



Frederico Paulo Saraiva de Albuquerque Assunção

A LEALDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Estudo Comparativo Entre Hospital Público e Hospital Privado

Dissertação de Mestrado em Gestão

Orientador: Professor Doutor Arnaldo Fernandes de Matos Coelho

2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Frederico Paulo Saraiva de Albuquerque Assunção

A LEALDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Estudo Comparativo Entre Hospital Público e Hospital Privado

Dissertação de Mestrado em Gestão Apresentada à Faculdade de Economia da

Universidade de Coimbra

Orientador: Professor Doutor Arnaldo Fernandes Matos Coelho

Coimbra, 2017

Ao Meu Irmão

Tenho saudades. Mas sei que estás sempre presente pois tenho-te sempre comigo no pensamento, mas sobretudo no coração.

Amo-te Manel.

Agradecimentos

Às minhas duas meninas por serem o meu orgulho e a minha maior fonte de felicidade. AMO-VOS IMENSO.

Aos meus Pais, por TUDO, não há palavras... Aquilo que sou de bom devo-o a eles. Um EXEMPLO claramente intangível.

À Cláudia, a mulher que felizmente encontrei e me faz muito feliz. Foste uma ajuda e um apoio imprescindível em todo este caminho. Por mim, caminharemos sempre lado a lado.

À minha Tia, pela presença, apoio e amor.

Ao Professor Doutor Arnaldo Coelho por toda a disponibilidade, orientação e conhecimento que me transmitiu. Por toda a ajuda, paciência e apoio, mas sobretudo pela amizade. Um amigo para a vida.

A todos os meus verdadeiros amigos.

A todos os meus colegas de trabalho, sobretudo ao Nuno e à Cristina, pelo companheirismo, apoio e amizade.

Muito Obrigado.

RESUMO

Tendo em conta o crescimento galopante do mercado privado da prestação de cuidados de saúde em Portugal, edificámos um estudo que teve como principal foco a definição dos fatores determinantes para a construção da lealdade de um cliente para com uma instituição de saúde, onde existisse uma clara separação entre o cliente do setor público e o cliente do setor privado.

A operacionalização de todo este processo teve como referência dois hospitais, um público e um privado, na mesma área geográfica de modo a que os nossos resultados não fosse deturpados pela existência de desigualdades fruto das características e vicissitudes demográficas que cada região apresenta.

Foram recolhidas 451 observações, 239 no setor público e 212 no setor privado. Os dados destas observações proveem aplicação de um questionário previamente testado. Utilizou-se a modelagem de equações estruturais para testar as hipóteses formuladas.

Com base na literatura consultada, construímos um modelo conceptual, onde a satisfação e a confiança assumem um papel de enorme relevo em todo este processo.

Constatámos em simultâneo que o Word of Mouth positivo é uma consequência praticamente automática, fruto da satisfação, da confiança e posteriormente da lealdade de um cliente.

Concluímos também que a focalização de toda a estratégia empresarial no cliente, através do Marketing Relacional é, cada vez mais um fator diferenciador que promove a conquista de uma forte vantagem competitiva.

Consideramos também este estudo como sendo relevante porque, entre outros aspetos, compara o processo de lealdade entre os hospitais públicos e privados, para além de estabelecer a cadeia de efeitos que conduzem à lealdade, com a mediação da satisfação e da confiança.

Palavras Chave: Lealdade, Marketing Relacional, Satisfação, Confiança, Saúde.

ABSTRACT

Taking into account the enormous growth of the private health care market in Portugal, we built a study whose main focus was defining the determining factors responsible for the creation of a client's loyalty to a health institution, where public and private sector customer were clearly apart.

This investigation is based on the example of two hospitals as a reference, one public and one private, in the same geographical area, to avoid the results being misrepresented by the existence of inequalities, due to each region's characteristics and demographic vicissitudes.

451 observations were collected, 239 in the public sector and 212 in the private one. Data was collected from a previously tested structured questionnaire. Structural equation modeling was used to test the hypotheses formulated.

Based on the literature review, it was built a conceptual model, where satisfaction and trust play an important role. We realized that the positive Word of Mouth is virtually an automatic consequence, the result of customer satisfaction, trust, and later loyalty.

Also concluded that focusing all business strategy in the customer, through Relational Marketing, is an increasingly differentiating factor that promotes the achievement of a strong competitive advantage.

Finally, we think this study is relevant because, among other aspects, it compares the process of loyalty between public and private hospitals, in addition to the establishment of the chain effects that leads to loyalty, through the mediation of satisfaction and trust.

Keywords: Loyalty, Relational Marketing, Satisfaction, Trust, Health.

ÍNDICE

Resumo	i
Abstract	ii
Índice	iii
Capítulo I – Enquadramento Geral	1
1.1 Introdução	1
1.2 Objetivo Principal da Investigação	3
1.3 Relevância do Tema	4
1.4 Estrutura do Trabalho	5
Capítulo II – Revisão da Literatura	7
2.1 A Lealdade	7
2.1.1 Fases da Formação da Lealdade	10
2.1.2 Benefícios da Lealdade	12
2.1.3 Custos da Não Lealdade	15
2.1.4 Processo de Retenção de Clientes	15
2.1.5 A Lealdade no Setor da Saúde	19
2.2 Do Marketing Tradicional ao Marketing Relacional	21
2.2.1 Marketing relacional	23
2.2.2 A Alteração do Paradigma. Rumo ao Marketing 3.0	25
2.2.3 Benefícios do Marketing Relacional na Área da Saúde	27
2.3 A Economia da Saúde	29

2.3.1 Os Limites da Economia da Saúde	29
2.3.2 Análise Económica do Setor da Saúde	32
2.3.3 O Setor da Saúde em Portugal	35
2.3.4 A Concorrência no Setor da Saúde	38
2.4 Determinantes da Lealdade	39
2.4.1 Determinantes Mediadores	41
2.4.1.1 Satisfação	41
2.4.1.2 Confiança	43
2.4.2 Os Antecedentes da Lealdade	45
2.4.2.1 Word of Mouth Received	45
2.4.2.2 Participação e Relacionamento	46
2.4.2.3 Personal Expertise	48
2.4.2.4 Tempo de Espera	50
2.4.2.5 Valor Social	52
2.4.2.6 Custos Financeiros	53
2.4.2.7 Custos Não Financeiros	55
2.4.2.8 Custos de Mudança	55
2.5 A Transmissão de WOM como Consequência da Lealdade	58
2.6 A Intenção de Mudança	60
2.7 Conclusão	62
Capítulo III – Quadro Concetual	63
3.1 Objetivos da Investigação	63

3.2 Modelo de Investigação	64
3.3 Hipóteses da Investigação	65
3.4 Síntese Conclusiva	67
Capítulo IV – Metodologia	69
4.1 Escala e Operacionalização das Variáveis	69
4.1.1 Escala	69
4.1.2 Operacionalização das Variáveis	70
4.2 Seleção da População e Amostra	74
4.3 Método de Recolha de Dados	75
4.4 Questionário	76
4.4.1 Pré-Teste	76
4.5 Inserção de dados no Software Estatístico e Verificação de Erros	77
4.6 Caracterização da Amostra	77
4.7 Análise estatística dos Dados	81
4.7.1 Análise Fatorial Exploratória	82
4.7.2 Constituição Final das Variáveis	83
4.8 Análise Fatorial Confirmatória	84
4.8.1 Análise da Qualidade de Ajustamento do Modelo	85
4.8.1.1 Fiabilidade de Medida de cada Indicador	87
4.8.1.2 Fiabilidade de cada Variável Latente	91
4.8.1.3 Variância Média Extraída	91
4.9 Conclusão	92

Capítulo V – Resultados dos Estudos Empíricos	93
5.1 Análise Descritiva das Variáveis	93
5.2 Resultados	94
5.3 Testes de Hipótese	96
5.4 Discussão dos Resultados	98
5.5 Síntese Conclusiva	108
Capítulo VI – Conclusões	109
6.1 Contribuições Académicas	110
6.2 Contribuições Práticas	111
6.3 Limitações da Investigação	112
6.4 Novas Linhas de Desenvolvimento da Investigação	113
Bibliografia	115

ÍNDICE DE TABELAS

T1 Matriz da Lealdade de um Cliente	20
T2 Custos de Seleção	64
T3 Custos de Ativação	65
T4 Custos de Construção	65
T5 Custos de Forma	65
T6 Custos Psicológicos	65
T7 Custos de Oportunidade	65
T8 Custos de Retorno	66
T9 Divisão da Amostra	85
T10 Distribuição de Sexos	86
T11 Distribuição do Estado Civil	86
T12 Distribuição da Idade	87
T13 Distribuição das Profissões	87
T14 Distribuição dos Níveis de Escolaridade	88
T15 Distribuição dos Agregados familiares	88
T16 Distribuição dos Rendimentos de Agregados Familiares	89
T17 Interpretação dos Valores do Índice KMO	90
T18 Interpretação dos Valores do Alpha de Crombach	91
T19 Testes de Adequação da Matriz	91
T20 Model FIT da CFA após Análise dos Índices	93
T21 Escala de Ajustamento de Marrocô	94
T22 Resultados CFA por Indicador	96

T23 Desvio Padrão, Matriz de Correlações e Alpha de Cronbach – CFA	100
T24 Análise Descritiva	101
T25 Resultados dos Testes de Hipótese	105

ÍNDICE DE FIGURAS

F1 Modelo Concetual de Investigação	73
F2 Modelo de Medidas	95
F3 Modelo Estrutural	104

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO GERAL

Neste capítulo, faremos uma breve nota introdutória, designaremos o nosso objetivo principal de estudo, bem com a relevância que esta temática tem nos dias de hoje, finalizando com uma pequena súmula referente à organização e estrutura deste trabalho.

1.1 Introdução

Nos dias de hoje, o setor da saúde ocupa, a vários níveis, um lugar de destaque na nossa sociedade. Com uma tônica de crescimento e projeção acentuada, com maior destaque sensivelmente a partir dos anos noventa, a definição e conceito de “Economia da Saúde” tem ganho cada vez mais peso, autonomia e preponderância dentro de todo o grande espectro global que é a Economia.

Segundo Motta (2015), para lidar com um campo tão complexo e com tantas vertentes, são adotadas diversas teorias sobre a gestão em saúde. Teorias às quais, sem dúvida, passam por distintas concepções do que é saúde, sujeito, coletivo, instituição, trabalho em saúde, público, privado, estado e sociedade.

Para além deste crescimento efetivo, este é um ramo da Economia que acarreta consigo particularidades especiais que obrigatoriamente requerem um enormíssimo sentido de responsabilidade. Como é de pessoas e do seu bem-estar que estamos na globalidade a falar, este setor, implica necessariamente que se tenha particular atenção à qualidade do serviço prestado, indo desde o plano das interações pessoais, à qualidade dos equipamentos, aos custos, tempo de espera, etc.

Entretanto temos que ter em elevada linha de consideração que a definição de qualidade do serviço é algo de difícil definição pois, segundo Negricea e Avram (2012), é algo que não pode ser medido e contabilizado através do uso de características objetivas, visto que se trata de um termo representativo de uma percepção individual, que é simultaneamente intangível e amplamente subjetiva.

Diversos autores referenciam também que a qualidade do serviço, devido à percepção individual que envolve unitariamente cada um dos utilizadores, está diretamente

relacionada com o sentimento de satisfação do cliente. Este sentimento de satisfação está, segundo Marcos et al (2012), intrinsecamente relacionado com as percepções emotivas oriundas de uma qualquer experiência de consumo. Dessa forma, podemos considerar a qualidade do serviço, associada aos níveis de satisfação percebidos pelo cliente são, de acordo com Júnior e Bornia (2011), uma importante variável de sobrevivência e conquista de mercado.

No caso mais específico e concreto do mercado Português, o SNS (Sistema Nacional de Saúde), ocupa um lugar de primeiro plano destacadíssimo de todos os outros players, no quadro das prestações de cuidados na área da saúde. Contudo, tem sido notório o aumento sequencial de atividade (consultas, exames, cirurgias, etc.) dos players que se encontram fora da gestão pública.

Deste modo, mesmo mantendo as suas posições hierárquicas de quota de mercado, este sector, está a sofrer alterações de relevância assinalável. O Estado tem recuado e diminuído a sua participação, sendo compensado por uma cada vez mais forte e voraz presença de capital e empresas privadas.

Segundo Dinis (2008), esta evolução tem potenciado um crescente índice de inovação, que é promovido pela constante abertura de novos hospitais e clínicas privadas. Assim, a evolução destas empresas no mercado, pode e deve ser considerado como a consequência direta do desenvolvimento que esta área da prestação de cuidados de saúde tem efetivamente demonstrado.

Esta aposta cada vez mais vencedora dos operadores privados no mercado da saúde e da prestação de cuidados médicos, tem potenciado um acréscimo dos níveis de competitividade. Segundo Dinis (2008), este aumento da concorrência, torna-se visível devido ao aumento das oportunidades de negócio e à procura constante de melhorias significativas ao nível da inovação de tecnologias, equipamentos e infraestruturas.

Tendo por base este aumento significativo da concorrência, aliado ao facto de o cliente ter cada vez uma maior facilidade de acesso a informação, que o torna bastante mais exigente, dá origem a que cada vez mais este seja o centro de todo este vasto mercado. A relação que existe entre a instituição e o seu cliente é considerada como sendo algo de extrema importância e valor, onde o Marketing Relacional é um dos atores principais. É

fundamental que se estabeleçam relações consistentes e duradouras, visto que *“a lealdade de um cliente é muito mais vantajosa para a instituição do que despender recursos na conquista de novos clientes”* (Berry, 2002).

Segundo Demo et al (2015) o marketing de relacional ajuda as empresas na gestão efetiva das interações com os consumidores, auxiliando-a entender as suas necessidades, estabelecendo dessa forma com eles um relacionamento de longa duração

Assim sendo, podemos assumir a lealdade de um cliente com vetor essencial para a criação de verdadeiros laços que promovam relações de longo curso, visto que só assim, se conseguem atingir objetivos competitivos, de lucro, crescimento e sustentabilidade num mercado tão específico como este.

Associados à lealdade sugerem os programas de fidelização que muitas empresas operacionalizam e que, segundo Rocha et al (2015), têm como o principal objetivo aumentar o nível de retenção dos clientes.

É importante ressaltar, que este é um mercado com características muito específicas e únicas, onde os agentes económicos que nela atuam com fins lucrativos têm de ser agentes racionais e de equilíbrios. Se é um facto que a maximização dos resultados e dos lucros é o objetivo fundamental, nunca podemos esquecer que o bem-estar dos clientes, associado a matrizes e valores morais da sociedade, são padrões que nunca poderão ser esquecidos e deixados para uma segunda linha de atenção.

1.2 Objetivo Principal da Investigação

Como já foi anteriormente referido, uma das principais preocupações das instituições, independentemente das suas características e tipologia, é a criação de relacionamentos de longa duração com os seus clientes, fidelizando-os, criando-lhes fortes e sólidos laços de lealdade.

Assim sendo, este estudo tem como principal objetivo, a análise da lealdade e dos seus antecedentes, dos clientes às instituições de saúde, verificando quais as principais

diferenças entre os clientes de hospitais públicos e privados, bem como a transmissão de WOM como consequência dessa lealdade.

1.3 Relevância do Tema

Com taxas de crescimento anuais muito acentuadas, o setor privado das instituições prestadoras de serviços de saúde, tem assumido um papel de maior relevo na nossa sociedade, proporcionando um crescente leque de oportunidades de escolha, entre os serviços de saúde públicos e privados.

A esta cada vez maior capacidade de escolha não podemos ignorar, evidentemente, o constante e cada vez mais facilitado acesso às diversas formas de informação, bem como, ao crescente mercado dos seguros e subsistemas de saúde o que, tendencialmente, vai promovendo uma maior aproximação dos custos financeiros de uso e utilização dos serviços em análise.

Esta situação é igualmente potenciadora de um aumento significativo do grau de exigência perante a prestação de um determinado serviço de saúde, ao qual está também diretamente associada uma cada vez maior preocupação, que a generalidade da população demonstra perante o seu próprio estado de saúde. Esta alteração paradigmática origina simultaneamente um nível cada vez mais elevado das necessidades de saúde que os clientes apresentam, às quais, por motivos óbvios, as instituições de saúde não podem desperdiçar.

Então, fruto do já referenciado aumento das oportunidades de escolha, as instituições privadas prestadoras de cuidados de saúde, têm o seu foco cada vez mais orientado para o cliente, numa lógica de fidelização e construção de relacionamentos comerciais fortes e duradouros. Contudo, fruto das novas diretrizes, paradigmas e condicionantes que se apresentam à sua gestão, as unidades de saúde públicas não podem ser ultrapassadas nem ficaram num segundo plano de competitividade, visto que têm necessariamente de se integrar no vasto mercado da prestação de cuidados de saúde, também como um player e um concorrente.

Assim, a construção destes relacionamentos tem como ferramenta essencial o marketing relacional, onde o cliente é visto segundo a sua própria unicidade, não sendo apenas mais uma parcela de uma equação de somar ou subtrair. O cliente é o centro de toda a estratégia e ação empresarial, onde a criação de laços de lealdade para com a organização é a sua principal vantagem competitiva.

Deste modo, fruto também da escassez de investigações nesta área específica, o estudo concreto, em situação real, dos fatores determinantes que alavancam a criação destes laços comerciais no setor da saúde em Portugal é, no nosso entender, de uma acentuada e forte relevância, acompanhando uma nova tendência e maior capacidade de escolha, no mercado da prestação de cuidados de saúde.

1.4 Estrutura do Trabalho

Neste ponto faremos uma abordagem sumária à estrutura deste trabalho.

