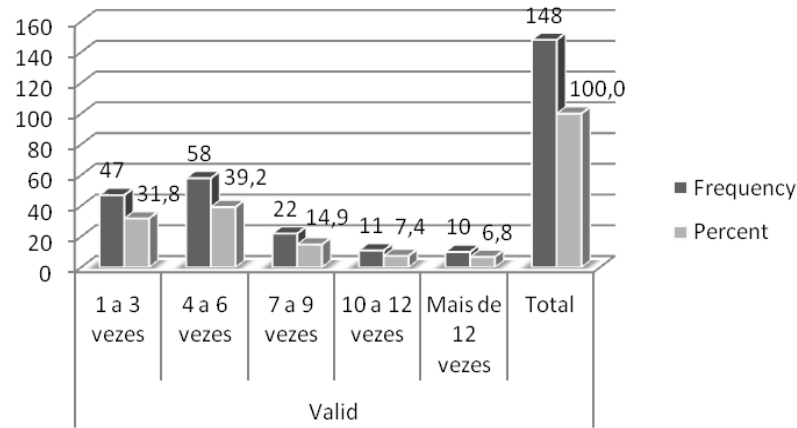
4.3.1. Discussão dos Resultados

➤ **Frequência da instituição de saúde**

Quando inquiridos sobre o número de vezes que no último ano frequentaram a IS, sobre a qual preencheram o questionário, 58 inquiridos responderam que a frequentaram entre 4 a 6 vezes, 47 inquiridos responderam entre 1 a 3 vezes, enquanto que apenas 10 indivíduos a frequentaram mais de 12 vezes, como podemos observar através da análise do gráfico 4.1. Estes valores permitem referir que existe uma tendência de repetição na frequência de utilização das IS, levando os seus responsáveis a apostar e a desenvolver estratégias de MR para promover a fidelização dos clientes, para que não se tornem meros frequentadores da instituição, mas para que se tornem fiéis à mesma. É necessário investir neste sentido, porque os clientes fiéis geram mais

receita e os custos para os manter são inferiores aos custos de aquisição de novos clientes, ideia também defendida por Berry (1995).

Gráfico 4.1. Número de vezes que frequentou a Instituição de Saúde



➤ Fidelização

Na avaliação dos itens sobre a variável fidelização podemos destacar o item “Pretendo continuar a utilizar os serviços da ISA nos próximos anos” como o mais relevante, apresentando uma média de 3,74. O item que menos influenciou positivamente a fidelização é o “Falo positivamente acerca da ISA a outras pessoas” com uma média de 3,30, como podemos observar através da análise do quadro 4.4. Estes dados reforçam o que foi dito por Zeithaml et al (1996), ou seja, que a fidelidade pode ser manifestada de múltiplas formas, expressando a preferência por uma instituição em detrimento das outras, continuando a utilizar os seus serviços ou pretendendo continuar a utilizá-los no futuro. O desvio padrão é baixo não ocorrendo uma variação elevada entre as respostas obtidas e a média global obtida foi de 3,37, mostrando que a disposição dos clientes para recompensarem ou reutilizarem um serviço é um dos elementos essenciais da fidelidade, tal como defendem Ruyter & Wetzels (1998).

Quadro 4.4. Análise descritiva dos itens relativos à variável fidelização

Variável	Itens analisados	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Média global
Fidelização (n=148)	Recomendo a ISA	3,39	0,743	5	2	3,3716
	Encorajo amigos e família a adquirirem serviços da ISA	3,34	0,796	5	1	
	Pretendo continuar a utilizar os serviços da ISA nos próximos anos	3,74	0,713	5	2	
	Falo positivamente acerca da ISA a outras pessoas	3,30	0,788	5	2	

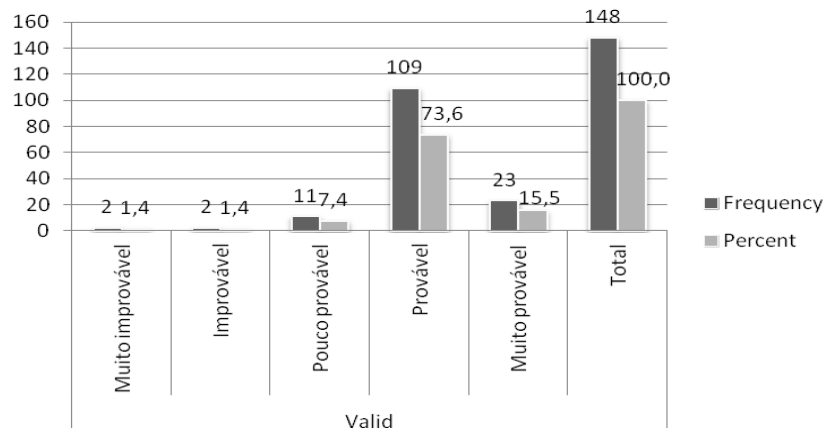
Apesar de toda a controvérsia na forma de avaliar a fidelidade que apontam caminhos diversos, o nosso estudo vem confirmar as dimensões da fidelidade nos serviços, apontadas por Zeithaml et al (1996), com excepção de um item, excluindo também o item que Gremler & Brown (1996) acrescentaram. Neste sentido a fidelidade dos clientes deve ser avaliada tendo em consideração a recomendação da instituição, falar positivamente e encorajar outras pessoas a adquirir estes serviços e a intenção de continuar a utilizar estes serviços nos próximos anos. Como referem Anbori et al (2010) as IS precisam de conquistar a fidelidade dos clientes para se demarcarem perante a concorrência, pelo que fidelizar os clientes é uma intenção crítica para a sua sustentabilidade e lucratividade, ou seja, a fidelidade dos clientes é o objectivo das estratégias dos serviços para reter e expandir o mercado.

➤ Possibilidade de escolher outra instituição de saúde

Em seguida, foi questionado, quando presente a possibilidade de escolher qualquer IS, qual seria a probabilidade de voltar a escolher a mesma instituição na próxima vez que necessitar de cuidados de saúde. A maioria considerou esta hipótese de provável (73,6%) ou muito provável (15,5%) enquanto que apenas 1,4% consideraram essa possibilidade de muito improvável ou improvável. Estes casos permitem-nos notar a grande probabilidade dos clientes frequentarem a mesma IS, talvez devido às barreiras existentes no sector da saúde. Neste sector, devido à sua natureza intangível, há

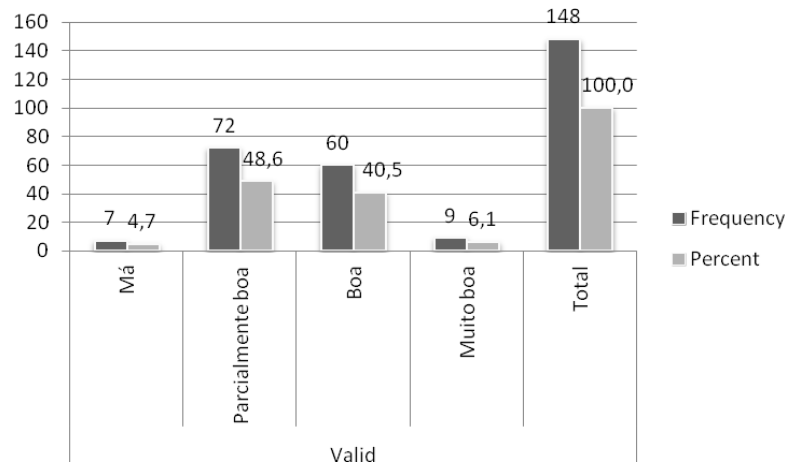
dificuldade dos clientes avaliarem os serviços antes da utilização dos mesmos, o que pode ser considerado uma barreira à mudança, ideia também defendida por Berry (1995).

Gráfico 4.2. Probabilidade de voltar a escolher a Instituição de Saúde



➤ Qualidade global dos serviços

Quando consideram a sua experiência com a IS, 48,6% consideram a qualidade global dos serviços prestados parcialmente boa. Nenhum dos inquiridos considerou a IS com uma qualidade global dos serviços de muito má, apesar de 4,7% desses inquiridos se referirem a essa qualidade global como má. 40,5% consideram a qualidade global do serviço prestado boa e 6,1% de muito boa. Este item apresenta uma média de 3,48 e um desvio padrão de 0,69, o que demonstra que na sua grande maioria a qualidade global dos serviços prestados é boa. Nesta linha de pensamento, Lukosius et al (2010) concluíram que a excelência da qualidade dos serviços é um dos factores mais importantes para a fidelização dos clientes às IS.

Gráfico 4.3. Qualidade global do serviço prestado

➤ Satisfação

Analisando o quadro 4.5. pode-se verificar que os itens mais destacados relativamente à variável satisfação foram “Confiança no serviço prestado”, “Confiança na instituição e nos funcionários” e “Competência dos funcionários”, que apresentam uma média superior ou igual a 3,80 enquanto que o item “Fornecimento de informações” foi o menos apontado com uma média de 2,99. Relativamente ao desvio padrão, de uma forma geral é baixo, ressaltando apenas a variável “Simpatia dos funcionários” que apresenta um desvio padrão de 1,09 revelando uma variação entre as respostas obtidas relativamente a este item. Estes resultados vão de encontro ao apontado por Andreassen & Lindestad (1998) que mostram que a satisfação pode ser atribuída a várias dimensões, como a satisfação com o pessoal, com o serviço core ou com a organização em geral. A satisfação do cliente é importante para o MR porque se assume como um determinante na repetição das vendas, publicidade boca a boca positiva e fidelização (Caruana, 2002).

Quadro 4.5. Análise descritiva dos itens relativos à variável satisfação

Variável	Itens analisados	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Média global
Satisfação (n=148)	Os serviços prestados correspondem às minhas expectativas	3,42	0,660	5	2	3,4595
	Rapidez do serviço	3,14	0,908	5	1	
	Fornecimento de informações	2,99	0,955	5	1	
	Simpatia dos funcionários	3,49	1,085	5	1	
	Confiança no serviço prestado	3,91	0,872	5	2	
	Competência dos funcionários	3,80	0,974	5	1	
	Confiança na instituição e nos funcionários	3,84	0,919	5	1	
	Variedade dos serviços prestados	3,74	0,768	5	2	
Estou totalmente satisfeito com os serviços prestados pela ISA	3,49	0,705	5	2		

➤ Qualidade

Com relação ao quadro 4.6 pode-se verificar que a média global é de 3,46, que revela um predomínio da concordância dos inquiridos com os itens. Os itens “Apresenta folhetos informativos sobre os serviços”, “A ISA recupera rápida e gratuitamente a perda de documentos/exames”, “O tempo de espera não é superior a uma hora” e “A ISA obtém feedback dos utentes” são os que os inquiridos discordam mais relativamente à qualidade do serviço. Quando observamos o desvio padrão visualizamos que os itens “Apresenta rapidez na marcação de consultas/exames ou cirurgias”, “A ISA obtém feedback dos utentes”, “Existem parques de estacionamento adequados” apresentam uns valores de 1,05, 1,11 e 1,18 respectivamente, mostrando a variação elevada das respostas obtidas para os mesmos. Já quando nos referimos às dimensões da qualidade, a garantia (3,75) e a acessibilidade (3,57), logo seguidas pela resposta (3,43) e pela tangibilidade (3,42) são as que apresentam uma maior importância para os inquiridos, enquanto que a empatia (2,89) apresentou uma menor importância comparativamente com as outras dimensões.