Esta dissertação é composta por seis capítulos diferenciados para além da respetiva bibliografia e informação anexa.

Deste modo, apresentamos:

Capítulo I: há uma abordagem introdutória à investigação, definem-se os objetivos, a relevância do tema e a estrutura da dissertação.

Capítulo II: apresentamos a revisão da literatura, com o propósito de definir e aprofundar os conhecimentos sobre todos os conceitos aqui presentes.

Capítulo III: aqui é apresentado o quadro concetual da investigação, onde diferenciamos os objetivos principais dos restantes objetivos setoriais, onde apresentamos o nosso modelo de investigação e onde plasmamos de forma ordenada as nossas hipóteses (já explicadas no capítulo anterior).

Capítulo IV: neste capítulo definimos a linha metodológica com que edificámos a nossa investigação, bem como, a análise estatística dos dados e a análise fatorial confirmatória.

Capítulo V: neste capítulo apresentámos e posteriormente discutimos os resultados, fruto da aplicação do nosso modelo de investigação.

Capítulo VI: aqui foram definidas as nossas conclusões, assim como, as contribuições práticas e académicas obtidas na execução desta investigação. As limitações e respetivas sugestões para linhas de continuidade para este estudo, também foram aqui apresentadas

CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo vai ser apresentar uma análise teórica, não só do objeto de estudo, mas também de todas as variantes contextuais que o circundam.

2.1 A Lealdade

O conceito de lealdade tem crescido e evoluído lado a lado com o desenvolvimento conceptual do marketing, ao ponto de muitos autores a considerarem como uma das suas componentes mais importantes e determinantes, isto porque a lealdade e tudo o que a este conceito se associa é tido, pela maior parte das organizações, como um dos pilares de sustentabilidade de um negócio.

Muito embora este estudo se focalize na lealdade dos clientes associada a serviços de saúde, é importante aprofundar a génese e a significância do conceito lealdade, num sentido mais abrangente, para que se possa inferir e explanar a sua importância na vitalidade, sustentabilidade e rentabilidade das organizações.

A lealdade é o objetivo número um do marketing relacional, havendo inclusivamente, a forte convicção de que é uma ferramenta indispensável para a implementação de uma estratégia que permita às empresas a obtenção de verdadeiras vantagens competitivas, que por sua vez, se refletem na sua própria rentabilidade.

O aumento cada vez mais voraz e feroz da concorrência, independentemente do mercado a que nos referimos, oferece ao consumidor um infindável leque de opções de escolha, não só ao nível dos produtos e/ou serviços, mas também a fatores importantes como o preço, prazos de entrega, qualidade do produto e/ou serviço, etc. A estes fatores, segundo Oliveira et. al. (2010), temos de associar em simultâneo um conjunto cada vez mais apertado de obrigações fiscais (essencialmente ligadas à segurança do consumidor) e à crescente evolução das necessidades e expectativas do consumidor, que requerem das organizações, um tratamento cada vez mais atencioso e único, aliado a um controlo do preço praticado e a todos os condicionantes do processo posterior à compra. Assim, são muitos os autores, que definem e consideram a lealdade e a

fidelição de um cliente, como sendo uma necessidade económica e competitiva da própria empresa.

Deste modo, podemos considerar que a lealdade de um cliente representa uma base de desenvolvimento de vantagens competitivas importantíssima, sendo que esta se conquista individualizando e orientando a ação para a relação com o cliente, que por sua vez, promoverá a obtenção de resultados satisfatórios para ambas as partes.

Para o desenvolvimento do marketing relacional, Berry (2002) definiu vários vetores estratégicos, onde o processo de lealdade é orientado segundo o princípio da individualização da relação que o prestador de serviços tem com o seu cliente, dando origem a que ambos obtenham o resultado que esperam desta relação.

Olhando para a proveniência etimológica da palavra fidelidade, de acordo com a definição plasmada nos Dicionários Académicos da Porto Editora (2000), podemos constatar que fidelidade vem de fidelitas (atis), que quer dizer fidelidade; constância. Fidelis (e), adjetivo que quer dizer fiel, leal, firme, sincero, sólido ou durável; amicus fidelis; amigo fiel; amicitia fidelis, amizade sincera. Deste modo, com base nesta definição, podemos catalogar os conceitos de fidelidade e lealdade como sinónimos, conferindo-lhes um elevado grau de semelhança no sentido daquilo que representam.

A lealdade é, segundo Oliver (1999), a continuidade de uma relação que se criou entre a organização e os seus clientes, sempre alinhavada numa lógica de conhecimento mútuo, imperiosa para a criação e posterior manutenção de relações comerciais de longa duração entre as duas partes, olhando o cliente para a satisfação das suas necessidades e expectativas, enquanto a organização consegue que este tenha uma elevada participação no seu volume de trocas comerciais, potenciando assim, a maximização das suas receitas.

Lovelock & Writz (2006) referem que a lealdade de um cliente tem por base a sua predisposição continuada para prestigiar uma empresa no longo prazo, comprar e utilizar os seus bens e serviços repetidamente, de preferência com exclusividade, e recomendando os seus produtos a outras pessoas.

Inicialmente, os primeiros estudos efetuados sobre a lealdade, analisavam e ponderavam aquilo que era exclusivamente observável, abordando o conceito apenas segundo uma perspectiva comportamental que envolvia a compra de um produto ou serviço de forma repetida e avaliada segundo critérios relacionados com a sequência de recompra, a recomendação, etc. Assim, tudo isto se pode traduzir na construção de uma relação íntima de recompra do bem ou serviço, de forma consistente e continuada no futuro.

Para autores como Jacoby e Kyner (1973), a lealdade é apenas um processo comportamental, tido de forma não aleatória, e que se expressa através do tempo. Lam et al (2004) define a lealdade de um cliente, como uma construção com duas dimensões distintas: a intenção clara de recompra e a recomendação do bem ou serviço a outros compradores.

Todavia, segundo Bloemer et. al. (1998), esta análise puramente comportamental é facilmente criticável, pois não distingue a verdadeira lealdade da lealdade espúria que, por exemplo, pode ter a sua origem na ausência de outras soluções ou alternativas consideradas eficazes por parte do cliente. Aqui, uma ausência de suporte conceptual, apresentando uma visão demasiado curta e apertada daquilo que é um processo dinâmico. Este comportamento, observável numa lógica puramente comportamental, pode também ser o reflexo da existência de barreiras de troca de fornecedor e/ou elevados custos de troca.

Autores como Dick & Basu (1994) criticam esta visão unidimensional, de origem exclusivamente comportamental, que é dada à lealdade. Aceitam-na como sendo uma componente essencial do conceito, mas associam-lhe também uma vertente atitudinal que enfatiza o grau de comprometimento que o cliente cria com o produto ou serviço e a sua tendência e disposição intrínseca para refletir de forma constante o ato de recompra.

Esta evolução do conceito torna-o mais complexo, mas simultaneamente, mais resistente à mudança, visto que se estabelece um compromisso maior e mais afetivo, na lógica comportamental e atitudinal, que torna o cliente mais resistente à mudança

apesar da existência de possíveis influências externas e fortes atividades de marketing por parte de organizações concorrentes.

Este conceito é aquele que é considerado como sendo o conceito da verdadeira lealdade, isto porque espelha a decisão racional de repetição de compra, associada a uma atitude positiva que potencia o grau de comprometimento para com o produto e/ou serviço.

Há ainda a referir a vertente cognitiva, como sendo outra componente da lealdade. Lee e Trail (2011), defendem a lealdade como sendo um processo contruído de forma consciente e racional, definindo assim a tomada de decisão sobre a recompra de um produto e/ou serviço como sendo um processo cognitivo.

Segundo Gemme (1997), a lealdade de um cliente é um ato reflexo desse mesmo cliente para com a organização que lhe criou valor. É visto como uma forma de recompensa pela satisfação para com a sua atuação. O autor, define como o primeiro passo para o processo de lealdade e fidelização dos clientes, a determinação das suas expectativas, sendo que se os clientes acreditarem de forma sincera e credível que a organização se preocupa realmente com os seus verdadeiros interesses e necessidades, estes irão regressar de forma frequente a essa mesma organização.

Segundo Zeithaml & Bitner (1996), a lealdade dos clientes desenvolve-se se estes reclamarem um maior valor do que as ofertas de valor presentes no mercado, sendo uma recompensa dada às empresas que constantemente valorizam as respostas dadas às necessidades apresentadas pelos clientes.

Assim, determinar as necessidades e expectativas do cliente é o primeiro passo, para que estas possam ser analisadas e posteriormente discutidas no seio da organização, para que possam ser verdadeiramente correspondidas, para que no futuro a opção de recompra tenha uma base comportamental, atitudinal e cognitiva.

2.1.1 Fases da Formação da Lealdade

De acordo com Dick & Basu (1994), o processo de formação da lealdade de um cliente é constituído por 3 grandes fases: a fase cognitiva, a fase afetiva e a fase conativa.

Na fase cognitiva, o consumidor apresenta-se ainda na fase de processamento da informação sobre o produto e/ou serviço acreditando que, segundo estas informações, este é preferível e mais adequado às restantes opções presentes no mercado. Nesta fase, o cliente ainda se encontra vulnerável perante outras opções do mercado, sendo que a sua ligação à marca ou produto, definida quase unicamente ao nível dos custos e dos benefícios.

Na fase afetiva, já há um desenvolvimento positivo ao nível da sua relação com o serviço, que tem como foco de origem a satisfação do cliente com base no sentimento positivo que este retira da compra, criando um sentimento de fidelidade e lealdade com base no afeto, que é a resposta a situações de compra com clara satisfação efetiva. Nesta fase, o cliente já tem um posicionamento relativamente bem vincado sobre as suas preferências, estando menos exposto às estratégias argumentativas dos outros concorrentes.

A lealdade conativa é estabelecida como intenção clara e inequívoca de recompra, desenvolvida segundo um processo de aprendizagem positiva que origina um claro afeto para com o produto e/ou serviço, sendo esta tipologia de lealdade, vista como um reflexo demasiado vincado, na vertente expressa e inabalável de voltar a comprar novamente.

Mais tarde, Oliver (1999) acrescenta mais uma fase a este processo. A fase de ação. Nesta fase há um compromisso efetivo de recompra resistente a influências externas. Aqui, há um compromisso de fidelidade à marca muito vincado e demasiadamente acentuado, sendo este um cliente muito resistente à mudança para uma marca, bem ou serviços alternativos.

De acordo com Dick & Basu (1994) a lealdade do cliente é tida como o objetivo primordial do marketing relacional, sendo que, segundo este autor, a lealdade revestese segundo quatro formas diferenciadas, que se apresentam plasmadas na seguinte matriz:

		Repetição de Compra	
		ALTA	BAIXA
Atitude	ALTA	LEALDADE	LEALDADE LATENTE
	BAIXA	FALSA LEALDADE	SEM LEALDADE

Tabela 1: Matriz da Lealdade do Cliente (Fonte: Dick & Basu, 1994)

De acordo com esta matriz idealizada por Dick & Basu (1994), a lealdade dá-se sempre que se constata em simultâneo uma correspondência positiva entre a atitude do cliente face à organização e ao seu comportamento. Já o conceito de lealdade latente refere-se à presença de uma atitude fortemente positiva perante a organização, mas sem a manutenção de um comportamento de recompra. Nesta fase, a organização deve orientar o máximo de recursos possíveis para que os clientes que se encontram neste patamar de envolvimento possam ser fidelizados, iniciando assim o seu processo de recompra. Há ainda, segundo a mesma matriz, outros dois patamares. A falsa lealdade, que não é mais do que a presença efetiva de atos de recompra, independentemente das causas que o originam, mas sem a presença de uma atitude positiva perante a organização e o dinamismo existente de recompra. Por último, há a fase denominada de sem lealdade onde, em ambos os casos, não existe nenhum tipo de relação positiva perante a atitude e o ato de recompra.

2.1.2 Benefícios da Lealdade

Como uma ferramenta essencial de marketing e foco primordial da atuação do marketing relacional, segundo Oliver (1999), a construção da lealdade e de relacionamentos comerciais de longa duração, apresenta inúmeras e variadíssimas vantagens, não só para a organização, mas em simultâneo também para o cliente.

Vantagens estas que podem apresentar-se de diferentes formas, sempre desenvolvidas num contexto de forte confiança entre as partes.

De acordo com o defendido por Kasper et al (2006), um dos principais benefícios da lealdade de um cliente é a diminuição do risco percebido, em virtude da construção e edificação de uma verdadeira relação de confiança. Para esta diminuição do risco percebido, os clientes optam invariavelmente por duas grandes estratégias, uma assente na pesquisa externa (onde a comunicação “boca a boca” tem um papel de grande relevo e destaque) e na avaliação de escolhas.

Outro grande benefício que não pode ser ignorado, é a diminuição do “stress” de compra, por parte do cliente, durante o processo de tomada de decisão. Esta diminuição do “stress” de compra, surge à medida que se vão estabelecendo relações de longa duração, visto que o cliente sabe sempre o que pode esperar sendo que, segundo Bitner (1995), o cliente pode sempre contar com um nível consistente de qualidade do serviço, sentindo-se confortável na relação. Assim sendo, mesmo a presença de concorrência que possa eventualmente prestar um serviço similar ou melhor, é analisada segundo um prisma bem mais distante, isto porque, o cliente leal dá muita importância à previsibilidade e ao conforto, estando inclusivamente menos sensível ao preço de um determinado bem ou serviço.

Facilitar o aumento do volume de vendas é, de acordo com Dick & Basu (1994), uma das grandes vantagens da lealdade, pois a organização pode potenciar a venda de novos produtos e/ou serviços, aumentando deste modo, as receitas comerciais realizadas através de “cross-selling”.

A redução dos custos de promoção é outro benefício que se apresenta para a organização, se conseguir ter uma boa base de clientes fieis e leais. Como a retenção de clientes é menos dispendiosa do que a captação de novos clientes, o custo de promoção associado a novos produtos e/ou serviços é substancialmente mais reduzido. Deste modo, a criação de uma boa base de clientes leais e fieis permite, como já referimos, aumentar o volume de vendas de novos produtos, com um custo reduzido, se compararmos com a grande generalidade de campanhas de promoção e angariação de clientes.

Ainda em consonância com o defendido por Bitner (1995), há a considerar o benefício do respeito pela natureza humana, isto porque a grande maioria das pessoas prefere não mudar, procurando o conforto da habituação.

As organizações com uma base sólida de clientes fiéis consegue fortes fluxos de publicidade gratuita, preferencialmente sob a forma de WOM (word of mouth). Esta situação, para além da promoção gratuita, aumenta simultaneamente os níveis de credibilidade das organizações, o que por si só, potencia e facilita a aquisição de novos clientes.

Há ainda outros autores que referem a diminuição dos custos de mudança, como sendo uma das maiores vantagens da lealdade de um cliente, pois se um prestador de serviços nos conhece e responde de forma positiva aos nossos ensejos e necessidades, uma mudança traria custos, nomeadamente ao nível da educação personalizada do novo prestador ou organização.

Outro benefício que a retenção de clientes promove, é o aumento da taxa de retenção de colaboradores da organização. Esta situação prende-se com o facto de uma empresa com uma elevada quota de clientes leais, garantir condições ótimas para apresentar uma forte solidez comercial que favorece de forma bem vincada a estabilidade da organização. Esta estabilidade oferece condições amplamente favoráveis para a manutenção duradoura do corpo de trabalhadores, o que automaticamente permite ganhos ao nível da estabilidade dos recursos humanos, que por sua vez, garante níveis de experiência e “know-how” por parte de quem executa o serviço e, em simultâneo, reduz exponencialmente os gastos de formação de novos colaboradores.

Um cliente leal, segundo Sheth & Parvatyar (1995), tem a tendência natural para a redução das suas opções iniciais, o que por si só, lhe reduz de forma efetiva o risco percebido que novas escolhas futuras lhe trarão. Então, há uma valorização da experiência adquirida, que potencia a recompensa de vivências passadas positivas, originando automaticamente uma forte redução da carga psicológica e da dissonância cognitiva.

2.1.3 Custos da Não Lealdade

Segundo Zeithaml et. al. (1996), os custos de manutenção de um cliente são significativamente inferiores aos de aquisição de um novo cliente.

De acordo com muitos autores, de onde podemos destacar entre outros Reichheld e Sasser (1990), há praticamente entre todos, uma opinião unânime que encara a não lealdade com algo que acarreta custos relativamente acrescidos para as organizações. Desta forma, facilmente podemos afirmar que é menos custoso a manutenção de um cliente, fidelizando-o e contruindo com ele uma relação de longo prazo, em comparação com os custos associados à aquisição de um novo cliente.

A estes custos que falamos, estão associados não só custos financeiros, mas também dispêndios de energia e atenção, na procura de algo que possa suprir uma determinada falha. Segundo Berry (2002), a lealdade de um cliente é muito mais vantajosa para a organização, do que andar a despender tempo e recursos, na luta por novos potenciais clientes.

Peppers e Rogers (1994) defendem que uma empresa de sucesso deve manter sempre um máximo possível de relações de longo prazo, visto serem estas as mais lucrativas e rentáveis. Desta forma, na opinião dos autores, deve-se maximizar o conhecimento individual dos clientes, mantendo com eles uma interação permanente, de forma a detetar possíveis falhas e erros, isto porque, a deserção de clientes é algo que consome demasiada energia a uma empresa, além de provocar perdas importantes num sistema organizado de negócio.

2.1.4 Processo de Retenção dos Clientes

Qualquer que seja a empresa, o seu fundamento pressupõe sempre a existência de um projeto a longo prazo. Deste modo, e alavancada pelo aumento generalizado dos níveis de concorrência, a retenção dos clientes é fundamental.