Quadro 4.6. Análise descritiva dos itens relativos à variável qualidade

Variável	Dimensões	Itens analisados	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Média das dimensões	Média global
Qualidade	Tangibilidade	Apresenta boas instalações e equipamentos modernos (n=148)	3,50	0,751	5	2	3,42	3,4595
		Apresenta instalações limpas, um ambiente confortável e bem sinalizado (n=148)	3,61	0,743	5	2		
		Os médicos/funcionários apresentam uma aparência limpa e profissional (n=148)	4,06	0,662	5	3		
		Apresenta folhetos informativos sobre os serviços (n=148)	2,66	0,924	5	1		
		Há privacidade durante o tratamento (n=148)	3,27	0,796	5	1		
	Confiabilidade	Os serviços são prestados em tempo útil (n=148)	3,22	0,845	5	2	3,27	
		Os serviços são realizados logo à primeira vez (n=148)	3,37	0,758	5	2		
		Os médicos/funcionários são profissionais e competentes (n=148)	3,80	0,617	5	2		
		A ISA recupera rápida e gratuitamente a perda de documentos/exames (n=143)	2,66	0,804	5	1		
		Apresenta preços aceitáveis (n=148)	3,28	0,717	5	1		
	Resposta	Apresenta rapidez na marcação de consultas/exames ou cirurgias (n=147)	3,11	1,048	5	1	3,43	
		Os médicos/funcionários são responsáveis (n=147)	3,93	0,699	5	2		
		A atitude dos médicos/funcionários transmite confiança aos utentes (n=147)	3,88	0,730	5	2		
		O tempo de espera não é superior a uma hora (n=148)	2,83	0,992	5	1		
	Garantia	Os médicos /funcionários são amigáveis e simpáticos (n=148)	3,78	0,879	5	2	3,75	
		Os médicos possuem um vasto conhecimento (n=148)	4,15	0,722	5	2		
Os utentes são tratados com dignidade e respeito (n=148)		3,89	0,778	5	2			
Os médicos prestam as informações completas aos utentes (n=147)		3,22	0,807	5	2			

Quadro 4.6. Análise descritiva dos itens relativos à variável qualidade (continuação)

Variável	Dimensões	Itens analisados	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Média das dimensões	Média global
Empatia		A ISA obtém feedback dos utentes (n=146)	2,16	1,112	5	1	2,89	
		Apresenta um horário adequado (n=148)	3,28	0,889	5	1		
		Médicos/funcionários têm em atenção os melhores interesses dos utentes (n=147)	3,07	0,764	5	1		
		Médicos/funcionários compreendem as necessidades específicas dos utentes (n=148)	3,04	0,755	5	1		
Acessibilidade		Existem parques de estacionamento adequados (n=148)	3,53	1,180	5	1	3,57	
		O local está facilmente acessível (n=148)	3,76	0,938	5	1		
		A ISA apresenta preços coerentes com os serviços prestados (n=148)	3,44	0,702	5	1		

No que diz respeito à qualidade a maioria dos inquiridos apontam a garantia, a acessibilidade e a resposta como as dimensões que os clientes referem como mais preponderantes nas IS. Estes dados não vão ao encontro do estudo desenvolvido por Bloemer et al (1999) que aponta a empatia e a garantia como as dimensões mais importantes nos serviços de saúde relativamente aos outros serviços. Neste estudo a empatia foi apresentada como sendo considerada pobremente utilizada pelas IS, comparativamente às outras dimensões. Estes dados permite-nos afirmar que as actuais estratégias de MR e fidelização a serem aplicadas nas IS não estão a ter em atenção as especificidades próprias do sector da saúde, pois a empatia é uma das dimensões, referidas por Anbori et al (2010), com forte influência na vontade de voltar dos clientes. Este facto mostra que muitas vezes os gestores prestam atenção na construção e melhoria das instalações e descumam a componente interpessoal da qualidade do serviço, que não deve ser ignorada no aperfeiçoamento da qualidade. Os dados deste estudo

também vão contra os encontrados por Anbori et al (2010), num estudo no sector da saúde, que referem que a fidelização é afectada pela garantia, confiabilidade e empatia.

A importância das dimensões da garantia e da resposta é corroborada pelo estudo Lim & Tang (2000), que revela que estas são as duas dimensões mais críticas nos serviços de saúde e que os resultados quando considerados colectivamente implicam uma mensagem importante dos clientes: sejam responsáveis, amistosos, cordiais, tratem os clientes com dignidade e respeito e acima de tudo, expliquem aos clientes a sua condição médica de forma correcta e clara. Estes autores mencionam ainda que os responsáveis pelas IS se deviam focar nos aspectos funcionais capturados nestas duas dimensões em vez dos aspectos técnicos capturados nas restantes dimensões.

Já Zeithaml et al (1996) apontam a dimensão da confiabilidade como a dimensão mais importante em qualquer serviço. Esta diferença leva à distinção entre os serviços de saúde e os restantes serviços, podendo ser justificada pelo fraco contacto humano existente nalguns serviços. Ao contrário, no sector da saúde, no qual se insere este estudo, existe sempre muito contacto humano. Outra razão apontada é que os clientes se irão apresentar muito nervosos se não forem informados da sua condição médica e se não forem tratados com dignidade e respeito. Também esperam que os médicos e restante pessoal sejam amigáveis e cordiais e que possuam um largo espectro de conhecimentos (Lim & Tang, 2000), tal como podemos observar no nosso estudo.

Analiticamente, os resultados da avaliação da qualidade dos serviços são demonstrados no quadro 4.7 e 4.8, em que se apresentam os 6 pontos fortes e os 6 pontos fracos apontados pelos clientes. Esta análise permite visualizar quais os aspectos que merecem maior atenção quanto às acções relacionadas com a gestão das IS e quais as melhorias a serem implementadas. Os dados permitem concluir que todos os aspectos foram avaliados positivamente, mas com diferentes ordens de importância.

Quadro 4.7. Pontos fortes da qualidade do serviço

Itens de avaliação da qualidade	Dimensão a que pertencem	Média
Os médicos possuem um vasto conhecimento (n=148)	Garantia	4,15
Os médicos/funcionários apresentam uma aparência limpa e profissional (n=148)	Tangibilidade	4,06
Os médicos/funcionários são responsáveis (n=147)	Receptividade	3,93
Os utentes são tratados com dignidade e respeito (n=148)	Garantia	3,89
A atitude dos médicos/funcionários transmite confiança aos utentes (n=147)	Receptividade	3,88
Os médicos/funcionários são profissionais e competentes (n=148)	Confiabilidade	3,80

Os itens assinalados com uma média superior, ou seja, aqueles que são apontados pelos clientes como pontos fortes da qualidade dos serviços das IS vão de encontro ao apontado por Lim & Tang (2000) que concluíram que se os médicos e restantes funcionários forem correctos e apresentarem uma aparência e atitude profissional, possuírem um vasto espectro de conhecimento, forem responsáveis, as suas atitudes inspirarem confiança e tratarem os clientes com dignidade e respeito os clientes permanecerão fiéis à IS e a recomendarão.

Quadro 4.8. Pontos fracos da qualidade do serviço

Itens de avaliação da qualidade	Dimensão a que pertencem	Média
Médicos/funcionários têm em atenção os melhores interesses dos utentes (n=147)	Empatia	3,07
Médicos/funcionários compreendem as necessidades específicas dos utentes (n=148)	Empatia	3,04
O tempo de espera não é superior a uma hora (n=148)	Receptividade	2,83
Apresenta folhetos informativos sobre os serviços (n=148)	Tangibilidade	2,66
A ISA recupera rápida e gratuitamente a perda de documentos/exames (n=143)	Confiabilidade	2,66
A ISA obtém feedback dos utentes (n=146)	Empatia	2,16

Aferimos que os clientes apontam o tempo de espera prolongado, a falta de folhetos informativos sobre os serviços, a recuperação de documentos/exames demorada, a baixa obtenção de feedback dos clientes e o facto dos médicos e funcionários não compreenderem e não colocarem em primeiro lugar as necessidades e interesses dos clientes como os itens que necessitam rapidamente de atenção e melhoramento por parte dos gestores, de forma a melhorarem a percepção de qualidade do serviço das instituições. Com o resultado apresentado, os gestores das instituições adquirem a possibilidade de tomada de decisão baseada nos critérios de qualidade segundo a percepção dos clientes, uma vez que estes podem apontar os critérios de acordo com o seu ponto de vista, que pode diferir do ponto de vista dos gestores.

A saúde, como já vimos, trata-se de um sector intangível, no qual a actuação dos funcionários da instituição tem muita relevância e devem ser valorizadas, tal como o conhecimento, competência, profissionalismo, a responsabilidade, a confiança e a simpatia dos profissionais que lá trabalham. Estes aspectos são diferenciadores dos serviços de saúde dos restantes serviços e dependem da compreensão de que os elementos intangíveis constituem uma componente importante, susceptível de fidelizar os clientes, tornando-se no principal factor diferenciador entre os mais diversos serviços. É através dos factores intangíveis que a instituição mostra ao cliente que é única e trata cada um dos seus clientes de maneira igualmente única – são aspectos tais como o tipo de atendimento, a celeridade e prestabilidade em fornecer informações, a eficácia na resolução de problemas, a percepção das actuais e futuras necessidades e desejos de seus clientes, que criam uma imagem de diferença. Através da aplicação deste questionário verificamos que nem todos estes aspectos diferenciadores apontados por Lukosius et al (2010) são utilizados.

A segurança nos profissionais e nas instituições também é muito importante, pois ao tratarem-se de situações de saúde/doença as pessoas encontram-se mais frágeis e não possuem os conhecimentos necessários para entenderem os tratamentos que estão a ser efectuados, pelo que precisam de confiar nos serviços prestados, como podemos confirmar com o estudo. Também por estas razões, a forma de actuação dos profissionais é tida em consideração, pois como os clientes não sabem avaliar os tratamentos irão avaliar a forma como estes irão ser prestados.