De acordo com Rocha et al (2015) os diversos programas de fidelização que as empresas promovem, devem ser usados também como ferramenta para conhecer verdadeiramente os clientes. É necessário responder e entender as suas necessidades

(atuais e futuras), bem como as suas expectativas. Cativar e saber reter os clientes é um processo fundamental para a sustentabilidade de uma empresa, visto que estes são os principais dínamos na geração de receitas.

Segundo Oliver (1999), fruto da maior facilidade de retenção de clientes, se comprada comparada com o processo de aquisição de novos clientes, a lealdade deve ser um vetor estratégico essencial numa qualquer empresa.

Um cliente leal, de acordo com Dick & Basu (1994), representa um fluxo contínuo de receitas provenientes da compra repetida de um produto e/ou serviço. A este fluxo contínuo chamamos de “lifetime value” e é algo que se pode estender por um período de tempo bastante significativo.

O processo envolvido na retenção e lealdade pode ser explicado, segundo Kotler (2000), num esquema de desenvolvimento de clientes, cujas etapas são as seguintes:

- Possíveis Clientes: todos aqueles que, presumivelmente, podem comprar o produto ou serviço.
- Clientes Potenciais: aqueles que possuem um forte interesse pelo produto e são capazes de pagar por ele; excluem-se, daqui, os clientes potenciais desqualificados, que têm problemas de crédito ou não são lucrativos.
- Clientes Eventuais: podem continuar comprando da concorrência.
- Clientes Regulares: também podem continuar comprando da concorrência.
- Clientes Preferenciais: clientes a quem a empresa trata excepcionalmente bem e com conhecimento.
- Associados: associam-se a um programa de benefícios oferecido pela empresa.

- Defensores: clientes que, entusiasticamente, recomendam a empresa e seus produtos e serviços aos outros.
- Parceiros: trabalham ativamente em conjunto com a empresa

Com o desenvolvimento deste processo, as estratégias de marketing vão, dinamicamente, sendo alteradas. As estratégias iniciais de marketing básico e reativo, vão sendo substituídas por estratégias de marketing responsável, pró-ativo e de parceria.

As estratégias de marketing básico e reativo, que se apresentam no início deste processo, justificam-se quando a empresa apresenta um elevado número de clientes e suas margens de lucro por unidade são mais reduzidas. As estratégias de marketing responsável, pró-ativo e de parceria aplicam-se a um número limitado de clientes (aqueles que, de modo verdadeiramente efetivo, representam um forte potencial de geração de valor), com altas margens de lucro.

De acordo com o defendido por Lucas (2009), no que concerne e diz respeito a este grupo mais restrito, clientes leais e fieis, todas as iniciativas de gerenciamento e relacionamento com o cliente (CRM) devem estar unicamente orientadas para o cumprimento de dois grandes objetivos: aumentar a rentabilidade da base de clientes e reter ou fidelizar clientes de alto valor

De forma a atingir estes dois objetivos, Peppers and Rogers (2001), propõe a metodologia “IDIP”:

- Identificar os clientes individualmente, em todos os pontos de contato;
- Diferenciar por valor e necessidades;
- Interagir para construir a relação de aprendizado com o cliente;
- Personalizar a experiência do cliente com a empresa.

A fase identificar e a fase diferenciar, servem para aumentar a rentabilidade dos clientes, criando desta forma, valor para a própria empresa. Por seu turno, a fase interagir e a fase personalizar, têm como foco primordial o aumento dos níveis de retenção e lealdade dos melhores clientes, ou seja, para criar valor para o cliente. Essa “criação de valor” para o cliente traduz-se, na verdade, na criação de custos de mudança para esse cliente: torna-se inconveniente, para o cliente, trocar de fornecedor, pelo fato de este ter de começar, do “zero”, todo o processo já desenvolvido pela atual empresa para conhecer suas necessidades e atendê-lo melhor.

Kotler (2000) edificou alguns modelos e estratégias de retenção de clientes. Segundo este autor, destacam-se os seguintes modelos de fidelização:

- Modelo de Recompensas: programas que procuram recompensar o relacionamento do cliente e a repetição da compra através de bonificações e prêmios;
- Modelo Educacional: o foco é a formação de consumidores conscientes, que forneçam informações suficientes para o desenvolvimento de novos produtos ou serviços;
- Modelo Contratual: ofertas periódicas de produtos e serviços adicionais a clientes especiais (participação em eventos exclusivos, preços mais baixos em alguns produtos, acesso diferenciado a algumas informações);
- Modelo de Afinidade: reunião de grupos de consumidores que compartilham de algum interesse comum relacionado com o produto ou serviço, potenciando a criação de laços de envolvimento fortes e duradouros;
- Modelo do Serviço de Valor Agregado: procura aperfeiçoar serviços e produtos agregando-lhe um “valor” suplementar e excepcional;

- Modelo de Alianças ou Complementar: baseia-se no estabelecimento de alianças entre empresas para oferecer ao consumidor serviços e produtos complementares aos já oferecidos.

Aprender com os clientes é conhecer, melhor do que qualquer outra empresa presente no mercado, as suas necessidades e expectativas, o que depois de operacionalizado, cria fortes barreiras à mudança para um concorrente, onde nesse caso, haveria a necessidade de reiniciar todo este processo de aprendizagem e de relacionamento.

2.1.5 A Lealdade no Setor da Saúde

Devido à especificidade do mercado e ao facto de, segundo a Organização Mundial de Saúde, interferir com o bem-estar físico, social e psicológico do ser humano, a prestação de serviços de saúde tem um forte impacto na satisfação dos clientes, que por sua vez, se reflete nos elevados índices de fidelização que este mercado tem por hábito apresentar.

É também importante referir que, sobretudo nas economias mais avançadas e desenvolvidas, de acordo com Moliner (2009), a saúde é uma prioridade, não só de um ponto de vista social, mas também numa lógica económica e financeira, uma vez que as organizações prestadoras de cuidados de saúde requerem um elevado nível de investimento financeiro, o que por si só, implica a necessidade intrínseca e obrigatória de, num mercado amplamente concorrencial, ser altamente rentabilizado.

Segundo Gemme (1997), as instituições de saúde devem esforçar-se ao máximo para manterem relações positivas com os seus pacientes, convencendo-os de forma sincera e efetiva que na realidade se preocupa com a resolução dos seus problemas e com o seu conforto e bem-estar.

Neste setor, porque é das suas próprias vidas que se trata, os clientes são mais atentos e observadores do que na generalidade das situações. Recolhem e procuram o máximo de informação possível, ouvem opiniões e fazem, de acordo com Gemme

(1997), uma escolha baseada na qualidade, acessibilidade de preço e num histórico, quer pessoal, quer da própria instituição.

Ainda segundo este autor, um cliente satisfeito com a sua relação com uma instituição de saúde, vai recomendá-la de forma recorrente a outras pessoas, resultado da criação de uma relação de elevada confiança que lhe provoca grande conforto físico e emocional e lhe minimiza os riscos de percepção.

Devemos também salientar que a lealdade dos clientes no setor da prestação de cuidados de saúde é o único elemento de pouca variabilidade, o que por si só, demonstra bem o seu efetivo grau de importância. Neste aspeto há a necessidade da forte transmissão de sentimentos de confiança e satisfação, por parte das instituições de saúde, para com os seus clientes. Assim sendo, segundo Lukosius et al (2010), há um conjunto de fatores que causam um forte impacto nos clientes, aumentando significativamente os seus níveis de confiança e satisfação, dos quais destacamos os seguintes:

- Elevada qualificação dos serviços em toda a plenitude dos seus recursos;
- Fazer com que o cliente sinta que apenas é importante em momentos de ausência de saúde
- Encontrar soluções rápidas e eficazes para solucionar os problemas dos clientes;
- Elevados padrões de comunicação entre os colaboradores e os clientes.

Devido à mudança e evolução contínua da atitude dos clientes, aliada a fatores como a contenção de custos e à cada vez maior concorrência presente no setor, há a necessidade das instituições de saúde terem um posicionamento e um serviço da mais alta qualidade possível, para que a constância dos níveis de fidelização de clientes se mantenha, e, se possível, possa subir.

Entretanto, é também necessário observar o “reverso da medalha”, isto porque se a prestação de serviços for negligente, os clientes sairão ainda mais insatisfeitos, pois para além do alívio da dor e resolução dos seus problemas, estes também valorizam muito o conforto, o cuidado e a atenção que lhes é prestada.

Num outro aspeto, é importante referenciar que a falta generalizada de informação que os utentes muitas vezes apresentam, torna-os mais propensos para a criação de fortes e depreciativos juízos de valor, no que diz respeito à qualidade técnica dos serviços e dos tratamentos. Deste modo, há uma linha muito ténue entre o sucesso e o insucesso na lógica e na perceção do cliente, sendo muito fácil catalogar todo o processo de recuperação como sendo um fracasso, apenas tendo como base o seu sentimento e a sua própria condição, aliando-se totalmente de todos os aspetos conjunturais e contextuais que rodeiam o tratamento.

De acordo com Anbori et al (2010), a componente interpessoal do serviço é muito importante na satisfação do cliente para com o serviço de saúde que lhe é prestado. Segundo este estudo, a empatia e segurança são fatores decisivos e diferenciadores, com forte influência, na vontade de o paciente voltar a recomprar os seus serviços.

2.2 Do Marketing Tradicional ao Marketing Relacional.

Neste ponto, iremos evidenciar todas as transformações e evoluções que o conceito de Marketing tem sofrido ao longo dos anos, bem como as diversas orientações que tem apresentado, de acordo com a contextualização económica com a qual se tem deparado.

A importância do marketing ao longo do tempo tem sido de uma ponderação cada vez mais vincada e com um ritmo de crescimento constante e muito acentuado. O marketing é hoje visto como uma filosofia de gestão, sempre numa lógica evolutiva continuada.

Deste modo, numa filosofia de gestão integrada, a visão de marketing sofreu uma evolução bastante visível quando deixou de se focar unicamente no produto (década de 1950 e 1960) passando, nas décadas de 1970 e 1980, para uma ênfase na gestão do cliente. Posteriormente, já nas décadas de 1990 e 2000, segundo Kotler et. al. (2011), houve uma nova viragem com mais uma abordagem, a gestão da marca.

Até aos anos 30, segundo Lindon et. al. (2008), o produto e a gestão de vendas eram o foco primordial das diversas políticas corporativas de marketing.

Entretanto, fruto da revolução industrial, houve um forte desenvolvimento económico, potenciando o surgimento de novos meios de produção, o que por sua vez, deu origem a um ambiente altamente competitivo, essencialmente assente no pilar da forte capacidade produtiva. Este caminho, de produção em larga escala, originou um aumento exponencial da oferta, promovendo uma redução dos custos unitários de produção, e, por conseguinte, uma redução de preços na compra por parte do consumidor final.

Este aumento da oferta, com todas as vicissitudes que lhe estão associadas, deixou as empresas nas mãos das escolhas dos consumidores. Desta forma, a alteração do pensamento em marketing, apenas focado no produto, era imperiosa. Assim, segundo Lindon et. al (2008), passa a ter o seu foco na forma como de acordo com o mercado, orienta a política do produto, preço, comunicação e distribuição.

Estas ideias surgem do conceito de Marketing-Mix, que é um conjunto de variáveis introduzido inicialmente por Neil Borden em meados do Séc. XX, que permite a uma determinada empresa pôr em prática uma ação de mercado, para conseguir realizar os objetivos previamente estabelecidos, na procura da satisfação dos seus clientes. Este conceito do Marketing-Mix foi posteriormente simplificado por Jerome McCarthy, que converteu as suas doze variáveis iniciais para as atuais quatro, que deram origem aos tão conhecidos “quatro P’s” do Marketing. De acordo com Kotler et. al. (2011), segundo esta filosofia, o principal foco das empresas devia centralizar-se para o desenvolvimento inicial do produto, a fixação do seu preço, a sua promoção e estabelecer o seu ponto de venda e de distribuição.

Posteriormente, já nas décadas de 1970 e 1980, de acordo com Lindon et.al. (2008), o marketing assume uma posição de dominância crescente no seio do mundo empresarial, fazendo com que as empresas o vejam como uma ferramenta essencial não apenas para uma forte implementação no mercado, mas também como meio de auxílio precioso, na procura de elementos de diferenciação perante a restante concorrência. Segundo Kotler et. al. (2011), nesta fase, o cliente tinha sofrido uma evolução enorme, tendo passado a ter um forte poder avaliativo sobre o produto, apenas dispensando interesse e atenção naquilo que fosse verdadeiramente distintivo. Assim, é com base neste novo contexto e nesta nova orgânica de atitudes de consumo que elementos como

a gestão do cliente passam para primeiro plano, o que por si só, inclui preocupações relacionadas com a segmentação, com o público-alvo e com o posicionamento.

Deste modo, tendo em consideração todos estes pressupostos que acabámos de elencar, as empresas começam, segundo Lindon et. al. (2008), a apostar cada vez mais em marcas fortes e distintas, com posicionamentos bem vinculados e definidos. Este mesmo autor defende ainda que a construção de uma verdadeira marca é a construção de algo com verdadeiro valor, visto que o seu posicionamento e a forma como o mercado a absorve, pode fazer com que ela assuma um valor financeiro bastante considerável.

É aqui que ele se transforma e evolui, passando de uma visão essencialmente transaccional, para uma componente relacional, onde o consumidor é o centro de todas as preocupações e as suas necessidades de consumo são o principal foco de atenção. Kotler et. al. (2011) define este momento como sendo o da transformação. O momento em que o marketing se torna estratégico, sendo a introdução do modelo estratégico, a génese do marketing moderno, ou seja, é o “marketing 2.0 enfoque no cliente”.

2.2.1 Marketing Relacional

De acordo com Demo et al (2015), o marketing relacional reveste-se nos dias de hoje como um tema de elevada relevância, quer para o setor público, quer para o setor privado.

Foi Berry (1983), em meados da década de oitenta, que introduziu pela primeira vez o conceito de marketing relacional. Nessa altura, o autor defendia de forma vinculada, uma mudança efetiva de paradigma, transformando a normal e recorrente abordagem transaccional numa evolução mais orientada para uma abordagem relacional, onde o cliente e as relações que com ele se estabelecem são o mais importante e fundamental. No fundo, é uma mudança de atitude perante o cliente, onde o objetivo único da atração de novos clientes é, de certa forma, ultrapassado por uma nova direção da ação, mais orientada para a criação de relações fortes, de longa duração, com os clientes já existentes. O foco passa primordialmente a ser a retenção do cliente.

Ao contrário do marketing transacional, que se baseia “apenas” na simples transação onde o fator preço é o mais importante, facilmente copiado e batido pelos concorrentes, os consumidores relacionais procuram outro tipo de benefícios para além do simples benefício económico. Quando o encontram, se ambas as partes fizerem o seu papel, estabelecem-se fortes relações de confiança que vão muito para além da mera troca comercial.

Assim sendo, o marketing transacional, vai perdendo espaço nas abordagens empresariais, pois está cada vez mais presente um desejo de inversão da lógica que tinha vigorado até há pouco tempo atrás, passando agora o cliente para o centro de atenção, sempre na procura de se estabelecerem relações sentimentalmente fortes, que possam ser estáveis, duradouras e com vantagens significativas para ambos os sentidos.

De acordo com Gronroos (1990), o marketing relacional estabelece, mantém e reforça as relações entre ambas as partes. Desta forma, criam-se relações vantajosas nos dois sentidos, garantindo que os objetivos da relação são alcançados por todas as partes envolvidas, promovendo fortes laços de confiança e satisfação. Desta forma, podemos definir como umas das principais responsabilidades do marketing a captação de novos clientes, alicerçando, posteriormente, esta relação na satisfação das promessas efetuadas e na resposta eficaz às necessidades que o cliente vai sucessivamente apresentando. Segundo este autor, estas relações, que se pretendem estabelecer com o cliente, devem ser planeadas a longo prazo, sendo a confiança mútua e a satisfação vetores essenciais na sua construção.

Para Naidu et. al. (1999), o marketing relacional deve ser considerado numa base de amplitude estratégica, tendo efetivamente a capacidade de identificar as necessidades que o cliente apresenta, potenciando a criação de fortes laços de fidelidade entre o cliente e quem lhe presta o serviço. A criação e fomento destas relações a longo prazo é um fator preponderante para que no futuro exista um maior número de transações comerciais entre ambos, muito menos voláteis, perante as constantes pressões existentes no mercado concorrencial.

Lucas (2009) defende que o marketing relacional vai muito mais além do que uma simples e regular repetição de compra. Segundo este autor, a construção de um

relacionamento forte e duradouro entre a empresa e o cliente, tem obrigatoriamente que ter em linha de ação, o envolvimento do cliente na estratégia e nas decisões da própria empresa, fomentando uma sinergia contextual, que potencia o verdadeiro valor do cliente, criando entre as partes um forte e praticamente inquebrável vínculo sentimental.

Sheth & Parvathy (1995) definem o marketing relacional como sendo um processo corporativo e uma estratégia de desenvolvimento empresarial que tem por alicerce a criação de uma relação de colaboração contínua com os clientes, sempre numa lógica de manutenção e melhoria constante na ligação que as partes estabelecem entre si. Deste modo, a ligação comercial fica sempre mais protegida e salvaguardada perante o mercado e os outros players concorrenciais que, de uma maneira ou de outra, oferecem produtos e serviços similares. O facto de uma empresa conseguir implementar e construir uma rede de preocupação com o seu cliente nas suas mais variadas vertentes e sentidos, permite que estes se sintam mais valorizados enquanto consumidores, melhor servidos e mais confiantes perante a compra que, de forma sucessiva e contínua, vão realizando. Assim, a relação de confiança comercial vai-se aprofundando, criando ligações de elevada fiabilidade e satisfação, o que por si só, permite à empresa uma implementação no mercado muito mais sólida e menos titubeante perante a concorrência.