➤ **Compromisso/Confiança**

Relativamente à variável compromisso/confiança os inquiridos concordam parcialmente com os itens que lhe dizem respeito, apresentando uma média superior a 3 e um baixo desvio padrão, o que reflecte a fraca variação entre as respostas obtidas. O MR é construído sobre a base da confiança, e esta é fundamental para a formação de relacionamentos baseados em serviços intangíveis, como é o caso dos serviços de saúde, pois reduz a incerteza e a vulnerabilidade dos clientes, conduzindo assim a um aumento da confiança e do compromisso destes com as instituições, tal como refere Berry (1995).

Quadro 4.9. Análise descritiva dos itens relativos à variável compromisso/confiança

Variável	Itens analisados	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Média global
Compromisso/Confiança	Sinto-me emocionalmente ligado à ISA (n=148)	3,05	0,902	5	1	3,1689
	Sinto que tenho um compromisso com a ISA (n=148)	3,01	0,944	5	1	
	A minha relação com a ISA tem um significado pessoal (n=148)	3,00	0,969	5	1	
	Sinto que consigo confiar na ISA (n=148)	3,49	0,804	5	1	
	Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras com a ISA (n=147)	3,44	0,853	5	1	
	Acredito que a ISA tem em atenção os meus melhores interesses (n=148)	3,18	0,863	5	1	

4.3.2. Fidelidade, Satisfação, Qualidade e Compromisso/confiança versus restantes variáveis

Na análise do estudo foram efectuados diversos cruzamentos entre as variáveis, sendo apenas apresentados os resultados que apresentem uma correlação com um nível de significância inferior ou igual a 0,05. Nesta etapa da análise utilizaremos apenas os extremos das variáveis fidelização, satisfação, qualidade e compromisso/confiança pois o que nos interessa são os dados dos que concordam e discordam das afirmações e

situações. Para juntarmos esses dados alteramos a escala de Likert utilizada, ou seja, juntou-se o discordo totalmente (1) e o discordo (2) que correspondem à parte negativa e o concordo (4) com o concordo totalmente (5) para a parte positiva, as selecções do concordo parcialmente (3) foram omitidas nesta secção.

Efectuamos o cruzamento da fidelização com as características sócio-demográficas da amostra, no entanto, nenhum desses cruzamentos apresentou uma correlação com um nível de significância igual ou inferior a 0,05, pelo que se pode concluir que estas características da amostra não estão relacionadas com a fidelização, ou seja, essas características parecem não exercer influência na fidelização dos clientes. Na literatura consultada também não foi encontrada nenhuma relação entre as variáveis.

➤ **A fidelização e a tipologia da instituição de saúde**

Quando efectuamos o cruzamento entre a tipologia da IS com a fidelização (Quadro 4.10) constatamos que os clientes que frequentam as Misericórdias são os mais fiéis (16,4%), ao contrário, os clientes que utilizam os serviços dos hospitais referem que não são fiéis aos mesmos (7,6%). Importa salientar que as clínicas privadas apresentam apenas clientes fiéis à instituição (8,2%). Estes dados permitem-nos verificar que, apesar das clínicas privadas apresentarem um menor número de clientes na amostra em questão, nenhum deles se mostrou não fiel à mesma, pelo que concluímos que as estratégias de fidelização utilizadas pelas mesmas têm tido sucesso. Este facto deverá ser utilizado pelos responsáveis das IS para observarem e entenderem as técnicas de MR e de fidelização utilizadas pelas clínicas para que as possam empregar nas suas próprias instituições, ou seja efectuarem o *benchmarking* das instituições que os clientes valorizam e premeiam com a fidelização, de forma a obter um maior número de clientes fiéis e todos os benefícios que daí advêm.

Quadro 4.10. Cruzamento entre a variável fidelização e a tipologia da instituição de saúde

Variável	Fidelização		Total	Significância	
	Não Fiel	Fiel			
Tipo de IS (n=146*)	Hospital	11 (7,6%)	7 (4,8%)	18 (12,4%)	0,055
	Misericórdia	7 (4,9%)	24 (16,4%)	31 (21,3%)	
	Clínica Privada	0	12 (8,2%)	12 (8,2%)	
	Centro de Saúde	4 (2,8%)	6 (4,1%)	10 (6,9%)	

*Devido aos valores em falta

➤ **A possibilidade de escolher a IS e as variáveis fidelização, compromisso/confiança, qualidade, satisfação e sector da instituição**

O quadro 4.11 mostra o cruzamento entre a probabilidade de voltar a escolher a IS na próxima vez que necessitar de serviços de saúde com as variáveis satisfação, compromisso/confiança e fidelização ($p < 0,001$) verificamos que alguns clientes, apesar de não estarem satisfeitos, não se sentirem comprometidos e não confiarem, não serem fiéis e considerarem a IS com baixa qualidade consideram provável voltar a escolhê-la. Este tipo de clientes será aquele que na ausência de outra opção se mantém a frequentar a IS mas será facilmente aliciado a trocar de instituição caso lhe seja conveniente. Estes dados vão de encontro ao referido por Ruyter & Wetzels (1998) que narram que as IS apresentam elevados custos de mudança devido ao facto de muitos clientes apresentarem inibições psicológicas contra a mudança de médicos. Também a natureza intangível destes serviços torna difícil uma correcta avaliação dos mesmos e uma possibilidade de mudança de IS, pois existe dificuldade em avaliar os outros prestadores de serviços antes da utilização dos mesmos (Berry, 1995), o que conduz muitas vezes à inibição de mudança de prestador de serviço, por medo do desconhecido e pela possibilidade de recebermos um serviço ainda mais fraco do que o anterior e não por fidelidade à instituição.

Mesmo no caso de uma experiência insatisfatória, apenas um pequeno segmento se sente confiante para mudar de prestador de serviços, o que vem de encontro ao observado no estudo em que a maioria dos inquiridos considera provável voltar a

escolher a mesma instituição da próxima vez que necessitar de cuidados de saúde. Concluimos que este tipo de clientes, apesar de continuarem a utilizar os serviços da instituição, não fazem boa publicidade da mesma, chegando mesmo a fazer publicidade negativa e quando puderem trocar de IS não irão hesitar em fazê-lo. O facto de continuarem a utilizar os serviços da instituição poderá não ocorrer em todos os tipos de serviços, como contrapõem Oliver (1999) relatando que os clientes podem trocar de instituição se não estiverem satisfeitos, pelo que muitas instituições estão utilizando o MR para aproximar o relacionamento entre a satisfação e a fidelização dos clientes. Desta forma demonstramos novamente a especificidade do sector da saúde relativamente aos outros sectores dos serviços.

No que diz respeito à variável qualidade, os utentes que apesar de apontarem as IS como tendo uma baixa qualidade consideram provável voltar a escolher a IS em questão quando necessitarem novamente de serviços de saúde, o que contraria o que é referido por Bloemer et al (1999) que aponta que a qualidade do serviço está negativamente relacionada com a intenção de trocar de prestador de serviços. Importa salientar que os clientes que se consideram satisfeitos, comprometidos e confiantes, fiéis e com a percepção de elevada qualidade por parte da IS não apontaram a probabilidade de não voltarem a escolher a IS, o que nos leva a concluir que este tipo de clientes é de preferir, pois não ponderam mudar de IS e são mais receptivos a desculpar eventuais falhas do serviço.

Quadro 4.11. Cruzamento entre a probabilidade de voltar a escolher a instituição de saúde e as variáveis fidelização, satisfação, qualidade, compromisso/confiança

		Probabilidade de voltar a escolher a IS na próxima vez (n=148)						
		Muito improvável	Improvável	Pouco Provável	Provável	Muito Provável	Total	Significância
Satisfação	Não Satisfeito	1 (0,7%)	2 (1,4%)	10 (6,9%)	20 (13,6%)	2 (1,4%)	35 (24%)	0,000
	Satisfeito	0	0	0	15 (10,1%)	12 (8,1%)	27 (18,2%)	
Qualidade	Baixa qualidade	0	2 (1,4%)	8 (5,6%)	22 (15,2%)	0	32 (22,2%)	0,000
	Qualidade elevada	0	0	0	1 (0,7%)	2 (1,4%)	3 (2,1%)	
Compromisso/Confiança	Sem confiança	2 (1,4%)	2 (1,4%)	10 (6,8%)	34 (23,2%)	1 (0,7%)	49 (33,5%)	0,000
	Com confiança	0	0	0	23 (15,5%)	13 (8,8%)	36 (24,3%)	
Fidelização	Não fiel	2 (1,4%)	1 (0,7%)	6 (4,1%)	13 (8,8%)	0	22 (15%)	0,000
	Fiel	0	0	0	33 (22,3%)	17 (11,5%)	50 (33,8%)	

Quando observamos, no quadro 4.12, o cruzamento realizado entre o sector da IS (privado ou público) e a probabilidade de voltar a escolher essa mesma instituição verificamos que apenas existe uma relação entre os clientes que frequentaram as IS privadas e que consideram provável voltar a escolher a mesma IS da próxima vez que necessitarem de cuidados de saúde ($p < 0,05$).

Quadro 4.12. Cruzamento entre a probabilidade de voltar a escolher a instituição de saúde e o sector da instituição

Probabilidade de voltar a escolher a Instituição de Saúde (n=146*)						
Sector da IS	Muito provável	Provável	Pouco provável	Improvável	Muito improvável	Significância
Sector Privado	14 (9,6%)	64 (43,8%)	3 (2,1%)	0	1 (0,7%)	0,048
Sector Público	8 (5,5%)	45 (30,8%)	8 (5,5%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	

*Devido aos valores em falta

➤ **Frequência de utilização da instituição de saúde e as variáveis demográficas (sexo e idade)**

Com a análise do quadro 4.13 verificamos que as mulheres no último ano, frequentaram as IS entre 4 a 6 vezes (23,6%) e os homens apenas entre 1 a 3 vezes (16,2%) ($p < 0,05$). Esta maior frequência das IS por parte das mulheres pode ser explicada pelo facto de as mulheres estarem mais predispostas a desenvolverem estreitas relações com os funcionários da IS, principalmente porque a maioria do pessoal que lá trabalha também são mulheres, sentindo-se assim mais confortáveis a discutir a sua saúde com os prestadores de cuidados que sejam do mesmo sexo, tal como refere Anbori et al (2010) em seu estudo.