Doyle (2000) refere-se ao marketing relacional, como sendo uma estratégia de desenvolvimento empresarial que tem como finalidade, um crescimento sustentável e rentável, criando deste modo, uma diferenciação concorrencial onde a satisfação e a confiança do cliente são o centro de todos os cuidados e atenções.

2.2.2 A Alteração do Paradigma. Rumo ao Marketing 3.0

Fruto da massificação cada vez mais constante e progressiva do acesso e partilha da informação há, segundo Kotler et. al. (2011), a necessidade do conceito de marketing sofrer uma nova evolução. Esta evolução, não só acompanhou a globalização da informação, que por sua vez contribui para um aumento da proximidade entre todos ao

nível do conhecimento, como também a conseguiu antever, numa lógica que altera e modifica substancialmente o próprio paradigma do marketing.

Segundo Lindon et. al. (2008), esta evolução e alteração do paradigma, dá origem a novos conceitos que vão desde o marketing relacional até ao marketing online. Kotler et. al. (2011), orienta-se também segundo esta linha de raciocínio, tendo referenciado o marketing experimental, o marketing emocional e o património da marca, como novas fontes de orientação. Assim, de acordo com estes dois autores, podemos afirmar que o marketing se focaliza e orienta de forma gradual, mas cada vez mais expressiva, para a personalização e construção de sinceras relações de base verdadeiramente emocional e afetiva com os clientes. Kotler et. al. (2011), chega mesmo a afirmar que o sucesso passa também por encontrarmos o nosso lugar “no coração do cliente”.

De acordo com esta alteração de pensamento, Kotler et. al. (2011), assume a chegada da era do marketing 3.0, num modelo que se alicerça de forma tridimensional, onde a identidade, a integridade e a imagem, são três vetores conexos entre si, o que obrigatoriamente molda a visão que se tem do cliente, deixando de ser considerado como um “simples” consumidor, mas sim como uma pessoa no todo que esta representa.

O marketing 3.0 entra noutra tipologia de patamares, onde as aspirações e os valores humanos são primordiais na lógica da construção de relações e de verdadeiras e sentidas emoções. Este aspeto, segundo kotler et.al. (2011), é cada vez mais coerente pois, se levarmos em linha de consideração a vertente concorrencial (cada vez mais agressiva), aliada às constantes e voláteis alterações comportamentais da nossa sociedade, fomentamos no cliente um sentimento de maior conforto e segurança, que, por sua vez, tem reflexos claros na estabilidade da própria empresa.

Entretanto, é importante realçar que à margem desta alteração paradigmática, Kotler et.al. (2011), continua a defender que o objetivo do marketing é “o desenvolvimento da segmentação, a escolha do segmento alvo, a definição do posicionamento e a construção de uma marca em torno de um produto”. Contudo, volta a referir, que as constantes mudanças contextuais, que se refletem de forma inequívoca e vincada na sociedade, vão continuar a fazer-se sentir e a influenciar as práticas de marketing.

2.2.3 Benefícios do Marketing Relacional na Área da Saúde

De acordo com Gronroos (1999), há uma grande e inequívoca dependência da confiança e da satisfação, na construção e edificação de relações comerciais duradouras e lucrativas. Deste modo, há uma otimização mútua do desempenho, sendo que no que diz respeito ao cliente, se situa ao nível da sua tomada de decisão e à confiança que nela deposita.

Assim, segundo Sheth & Parvatiyar (1995), é necessário compreender e identificar as expectativas e as necessidades dos clientes, de modo a que posteriormente, se possa envolvê-los o mais possível nas linhas estratégicas de desenvolvimento corporativo da própria empresa. Esta fase apresenta para o cliente benefícios claros, não só ao nível da valorização das suas perspetivas e desejos, mas também na facilitação e otimização dos seus processos de escolha.

Então, tal como todas as outras atividades económicas, também na área da prestação de serviços e cuidados de saúde, a orientação do foco da política corporativa das instituições para o cliente, respondendo de forma eficaz e satisfatória às suas necessidades e desejos, é fundamental.

Nesta área, é necessário ter sempre em linha de conta, que o cliente se apresenta potencialmente mais vulnerável e sensível, isto porque, para além de estar em jogo o seu bem-estar físico, mental e social, há também um grande potencial de desconhecimento e uma forte assimetria de informação, em comparação com o prestador do serviço.

Deste modo, principalmente nas situações mais difíceis e gravosas, o índice de confiança de um cliente para com o prestador do cuidado de saúde, têm de ser o mais elevado possível. Então, a construção de relações de longa duração é um fator essencial para que se possam edificar sentimentos relacionais coesos e duradouros, que por sua vez, se alicerçam na imprescindível confiança, fundamental para a redução do risco de incerteza e vulnerabilidade.

Segundo Naidu et. al. (1999), a diminuição da taxa de perda de clientes é um forte e inequívoco indício de o que é uma empresa de sucesso, associando este fenómeno, a

um forte incremento da sua rentabilidade. Deste modo, e segundo as diretrizes deste paradigma, as instituições de saúde, só têm a ganhar se optarem por seguir este caminho, tendo o marketing relacional como um poderoso aliado para um sustentado desenvolvimento económico.

No mercado da saúde, fruto da cada vez mais voraz concorrência presente neste setor de atividade, as instituições de saúde têm a necessidade de olhar para o marketing relacional como um aliado e uma ferramenta fundamental que lhes permita adquirir a tal vantagem competitiva que já focamos anteriormente. Gemme (1997) defende que a construção desta tipologia de vantagens competitivas, onde a fidelização e lealdade dos clientes assenta em pilares essenciais como a confiança e a satisfação, conduzem a uma maior eficiência das instituições, o que no caso das instituições de saúde é uma da premissa imperiosa, respondendo não só às necessidades dos clientes, mas também aos padrões de qualidade que eles próprios preconizam.

Naidu et. al. (1999) define também o marketing relacional como o caminho a percorrer, de modo a que a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos atuais players presentes no mercado, evolua e se otimize, numa afinação contínua entre aquilo que se são os objetivos da instituição e dos seus próprios funcionários, e as necessidades e aspirações dos seus utentes.

Desta forma, segundo Magalhães et. al. (2009), podemos concluir que as atividades de marketing relacional na área da saúde não eram consideradas como um elemento a ser tido em linha de consideração. Contudo, devido ao avolumar e crescimento exponencial do contexto competitivo nesta área económica, este passou a ser interiorizado como sendo uma poderosa ferramenta de auxílio, numa tentativa clara de retenção e potenciação da repetição do ato de compra por parte do cliente, com o intuito de se atingirem os objetivos de crescimento e rentabilidade das próprias instituições prestadoras do serviço.

Naidu et. al. (1999) chega mesmo a concluir que as instituições de saúde que envolvem o marketing relacional de forma abrangente em toda a sua política corporativa, são aquelas que apresentam um desempenho superior, fruto de uma maior

taxa de retenção do cliente, apresentando conseqüentemente um melhor fluxo de caixa e maiores perspectivas de crescimento.

2.3 A Economia da Saúde

Se há coisa que podemos afiançar com um grau de certeza bastante elevado, é que a economia não tem uma relação fácil com a saúde. Esta lógica assenta sob pressupostos históricos segundo os quais a saúde não tem preço e que qualquer atitude ou opção que permita tentar salvar uma vida também não tem preço. Por outro lado, surge a economia que se focaliza na ética racional do bem comum. Assim, a importância destas diferenças reside essencialmente na atitude que estas duas visões apresentam perante a utilização de recursos, sendo que é desta dicotomia que surge, eventualmente, espaço para que se possa gerar um conflito de opiniões no que diz respeito à forma como se gerem eficientemente os serviços de saúde.

É sobre este contexto específico e muito complexo que se desenvolve o conceito da economia da saúde. Um contexto que tem por base a distribuição/venda de bem e serviços, associados de forma intrínseca e umbilical ao auxílio de pessoas, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades e a ausência de bem-estar, muitas vezes no limiar da sobrevivência, o que é impossível de se traduzir e quantificar economicamente.

2.3.1 Os Limites da Economia da Saúde

A economia e a saúde estão interligadas de várias formas. Foi o seu estudo, a pesquisa sistémica e a aplicação de diversos instrumentos económicos, em questões estratégicas e operacionais na área da saúde, que deram origem ao conceito da economia da saúde. Contudo, este conceito só se desenvolve de forma expressiva após a década de 70, substituindo um anterior, o planeamento em saúde, introduzindo-lhe inúmeras ferramentas analíticas próprias das ciências económicas, dando-lhe deste modo a robustez que lhe faltava, para ser analisada de uma forma mais intensa, sendo que é nos dias de hoje, uma área de estudo e de trabalho fundamental para qualquer curso de especialização em administração e gestão que provenha da área da saúde.

Partindo da definição de Samuelson (2000), podemos definir a economia como sendo o estudo de como a sociedade utiliza os seus recursos produtivos limitados para produzir bens, com diversos usos alternativos, e distribuí-los como consumo. A economia, segundo este autor, analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos.

Transpondo para a área da saúde esta definição que Samuelson (2000) deu ao conceito de economia, podemos encontrar de forma quase direta e imediatamente paralela, pontos de convergência que permitem, quase por si só, a aplicabilidade do conceito referenciado ao setor em análise.

Numa qualquer organização que preste um determinado serviço, onde também se integram as organizações prestadoras de cuidados de saúde, é necessária a utilização de diversa tipologia de recursos, os quais, segundo a teoria económica, podemos denominar por fatores produtivos. Estes fatores e recursos produtivos podem apresentar-se segundo diferentes e variadas formas, podendo ir desde as infraestruturas, passando pelos equipamentos técnicos, até aos recursos humanos. Assim, é a conjugação e interligação destes recursos produtivos, que permite à organização exercer e obter um determinado índice de atividade, prestando um serviço, a que do ponto de vista económico denominamos por produção.

Deste modo, também no setor da saúde, encontramos também recursos produtivos limitados, que necessitam de ser conjugados entre si para que possam produzir, sendo que grande parte do processo decisório se centraliza no interveniente que, possui um maior grau de informação.

Estes recursos, que são atribuídos ao setor da saúde, dão então origem a bens e serviços, cuja distribuição é feita de acordo com as características estruturais, quer do sistema de saúde vigente, quer da política corporativa da instituição de saúde que tem a responsabilidade de os gerir e distribuir. Deste modo, numa lógica puramente analítica, surge a análise económica do setor que tem como principal missão a avaliação dos custos e dos benefícios que daí acabam por surgir, numa lógica de aperfeiçoamento contínuo das já referidas formas de distribuição e de uma melhor programação de toda a intervenção deste setor.

Perante o contexto acima descrito, há a necessidade de conjugar a forma como o processo produtivo se desenrola e os resultados que apresenta. Embora estas duas situações sejam distintas, elas estão umbilicalmente ligadas, pois, são ambas dimensões da avaliação de desempenho (performance) uma organização, ao ponto de Drucker (2001) ter afirmado que não basta fazerem-se as coisas bem (eficácia), é necessário fazê-las de forma correta (eficiência). Então, é necessário definirem-se os conceitos de eficácia e eficiência e enquadrá-los no setor da prestação de cuidados de saúde. Assim, podemos considerar:

- Eficácia: segundo a Audit Commission (2000), refere-se ao grau de alcance dos objetivos, os seja, mede os resultados e enquadra-os nos objetivos pretendidos.

No setor da saúde, a eficácia é utilizada para aferir os resultados e posteriores consequências, de um determinado programa de saúde, dentro de um contexto de utilização ideal.

- Eficiência: de acordo com Barros (2002), a eficiência estabelece a relação existente entre os recursos consumidos e os resultados produzidos, isto é, a relação entre o que se produz (outputs) e aquilo que se consome (inputs). Deste modo, a eficiência económica reporta-se à forma como o processo produtivo é operacionalizado e executado.

Dentro do quadro da prestação de cuidados de saúde, este conceito de eficiência económica é usado para aferir e avaliar se os recursos consumidos estão a ser utilizados de forma correta, de modo a que se maximizem os benefícios para o utente/sociedade.

Então, de uma forma global e generalizada, podemos catalogar a economia da saúde, como sendo a operacionalização do conhecimento económico ao setor da saúde, com especial enfoque, no auxílio à eficaz e eficiente administração dos seus serviços e instituições.

Segundo Campos (1985), a economia da saúde não é um conjunto solitário de dados e ferramentas, mas um modo efetivo de pensar e de correlacionar a consciência da

escassez, a imperiosidade das escolhas e a fundamental análise antecedente no que respeita aos custos inerentes, às alternativas possíveis, tentando encontrar a melhor escolha para a repartição final dos recursos disponíveis.

Deste modo, podemos concluir que a economia da saúde é a transposição dos conceitos essenciais e teóricos da economia, para a linha de pensamento e posterior decisão, em tudo o que envolve a prestação de cuidados de saúde, sem nunca esquecer aqueles que são os seus principais princípios e fundamentos.

2.3.2 Análise Económica do Setor da Saúde

Se há coisa difícil de quantificar, é o valor da saúde. Assim sendo, todas as intervenções económicas em que seja necessária a quantificação do valor da vida humana, estão carregadas de uma normal e natural polémica. Contudo, o estudo da economia da saúde é importantíssimo para definir o peso que o setor da saúde tem na escala da economia global.

Então, olhando especificamente para o setor da saúde, podemos considerá-lo como sendo um setor de atividade extremamente complexo, com imensas variáveis, de grandezas e sentidos diversos e com uma transversalidade setorial de difícil interpretação. Deste modo, podemos classificar o setor da saúde como um setor com características de organização económica, mas com princípios de análise partilhados de forma interdisciplinar com outros setores de atividade, o que lhe promove a tal complexidade única que focamos anteriormente.

Assim, segundo Gaynor et al. (2000), podemos caracterizar o mercado da saúde, como sendo um mercado carregado de múltiplas imperfeições, que o distinguem dos restantes mercados, e que têm como principais focos de origem a incerteza e a assimetria de informação entre os que compram e os que vendem o serviço. Os outros fatores, embora com grandezas de importância de menor grau, são: a participação do estado, a participação de entidades sem fins lucrativos, as restrições existentes ao nível da concorrência e o papel decisório de muitos seguros e subsistemas de saúde presentes no mercado.

A incerteza, no setor da saúde, é algo que tem uma influência enorme e um peso que não pode deixar de ser considerada com uma variável fundamental. A incerteza na saúde está presente a vários níveis e etapas, ocorrendo de forma sistemática, quase sempre pelo lado do cliente consumidor. Estes níveis de incerteza podem apresentar-se com variadíssimas formas e feitios. Contudo, a sua base de incidência mais comum é: incerteza quanto ao tratamento, quanto aos custos, quanto ao seu verdadeiro estado de saúde, quanto à sua real necessidade de cuidados médicos especializados, etc.

Então, podemos concluir que a presença de vários níveis e grandezas de incerteza, que variam de cliente para cliente, tem um vincado efeito nos seus comportamentos e tomadas de decisão, que por sua vez, influenciam as respetivas respostas e decisões dos prestadores do serviço.

Uma consequência direta da elevada presença da incerteza no setor da saúde é a elevada probabilidade do aparecimento de altas taxas de assimetrias de informação. Estas assimetrias de informação, que mais não são do que níveis de informação diferenciados e significativos entre as partes envolvidas na transação comercial, levantam imensas questões de fundamento e base económica.

De acordo com Folland et al. (2004), na grande generalidade dos casos, parte-se do pressuposto que os clientes têm o conhecimento mínimo fundamental para tomarem decisões adequadas e convenientes, de acordo com os seus bens, possibilidades e necessidades. Deste modo, as assimetrias de informação são elementos potenciadores da criação de problemas de eficiência no setor, que por sua vez, irá apresentar distorções no funcionamento da economia.

No setor da saúde, uma das implicações mais frequentes da assimetria de informação, é a chamada relação de agência. Esta relação, não é mais do que a passagem da decisão de um agente económico, para outro que possui mais informação. Assim, facilmente podemos constatar que a delegação de decisão de tratamento para o médico (relação de agência) é mais um fruto desta assimetria de informação. Segundo Barros (2009), a existência de uma delegação de decisões deve-se à pouca informação por parte do doente, pelo que é necessário passar essa decisão para um agente económico mais informado e esclarecido. Deste modo, podemos considerar que esta delegação de

decisões é de extrema importância na economia da saúde, pois pode ser considerada, como sendo uma forma de assegurar e garantir os interesses e as verdadeiras necessidades de toda a população, mesmo aquela que está em déficit de informação.

A construção deste tipo de relações como aquela que focámos no parágrafo anterior tem que ser gerida com muito cuidado, pois podemos originar aquilo a que chamamos de relação de agência imperfeita. Esta tipologia de relação pode ser considerada imperfeita segundo duas razões fundamentais. A primeira deve-se ao facto de o médico, como decisor da terapêutica, para além das questões relacionadas com o risco moral, ter que tomar a maior parte das decisões com base na informação que lhe é prestada pelo doente, situação que induz elementos de subjetividade na avaliação que é feita sobre o real estado de saúde do paciente. A segunda, já é totalmente orientada para o paciente pois, como o cumprimento da terapêutica recomendada é livre e exercido de forma voluntária, há sempre a possibilidade de o paciente não aceitar nem acatar aquilo que lhe é prescrito terapêuticamente.

Associada também à relação de agência que se estabelece entre o médico e o seu paciente, podem surgir diversas tipologias de problemas, que, de uma forma ou de outra, vão criando atrito nesta mecânica relacional. O principal e mais frequente dos problemas é o chamado risco moral. Gaynor et. al. (2000), divide este problema, segundo dois sentidos, ao nível do consumo e ao nível da oferta. No caso concreto do consumo, Gaynor et.al (2000), foca o perigo que é o facto de o paciente optar por um comportamento menos responsável com base no excesso de procura. Esta situação é tendencialmente potenciada pelo facto de muitos destes pacientes se encontrarem protegidos dos riscos de saúde, por um sistema (seguros, subsistemas, serviços nacionais de saúde, etc.) que lhes permita não acarem com a totalidade dos seus custos. Contudo, no caso do sistema protetor ser um seguro, muitas vezes, segundo Folland et.al. (2004), o paciente pode incorrer no risco de agravar a sua prestação, potenciando a saída dos melhores riscos que aquele seguro lhe apresenta, desencadeando assim um processo de seleção adversa. No caso do outro sentido referenciado por Gaynor et. al. (2000), que se apresenta ao nível da oferta, o risco apresenta-se baseado no facto de o médico tomar as suas decisões com base nas suas preferências e não naquilo que são as efetivas

preferências e necessidades do paciente em questão. Esta situação pode levar à indução da procura, apenas por influência da preferência exclusiva do próprio médico.

Neste mercado com características tão específicas e únicas como é o da saúde, os agentes económicos que nela atuam com fins lucrativos têm de ser agentes racionais e de equilíbrios. Se é um facto que a maximização dos resultados e dos lucros é o objetivo fundamental, nunca podemos esquecer que o bem-estar dos clientes, associado a matrizes e valores morais da sociedade, são padrões que nunca poderão ser esquecidos e deixados para uma segunda linha de atenção. Deste modo, segundo Barros (2009), um agente económico deste mercado, para ter sucesso, terá de saber encontrar o seu verdadeiro ponto de equilíbrio. Um ponto de equilíbrio único, com características próprias e de identidade singular.

2.3.3 O Setor da Saúde em Portugal

Ao contrário dos dogmas que existiram há uns anos na sociedade portuguesa, o setor privado da prestação de cuidados de saúde, é hoje um setor de mercado com uma forte dinâmica de crescimento e com uma margem alargada para que esta tendência de crescimento seja ainda mais potenciada e alargada.

Tendo por base o relatório do ano de 2002 da Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos constatar que o setor privado da área da saúde tem adquirido uma importância cada vez mais vincada num alargado número de países, sendo que Portugal, também não é exceção. O seu papel é visto como sendo um veia reformista de todo o mercado da prestação de cuidados de saúde pois, consegue apresentar boas e sustentadas taxas de rentabilidade, contrariando a tradicional rede de custos associados que esta área de negócio apresenta, aumentando simultaneamente a eficiência de toda a sua atuação e desempenho, sem que exista uma quebra nos padrões de qualidade exigíveis para uma área de atuação tão sensível como a da saúde. As suas taxas de crescimento anuais são de tendência constante e de valor significativo, ao ponto de Ribeiro (2009) ter afirmado que o setor privado da saúde em Portugal tem um peso substancial e importante na economia do país, alicerçada numa visão de crescimento ambiciosa mas, em simultâneo, realista e exequível.

É certo que, interligando o crescimento sustentado que o setor privado da saúde em Portugal tem apresentado com a atual estrutura e forma da nossa pirâmide demográfica, facilmente concluímos que se há um aumento de cota de mercado de um lado, naturalmente que serão os prestadores públicos de cuidados de saúde a diminuir o seu volume de produção.

É certo que, como já focámos anteriormente há, no setor privado a existência cada vez mais vincada de diversos indutores ao consumo. Olhando para o plano económico, segundo Eira (2010), podemos aferir que há um acesso facilitado a estes serviços de saúde, tendo por base a ampla rede de concessões, seguros ou subsistemas de saúde.

Mesmo assim, a cota de mercado do setor público ainda é imensamente superior ao do setor privado.

É certo que as instituições privadas de saúde podem relacionar-se e complementarem-se mutuamente com o estado por via de diversas e distintas formas, podendo esta ligação sinérgica construir-se sob as seguintes formas: convenções, celebração de acordos, SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Intervenções Cirúrgicas), parcerias público-privadas e rede nacional de cuidados continuados integrados. Estes organismos privados, que apenas estão legitimados oficialmente em toda a sua plenitude de funções no sistema de saúde português desde 1990 com a publicação da lei de bases da saúde, associada ao estatuto do Sistema Nacional de Saúde publicado em 1993, são complementares à oferta estatal de cuidados de saúde, visto, assegurarem também diversas áreas e especialidades que não estão contempladas por parte do Sistema Nacional de Saúde.

Como já referimos anteriormente, os índices de crescimento sustentado do setor privado de saúde em Portugal têm sido bastante elevados, estando este crescimento fortemente associado à implementação massiva na nossa sociedade de diversos seguros de saúde, bem como, da presença de subsistemas de saúde, sejam eles de índole pública (ADSE, etc.) ou de índole privada (PT, CGD, etc.). Sobre esta temática, há vários autores, dos quais destaco Cabral et. al. (2009), que quantificam a presença de seguros e de subsistemas de saúde na nossa sociedade em patamares superiores a 25% que, de um

modo geral, nos indica que mais de um quarto da população portuguesa já usufrui das regalias que este tipo de contratos e protocolos lhes confere.

Assim sendo, podemos catalogar a relação existente entre os operadores privados de cuidados de saúde e os subsistemas (incluindo os públicos) e seguros de saúde, como sendo uma relação do tipo “Win – Win”, isto porque consegue ser muito benéfica para o operador privado de cuidados de saúde, potenciando-lhes o aumento exponencial do volume de vendas e, conseqüentemente, o aumento da rentabilidade do negócio, sendo em simultâneo benéfica para os subsistemas e seguros de saúde, visto que desta forma, conseguem oferecer um tratamento único e diferenciado aos seus clientes, baseado na liberdade de escolha e no rápido e generalizado acesso a cuidados de saúde.

O facto de o estado ter diversas limitações orçamentais, associado a um aumento dos custos operacionais do Serviço Nacional de Saúde potenciados, como já referimos anteriormente, por fatores que se relacionam com o envelhecimento generalizado da população e ao aumento da esperança média de vida, bem como, ao aumento das expectativas dos utentes no que diz respeito à prestação global de cuidados de saúde, coloca uma grande pressão no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. Esta situação, aliada a algumas ineficiências e debilidades que este serviço estatal apresenta e a fatores que se relacionam com a aposta cada vez mais reforçada no desenvolvimento tecnológico, com o maior conforto e modernidade das instalações, no acesso mais rápido e na liberdade de escolha do utente, são a conjugação perfeita de vetores que potenciam de forma muito vincada e efetiva o desenvolvimento do mercado privado da prestação de cuidados de saúde.

Segundo Ribeiro (2009), temos assistido a uma cada vez maior procura de um superior conforto e comodidade, com uma rápida resposta (principalmente ao nível da cirurgia considerada não urgente), com uma boa qualidade de realização de meios complementares de diagnóstico e respetiva terapêutica, à existência de diversas especialidades que não existem no sistema nacional de saúde e a procura cada vez mais massificada de cuidados diretamente relacionados com a vertente estética. Por outro lado, Oliveira (2010) aponta como também fatores determinantes para o desenvolvimento e crescimento do mercado privado da saúde em Portugal: a mobilidade de pessoal entre os operadores públicos e privados, o facto de os médicos

poderem acumular a sua presença profissional nos dois mercados (público e privado) em simultâneo (aumentando dessa forma o seu rendimento financeiro), a existência de programas sinergicamente integrados para a diminuição das listas de espera para cirurgias consideradas como não urgentes, o incentivo à criação de novas unidades de negócio (na qual se integram os negócios relacionados com a área da saúde) e a possibilidade de deduções fiscais (nomeadamente ao nível do IRS) das despesas de saúde.

Segundo a opinião da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (2013), o futuro da saúde no nosso país está cada vez mais vocacionado para a iniciativa privada, como provam as recentes construções de novas unidades de negócio, em virtude de uma oferta cada vez mais diferenciada e baseada na qualidade, na confiança e na satisfação das necessidades e expectativas dos clientes.

2.3.4 Concorrência no Setor da Saúde

O estudo da concorrência tem por base determinadas especificações relacionadas com as empresas que operam naquele setor. Deste modo, é essencial ter-se bem presente que fatores que se relacionam com as quotas de mercado e os níveis de concentração, são indicadores essenciais para esta tipologia de análise. O setor da saúde, mesmo com todas as suas características e especificidades, também não foge a esta regra.

A estrutura de mercado influencia de forma bastante objetiva a intensidade da concorrência, sendo que segundo Mata (2002), podemos identificar o número de concorrentes, os baixos custos de mudança, a homogeneidade do serviço ou produto, o excesso da capacidade instalada, etc., como fatores decisivos para o aumento da intensidade da concorrência.

É ao nível dos clientes que a concorrência se sente e se valoriza mais, isto porque, a pressão concorrencial potencia a oferta de mais e melhores serviços, sendo o cliente o principal beneficiado com esta situação. Contudo, esta pressão concorrencial pode ser

aliviada com a existência de barreiras à entrada no mercado, visto que estas dão origem e potenciam um efeito restritivo da concorrência.

No caso concreto do setor da saúde, muito por causa das fortes assimetrias de informação que este setor apresenta, é socialmente admissível e recomendável a existência destas barreiras à entrada no mercado, para que exista uma maior proteção e segurança perante a qualidade dos serviços prestados. A existência destas barreiras identificável e que limitam de forma efetiva a concorrência neste setor. Atualmente, as principais práticas e regras de limitação e regulação do mercado são: emissão limitada de licenciamentos, regulação da qualidade, número mínimo obrigatório de prestadores por utente, limitação ao nível do mercado publicitário, códigos éticos e deontológicos, entre outros.

No caso concreto do mercado Português, muito embora tenha tendência a decrescer, há ainda uma participação intensa do estado. Esta participação apresenta-se com uma dupla função de segurador e de prestador de serviços.

Na função de segurador, o estado, através da sua receita fiscal, assume para si a responsabilidade financeira dos cuidados básicos de saúde de toda a população. Como prestador, o estado fornece, muitas vezes em exclusividade, inúmeros bens e serviços dentro deste setor.

Aliada a esta dupla função que falamos no parágrafo anterior, existe o topo da pirâmide que é a figura do Estado – Regulador. De acordo com Barros (2009) esta é uma figura da máxima importância e que tem, como papel primordial, a determinação da forma de relacionamento entre o estado segurador e prestador de serviços, com os restantes agentes económicos do setor.

2.4 Determinantes da Lealdade

A lealdade dos clientes está presente como uma das metas a alcançar por uma qualquer empresa ou instituição que se pretenda assumir como um verdadeiro player

no mercado. Assim sendo, é imperioso que as organizações compreendam e interpretem corretamente como é que esta se desenvolve.

De acordo com Garbarino & Johnson (1999), a nomeação de um fornecedor de serviços e/ou produtos, é antecedida por um processo de tomada de decisão que é determinado por construtos de ordem mental.

Estes juízos de valor provêm de diversas fontes, onde o conhecimento e as experiências passadas são fundamentais, tendo o poder de condicionar e orientar todas as ações subsequentes.

Há um conjunto alargado de variáveis que conseguem determinar a lealdade de um cliente perante um determinado serviço e/ou produto. Contudo, segundo Prado (2004), a coabitação com o marketing relacional tem alargado de forma efetiva este intervalo de representação, ampliando de forma progressiva, a quantidade de variáveis que são predictoras de atitudes e comportamentos, fornecendo novos construtos para a equação que dá origem à tomada de decisão e edificação de todo o processo de fidelização do cliente.

É importante também ter em consideração a individualidade e unicidade de cada cliente, com uma conjugação de dimensões bastante particular, sendo que para Petterson & Ward (2000), cada uma destas dimensões apresenta naturalmente um conjunto multifatorial de processos e vicissitudes contextuais. Esta situação demonstra a complexidade da perceção que os clientes, como seres únicos que são, estabelecem com os fornecedores de serviços e/ou produtos existentes no mercado.

Numa lógica mais focalizada, Garbarino & Johnson (1999), concluíram sobre a existência de construtos que potenciam e demonstram claras intenções futuras, com distintas ligações e relacionamentos. Assim, os três construtos apontados pelos referidos autores são: a confiança, a satisfação e o compromisso.

Olhando agora mais concretamente para a área da saúde, e conjugando as suas particularidades com estes construtos definidos por Garbarino & Johnson (1999), podemos elencar a satisfação e a confiança como parcelas essenciais da equação que

promove e constrói a fidelização de um cliente para com uma organização prestadora de cuidados de saúde.

Estes contrutos que elencámos no parágrafo anterior apresentam-se como variáveis mediadoras, posicionando-se entre antecedentes importantes e a lealdade do cliente como a consequência de todo este processo.

Devemos também referenciar que os determinantes antecedentes se subdividem em três categorias e segmentos chave: os determinantes antecedentes cognitivos que se associam às fontes de informação, os determinantes antecedentes atitudinais que se associam diretamente às disposições comportamentais e os determinantes antecedentes afetivos que estão associados à componente sentimental existente perante o serviço e/ou produto em questão.

Assim sendo, os determinantes que elencámos como aqueles que achamos serem o que melhor se ajustam para a construção de um processo de fidelização de um cliente numa instituição prestadora de cuidados de saúde são os seguintes:

2.4.1 Determinantes Mediadores

Seguidamente, vamos apresentar a satisfação e a confiança como fatores determinantes de mediação. Estes determinantes mediadores são, em nosso entender, extremamente relevantes para persecução do objetivo principal deste trabalho.

2.4.1.1 Satisfação

A satisfação que o consumidor apresenta no seu comprometimento efetivo com um determinado prestador de serviços e/ou produto pode ser definido, segundo como sendo: o estado afetivo do consumidor, resultante de uma apreciação global do seu relacionamento com a marca (Jap, 2011; Tsai; Huang & Chiu, 2012).

A satisfação do cliente e toda a problemática que lhe está inerente tem sido, ao longo dos anos, um dos conceitos que mais se tem estudado dentro do largo espetro de abrangência do Marketing.

Kotler (1997), define a satisfação, como sendo uma avaliação pós-consumo, numa perspectiva comparativa entre a realidade e aquelas que seriam as expectativas do cliente.

Se analisarmos de forma transversal diversa literatura existente acerca da satisfação, facilmente constatamos que o seu estudo foi evoluindo em profundidade e em dimensão, ao longo dos últimos tempos.

O estudo sobre os fenómenos que conduzem à satisfação foram evoluindo, tendo muitos autores começado a pronunciar-se sobre o impacto de novas variáveis como o juízo de equidade (Oliver e Swan, 1989; Oliver e DeSarbo, 1988), afetos (Westbrook, 1987) ou os desejos dos consumidores (Westbrook e Reilly, 1983).

Este avançar na intensidade de investigação neste campo, fez com que no plano operacional, as empresas comesçassem a preocupar-se cada vez mais com o comportamento e sentimentos dos clientes, associando-os a possíveis impactos que poderão ter no desenvolvimento dos seus negócios e, conseqüentemente, nas suas rentabilidades.

De acordo com vários autores, a satisfação surge como uma forma de avaliação perante uma determinada experiência de consumo ao longo do tempo. Contudo, na diversa literatura existente, o conceito de satisfação do consumidor foi sendo interpretado e idealizado de diferentes formas. Segundo alguns autores, a satisfação do consumidor, pode ser definida da seguinte forma:

- “A satisfação é uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto e/ou experiência de consumo” (Oliver, 1981);
- “A satisfação é uma resposta emocional a experiências associadas à compra de determinados produtos e serviços” (...) “é uma resposta emocional que se dá a partir de um processo avaliativo de natureza cognitiva” (Westbrook e Reilly, 1983);
- “A satisfação é uma avaliação global baseada na experiência total de compra e consumo de um produto ou serviço ao longo do tempo” (Anderson, Fornell e Lehmann, 1994);

Poderíamos elencar ainda bastante mais definições de satisfação, mesmo assim, se há algo que podemos considerar como sendo relativamente unânime é o facto de quase

todos os autores interpretarem a satisfação como sendo o resultado avaliativo, de cariz emocional, resultante de uma situação de compra e/ou de consumo.

No entanto, diversos estudos recentes fazem referência ao facto de um cliente satisfeito não ser obrigatoriamente um cliente leal, visto não existir o fenómeno da satisfação total (ou a 100%), associado ao facto de a lealdade de um cliente não dependerem em exclusivo do seu grau de satisfação. Contudo, segundo Engel e Blackwell (1982), a lealdade de um cliente é um comportamento que este expressa ao longo do tempo, sendo que este, não dispensa o papel fundamental da satisfação.

Reisinger & Turner (2012), defendem que podemos olhar para a satisfação como uma resposta ao encontro entre a realização e a expectativa o que, caso o encontro destes dois vetores seja positivo, pode inclusivamente originar uma nova tipologia sentimental: a gratidão.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** A Satisfação influencia positivamente a Confiança.
- **H:** A Satisfação influencia positivamente a Lealdade.
- **H:** A Satisfação influencia positivamente a Transmissão de WOM.

2.4.1.2 Confiança

A confiança é um conceito que, de certa forma, pode ser considerado como sendo transdisciplinar, pois é um fator de análise e estudo em diversificados e múltiplos campos de análise e atuação.

De acordo Breitenbach (2015), o comprometimento e a confiança são fatores fundamentais para a construção de relacionamentos comerciais de longa duração.

A confiança num serviço e/ou produto, de acordo com Schau, Muniz and Arnould (2009), pode ser definida como sendo a disposição do consumidor para contar com a capacidade que o produto e/ou serviço têm para desempenhar a sua função.