No que diz respeito à idade ($p < 0,001$), os clientes entre os 30 e os 39 anos de idade frequentaram as IS até 6 vezes no último ano (26,3%) enquanto que os clientes que frequentaram a mesma instituição mais de 12 vezes no último ano apresentam mais de 70 anos (3,4%). O facto dos clientes que frequentaram a IS um maior número de vezes no ano ter mais de 70 anos pode ser justificado pela maior probabilidade de ocorrência de doenças, principalmente doenças crónicas, nesta faixa etária, que necessitem de uma vigilância constante, o que conduz a um maior número de visitas à instituição. Estes dados permitem aos responsáveis das instituições constatar quais os grupos etários que mais frequentam as IS, para que possam empreender medidas específicas para torná-los fiéis ou aumentar a frequência de utilização dos restantes grupos.

Quadro 4.13. Cruzamento entre a frequência de utilização da instituição de saúde e as variáveis sexo e idade

		Número de vezes que no último ano frequentou a IS					Total	Significância
		1 a 3 vezes	4 a 6 vezes	7 a 9 vezes	10 a 12 vezes	Mais de 12 vezes		
Sexo (n=148)	Feminino	23 (15,5%)	35 (23,6%)	17 (11,5%)	7 (4,7%)	8 (5,4%)	90 (60,8%)	0,023
	Masculino	24 (16,2%)	23 (15,5%)	5 (3,4%)	4 (2,7%)	2 (1,4%)	58 (39,2%)	
	Total	47 (31,8%)	58 (39,2%)	22 (14,9%)	11 (7,4%)	10 (6,8%)	148 (100%)	
Idade (n=148)	18 a 29 anos	11 (7,4%)	11 (7,4%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	0	24 (16,2%)	0,000
	30 a 39 anos	16 (10,8%)	23 (15,5%)	8 (5,4%)	3 (2%)	2 (1,4%)	52 (35,1%)	
	40 a 49 anos	14 (9,5%)	13 (8,8%)	5 (3,4%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	34 (23%)	
	50 a 59 anos	5 (3,4%)	9 (6,1%)	5 (3,4%)	3 (2%)	0	22 (14,9%)	
	60 a 69 anos	1 (0,7%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	7 (4,7%)	
	Mais de 70 anos	0	1 (0,7%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	5 (3,4%)	9 (6,1%)	
	Total	47 (31,8%)	58 (39,2%)	22 (14,9%)	11 (7,4%)	10 (6,8%)	148 (100%)	

➤ **Localização da instituição e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança e o sector da instituição**

No que diz respeito ao cruzamento entre a localização da IS e as variáveis satisfação ($p < 0,005$), qualidade e compromisso/confiança ($p < 0,05$) verificamos que os clientes mais satisfeitos (10,3%), comprometidos e que confiam (14,5%) são os que frequentam as IS da zona rural. Já relativamente à variável qualidade os clientes que frequentam IS na zona urbana referem que estas apresentam uma baixa qualidade (17,2%), tal como as IS da zona rural (2,1%). Estes últimos não apontaram IS com elevada qualidade na zona rural. Estes resultados permitem-nos concluir que os clientes das IS da zona rural estão satisfeitos, comprometidos e confiam mais, talvez pelo número reduzido de IS nessas áreas, o que diminui a possibilidade de escolha e pelo reduzido número de habitantes, o que permite que as pessoas se conheçam melhor,

permitindo assim que confiem nas pessoas e instituições que conhecem. Pelo facto de estarem satisfeitos, comprometidos e confiarem não quer dizer que as considerem de elevada qualidade. Não existe, na literatura consultada, referência à localização da IS e sua influência nas variáveis em questão.

Quadro 4.14. Cruzamento entre a localização da instituição de saúde e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança

Variável		Localização da IS		Total	Significância
		Zona urbana	Zona rural		
Satisfação (n=145*)	Não satisfeito	21 (14,5%)	14 (9,7%)	35 (24,2%)	0,003
	Satisfeito	11 (7,6%)	15 (10,3%)	26 (17,9%)	
Qualidade (n=145*)	Baixa qualidade	25 (17,2%)	3 (2,1%)	28 (19,3%)	0,008
	Qualidade elevada	11 (7,6%)	0	11 (7,6%)	
Compromisso/Confiança (n=145*)	Sem compromisso/confiança	29 (20%)	19 (13,1%)	48 (33,1%)	0,015
	Com compromisso/confiança	15 (10,3%)	21 (14,5%)	36 (24,8%)	

*Devido aos valores em falta

Quanto à localização das IS, a maioria das pessoas que frequenta as IS na zona rural utiliza instituições do sector privado ($p < 0,001$), enquanto que as que frequentam as IS na zona urbana utiliza instituições do sector público, ou seja, os clientes da zona rural frequentam maioritariamente instituições privadas e os clientes da zona urbana frequentam instituições públicas.

Quadro 4.15. Cruzamento entre a localização e o sector da instituição de saúde

	Localização da Instituição de Saúde (n= 145*)		
	Zona Rural	Zona Urbana	Significância
Sector Privado	61(42,1%)	20 (13,8%)	0,000
Sector Público	23(15,9%)	41 (28,3%)	
Total	84 (58%)	61 (42,1%)	

*Devido aos valores em falta

➤ **Sector das instituições de saúde e as variáveis satisfação, qualidade, compromisso/confiança**

Os clientes mais satisfeitos (12,3%), que consideram com qualidade o serviço prestado (1,4%) e que confiam nas IS (17,1%) são os que frequentam as IS privadas ($p < 0,001$), quando comparadas com as IS públicas. Este facto deve-se à maior preocupação do sector privado em investir em elementos diferenciadores relativamente à concorrência, investindo no MR como o meio para atingir a fidelidade dos clientes. Como no sector privado o cliente tem uma maior possibilidade de escolha, ou seja, não há obrigatoriedade de utilização de uma determinada instituição, se não gostar do serviço prestado muda de prestador de serviço, mas como constatamos neste estudo, se gostar acontece o oposto, ou seja, continua a utilizar os serviços prestados pela instituição. No que diz respeito à variável fidelização, não foram encontrados resultados com uma significância relevante para definir uma relação entre a variável fidelização e o sector da instituição (privado ou público).

Quadro 4.16. Cruzamento entre o sector da instituição de saúde e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança

Sector da Instituição de Saúde (n=146*)				
		Sector Privado	Sector Público	Significância
Satisfação	Insatisfeito	12 (8,2%)	23 (15,8%)	0,000
	Satisfeito	18 (12,3%)	8 (5,5%)	
Qualidade	Sem qualidade	8 (5,5%)	28 (19,2%)	0,000
	Com qualidade	2 (1,4%)	1 (0,7%)	
Compromisso/ confiança	Sem Compromisso/confiança	22 (15,1%)	27 (18,5%)	0,000
	Com compromisso/confiança	25 (17,1%)	11 (7,5%)	

*Devido aos valores em falta

➤ **Qualidade global do serviço e sector da instituição de saúde**

Já no que diz respeito à qualidade global do serviço ($p < 0,01$), os clientes que frequentam as IS do sector privado consideram essa qualidade de boa (28,1%) e os que frequentam as instituições do sector público, consideram na sua maioria (26%), essa qualidade global de parcialmente boa. Estes dados vão de encontro ao estudo de Taner & Antony (2006), que provam que a qualidade das IS do sector privado é superior às do sector público.

Quadro 4.17. Cruzamento entre a qualidade global do serviço e o sector da instituição de saúde

Qualidade global do serviço prestado (n=146*)					
Sector da IS	Muito boa	Boa	Parcialmente boa	Má	Significância
Sector Privado	6 (4,1%)	41 (28,1%)	33 (22,6%)	2 (1,4%)	0,002
Sector Público	2 (1,4%)	19 (13%)	38 (26%)	5 (3,4%)	

*Devido aos valores em falta

Observamos, através do quadro 4.18, que os clientes que apenas consideram a qualidade do serviço de má ($p < 0,001$) são aqueles clientes que consideram que a IS não estão comprometidos e não confiam (4,1%), estão insatisfeitos (4,7%) e não são fieis (4,1%), enquanto que o oposto dos clientes, aquele que estão comprometidos, confiam (22,9%), estão satisfeitos (18,2%) e que se manifestam como fieis à IS (30,4%) apenas consideram a qualidade global do serviço de boa ou muito boa. Ou seja podemos dizer que os clientes fiéis, que confiam e estão comprometidos com a IS e estão satisfeitos consideram sempre a qualidade global do serviço de muito boa ou boa. Serão estes os clientes que estão receptivos a perdoar eventuais erros ou falhas do serviço e se manterão a utilizar os serviços da IS.

Quadro 4.18. Cruzamento entre a qualidade global de serviço e as variáveis satisfação, qualidade e compromisso/confiança

		Qualidade global do serviço (n=148)				
		Muito Boa	Boa	Parcialmente Boa	Má	Significância
Compromisso /confiança	Sem compromisso/confiança	1 (0,7%)	6 (4,1%)	36 (24,3%)	6 (4,1%)	0,000
	Com compromisso/confiança	7 (4,7%)	27 (18,2%)	2 (1,4%)	0	
Satisfação	Insatisfeito	0	0	28 (18,9%)	7 (4,7%)	0,000
	Satisfeito	8 (5,4%)	19 (12,8%)	0	0	
Fidelização	Não fiel	0	0	16 (10,8%)	6 (4,1%)	0,000
	Fiel	8 (5,4%)	37 (25%)	5 (3,4%)	0	

4.4. Discussão das Hipóteses

Com base nos dados obtidos, pretende-se analisar se as hipóteses definidas para o estudo se verificam, tendo para isso sido utilizado o índice de correlação de Pearson. Como podemos através do quadro 4.19, a correlação existente entre as diversas hipóteses em análise é positiva, ou seja, todas as hipóteses apresentadas anteriormente são válidas. Podemos ainda constatar duas ligações que não estavam inicialmente previstas, a relação linear positiva entre a qualidade com a variável compromisso/confiança e da satisfação com o compromisso/confiança.