De acordo com Souza et al (2012), a confiança desempenha um papel fundamental na construção e formação da lealdade

Segundo Breitenbach (2015), a confiança é uma crença de que uma parte é confiável e tem habilidade suficiente para cumprir as suas promessa e obrigações.

De acordo com Berry (2002), a confiança pode ser identificada como sendo um dos principais construtos do marketing de relacionamento, tendo uma importância tal, que é geralmente vista como sendo um elemento fundamental para a construção de uma ligação de lealdade e fidelidade com um cliente. Deste modo, podemos assumir que a confiança é um vetor primordial na construção de um compromisso efetivo, de longo prazo com um consumidor, da mesma forma, que a sua inexistência é uma forte ameaça para o sucesso de um qualquer relacionamento empresarial e comercial. Então, a confiança, deve ser encarada sempre como um elemento crítico e fundamental para o sucesso e “bom porto” de todas as trocas relacionais que possam existir entre prestadores e consumidores.

A confiança tem o condão de conseguir reduzir o stress do consumidor, pois reduz o seu nível de incerteza e risco associado, sendo também segundo Berry (1995), um redutor de vulnerabilidades em serviços de avaliação intangível, complexa e de elevada dificuldade técnica. Deste modo, no caso específico da saúde (que se enquadra de forma perfeita na análise anterior de Berry), podemos afirmar que a confiança tem um efeito relevante e primordial na construção de um relacionamento, visto ser um setor com um forte grau de incerteza, complexidade técnica, risco e vulnerabilidade.

No mercado da saúde, a existência de elevados padrões de confiança relacional é um elemento chave se se quiser construir uma relação comercial de longa duração, pois é imperioso que o cliente confie e acredite de forma sincera na idoneidade, fidedignidade, profissionalismo, conhecimento técnico e integridade do prestador do serviço.

Assim, segundo Rich (2000), a forma como é vista a integridade do parceiro é um elemento chave em torno da construção de todo o sentimento de confiança, sendo que este cresce de forma paralela com a construção de um compromisso relacional entre as partes. Desta forma, quanto maior for o grau de confiança, maior será a probabilidade

de realizar novas transações comerciais, mantendo um relacionamento de longo prazo, num lógica de lealdade e fidelidade para com o serviço ou produto.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** A Confiança influencia positivamente a Lealdade.
- **H:** A Confiança influencia positivamente a Transmissão de WOM.

2.4.2 Os Antecedentes da Lealdade

Seguidamente, iremos referenciar aqueles que, no nosso entender e de acordo com a diversa bibliografia consultada, são os elementos antecedentes da construção do processo de lealdade e fidelização de um cliente.

2.4.2.1 Word of Mouth Received

É cada vez mais frequente ouvirmos falar em *Word-of-Mouth* (WOM) como sendo uma ferramenta essencial para o marketing.

Segundo Ladhari et al. (2011), abordando o contexto dos serviços, definem WOM como a comunicação informal entre consumidores acerca das características do serviço e da experiência de consumo.

De acordo com Argan (2012), o WOM tem impacto significativo sobre o encorajamento e o desencorajamento a comprar um determinado serviço e/ou produto.

Dillon (2013), numa das suas investigações, concluiu que o WOM um meio eficaz de comunicação que auxilia a manutenção de clientes já existentes, m é em simultâneo, uma forte e eficaz ferramenta que para atrair novos clientes.

Shirsaver, Gilaninia e Almani (2012) caracterizam o WOM como sendo uma importante vantagem competitiva, pois através do WOM-*Received* positivo, conseguem aumentar a taxa de aquisição de novos clientes.

Segundo Goyette et al (2010), o *WOM-Received* pode ser considerado como uma troca informação, num fluxo comunicacional de um só sentido, onde um consumidor emite a sua opinião sobre o serviço a um possível novo consumidor. Este mesmo autor associa este conceito às recomendações pessoais, à comunicação informal e à publicidade informal, que por sua vez apresenta uma forte influência pessoas e interpessoal perante o possível novo consumidor.

Para Westbrook (1987), o WOM é uma comunicação informal, dirigida para outros consumidores (que o percebem como *WOM-Received*) acerca da propriedade, utilização ou características de determinados bens ou serviços ou das organizações que os vendem.

Assim, podemos considerar o impacto do *WOM-Received* como sendo amplamente decisivo, sendo que um feedback positivo vindo de alguém em quem se confia, terá sempre um impacto muito forte em qualquer processo de tomada de decisão. Arndt (1967) define que a informação recebida, especialmente vinda de alguém em quem se confia ou que assumimos como sendo um modelo social, é considerada como a mais credível do mercado.

Desta forma, a troca de informação entre os consumidores habituais e os consumidores potenciais, é considerada como algo primordial e fulcral para o sucesso de uma marca ou organização, pois é um vetor basilar na construção de uma reputação, potenciando a fidelização e a lealdade dos seus clientes.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** O *WOM-Received* tem um efeito positivo na Satisfação.
- **H:** O *WOM-Received* tem um efeito positivo na Confiança.

2.4.2.2 Participação e Relacionamento

Devido às elevadas assimetrias de informação, aliadas aos fortes princípios de incerteza, que este mercado da saúde apresenta, há cada vez mais a preocupação por parte do cliente na diminuição das distâncias entre este o conhecimento e a expertise

de quem emite a informação e de quem a recebe. Então, é cada vez mais um foco de confiança e satisfação para o cliente, a sua participação efetiva na fase de diagnóstico e de tratamento. Esta situação faz com que o utente se sinta valorizado e, como é da sua própria vida que se trata, este vetor é demasiadamente importante para ser ignorado.

Hoje em dia, a participação do paciente em todo o processo de diagnóstico e tratamento é, segundo Wallersten (2006), uma condição básica para o seu bem-estar sendo, de acordo com Longtin et al. (2010), uma componente essencial no desenho de todo o seu processo de cuidados de saúde

A maioria das organizações, consubstanciadas nas diversas pesquisas sobre a participação do paciente, mantém a ideia que este processo de interação contínua com o paciente é de extrema importância, sobretudo naquela que será a tomada de decisão, ou seja, a escolha do tratamento mais adequado.

Segundo Longtin et. al. (2010), a aceitação a opinião do paciente por parte dos profissionais de saúde, tem crescido exponencialmente nos últimos anos. Esta situação, motiva-os para a fase de reabilitação o que, de acordo com Olsson et. al. (2006), tem potenciado resultados efetivamente animadores. Este autor defende que um processo de diagnóstico e tratamento centrado na unicidade do paciente potencia uma diminuição significativa nos tempos de internamento e reabilitação.

Esta situação, onde o paciente é o centro de tudo, alavanca a sua satisfação e a sua confiança para com quem lhe prescreve o tratamento. O paciente, ao participar de forma ativa no processo de diagnóstico e de tratamento, está numa posição mais favorável para em situações similares voltar à mesma instituição de cuidados de saúde, uma vez que geralmente o respeito pela sua autonomia, potencia a melhoria do seu estado de saúde. Isto sugere, segundo Eldh et. al. (2006), que a definição participação vai além da tomada de decisão e deve ter clareza suficiente no que diz respeito aos pontos de vista dos pacientes.

Ouvir e considerar o conhecimento que os pacientes têm do seu corpo e analisar o contexto em que este se insere, é fundamental para que se possam desenvolver prescrições médicas que verdadeiramente respondam às necessidades da pessoa em análise.

Guadagnoli & Ward (1998) defendem que os pacientes querem ser informados das diversas alternativas de tratamento possíveis para que posteriormente possam ser envolvidos no processo de tomada de decisão.

Atualmente, e com uma forte tendência de crescimento, há uma corrente que enfatiza a necessidade da integração de uma componente comunicacional no percurso acadêmico e formativo de um médico. Este vetor comunicacional é visto como um fator basilar para se estabelecerem ligações efetivas de participação e complementaridade de ação com o paciente, criando laços fortes, que tendem a quebrar as fortes assimetrias de informação presentes neste mercado, potenciando fortes laços de confiança e satisfação, onde o paciente se sente útil e importante naquelas que serão as decisões mas adequadas para o seu caso em específico. Promovem-se fortes laços de relacionamento que, no futuro, são essenciais para promover situações de recompra dos serviços.

Assim, o paciente sente-se como um caso único. Sente-se valorizado e importante, o que associado às responsabilidades éticas inerentes às tomadas de decisão médicas, potencia fortemente a criação de um melhor contexto de tratamento.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** A Participação e Relacionamento tem um efeito positivo na Satisfação.
- **H:** A Participação e Relacionamento tem um efeito positivo na Confiança.

2.4.2.3 Personal Expertise

Falar de *personal expertise* é, na linha de pensamento deste trabalho, fala-se de competência. Assim sendo, sobre esta temática, há diversos autores e múltiplas formas de pensar, sobre aquilo que se define como *personal expertise* ou competência.

Deste modo, segundo Silva (2008), o conceito de *personal expertise* pode ser analisado segundo duas perspectivas distintas: como padrão de desempenho, que permite reconhecer o trabalho como competente (*competence*); e como o comportamento exibido pelo indivíduo, que permite a execução do trabalho com

competência (*competency*), focalizando-se nos comportamentos que o indivíduo necessita de demonstrar.

Noutra linha de pensamento, destacamos Boterf (2011), que defende que o conceito de competência e *personal expertise* pode variar de acordo com as diversas organizações e as inúmeras situações de trabalho, isto é, tem em linha de consideração as situações de trabalho que têm por base a repetição, ou então, situações de maior grau de exigência, onde ocorrem com frequência episódios complexos, que requerem inovação, iniciativa, complexidade.

Apesar dos conceitos apresentados sugerirem uma ligação exclusiva das competências ao indivíduo, sob a forma de *personal expertise*, é importante salientar que há outros autores que associam estas competências, não só às equipas de trabalho onde o indivíduo se insere, mas também às próprias organizações onde estes desenvolvem o seu trabalho. Deste modo, Almeida e Rebelo (2011) subdivide de forma tripartida, o conceito genérico de competências, criando desta forma as seguintes tipologias: Competências Individuais (relacionam o indivíduo com a situação específica de trabalho); Competências Coletivas (são perspetivadas como o conjunto das diversas competências individuais adaptadas sinergicamente à equipa de trabalho onde se inserem); Competências Organizacionais (dizem respeito ao que a empresa sabe fazer, estando desse modo, integradas de forma generalizada na sua própria estratégia e plano de desenvolvimento).

Segundo Busch e Wilson (1976), o *personal expertise* tem sido frequentemente apontado como um atributo que está positivamente associado às tentativas de influência bem-sucedidas na construção e manutenção de uma relação comercial sólida com um cliente

Neste sentido, é fundamental que os prestadores de serviço (onde o setor da saúde é, devido às suas especificidades e sensibilidades, um dos mais avançados), apostem na formação e conseqüente experiência de todos os seus colaboradores, visto que se trata de um importante determinante para uma boa performance de eficácia nas vendas, para além do conhecimento aprofundado do produto (Stanton e Buskirk, 1987).

Diversos autores, sugerem que a eficácia das vendas e a construção e/ou manutenção de relações comerciais, é influenciada pelo *expertise* do vendedor, sendo que o *expertise*, no caso de relações de troca de longo-prazo, não se refere apenas aos domínio do produto base, mas também à inclusão de outras competências que permitam ao vendedor assumir um papel de conselheiro em muitos outros aspetos.

Deste modo, podemos definir a *expertise* como sendo um campo alargado de conhecimento, a experiência ou as competências de um indivíduo num dado domínio, que permitirá aos colaboradores de um prestador de serviços, obter um maior nível de satisfação e confiança, por parte dos seus clientes.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** A *Personal Expertise* tem um efeito positivo na Satisfação.
- **H:** A *Personal Expertise* tem um efeito positivo na Confiança.

2.4.2.4 Tempo de Espera

Os autores Lovelock e Gummesson (2004) insistem no papel central desempenhado pelo tempo na maioria dos serviços e recomendam insistentemente que se preste cada vez mais atenção a este vetor, de modo a que se possa melhorar a compreensão de todos os clientes.

Ferreira (2012) destaca o facto de o tempo de espera significar um custo de oportunidade que pode, em muitos casos, implicar uma perda de produtividade e de rendimento por parte do paciente. Este autor, destaca ainda que este custo, se for elevado e/ou significativo, pode ser um fator determinante para a diminuição generalizada da procura.

De acordo com Maister (1985), a diferença entre a percepção e a expectativa para a experiência de espera determina a satisfação cliente com o tempo que efetivamente terá de esperar.

Desta forma, o atraso na operacionalização dos serviços é um vetor cada vez mais importante para as instituições, visto que, segundo diversos estudos, este tem um efeito amplamente negativo na satisfação do cliente. Assim sendo, com base nesta elevada valorização do fator tempo, as empresas podem perder um número significativo transações comerciais se o tempo de espera for demasiadamente longo, visto que o consumidor olha para o tempo de espera como um gasto e o sacrifício para a obtenção de um determinado serviço.

De acordo com Ferreira (2012), a valorização do tempo de espera e a sua associação a uma perda de utilidade fazem com que um dos efeitos do tempo de espera seja a redução da procura e conseqüente redução da utilização dos cuidados de saúde.

Do ponto de vista económico, e dado que estes tempos de espera, como já referimos, apresentam um elevado potencial de custos para o utente, é desejada uma boa gestão dos tempos de espera em contexto hospitalar, reduzindo-os e tendo como objetivo primordial, o aumento do bem-estar dos utentes, melhorando também desta forma a performance das instituições de saúde

Então, aliada a esta preocupação da gestão dos tempos de espera no contexto hospitalar, surge outra preocupação: a melhoria das condições do tempo de espera. Esta melhoria das condições do tempo de espera surge no seguimento na necessidade de se valorizar positivamente o tempo de espera. Esta situação, onde o conforto das salas de espera também se insere, surge para se minorar a perceção dos custos de espera e diminuição do rendimento, isto porque, com a massificação das novas tecnologias, o tempo de espera no contexto de utente hospitalar pode ser aproveitado para, caso existam condições, manter os índices de produtividade e rendimento do utente.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** O Tempo de Espera tem um efeito positivo na Satisfação. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H:** O Tempo de Espera tem um efeito positivo na Confiança. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)

2.4.2.5 Valor Social

Miller e Muir (2009) defendem que a “importância do papel social das nossas escolhas enquanto consumidor já é estudada há mais de um século, sendo que ainda hoje somos convidados a adquirir artigos que demonstrem riqueza e estatuto social”.

Assim sendo, podemos constatar que o valor da marca vai, na perspectiva do consumidor, muito mais além do verdadeiro valor intrínseco do serviço e/ou produto. A escolha por uma determinada marca pode fazer transparecer uma faceta mais voltada para o desejo do reconhecimento social, atribuindo-lhe um valor intangível adicional, pelo qual, e devido ao reconhecimento e posicionamento da própria marca, estará o consumidor disponível a pagar pelo fator emocional.

É relativamente unânime que o reconhecimento da qualidade, ou de um atributo específico, de um produto pode pela satisfação induzir o consumidor a manter a atitude inicial de uma determinada escolha. Dessa forma, podemos também assumir, que a experimentação positiva de um produto ou serviço resulta na repetição da escolha que se suportada pelo reconhecimento dos atributos globais da marca lhe conferem notoriedade.

Cardoso (2009) refere inclusivamente que as funções do significado simbólico dos produtos operam segundo dois vetores distintos: um mais diretamente orientado para a exteriorização, numa efetiva construção de um simbolismo social; já no outro vetor de orientação, o consumidor olha para si mesmo, numa perspectiva mais interiorizada de construção do seu próprio eu assente exclusivamente numa lógica de auto simbolismo. Este mesmo autor, assume que no ato de compra, o consumidor tende a procurar encontrar-se socialmente com os clientes tipo daquele produto e/ou serviço, numa tentativa de moldar a sua própria identidade como forma de conseguir uma integração plena naquele grupo de consumidores, procurando dessa forma, valorizar-se perante a sociedade.

Segundo Nascimento et al (2014), podemos considerar a influência social como sendo um ato individual na procura de um determinado grupo social, expressa no reconhecimento dos atributos necessários para a sua integração no respetivo grupo.

São os valores encontrados na percepção do consumidor, na marca identitária reflexo de si próprio dos, seus semelhantes, na manifestação de pertença, que condicionarão a escolha. Contudo, é importante ter sempre em linha de conta que o comportamento individual de cada pessoa enquanto consumidor sustenta-se na sua própria motivação como génese de grande parte das suas ações e processos psicológicos diretamente relacionados com a aprendizagem, sensibilidade, personalidade e nas suas emoções mais intrínsecas

Deste modo, a seleção da marca, reconhecida pelo que representa para o consumidor, é também o resultado de diversos fatores comportamentais associados, sendo em simultâneo com a experimentação positiva, um processo comportamental orientado por estímulos sociais e culturais.

É desta orientação transversal aos aspetos anteriormente referenciados que Kotler (2011), e da análise à marca como produto, como organização, como pessoa e como símbolo que resultam as propostas de valor e credibilidade numa plena relação com o cliente e com a sua fidelização participada, que verificamos atualmente como a complementar dimensão social da marca.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** O Valor Social tem um efeito Positivo na Satisfação.
- **H:** O Valor Social tem um efeito Positivo na Confiança.

2.4.2.6 Custos Financeiros

Mittal et al. (1998) refere que o custo financeiro é um dos vetores com maior grau de preponderância na avaliação, por parte do cliente, das possíveis opções de recompra de um produto e/ou serviço.

De uma forma bastante pragmática, podemos definir o custo financeiro como sendo um indicador da quantidade de sacrifício monetário necessário para adquirir um produto, o que por sua vez, pode ser considerado como um dos indicadores de qualidade que esse produto ou serviço apresenta. Assim, segundo Dodds et al. (1991), geralmente

a apresentação de custos financeiros mais elevados, está diretamente associada a uma qualidade percebida mais elevada, o que por si só, promove uma maior predisposição a comprar.

É também importante levar em linha de consideração aquilo que Guarita e Urdan (2006) relevam, onde é destacada a importância da estratégia de uma empresa para a definição do preço dos seus serviços. Os autores defendem que o posicionamento da empresa nesta área pode inclusivamente ter um efeito adverso ao pretendido, se houver um distanciamento excessivo entre o valor estabelecido e o valor que os clientes estão dispostos a pagar de acordo a valorização percebida do bem ou serviço que está em avaliação de compra.

Neste processo de lealdade e fidelização de um cliente, é essencial ter em elevada linha de consideração que um cliente podem trocar de marcas ou fornecedores em função das políticas de preço, sendo esta uma característica basilar da sua satisfação com o produto ou serviço apresentado/adquirido. Assim sendo, o custo financeiro de um produto ou serviço tem um forte e direto impacto sobre a satisfação dos clientes (Davies et al., 2001).

Assim, devemos considerar o preço como sendo um elemento formador da lealdade do cliente, o que por sua vez, reforça a necessidade de as empresas aplicarem estratégias de preços atrativas em ambos os sentidos, de modo a maximizar o volume de receitas e estabelecer o máximo de relações de lealdade possíveis (Shoemaker, 2003). Segundo Peterson (1995), a minimização de custos é a motivação primária para o cliente ou consumidor se envolver em trocas relacionais (Peterson, 1995).

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** Os Custos Financeiros têm um efeito positivo na Satisfação. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H:** Os Custos Financeiros têm um efeito positivo na Confiança. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)

2.4.2.7 Custos Não Financeiros

Podemos perceber, segundo Chapman e Wahlers (1999), como custos não financeiros um conjunto de variáveis não financeiras que podem ser de diversa ordem, podendo ir do esforço que um cliente despende, passando pelo sacrifício relacionado com a procura de fornecedores alternativos, etc.

De acordo com Guarita e Urdan (2016), os custos não financeiros promovem no relacionamento entre uma empresa e o cliente, tendencialmente, um efeito negativo no valor percebido.

Segundo Zeithaml (1988), tudo o que for acrescentado ou melhorado no produto e/ou serviço, para que se diminuam os custos associados a estas variáveis não financeiras, aumenta automaticamente o valor percebido pelo cliente.

Chapman e Wahlers (1999) defendem que quanto maior for o esforço não monetário que um cliente tem de despende para a obtenção de uma qualquer vantagem comercial, menor será a sua percepção de valor relativamente à oferta apresentada.

Deste modo podemos concluir também, que quanto maior for a grandeza destas variáveis no processo de aquisição do serviço e/ou produto, menor é a percepção que este tem em relação ao seu real valor.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** Os Custos Não Financeiros têm um efeito positivo na Satisfação. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H:** Os Custos Não Financeiros têm um efeito positivo na Confiança. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)

2.4.2.8 Custos de Mudança

Esta tipologia de custos, segundo Porter (1980) diz respeito a todas as perdas, percebidas e/ou efetivas, com que o cliente se debate quando decide trocar de fornecedor de serviços e/ou produtos.

Desta forma, segundo Graeml et al (2011), a análise e estudo de todas as variáveis que os custos de mudança apresentam, tem um papel fundamental e de extrema relevância em todo o processo de mudança no nível estratégico, tático e operacional.

Estes custos podem também ser definidos operacionalmente como sendo barreiras à mudança e à mobilidade, o que efetivamente contribui para a continuidade de relações comerciais de longa duração.

Segundo Harris (2012), os custos de mudança não têm uma categorização única, sendo de contexto variável, representando-se sempre de forma específica mediante as características que medeiam todo o processo de mudança, podendo moldar-se segundo diferentes formas, indo desde os custos de procura, aos custos emocionais, perdas relacionadas com descontos de fidelização, etc.

Engelbert (2010), numa das suas pesquisas referente à categorização dos custos de mudança, categorizou-os da seguinte forma: custos de seleção, custos de ativação, custos de construção, custos formais, custos psicológicos, custos de oportunidade e custos de retorno.

Assim sendo, Engelbert (2010), categoriza-os da seguinte maneira, sempre numa dupla perspetiva baseada no atual e no potencial:

Custos de Seleção

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
-	Custo (incluindo tempo e esforço) de procurar, avaliar, testar e selecionar uma solução e um fornecedor.

Tabela 2: (Fonte: Engelbert, 2010)

- Custos de Ativação

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
-	Custo (incluindo tempo e esforço) para adquirir, adaptar e compatibilizar uma solução e um fornecedor.

Tabela 3: (Fonte: Engelbert, 2010)

- Custos de Construção

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
- Custo (incluindo tempo e esforço) de aprender a utilizar e usufruir da solução e estabelecer relacionamento com o fornecedor.	

• Tabela 4: (Fonte: Engelbert, 2010)

- Custos Formais

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
- Taxas dos depósitos de iniciação não reembolsáveis	- Multas contratuais, perda de benefícios de programas de fidelidade em anteriores, etc.

Tabela 5: (Fonte: Engelbert, 2010)

- Custos Psicológicos

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
- Custo psicológico de se deixar de ser leal e fiel a uma marca.	- Custos relacionados a percepções de tempo, esforço, incerteza sobre resultados, risco pessoal e risco organizacional.

Tabela 6: (Fonte: Engelbert, 2010)

- Custos de Oportunidade

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
- Não se aplicam.	- Custos de abandonar benefícios e ganhos potenciais relacionados a complementos e rede de utilizadores da solução (mesmo que ainda não usufruídos).

Tabela 7: (Fonte: Engelbert, 2010)

- Custos de Retorno

Investimentos na Situação Atual	Custos Potenciais
- Não se aplicam.	- Custos de ter de voltar à solução anterior no caso da nossa solução se mostrar insatisfatória.

Tabela 8: (Fonte: Engelbert, 2010)

Segundo Lam et al (2004), uma nova relação implica esforço e perdas iniciais várias, o que por sua vez, potência a manutenção dos clientes.

Assim sendo, o grau de importância que os clientes conferem aos custos de mudança faz, de acordo com Burnham et al (2003), com que muitas vezes se evite a troca, mantendo os clientes leais ao mesmo fornecedor e/ou produto, mesmo que possa ser uma tipologia passível (ou até falsa) de lealdade.

Então, no alinhamento das investigações realizadas pelos diversos autores referenciados, somos a propor as seguintes hipóteses de estudo:

- **H:** Os Custos de Mudança influenciam positivamente a Lealdade
- **H:** Os Custos de Mudança influenciam negativamente a Intenção de Mudança.

2.5 A Transmissão de WOM como Consequência da Lealdade

Uma das principais e mais relevantes consequências da lealdade de um cliente perante um determinado serviço e/ou produto é, fruto da experimentação, a capacitação do cliente como uma sólida e viável fonte de transmissão de *Word of Mouth*.

O *word of mouth* (WOM) é considerado pela grande generalidade dos autores como sendo o mais antigo meio de comunicação e troca de informações comerciais, assente numa lógica opinativa sobre um determinado produto e/ou serviço.

De acordo com Almassawi (2015), o WOM significa a troca de opiniões válidas (positivas ou negativas) sobre os produtos e serviços de uma empresa, sendo que essas opiniões podem ter um impacto significativo sobre o comportamento quer dos consumidores atuais, quer de possíveis novos consumidores. Segundo este autor, a eficácia do WOM na mudança comportamental dos consumidores, influenciando as suas decisões de compra, é muito superior que as diversas formas de publicidade existentes.

O WOM é, de acordo com Arndt (1967), uma forma de comunicação de marketing, realizada por parte do consumidor enquanto emissor independente do vendedor, onde a mensagem está relacionada de forma direta e inequívoca com o produto.

O WOM tem merecido uma atenção cada vez maior nos dias de hoje, sempre que uma investigação se debruça sobre o estudo da fidelidade e lealdade. A crescente e notória importância desta forma de comunicação interpessoal, segundo Buttle (1998), assenta em múltiplos e diferenciados fatores, sendo aqueles que mais se diferenciam, o facto de o WOM ser gratuito, eficaz e credível, pois é percebido pelos recetores como sendo independente de qualquer influência das marcas ou das organizações.

De acordo com Haywood (1989), este fluxo informativo que se baseia sobretudo em experiências comerciais já vivenciadas, tem um forte impacto no desempenho comercial de qualquer empresa.

Segundo Anderson (1998), há uma forte associação positiva entre WOM e vetores sentimentais como a satisfação e a confiança. Nessa linha de pensamento, de acordo com Tucker (2011), os clientes satisfeitos e que apresentam elevados índices de confiança no serviço e/ou produto, têm uma forte tendência para passarem um WOM positivo, enquanto os clientes insatisfeitos, numa lógica de grandeza similar, tendem a passar um WOM negativo sobre a sua experiência passada. Dessa forma, segundo Almosawi (2015), podemos considerar que a satisfação e a confiança, como elementos essenciais para um cliente leal, são das principais fontes de WOM, o que implica que as empresas e organizações as considerem como sendo um dos principais focos da ação.

A WOM está cada vez mais presente nas notícias sobre marketing e publicidade, pois a partilha de experiências (por exemplo, com um produto ou uma marca) e a recomendação (de uso, de compra) são altamente valorizadas pelos *marketers* pelo efeito multiplicador que podem gerar.

Dillon (2013) refere ainda que nos seus estudos, a maioria dos inquiridos considerou WOM um meio eficaz de comunicação para atrair novos clientes e reter os já existentes.

Almosawi (2015) refere ainda a elevada importância que a transmissão de WOM, como um canal de transmissão de conhecimento, apresenta para a comercialização de um determinado serviço, visto que, quando a informação transmitida é positiva, ajuda à diminuição da percepção do risco e da incerteza com que os possíveis novos consumidores de debatem

É importante também referenciar que, de acordo com Almosawi (2015), a eficácia do WOM tem também índices de dependência dos níveis de confiança que o recetor do WOM sente no transmissor. Quanto mais o recetor confiar no transmissor, mais eficaz se torna o WOM. A experiência do WOM é simultaneamente um fator importante para determinar e potenciar o poder do WOM, nessa lógica, um cliente experiente, como é o cliente leal e fidelizado, apresenta uma opinião mais relevante como transmissor de WOM, se comparado com alguém que tem uma experiência inferior na utilização do mesmo serviço e/ou produto.

Assim, como já focámos anteriormente, clientes leais têm uma maior propensão para comprar mais, para repetir a compra, para resistir com mais força e vontade às ofertas da concorrência e para fazer recomendações positivas do serviço e da organização ao seu rol de ligações pessoais. Dessa forma, a efetiva ligação que um cliente leal apresenta ao nível dos seus níveis de satisfação e confiança para com o serviço e/ou produto dá origem a uma muito maior probabilidade de influenciar o WOM (positivo), alavancando dessa forma, os mecanismos de captação de novos clientes, sem nunca esquecer a manutenção das ações de recompra por parte dos clientes já conquistados, mas que ainda não são clientes leais.

2.6 A Intenção de Mudança

A mudança de um comportamento, independentemente de ser da sua tipologia é, segundo Meurer (2008), um processo cíclico e gradual, que envolve uma variedade de fatores conjunturais.

Deste modo, de acordo com Sherwood e Jeffery (2000), a intenção de mudança é influenciada por um conjunto de fatores que vão desde fatores ambientais e de contexto, fatores comportamentais e também fatores exclusivamente de índole pessoal.

Guedes et al. (2006), no seguimento do que foi focado anteriormente, defende que é a interação destes multiplicidade de fatores que determina a mudança e/ou alteração de um determinado comportamento de consumo.

Então, no caso da intenção de mudança como uma consequência da não lealdade é, segundo Tung-Ching Lin & Shiu-Li Huang (2014), fortemente influenciada e/ou potenciada quando os índices de satisfação de um cliente descem de forma abrupta, aliada à natural quebra de confiança em quem está a prestar o serviço.

No caso da saúde onde, como já referimos anteriormente, o grau de fragilidade sentimental apresentado pelos clientes é muito superior do que normal, estes dois vetores da confiança e da satisfação são de uma importância extrema.

Muito embora, a intenção de mudança seja influenciada de forma negativa, quer pela satisfação, quer pela confiança, Tung-Ching Lin & Shiu-Li Huang (2014), referem também que a existência de custos de mudança, enfraquecem de forma efetiva esta relação negativa, o que promove uma diminuição da intenção de mudança, mesmo que tal comportamento não flua para a consolidação de um processo puro de lealdade comercial.

É também importante referir que a intenção de mudança pode não estar diretamente relacionada com a existência de um determinado problema. A resolução deste tipo de incidentes críticos, como se refere Lu et al. (2012), é também uma importante forma de avaliação para a manutenção da intenção de recompra.

Lu et al. (2012) refere também que a intenção de mudança é o resultado de uma conjugação de emoções negativas e distanciamentos efetivos (de sentido negativo) entre a realidade e a expectativa criada.

Este conjunto de emoções e sentimentos negativos perante a experiência e a realização são, segundo Lam et al. (2004), vetores de avaliação importantíssimos para o cliente que, caso não existam grandes custos de mudança, podem determinar com alguma facilidade a intenção efetiva de mudança de prestador e/ou fornecedor.

Então, no alinhamento da investigação realizada pelos diversos autores referenciados, somos a propor a seguinte hipótese de estudo:

- **H:** A Intenção de Mudança influencia negativamente a Transmissão de WOM.

2.7 Conclusão

Neste segundo capítulo do nosso trabalho, apresentámos os racionais teóricos que servem de base para o desenvolvimento deste estudo.

Para além da natural definição da lealdade na lógica do ponto de vista da relação cliente – empresa e/ou instituição – setor de atividade, tivemos também o cuidado de balizar aqueles que, para nós, são os grandes pilares de contextualização do setor. Se por um lado, caracterizámos o mercado e as envolventes da economia da saúde, tivemos também a preocupação de definir aquele que deve ser o comportamento de um prestador de cuidados de saúde, quando a lealdade dos seus clientes é o principal objetivo a atingir.

Num mercado cada vez mais voraz, onde a competitividade cresce acentuadamente, e onde a diferenciação é algo cada vez mais difícil de atingir, a aposta de toda a estratégia empresarial, deve ter como linha de orientação o fortalecimento do relacionamento comercial com os seus clientes.

Este segundo capítulo, permitiu-nos observar holisticamente todas estas relações (comprovadas e/ou hipotéticas) que se estabelecem entre os diversos construtos que pretendemos analisar, bem como, o referencial concetual que nos permite a sua respetiva análise estatística.

CAPÍTULO III – QUADRO CONCEPTUAL

Depois de concluída a revisão da literatura sobre o contexto do setor económico, a orientação comportamental das empresas e instituições para o processo de retenção de clientes e as variáveis que integram a nossa investigação, passamos para a definição dos objetivos deste estudo e à subsequente edificação do modelo conceptual de investigação, composto pelas variáveis anteriormente evidenciadas e analisadas, o que consequentemente, dará origem à natural derivação de hipóteses.

3.1 Objetivos da Investigação

Como já foi anteriormente exposto de forma bastante massiva e abrangente, uma das principais preocupações das instituições é a criação de relacionamentos de longa duração com os seus clientes, fidelizando-os, criando-lhes fortes laços de lealdade.

Deste modo a construção deste estudo, como já foi referido anteriormente no enquadramento geral, tem como **principal objetivo**:

- A análise da lealdade e dos seus antecedentes, dos clientes às instituições de saúde, verificando quais as principais diferenças entre os clientes de hospitais públicos e privados, bem como a transmissão de WOM como consequência dessa lealdade.

Para que este objetivo principal possa ser alcançado, e verificando sempre as diferenças verificadas entre as instituições de saúde públicas e privadas, foram definidos os seguintes **objetivos parcelares**:

- Avaliar o impacto das variáveis antecedentes no processo de lealdade de um cliente a uma instituição de saúde.
- Avaliar o impacto da existência de Custos de Mudança na Intenção de Mudança de um prestador de cuidados de saúde, fruto de um relacionamento de “não lealdade”

- Avaliar o impacto da Satisfação de um cliente na formação de um sentimento de Confiança na sua instituição prestadora de cuidados de saúde.
- Avaliar o impacto que a Satisfação, a Confiança, a Lealdade e a Intenção de Mudança têm na transmissão de WOM.

3.2 Modelo Concetual de Investigação

A construção de um modelo de investigação tem como principal fundamento, prestar um auxílio efetivo ao investigador, para que este, de forma sistematizada e assertiva consiga dar resposta ao problema que lhe foi colocado.

Segundo Lakatos e Markoni (2003), a elaboração de uma pesquisa deverá ter a sua génese num determinado problema. Assim, de acordo com Gomides (2002), o problema de uma investigação, passa sempre pela definição do problema de pesquisa, sendo considerado como a chave para o sucesso de uma determinada pesquisa.

Desta forma, depois de já termos definido o principal objetivo desta investigação, os determinantes da lealdade dos clientes para com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, há a necessidade de materializar o problema num modelo que possa ser uma clarificação das relações existentes entre as diversas variáveis e que, em simultâneo, responda às questões levantadas por esta investigação. Como este é um estudo de natureza quantitativa, teremos de avaliar o impacto de um conjunto de variáveis independentes, numa variável dependente, a lealdade do cliente.

Depois de avaliado o impacto que referimos anteriormente, avançaremos com duas novas observações que avaliarão o relacionamento entre a lealdade de um cliente e a intenção de ser um elo transmissor de WOM positivo, bem como, a intenção de mudança de um cliente, fruto da existência de um relacionamento de não lealdade, como elo transmissor de WOM negativo.