Quadro 4.19. Correlações entre as variáveis em estudo

Correlations					
		Compromisso/ Confiança	Satisfação	Fidelização	Qualidade
Compromisso /Confiança	Pearson Correlation	1	,696	,679	,757
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	148	148	148	148
Satisfação	Pearson Correlation	,696	1	,536	,785
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	148	148	148	148
Fidelização	Pearson Correlation	,679	,536	1	,643
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	148	148	148	148
Qualidade	Pearson Correlation	,757	,785	,643	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	148	148	148	148

➤ **Compromisso e Confiança versus fidelização**

A hipótese 1, que aponta que a confiança (H1a) e o compromisso (H1b) influenciam positivamente a fidelidade obteve uma correlação de Pearson de 0,679 ($p < 0,001$), demonstrando assim a correlação linear positiva moderada existente entre as variáveis das hipóteses. Constatamos que as IS precisam alcançar primeiro a confiança dos clientes de forma a sentirem-se comprometidos com a IS para posteriormente alcançar a fidelidade, ideia também defendida por Singh & Sirdeshmukk (2000). A confiança ajuda a reduzir os custos de transacção da procura de informação sobre os preços e as alternativas no mercado, tal como aponta Kramer (1999) em seu estudo. Se os clientes não confiarem nas IS, nos serviços que elas prestam, na forma como o fazem, nas suas promessas e nos seus funcionários esses clientes não se sentirão comprometidos com a instituição e consequentemente não serão fiéis à mesma, tal como sugerem os estudos de Dick e Basu (1994), Gummerus et al (2004), Campbell et al (2006), Lewis & Soureli (2006). Os clientes, ao desenvolverem a confiança nas IS e nos serviços que ela presta estão a tornar-se fiéis à mesma, indo de encontro à ideia defendida por Sheth & Parvatiyar (1995). As IS se querem ser escolhidas pelos clientes devem tentar proporcionar sentimentos de confiança e comprometimento aos clientes, propiciando que os colaboradores sejam amáveis e prestativos em relação aos mesmos,

tal como Lukosius et al (2010) apontam. O compromisso entre as partes é muito importante, pois manifesta que tanto o cliente como a instituição dedicam o máximo de esforço para manter o relacionamento. Nestas circunstâncias um elevado compromisso está associado a uma maior disponibilidade para perdoar pequenas falhas e sacrificar benefícios de curto prazo por benefícios de longo prazo e uma disposição para investir na relação, aumentando assim a fidelização.

O aumento da confiança impacta a similaridade de valores entre o cliente e a instituição e, conseqüentemente, aumenta o envolvimento daqueles clientes no relacionamento, assim, o crescimento do envolvimento sobre as partes promove a reciprocidade e contribui para o compromisso relacional, tal como referem Marques & Coelho (2004). Em suma, quanto maior é a confiança entre os parceiros de negócios, maior é o compromisso relacional e conseqüentemente, maior é a probabilidade de realizar futuros negócios e de manter um relacionamento a longo prazo, ou seja, a fidelidade.

➤ **Satisfação versus fidelização**

A hipótese 2, que demonstra a influência positiva da satisfação na fidelização dos clientes também foi verificada, com uma correlação de Pearson de 0,536 ($p < 0,001$), apresentando uma correlação moderada entre as variáveis e que mostra que quando a satisfação dos clientes cresce, a fidelidade também cresce, tal como apontam os estudos de Dick & Basu (1994), Ruyter & Wetzels (1998), Mittal & Lassar (1998), Bloemer et al (1999), Gummerus et al (2004), Gallo & Moneken (2006), Lewis & Soureli (2006) e Lukosius et al (2010). Segundo Zeithaml et al (1996) este princípio aplica-se a uma variedade de serviços. Neste estudo verificamos que esta condição também se aplica aos serviços de saúde. Existem vários estudos que apontam caminhos diferentes sobre esta relação, este estudo aponta no sentido da relação positiva entre estas duas variáveis (satisfação e fidelização) para os serviços de saúde.

Verificamos que se os clientes estiverem satisfeitos com os serviços oferecidos pela IS irão recomendá-la a outras pessoas, porque os clientes preferem ir a uma

instituição que conhecem e da qual têm boas referências, de forma a minimizar o risco percebido, pois trata-se de um serviço intangível, tal como apontam Lukosius et al (2010). Ou seja, os clientes sentem-se satisfeitos com os serviços prestados pelas instituições e recompensa-as com fidelidade. Esta relação positiva entre as duas variáveis é importante, porque quando os clientes não estão satisfeitos não voltam a adquirir os serviços e, pior ainda, fazem-no sem se queixarem e, eventualmente, passam a falar mal da instituição ou do serviço, tal como Saias (2007) refere. Aferimos também que o aumento da satisfação do cliente vai aumentar a fidelidade e o crescimento futuro, aumentando consequentemente a rentabilidade e o valor da instituição, tal como refere Doyle (2000).

➤ **Qualidade versus satisfação**

A hipótese 3, que aponta no sentido da qualidade do serviço influenciar positivamente a satisfação do cliente também foi verificada, apresentando uma correlação de Pearson de 0,785 ($p < 0,001$), demonstrando uma forte correlação entre as variáveis. Os clientes que percebem que a qualidade do serviço prestado pela IS é maior do que as suas expectativas, geralmente estão com os seus atributos, confirmando assim a relação existente entre a satisfação e a qualidade do serviço encontrada por Cronin & Taylor (1992), Caruana (2002), Lewis & Soureli (2006) e Anbori et al (2010). Ou seja, se a qualidade do serviço aumentar a satisfação do cliente com o serviço e com a instituição também irá aumentar.

Uma melhor qualidade do serviço conduz a uma maior satisfação do cliente e eventualmente à fidelidade deste, que está disposto a voltar e a recomendar a instituição a outro cliente, ideia também defendida por Anbori et al (2010). Defendem também que se os administradores e os prestadores de serviços de saúde souberem quais os aspectos da qualidade do serviço mais importantes para os seus clientes e derem prioridade e assegurarem que estes estão em vigor, isso irá facilitar a satisfação do cliente e a vontade de voltar a utilizar o serviço.

➤ **Qualidade versus fidelização**

Relativamente à hipótese 4, que aponta no sentido da qualidade influenciar positivamente a fidelidade, com uma correlação de Pearson de 0,643 ($p < 0,001$), mostra uma relação linear positiva moderada entre as duas variáveis. Estes resultados vêm de encontro aos estudos de Zeithaml et al (1996), Bloemer et al (1999), Gummerus et al (2004), Lewis & Soureli (2006), Taner & Antony (2006) e Anbori et al (2010).

Com este estudo conseguiu-se confirmar uma relação positiva entre a qualidade do serviço prestado e a fidelização dos clientes, colocando uma pedra na dúvida existente, se podia ou não estabelecer esta relação directa entre estas duas variáveis. Podemos então concluir que a qualidade do serviço é um determinante da fidelização do cliente e também de uma forma indirecta apresenta um efeito da qualidade do serviço, via satisfação, na fidelização.

Em suma, encontrou-se uma ligação entre a qualidade do serviço e a intenção comportamental, que é de relevante importância estratégica e que inclui, entre outro, a publicidade boca a boca positiva acerca da instituição e a sua recomendação. Verificamos também que a qualidade do serviço está positivamente associada a intenções comportamentais favoráveis e negativamente relacionadas com intenções comportamentais desfavoráveis, influenciando deste modo a fidelidade do cliente, tal como apontam Zeithaml et al (1996). Bloemer et al (1999), nesta linha de pensamento também apontam para o facto de a qualidade do serviço estar positivamente relacionada com a fidelidade e a disposição para pagar mais e negativamente relacionado com a intenção de trocar de prestador.

➤ **Outras relações existentes**

Verificamos que além das relações previamente estabelecidas também foi observada uma forte relação positiva entre o compromisso/confiança e a qualidade, (correlação de Pearson de 0,757 e $p < 0,001$), porque a confiança nos serviços é construída quando estes consideram a qualidade desses serviços elevada, pois só iremos

confiar em serviços quando acreditamos que os mesmos são executados e entregues com a qualidade que desejamos, tal como Gummerus et al (2004) apontam. Nos serviços de saúde o cliente começa a confiar num determinado prestador e depois sente-se comprometido com ele, pois sabe que pode contar com um nível consistente de qualidade do serviço, tal como Bitner (1995) aponta.

Foi também descoberta uma relação moderada entre o compromisso/confiança e a satisfação (correlação de Pearson de 0,696 e $p < 0,001$), ou seja, só o cliente estando satisfeito com o serviço prestado é que passa a confiar no prestador de cuidados, sendo que, tal como Gummerus et al (2004) apontam, a confiança é um forte precedente da satisfação do cliente. Moliner (2009) aponta no outro sentido, referindo que quanto maior a satisfação do cliente com a IS, mais confiança gerará no cliente. Tendo em consideração os estudos referidos e os dados obtidos estabelece-se uma relação linear positiva moderada entre a satisfação e o compromisso/confiança, ou seja, quanto mais satisfeitos os clientes estiverem mais confiarão na instituição e mais comprometidos se sentirão com a mesma, por outro lado, se aumentarmos a confiança, aumentamos o senso de comprometimento dos clientes, aumentando consequentemente a satisfação destes. Se os clientes estiverem satisfeitos com os serviços oferecidos pelas IS, irão recomendá-las a outras pessoas, pois os clientes preferem ir a uma instituição que conhecem de forma a minimizar os riscos e a perceberem uma sensação de confiança.

➤ **Modelo conceptual final**

A elaboração deste modelo conceptual veio agrupar e colocar uma ordem na imensa e díspar literatura existente. Existem diversas teorias que apontam em vários sentidos. Com a elaboração deste estudo conseguimos observar que todas estas variáveis (qualidade, satisfação, compromisso/confiança) afectam positivamente a fidelização e a qualidade, por sua vez, é importantíssima também para a satisfação do cliente. Além destas associações encontramos uma relação entre a qualidade e o compromisso/confiança e entre a satisfação e o compromisso/confiança.

5. Conclusão, Implicações para a Gestão, Limitações e Futuras Investigações

Neste capítulo iremos apresentar as principais conclusões que podemos obter, os contributos para a gestão da investigação efectuada e evidenciar algumas das limitações do trabalho, para se procederem a futuras investigações.

5.1. Conclusão

O objectivo deste trabalho é analisar a fidelidade dos clientes às IS e identificar quais são os principais factores de fidelização. Desta forma, ambicionou-se monitorizar e recolher informações sobre os clientes, permitindo assim, que as empresas antecipem as necessidades futuras destes, de forma a superarem as suas expectativas. Pretendeu-se também identificar quais eram os factores que influenciavam a fidelização dos clientes e qual era a relação entre estes e a fidelização. Por isso foi elaborado um modelo conceptual onde demonstramos as relações entre as diferentes variáveis e daí obtivemos as nossas hipóteses que tentamos validar ao longo do estudo.

A necessidade de adequação das IS ao aumento do nível de exigência por parte dos clientes pode ser encarada como um factor de diferenciação para a obtenção de vantagem competitiva e a consequente fidelização do consumidor. Conhecer o perfil do cliente, o que este valoriza e as suas necessidades facilita o processo de fidelização.

Os clientes mostram-se fiéis à IS, pois na sua maioria, recomendam a instituição, encorajam amigos e família a adquirirem os seus serviços, pretendem continuar a utilizá-los nos próximos anos e falam positivamente acerca da mesma a outras pessoas. Os factores utilizados pelos clientes e que influenciam a sua fidelidade às IS são a qualidade do serviço, a satisfação do cliente e o compromisso/confiança do cliente para com a IS.

Verificamos que, quando presente a possibilidade de escolher qualquer IS, na próxima vez que necessitar de cuidados de saúde, os clientes consideram provável voltar a escolher a mesma instituição e que a globalidade dos serviços prestados é relativamente boa. Notamos que o cliente se encontra muito satisfeito com a confiança no serviço, na instituição e nos funcionários, com a competência desses funcionários e com a variedade dos serviços prestados, sendo estes aspectos aqueles que os clientes consideram mais relevantes para a sua satisfação. A maioria dos clientes mostrou-se confiante e comprometido com as IS que frequenta, pois sente-se emocionalmente ligada à instituição, sente que tem um compromisso com a mesma, que a sua relação com a instituição tem um significado pessoal, que confia nela, sente que as suas necessidades de saúde estão seguras e que esta tem em atenção os seus melhores interesses.

A garantia, a acessibilidade e a resposta são as dimensões mais relevantes em termos de qualidade do serviço enquanto que a dimensão empatia é considerada como o ponto fraco das IS. Só empresas que se coloquem no lugar dos clientes conseguirão perceber as suas necessidades e adaptar os seus serviços aos mesmos. Os resultados demonstraram que as melhorias prementes são a este nível. Este ponto fraco é de admirar num sector tão intangível, principalmente pela importância que esta dimensão acarreta neste sector e pelo facto de muitos autores considerarem esta dimensão preponderante. Se as instituições trabalharem no sentido de colmatar esta falha os clientes a recompensarão com a sua fidelidade.

O sector da saúde, apesar de fazer parte do sector dos serviços apresenta algumas especificidades próprias que o distingue dos restantes. Por esta razão nem todas as relações existentes nos outros serviços podem ser adequadas ao sector da saúde. Um dos principais factores distintivos é o factor humano, pois existe sempre um contacto humano entre o cliente e o prestador de serviço. Este facto tem sido algo descurado por parte dos gestores das IS, pois verificamos que uma das dimensões da qualidade, a empatia, constitui um dos factores menos utilizados pelas IS. Averiguamos também que os aspectos que os clientes consideram mais importantes relativamente à qualidade dos serviços de saúde diferem dos aspectos considerados para os serviços em geral, demonstrando outra especificidade deste sector. Os gestores têm tentado adaptar os

modelos de MR e de fidelização que são aplicados noutra sector, mas têm-se esquecido de os adaptar ao sector em questão.

As boas instalações e a sua limpeza, os equipamentos modernos, o ambiente confortável e bem sinalizado, a aparência dos médicos e funcionários, o facto de serem profissionais, competentes, responsáveis, amigáveis, simpáticos e que transmitam confiança aos utentes, o facto de possuírem um vasto conhecimento, de tratarem os utentes com dignidade e respeito, a existência de parques de estacionamento adequados e a acessibilidade do local são os pontos fortes das IS.

Os pontos fracos apontados relativamente à qualidade do serviço prestado são o tempo de espera elevado, a demora na marcação de serviços, a falta de folhetos informativos, a lenta recuperação de documentos/exames, a não obtenção de feedback dos clientes e o facto dos médicos e funcionários não compreenderem e não terem em atenção as necessidades e interesses dos clientes. O conhecimento destes pontos fracos contribui para que se possam formular planos de correcção que devem ser posteriormente implementados. Após a sua implementação, as IS devem melhorar o seu poder competitivo e conquistar com maior facilidade a fidelidade dos clientes.

Concluimos que a qualidade, a satisfação e o binómio compromisso/confiança são preponderantes na fidelização dos clientes às IS, validando deste modo as hipóteses formuladas. Constatamos que a qualidade influencia positivamente a satisfação e a fidelização, ou seja, que uma melhor qualidade do serviço conduz a uma maior satisfação do cliente e, eventualmente a clientes fiéis, que estão dispostos a voltar ou recomendar a instituição, ou seja, se os clientes consideram que a IS apresenta uma boa qualidade de serviço, manter-se-ão fiéis aos mesmos e por outro lado, a sua satisfação aumentará. Num serviço tão intangível, como é o caso do sector da saúde, os clientes querem que a instituição supere as suas expectativas de forma a aumentar a satisfação do cliente com a qualidade do serviço prestado para poderem continuar os relacionamentos de longo prazo com a instituição. A satisfação, por si só, também influencia positivamente a fidelização, o aumento da satisfação do cliente vai aumentar a fidelidade e o crescimento futuro, aumentando consequentemente a rentabilidade e o valor da instituição.

Aferimos também o compromisso/confiança influenciam positivamente a fidelização, sendo que este binómio é essencial para a cooperação empresarial e desejo de prolongar a relação, ou seja, de se manter fiel a um determinado prestador de serviços. Relativamente às novas ligações identificadas, verificamos que o compromisso/confiança também influenciam positivamente a satisfação e a qualidade. Neste sentido, se os clientes confiam nos serviços prestados e se sentem comprometidos com a IS também irão estar satisfeito com os mesmos, pois se não estiver satisfeito, não irão confiar nesses serviços e na instituição. Também quanto mais confiar e mais se sentir comprometido maior a percepção de qualidade do serviço prestado, pois confiam nos funcionários e na instituição e têm a noção de que estes agirão sempre em defesa das suas necessidades.

Podemos então concluir que todos os factores apontados pelos clientes como importantes para a sua fidelização à IS têm um impacto positivo sobre a mesma, pois, se aumentarmos a percepção destas variáveis, aumentamos também a fidelidade do cliente. Deve ser tido em consideração o impacto positivo que também pode existir entre elas, de forma a conseguirmos impulsionar ainda mais a fidelidade do cliente.

É importante para qualquer gestor conhecer a posição da sua instituição relativamente às variáveis comportamentais identificadas neste estudo, para implementar acções que alterem o sentido das suas tendências, caso sejam desfavoráveis. Através do conhecimento das percepções dos inquiridos as IS devem transformar a prestação dos serviços num factor crítico de sucesso capaz de gerar uma vantagem competitiva, culminando num melhor serviço ao cliente. Como vimos, cada vez mais a qualidade, a satisfação e o compromisso/confiança são um factor decisivo na escolha dos clientes, conduzindo à fidelidade destes. As IS devem começar a valorizar a importância destas variáveis, mostrando-se vanguardistas e contribuindo para o estabelecimento de um vínculo mais forte entre os clientes e as IS, aumentando assim a fidelidade destes.

5.2. Implicações para a Gestão

O presente trabalho de investigação pretende ser um contributo para a gestão em saúde e, muito particularmente, para o controlo de gestão e para a gestão estratégica das organizações de saúde.

O sector da saúde é economicamente relevante e contém todos os elementos de qualquer sector de actividade (recursos, preços, procura e oferta). É um sector particularmente complexo, nas suas características, heterogéneo, na sua gama de serviços e ambíguo no sentido de que o cliente não tem os conhecimentos técnicos para compreender as suas necessidades particulares ou depreender os serviços disponíveis para satisfazê-las. Outra particularidade do sector, é a marcante presença de incerteza quanto ao momento em que é necessário receber cuidados de saúde e quanto ao custo de repor o estado de saúde.

Os serviços de saúde são dos mais importantes e fundamentais na vida das pessoas, pelo facto de se tratar de serviços indispensáveis e que todas as pessoas, mais cedo ou mais tarde, acabam por utilizar. Devido a esta “obrigatoriedade de utilização” tornaram-se atraentes, pelo que o número de prestadores de serviços tem aumentado. São também serviços muito específicos, porque muitas vezes os tratamentos utilizados só demonstram resultados no longo prazo, ampliando a importância das instituições utilizarem outros itens, como por exemplo instalações e equipamentos modernos ou a cordialidade dos funcionários, para obter a satisfação do cliente desde o primeiro momento que utiliza a instituição e conseqüentemente a sua fidelidade. Tratam-se portanto de situações em que não só o resultado é importante, mas também o percurso até chegarmos a esse resultado. As situações de saúde/doença tornam também os clientes mais vulneráveis e como não possuem os conhecimentos necessários para entenderem os tratamentos que estão a ser efectuados, precisam de confiar nos serviços prestados, nos profissionais e na instituição.

No actual mundo empresarial, que se encontra cada vez mais competitivo e no qual os clientes estão mais conscientes das alternativas e elevam os padrões de serviço, surge a necessidade das instituições conhecerem, do ponto de vista dos clientes, quais os factores que os levam a optar e a manterem-se fieis às mesmas. As instituições passaram

a perceber a importância do cliente dentro da organização e voltaram as suas atenções para ele e não mais para o serviço que prestam. Esta tendência surgiu com o MR.

O Marketing tem-se assumido como uma força competitiva, auxiliando decisivamente no crescimento e desenvolvimento das organizações. Esta modalidade aplicada ao sector da saúde tem-se distinguido por proporcionar uma aproximação das instituições aos seus clientes-alvo. Sendo o sector da saúde tipicamente de prestação de serviços, o MR, inserindo-se na política de marketing de serviços, é um instrumento que as IS já não dispensam na operacionalização dos seus processos. O MR é um instrumento normal para o seu funcionamento, dada a importância e vantagens que carrega consigo, sendo claramente uma vantagem competitiva em relação à concorrência.

Os aspectos organizacionais do MR satisfazem a actual necessidade das instituições conhecerem melhor os seus clientes, tornando-os satisfeitos, fiéis e consequentemente rentáveis e também as exigências dos clientes, de serem bem atendidos, por uma empresa que sabe o que eles querem e que tem o serviço certo para lhes oferecer. Podemos concluir que o MR não existe se apenas fizer parte do departamento de marketing. O discurso de foco no cliente actualmente existe em todas as instituições. Mas foco no cliente está muito além das palavras, é necessária total dedicação de toda a instituição, desde a administração até aos funcionários da linha da frente. Neste sentido surge a fidelidade que se torna o caminho mais curto e a estratégia mais eficiente para se alcançar a tão desejada lucratividade. Existem numerosos autores que consideram a fidelização como a chave para a vantagem competitiva e uma solução para a sobrevivência e o crescimento das instituições.

Com o aumento da concorrência surge a necessidade de fidelizar os clientes, pois custa mais adquirir novos clientes, do que mantê-los. Os clientes fiéis são também uma boa forma de fazer boa publicidade num sector tão intangível, como é o sector da saúde, onde a recomendação dos clientes é importantíssima. É essencial que os gestores das instituições compreendam a natureza e dimensionalidade da fidelização, pois sem essa compreensão as instituições podem estar a identificar erradamente os clientes fiéis,

a recompensar os maus comportamentos dos clientes quando definirem programas de fidelização e a investir em aspectos que os clientes não consideram tão importantes.

Cabe à empresa ser cada vez mais criativa, ágil, inovadora e estrategista para se manter nesse mercado de concorrência acirrada, um mercado com certa instabilidade e que ainda poderá passar por muitas transformações. Neste sentido os gestores das instituições precisam identificar e entender quais são os verdadeiros factores, na perspectiva dos clientes, que os levam a escolher as IS e a continuar a utilizar os seus serviços. Assim podem melhorar os pontos fracos e conservar os pontos fortes da instituição, para que os clientes se mantenham fiéis e a instituição aumente a sua vantagem competitiva e consequentemente a sua lucratividade.

Este tipo de análise vai permitir aos gestores direccionarem melhor os seus recursos financeiros de forma a melhorarem as operações das IS naquelas áreas que têm maior importância na percepção dos clientes. Avaliar o nível do serviço prestado e compreender qual o impacto das diversas variáveis na prestação do serviço permite projectar eficientemente o processo de fornecimento de serviço. Mais ainda, o conhecimento das forças e fraquezas destas variáveis e a sua influência relativa pode resultar numa melhor distribuição de recursos. Embora a ideia de fornecer serviço adequado em todas as variáveis possa ser atractiva, falhar na hierarquização destes atributos pode levar a uma deficiente gestão dos recursos. Assim, é importante um serviço adequado em todas as variáveis com a possibilidade de definir quais as que requerem maior atenção. A implementação de qualquer estratégia que vise a melhoria e o desenvolvimento dos serviços deve ser precedida de uma perspectiva para conhecimento dos atributos que geram valor aos olhos do cliente, demonstrando a importância e o fundamento deste trabalho de investigação.

5.3. Limitações do Estudo e Futuras Investigações

A noção de que este estudo está longe de ser um trabalho acabado, e de que será uma ínfima contribuição para a investigação nesta matéria, permite ter consciência de que em futuras investigações poderão ser feitos aperfeiçoamentos e melhorias no

mesmo. No decorrer do estudo deparamo-nos com algumas limitações, que de uma forma ou de outra condicionaram a nossa investigação. A pesquisa efectuada foi de corte transversal, não permitindo acompanhar o relacionamento entre o cliente e a IS durante um período de tempo. Em investigações futuras deverá ser utilizado estudo longitudinal, tal como referem Anbori et al (2010) para acompanhar o relacionamento do cliente e da instituição durante um período de tempo.

Outra limitação encontrada prende-se com o tipo de amostragem utilizado. Como se trata de uma amostra não aleatória apenas podemos relacionar os nossos dados com a amostra em questão, não podendo extrapolar para a população em geral. Também o método adoptado, apesar de nos parecer o mais adequado para os objectivos do estudo, apresenta algumas limitações, pois não nos permite aprofundar as opiniões dos clientes sobre cada factor, limitando-se a responder sobre os que são apresentados no questionário e não permite acrescentar mais factores aos apresentados.

Outra limitação prende-se com a avaliação das variáveis em estudo apenas pela óptica do cliente, excluindo a perspectiva dos outros *stakeholders* envolvidos no processo. Em futuras investigações deveriam também ser abordadas estas perspectivas, tal como referem Eiriz et al (2010). Apesar de com este estudo termos dado um pequeno contributo para o conhecimento do processo do MR e fidelização dos clientes, o facto de não termos levado a cabo o estudo de todas as variáveis apontadas na literatura bem como as suas diversas ligações, também pode ser apontada como uma limitação. No nosso caso optamos por efectuar esse estudo sobre as variáveis e as suas ligações, que receberam maior consenso na literatura. Neste sentido, este trabalho poderá servir como ponto de partida para estudos futuros, onde se poderão estudar as restantes variáveis e suas ligações.

Apesar das limitações apresentadas, é importante destacar que a sua identificação não invalida as conclusões deste trabalho. A detecção destas limitações possibilita a identificação de oportunidades de investigação futura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreassen, T.W & Lindestad, B. (1998). The impact of Corporate Image in the Formation of Customer Loyalty. *Journal of Service Research*, 1 (1).
- Anbori, A., Ghani, S.N., Yadav, H., Daher, A.M. & Su, T.T. (2010). Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (4), 310-315.
- Antunes, J. & Rita, P. (2008). O Marketing Relacional como novo paradigma – Uma Análise Conceptual. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa: INDEG-ISCTE, VII (2), 36-46.
- Backer, T., Simpson, P. & Siguaw, J. (1999). The Impact of Suppliers' Perceptions of Reseller Market Orientation on Key Relationship Constructs. *Journal of Marketing Science*, 27 (1), 50-57.
- Berry, L. (1995). Relationship Marketing of Services – Growing Interest, Emerging Perspectives. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43 (4), 236-245.
- Berry, L. (2000). Cultivating Service Brand Equity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28 (1), 128-137.
- Berry, L. (2002). Relationship marketing of services – perspectives from 1983 and 2000. *Journal of Relationship Marketing*, I(1), 59-77.
- Bitner, M.J. (1995). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 54 (April), 69-82.
- Bloemer, J., de Ruyter, K. & Wetzels, M. (1999). Linking perceived service quality and service loyalty: a multi-dimensional perspective. *European Journal of Marketing*, 33, (11/12), 1082-1106.

- Bolton, R.N. & Drew, J.H. (1991). A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*, 17, 375-384.
- Butcher, K., Sparks, B. & O'Callaghan, F. (2001). Evaluative and relational influences on service loyalty. *International Journal of Service Industry Management*, 12 (4), 310-327.
- Buttle, F. (2001). Does service failure influence customer loyalty?. *Journal of Consumer Behavior*, 1 (3), 217-227.
- Campbell, T.T., Nicholson, J.D. & Kitchen, P.J. (2006). The Importance of Social Bonding and Loyalty: An Empirical Investigation within U.K. private Health Clubs. *Journal of Hospitality & Leisure marketing*, 14 (1), 49-72.
- Carmo, H., & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia de Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidades Aberta.
- Caruana, A. (2002). Service loyalty: The effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 36 (7/8), 811-828.
- Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Czepiel, J.A. (1990). Service Encounters and Service relationships: Implications for Research. *Journal of Business Research*, 20 (1), 13-21.
- Das, K. (2009). Relationship Marketing Research (1994-2006): An Academic Literature Review and Classification. *Marketing Intelligence & Planning*, 27 (3), 326-363.
- Dias, M.O. (2010). *Planos de Investigação: avançando passo a passo*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves.
- Dick, A.S. & Basu, K. (1994). Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22 (2), 99-113.

- Doyle, P. (2000). *Value-Based Marketing: Marketing Strategies for Corporate Growth and Shareholder Value*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Eiriz, V. & Figueiredo, J. (2005). Quality evaluation in health services based on the customer-provider relationship. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 404-412.
- Eiriz, V., Barbosa, N. & Figueiredo, J. (2010). A conceptual Framework to analyse hospital competitiveness. *Service Industries Journal*, 30 (3).
- Engel, J.F., Blackwell, R.D. & Miniard, P.W. (1995). *Consumer Behaviour* (8th edition). United State of America: The Dryden Press.
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, 56 (1), 6-21.
- Fortes P.A.C. (1998). *Ética e Saúde*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*, Trad. Nídia Salgueiro (3^a edição.). Loures: Lusociência.
- France, K. R. & Grover, R. (1992). What is the health care product?. *Journal of Health Care Marketing*, 12 (2), 31-38.
- Freixo, M.J.V. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gallo, P.R. & Moneken, S.F. (2006). Sistemas de informação de marketing no setor saúde: aplicabilidade do gerenciamento do relacionamento do cliente. *UNIrevista*, 3 (1).
- Gemme, E.M. (1997). Retaining Customers in a Managed Care Market. *Marketing Health Services*, 17 (3), 19-22.
- Gremler, D. D. & Brown, S. W. (1996). Service loyalty: its nature, importance and implications in Edvardsson, B., Brown, S. W., Johnston, R. & Scheuing, E. (Eds), *QUIS V: Advancing Service Quality: a Global Perspective*, ISQA, New York, p 171-81.

- Gronroos, C. (1990). Relationship Approach to the Marketing Function in Service Contexts: The Marketing and Organizational Behavior Interface. *Journal of Business Research*, 20, 3-12.
- Gronroos, C. (1995). Relationship Marketing: The Strategy Continuum. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 (4), 252-254.
- Gronroos, C. (1997). Value-Driven Relational Marketing: From Products to Resources and Competencies. *Journal of Marketing Management*, 13, 407-419.
- Gronroos, C. (1999). Relationship Marketing: Challenges for the Organization. *Journal of Business Research*, 46, 327-335.
- Gronroos, C. (2007). *Service management and marketing: Customer Management in Service Competition* (3th edition). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Gummerus, J., Liljander, V., Pura, M. & Riel, A. (2004). Customer loyalty to content-based Web sites: the case of an online health-care service. *Journal of Services Marketing*, 18 (3) , 175-186.
- Hart, C.W., Johnson, M.D. (1999). Growing the Trust Relationship. *Marketing Management*, 8-19.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2005). *A investigação por questionário* (2^a edição.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Huete, L. (1998). *Serviços & lucro*. Lisboa: Edições AESE.
- Jones, M.A. Mothersbaugh, D.L. & Beatty, S.E. (2000). Switching Barriers and Repurchasing Intentions in Service. *Journal of Retailing*, 76 (2), 259-274.
- Jones, T.O. & Sasser, W.E. (1995). Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*, 73 (6), 88-99.
- Kasper, H., Helsdingen, P. & Gabbott, M. (2006). *Services Marketing Management: A Strategic Perspective* (2nd edition). England: John Wiley & Sons, Ltd.

- Kotler, P. & Armstrong, G. (2000). *Introdução de Marketing* (4ª edição). São Paulo: LTC.
- Kramer, R.M. (1999). Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-98.
- Lam, S.Y., Shankar, V. Erramilli, M.K. & Murthy, B. (2004). Customer Value, Satisfaction, Loyalty and Switching Costs: An Illustration from a Business-to-Business Service Context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32 (3), 293-311.
- Lewis, B.R. & Soureli, M. (2006). The antecedents of consumer loyalty in retail banking. *Journal of Consumer Behaviour*, 5, 15-31.
- Lim, C. & Tang, N.K.H. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health care Quality Assurance*, 13(7), 290-299.
- Lovelock, C. & Writz, J. (2006). *Marketing de Serviços: Pessoas, Tecnologia e Resultados* (5ª edição.). São Paulo: Prentice Hall.
- Lucas, R.W. (2009). *Customer Service: Skills for Success* (4th edition). McGraw-Hill International Edition: New York.
- Lukosius, V. Aguirre, G. & Joonas, K. (2010). The Relation Between Relationship Marketing and Customer Loyalty in Health Organizations – *Proceedings of the Annual Meeting of the Association Collegiate Marketing Educators*.
- Magalhães, M. R. A., Crnkovic, L. H. & Moretti, S. L. A. (2009). Importância do Marketing de Relacionamentos para a melhoria do atendimento e da vantagem competitiva nos serviços médicos privados. *REMark – Revista Brasileira de Marketing*, 8 (1), 63-83.
- Marque, A. & Coelho, A. (2004). Os antecedentes da confiança e do compromisso relacional. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. 6 (14).

- Mittal, B. & Lassar, W.M. (1998). Why do customers switch? The dynamics of satisfaction versus loyalty. *The Journal of Services Marketing*, 12 (3), 177-194.
- Moliner, M.A. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, 20 (1), 76-97.
- Morgan, R. M. & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38.
- Naidu, G.M., Parvatiyar, A., Sheth, J.N. & Westgate, L. (1999). Does Relationship Marketing Pay? An Empirical Investigation of Relationship Marketing Practices in Hospitals. *Journal of Business Research*, 46, 207-218.
- Oliver, R.L. (1999). Whence Consumer Loyalty?. *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a Multi-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-36.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58 (1), 111-124.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para as Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Reichheld, F. & Sasser, W.E. (1990). Zero Defections: Quality Comes to Services. *Harvard Business Review*, 68 (5), 105-111.
- Reynolds, K. & Beatty, S. (1999). Customer benefits and company consequences of customer-salesperson relationships in retailing. *Journal of Retailing*, 75 (1).
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Ruyter, K. & Wetzels, M. (1998). On the Relationship between Perceived Service Quality, Service Loyalty and Switching Costs. *International Journal of Service Industry Management*, 9 (5), 436-453.
- Saias, L. (2007). *Marketing de serviços: qualidade e fidelização de clientes*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Sharma, D., Lucier, C. & Molloy, R. (2002). Um novo relacionamento: a simbiose. *HSM Management, Barueri*, 35,102-110.
- Sheth, J.N. & Parvatiyar, A. (1995). The Evolution of Relationship Marketing. *Internacional Business Review*, 4, 397-418.
- Shoemaker, S. & Lewis, R.C. (1999). Customer loyalty: the future of hospitality marketing. *Hospitality Management*, 18, 345-370.
- Singh, J. & Sirdeshmukh, D. (2000). Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgements. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28 (1), 150-167.
- Taner, T. & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital cure service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19 (2).
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação e avaliação em educação*. (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Uncles, M.D., Dowling, G.R. & Hammond K. (2003). Customer loyalty and customer loyalty programs. *Journal of Consumer Marketing*, 20 (4), 294-316.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (1996). *Services Marketing*. New York: McGraw-Hill.

ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)

QUESTIONÁRIO

Exmo Sr. Utente

Sou aluna do Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde da Universidade do Minho e encontro-me a realizar uma tese de mestrado com o objectivo de compreender quais os factores que afectam a fidelização dos clientes às instituições de saúde. De forma a poder concretizar este estudo necessito da sua colaboração no preenchimento deste questionário. As respostas a este questionário são anónimas e confidenciais, sendo sujeitas posteriormente a um tratamento estatístico. Para que o nosso estudo seja o mais fiel possível solicitamos que responda com sinceridade e rigor às questões apresentadas.

Ana Raquel da Costa Esteves
(Mestranda do MGUS)

Na resposta a este questionário gostaríamos que se reportasse à sua experiência com uma instituição de saúde (IS) à qual recorreu pelo menos uma vez no último ano. Ao longo do questionário vamos denominar a instituição de saúde de ISA. Por favor responda a este questionário se tiver mais de 18 anos, senão a sua colaboração fica por aqui, muito obrigada.

1. Nos últimos 12 meses (1 ano) quantas vezes frequentou a ISA?

- 1 a 3 vezes 7 a 9 vezes Mais de 12 vezes
 4 a 6 vezes 10 a 12 vezes

2. De forma a avaliarmos a sua fidelidade, por favor indique, assinalando com um circulo, o grau de concordância relativamente aos seguintes itens.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
Recomendo a <i>ISA</i>	1	2	3	4	5
Encorajo amigos e família a adquirirem serviços da <i>ISA</i>	1	2	3	4	5
Pretendo continuar a utilizar os serviços da <i>ISA</i> nos próximos anos	1	2	3	4	5
Falo positivamente acerca da <i>ISA</i> a outras pessoas	1	2	3	4	5
Considero-o a minha primeira escolha quando necessito de serviços de saúde	1	2	3	4	5
É o primeiro lugar que considero quando preciso de cuidados de saúde	1	2	3	4	5

3. Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer instituição de saúde, por favor indique, assinalando com um círculo, qual a probabilidade de voltar a escolher a ISA na próxima vez.

Muito improvável	Improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
1	2	3	4	5

4. Considerando a sua experiência do serviço prestado pela ISA, por favor avalie a qualidade global do serviço prestado, assinalando a sua escolha com um círculo.

Muito má	Má	Parcialmente boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

5. Considerando toda a sua experiência com o serviço da ISA, por favor assinale com um círculo o número que identifica o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes itens.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Parcialmente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Os serviços prestados correspondem às minhas expectativas	1	2	3	4	5
Satisfazem as minhas expectativas como a instituição de saúde ideal	1	2	3	4	5
Rapidez do serviço	1	2	3	4	5
Fornecimento de informações	1	2	3	4	5
Simpatia dos funcionários	1	2	3	4	5
Confiança no serviço prestado	1	2	3	4	5
Competência dos funcionários	1	2	3	4	5
Confiança na instituição e nos funcionários	1	2	3	4	5
Variedade dos serviços prestados	1	2	3	4	5
Estou totalmente satisfeito com os serviços prestados pela ISA	1	2	3	4	5

6. Considerando a sua experiência com o serviço da ISA, por favor assinale com um círculo, o número correspondente ao seu grau de concordância relativamente aos seguintes itens.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
Apresenta boas instalações e equipamentos modernos	1	2	3	4	5
Apresenta instalações limpas, um ambiente confortável e bem sinalizado	1	2	3	4	5
Os médicos/funcionários apresentam uma aparência limpa e profissional	1	2	3	4	5
Apresenta folhetos informativos sobre os serviços	1	2	3	4	5
Há privacidade durante o tratamento	1	2	3	4	5
Os serviços são prestados em tempo útil	1	2	3	4	5
Os serviços são realizados logo à primeira vez	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
Os médicos/funcionários são profissionais e competentes	1	2	3	4	5
A <i>ISA</i> recupera rápida e gratuitamente a perda de documentos/exames	1	2	3	4	5
Apresenta preços aceitáveis	1	2	3	4	5
Apresenta rapidez na marcação de consultas/exames ou cirurgias	1	2	3	4	5
Os médicos/funcionários são responsáveis	1	2	3	4	5
A atitude dos médicos/funcionários transmite confiança aos utentes	1	2	3	4	5
O tempo de espera não é superior a uma hora	1	2	3	4	5
Os médicos/funcionários são amigáveis e simpáticos	1	2	3	4	5
Os médicos possuem um vasto conhecimento	1	2	3	4	5
Os utentes são tratados com dignidade e respeito	1	2	3	4	5
Os médicos prestam as informações completas aos utentes	1	2	3	4	5
A <i>ISA</i> obtém feedback dos utentes	1	2	3	4	5
Apresenta um horário adequado	1	2	3	4	5
Médicos/funcionários têm em atenção os melhores interesses dos utentes	1	2	3	4	5
Médicos/funcionários compreendem as necessidades específicas dos utentes	1	2	3	4	5
Existem parques de estacionamento adequados	1	2	3	4	5
O local está facilmente acessível	1	2	3	4	5
A <i>ISA</i> apresenta preços coerentes com os serviços prestados	1	2	3	4	5

7. Considerando toda a sua experiência com o serviço da *ISA*, por favor assinale com um círculo, o número correspondente ao seu grau de concordância relativamente aos seguintes itens.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
Sinto-me emocionalmente ligado à <i>ISA</i>	1	2	3	4	5
Sinto que tenho um compromisso com a <i>ISA</i>	1	2	3	4	5
A minha relação com a <i>ISA</i> tem um significado pessoal	1	2	3	4	5
Sinto que consigo confiar na <i>ISA</i>	1	2	3	4	5
Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras com a <i>ISA</i>	1	2	3	4	5
Acredito que a <i>ISA</i> tem em atenção os meus melhores interesses	1	2	3	4	5

DADOS DEMOGRÁFICOS

8. Sexo Feminino Masculino

9. Idade 18 a 29 anos 40 a 49 anos 60 a 69 anos
 30 a 39 anos 50 a 59 anos Mais de 70 anos

10. Nível de escolaridade concluído

1º Ciclo do Ensino Básico incompleto (1-4º ano)/Primária Ensino Secundário (10-12ª ano)
 1º Ciclo do Ensino Básico (1-4º ano)/Primária Bacharelato/Licenciatura
 2º Ciclo do Ensino Básico (5-6º ano) Mestrado/Doutoramento
 3º Ciclo do Ensino Básico (7-9ºano)

11. Número de pessoas que compõem o agregado familiar _____

12. Rendimento mensal do agregado familiar

Até 499 euros De 1000 a 1999 euros De 3000 a 3999 euros
 De 500 a 999 euros De 2000 a 2999 euros Mais de 4000 euros

13. Qual a sua profissão? _____

14. A ISA situa-se Zona Urbana Zona Rural

15. No decorrer do preenchimento deste questionário referiu-se a uma instituição de saúde, indique qual o tipo de instituição.

Hospital Misericórdia Clínica Privada Centro de Saúde Outro _____

16. Sou fiel à ISA porque _____

17. Qual o nome da instituição sobre a qual preencheu este questionário (facultativo)

Por favor utilize este espaço para colocar qualquer comentário que considere relevante em relação e este estudo

Muito obrigada pela sua colaboração

FIM