Assim sendo, o modelo de investigação que propomos é o seguinte:



Figura 1 – Modelo Conceitual de Investigação (Fonte: Elaboração Própria)

3.3 Hipóteses de Investigação

Depois de apresentado o modelo concetual de investigação, podemos inferir de forma hipotética o relacionamento entre todas as variáveis, dando assim origem às hipóteses que este estudo apresentará.

É importante referenciar que o levantamento de uma hipótese está sempre sujeito a regras e a definições que balizam a sua construção.

Então, de acordo co Richardson (1985), as hipóteses que surgem dentro de um qualquer modelo concetual de investigação, podem ser definidas como as soluções de tentativas, previamente selecionadas, do problema de pesquisa.

Deste modo, tendo também em linha de consideração os pressupostos defendidos por Marconi e Lakatos (2003), que defendem que uma hipótese pode ser, ou não, corroborada através de uma investigação, dando origem a uma resposta perante o problema apresentado, apresentamos de forma sucinta as hipóteses levantadas para este estudo:

- **H1:** A Personal Expertise tem um efeito positivo na Satisfação.
- **H2:** O WOM-Recieved tem um efeito positivo na Satisfação.
- **H3:** O Valor Social tem um efeito Positivo na Satisfação.
- **H4:** Os Custos Financeiros têm um efeito positivo na Satisfação. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H5:** Os Custos Não Financeiros têm um efeito positivo na Satisfação. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H6:** O Tempo de Espera tem um efeito positivo na Satisfação. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H7:** A Participação e Relacionamento tem um efeito positivo na Satisfação.
- **H8:** A Personal Expertise tem um efeito positivo na Confiança.
- **H9:** O WOM-Recieved tem um efeito positivo na Confiança.
- **H10:** O Valor Social tem um efeito Positivo na Confiança.
- **H11:** Os Custos Financeiros têm um efeito positivo na Confiança. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)

- **H12:** Os Custos Não Financeiros têm um efeito positivo na Confiança. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H13:** O Tempo de Espera tem um efeito positivo na Confiança. (o cliente vai ser medido pela sua concordância)
- **H14:** A Participação e Relacionamento tem um efeito positivo na Confiança.
- **H15:** A Satisfação influencia positivamente a Confiança
- **H16:** A Satisfação influencia positivamente a Lealdade
- **H17:** A Confiança influencia positivamente a Lealdade
- **H18:** Os Custos de Mudança influenciam positivamente a Lealdade
- **H19:** Os Custos de Mudança influenciam negativamente a Intenção de Mudança.
- **H20:** A Satisfação influencia positivamente a Transmissão de WOM.
- **H21:** A Confiança influencia positivamente a Transmissão de WOM.
- **H22:** A Lealdade influencia positivamente a Transmissão de WOM.
- **H23:** A Intenção de Mudança influencia negativamente a Transmissão de WOM.

3.4 Síntese Conclusiva

Neste capítulo, onde foi descrito o quadro conceitual desta investigação, indo ao encontro dos diversos autores estudados e apresentadas na revisão da literatura, houve

a definição dos objetivos (principal e setoriais) e a apresentação do modelo concetual por nós criado e desenvolvido.

No seguimento da edificação do modelo de investigação, houve a elaboração de um conjunto de hipóteses, que nos permitirão ir ao encontro dos objetivos propostos.

4. Metodologia

Neste capítulo, iremos focar-nos naquela que foi a metodologia da nossa investigação.

Apresentaremos todos os passos e procedimentos que adotámos, bem como, a forma como os aplicámos.

Faremos igualmente uma apresentação das escalas e medidas que utilizámos, e a forma como seleccionámos a amostra, como recolhemos os dados e a informação, como elaborámos o nosso questionários (e a respetiva aplicação do pré-teste) e apresentaremos uma análise pormenorizada sobre a totalidade da nossa amostra.

Encerraremos este capítulo, com a análise estatística dos dados e a posterior análise fatorial confirmatória.

4.1 Escala e Operacionalização das Variáveis

Aqui apresentaremos a escala que escolhemos e o porquê da sua utilização, assim como as medidas que estiveram na génese da operacionalização das nossas variáveis.

4.1.1 Escala

Para esta investigação, não só porque é aquela que consideramos a que estatisticamente mais se adequa, mas também porque é a escala mais usual nesta tipologia de estudos, utilizámos uma escala de natureza quantitativa.

Segundo Marconi e Lacatos (2007), as pesquisas quantitativas, para além de serem as mais explicativas, são as mais adequadas, fundamentalmente pelo uso de ferramentas padronizadas, como é o caso dos questionários compostos por perguntas fechadas.

Assim sendo, utilizámos nesta investigação, a Escala de Likert, que é constituída por níveis compreendidos entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente), visto que, de acordo com Antunes da Cunha (2007), é a escala que melhor se adapta aos estudos que se focalizam nas atitudes e nos sentimentos.

4.1.2 Operacionalização das Variáveis

Para a operacionalização das variáveis, e de forma a podermos atingir elevados níveis de rigor e fiabilidade, recorreremos a medidas já previamente testadas noutras investigações desta tipologia.

Estas medidas foram todas traduzidas para a nossa realidade linguística, e adaptadas ao contexto desta investigação, sem contudo fugir ao seu rigor, respeitando obrigatoriamente o seu conteúdo original.

Foi com base nas definições plasmadas na nossa revisão da literatura que definimos os construtos desta investigação. Contudo, tendo em linha de consideração os alertas que Hair et al (2005) nos transmitiu, onde afirma que podemos ter um conceito definido teoricamente, mas que este não se pode medir diretamente ou com ausência de erro, houve a opção por uma tipologia de abordagem mais segura, recorrendo então a medidas já amplamente estudadas e validadas.

Seguidamente, apresentaremos as fontes que utilizámos para a definição das nossas métricas e que nos permitirão a operacionalização de todas as variáveis que anteriormente apresentámos e que constituem aquele que é o nosso modelo de investigação.

a) Lealdade

A escala da lealdade foi baseada nos estudos de Chang, Tseng e Woodside (2013) e consiste nos seguintes 3 itens:

- Se necessitar de cuidados médicos vou pensar neste hospital em primeiro.
- Se necessitar de cuidados médicos este hospital será a minha primeira escolha.
- Eu penso que sou um cliente leal a este hospital.

b) Satisfação

A escala da Satisfação foi baseada nos estudos de Chang, Tseng e Woodside (2013) e consiste nos seguintes 3 itens:

- Estou satisfeito com a minha decisão na escolha deste hospital.
- A minha opção por este hospital foi a correta.

- Eu gosto verdadeiramente deste hospital.

c) Confiança

A escala da Confiança foi baseada nos estudos de Moliner (2009) e consiste nos seguintes 4 itens:

- Os colaboradores são confiáveis.
- Os colaboradores são honestos.
- Os colaboradores têm integridade.
- Tem boa reputação.

d) Participação e Relacionamento

A escala da Participação e Relacionamento foi baseada nos estudos de Chang, Tseng e Woodside (2013) e consiste nos seguintes 5 itens:

- O meu médico pede-me conselhos para a prescrição do meu tratamento.
- Eu ajudo o meu médico a planear o meu tratamento.
- O meu médico dá-me sugestões sobre o tratamento apropriado da minha doença.
- Eu e o meu médico participamos ativamente no planeamento do tratamento da minha doença.
- Juntos, eu e o meu médico, definimos metas e discutimos sobre as opções de tratamento.

e) Personal Expertise

A escala da Personal Expertise foi baseada nos estudos de Moliner (2009) e consiste nos seguintes 4 itens:

- Os colaboradores deste hospital conhecem bem as suas funções.
- Os colaboradores deste hospital têm conhecimento, de forma transversal, de todos os serviços oferecidos.

- A informação que os colaboradores deste hospital me providenciaram é-me muito valiosa.
- Os colaboradores deste hospital estão atualizados no seu conhecimento.

f) Custos Financeiros

A escala de Custos Financeiros foi baseada nos estudos de Moliner (2009) e consiste nos seguintes 3 itens:

- O dinheiro gasto nos serviços deste hospital vale a pena.
- O serviço é bom para o dinheiro que despendemos.
- Na generalidade dos serviços deste hospital os preços não são excessivos.

g) Custos Não Financeiros

A escala de Custos Não Financeiros foi baseada nos estudos de Moliner (2009) e consiste nos seguintes 3 itens:

- As listas de espera deste hospital são razoáveis e aceitáveis.
- O tempo de espera neste hospital é o previsível.
- O tempo que despendido na em sala de espera neste hospital é aceitável.

h) Valor Social

A escala de Valor Social foi baseada nos estudos de Dickinger et al (2008) e consiste nos seguintes 3 itens:

- Eu vou a este hospital porque os meus amigos vão.
- Eu vou a este hospital porque os meus familiares vão.
- Eu acho que os meus amigos pensam que este é um bom hospital.

i) Custos de Mudança

A escala de Custos de Mudança foi baseada nos estudos de Serkan e Gökhan (2005) e consiste nos seguintes 4 itens:

- O esforço que posso despende, em tempo e dinheiro, para mudar de hospital é elevado.
- Eu teria que gastar muito tempo, dinheiro, e esforço a mudar de hospital.
- De forma geral, acho inconveniente mudar de hospital.
- Perco o meu historial e conhecimento clínico se mudar de hospital.

j) Intenção de Mudança

A escala de Intenção de Mudança foi baseada nos estudos de Tung-Ching Lin & Shiu-Li Huang (2014) e consiste nos seguintes 3 itens:

- Tenho a intenção de mudar de hospital num futuro próximo.
- Eu não fiz a escolha certa na opção por este hospital.
- Não tenho a intenção de continuar cliente deste hospital.

k) Tempo de Espera

A escala de Tempo de Espera foi baseada nos estudos de Bielen & Demoulin (2007) e consiste nos seguintes 5 itens:

- A sala de espera neste hospital é confortável.
- A sala de espera deste hospital tem sempre lugares disponíveis.
- A sala de espera deste hospital tem uma boa decoração e aparência.
- O tempo de espera deste hospital é, na generalidade, aceitável.
- O ambiente da sala de espera deste hospital permite-me fazer outras coisas.

l) WOM - Received

A escala de WOM - Received foi baseada nos estudos de Wangenheim & Bayon (2007) e consiste nos seguintes 9 itens:

- Tem conhecimento sobre os serviços hospitalares.
- É conhecedora da área dos serviços médicos e hospitalares.
- Tem semelhanças comigo nas preferências e valores.
- Na generalidade posso considera-la como sendo uma pessoa parecida comigo.
- A informação que me transmite é credível.
- Não tenho razões para duvidar das informações que me transmite.
- O seu comentário influenciou o meu pensamento sobre o hospital.
- O seu comentário fez-me pensar em trocar de hospital.
- O seu comentário teve influência na minha decisão de manter ou trocar de hospital.

m) WOM

A escala de WOM foi baseada nos estudos de Maxham & Netemeyer (2002) e consiste nos seguintes 3 itens:

- Eu normalmente transmito coisas boas acerca deste hospital.
- Eu recomendaria os serviços deste hospital a amigos e familiares.
- Se um amigo ou conhecido estivesse á procura de um hospital era este que recomendaria.

4.2 Seleção da População e Amostra

Como a comparação dos comportamentos entre os clientes de instituições de saúde públicas e privadas é uma das prioridades desta investigação, houve a necessidade de segmentar a nossa amostra de acordo com estas duas tipologias de clientes.

De acordo com Schumacker e Lomax (2010), o tamanho da amostra é variável segundo a opinião de diversos autores, uns defendem que a amostra deve ter, no mínimo, entre 100 a 150 observações, outros entre 250 e 500 e outros ainda sempre acima das 400 observações.

Assim sendo, optámos pelos dois últimos intervalos de dimensão que referimos no parágrafo anterior, apontando então para um número efetivo e validado de observações que consideramos como sendo bastante bom, visto que, a fiabilidade e rigor dos resultados é uma das nossas principais preocupações.

Assim, a totalidade da nossa amostra é de 451 observações (a cada observação corresponde um cliente), divididas em 239 num hospital público (Hospital de São Teotónio) e 212 num hospital privado (Hospital da Casa de Saúde São Mateus).

Houve também a preocupação de, nesta fase da investigação, balizarmos o contexto geográfico para que os locais de recolha fossem, de forma igualitária, influenciados pelos mesmos comportamentos vicissitudes regionais.

A escolha destas duas instituições teve por base o facto de serem as maiores instituições de saúde pública e privada desta região.

4.3 Método de Recolha de Dados

De forma a atingirmos altos níveis de fiabilidade nas observações que efetuámos, optamos pela recolha de dados no terreno, *“in loco”*.

Esta recolha de dados ocorreu em simultâneo nas duas instituições de saúde já referenciadas, com um período de duração aproximado de 3 semanas. A escolha pela simultaneidade da recolha teve como principal foco, o facto de, como estamos a falar de cuidados de saúde, os inquiridos estarem expostos à possibilidade de contraírem as mesmas doenças sazonais.

Esta opção de recolha, embora seja muito mais trabalhosa, acaba por ser, no nosso entender, a mais correta e eficaz, apresentando mais-valias claras, visto que só assim (e dentro do contexto hospitalar), é que conseguimos efetivamente chegar ao público-alvo.

4.4 Questionário

Para a recolha de dados, optámos pelo uso de um questionário (em formato de papel), constituído por diversas perguntas diretas e fechadas.

O uso do questionário tem, segundo Gil (1999), o objetivo de recolher o máximo de informação ao nível das opiniões e perceções que o inquirido retira de uma determinada situação vivenciada.

De acordo com Hill (2000), esta ferramenta de recolha de informação, para além de ser aquela que é recorrentemente mais utilizada na obtenção de dados considerados primários (dá origem a uma melhor e mais facilitada sistematização das respostas e à sua consequente análise), proporciona um tratamento mais fluído e eficaz, fruto da existência de medidas já anteriormente testadas e comprovadas.

O nosso questionário, embora aplicado de forma a salvaguardar o anonimato dos inquiridos, foi simultaneamente edificado para que possamos posteriormente estratificar e caracterizar a amostra.

É também importante referir, que o questionário se apresentava dividido por grupos, onde cada grupo tinha uma correspondência direta com as variáveis em estudo. Era constituído por respostas de escolha múltipla e enquadrado, como já referimos anteriormente, de acordo com a Escala de Likert (composta por níveis de 1 a 7).

4.4.1 Pré-teste

Foi aplicado um pré-teste, devidamente segmentado de acordo com os fundamentos que definimos para esta investigação, aplicado a 30 clientes do setor público e 30 clientes do setor privado.

Este pré-teste é, segundo Moreira (2007), importante para aferir a clareza e categorização das perguntas, o nível de compreensão por parte dos inquiridos e o tempo gasto no seu total preenchimento.

O nosso pré-teste transmitiu-nos feedbacks bastante satisfatórios, tendo um tempo médio de preenchimento total de aproximadamente 11 minutos.

4.5 Inserção dos Dados no Software Estatístico e Verificação de Erros

Depois de concluído o trabalho de campo e finalizada a recolha de dados houve a necessidade de os importar para o Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), de forma a compormos uma base de dados a respetiva análise estatística.

Depois de construída esta base de dados, houve a necessidade da sua validação, através da verificação de *outliers* e *missing values*, situação que acabou por não se verificar, o que possibilitou a prossecução do nosso estudo.

4.6 Caracterização da Amostra

De acordo com o que é defendido por Lakatos et al. (1991), podemos definir e considerar a amostra como sendo um conjunto da população que possui entre si, pelo menos, uma característica em comum.

Neste estudo, há como ponto comum entre a população que constitui a amostra, o facto de serem clientes de instituições prestadoras de cuidados de saúde.

No seu todo, a amostra teve uma dimensão de 451 pessoas, abarcando ambos os sexos, diversos níveis de escolaridade, estado civil, idade, composição do agregado familiar, profissão e rendimento financeiro mensal do agregado familiar.

- **Divisão da Amostra**

Como já referenciámos anteriormente, houve uma divisão da amostra, entre clientes de instituições públicas e privadas de saúde.

Deste modo, apresentamos a seguinte divisão:

AMOSTRA			
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
Nº. PESSOAS	451 (100%)	239 (53%)	212 (47%)

Tabela 9: Divisão da Amostra

- **Sexo**

Dos 451 inquiridos, 238 eram do sexo feminino e 213 do sexo masculino.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	SEXO		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
FEMININO	238 (52,8%)	130 (54,4%)	108 (50,9%)
MASCULINO	213 (47,2%)	109 (45,6%)	104 (49,1%)

Tabela 10: Distribuição de Sexos

- **Estado Civil**

Dos 451 inquiridos, houve diversos tipos de resposta. Contudo, o estado civil mais referenciado foi o de Casado/União de Facto, que no espectro da análise global, houve uma observância de 69,8%.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	ESTADO CIVIL		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
SOLTEIRO	26 (5,8%)	6 (2,5%)	20 (9,4%)
CASADO/U.FACTO	315 (69,8%)	179 (74,9%)	136 (64,2%)
DIVORCIADO	38 (8,4%)	4 (1,7%)	34 (16%)
VIÚVO	72 (16%)	50 (20,9%)	22 (10,4%)

Tabela 11: Distribuição Estado Civil

- **Idade**

Para a análise deste fator, houve a necessidade de balizar a amostra em intervalos. Assim, observando a totalidade da amostra, a faixa etária compreendida entre os 41 e 50 anos, com uma percentagem de 25%, foi a mais referenciada.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	IDADE		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
18 – 30	19 (4,2%)	1 (0,4%)	18 (8,5%)
31 - 40	65 (14,4%)	26 (10,4%)	39 (18,4%)
41 - 50	115 (25,5%)	61 (25,5%)	54 (25,5%)
51 - 60	109 (24,2%)	64 (26,8%)	45 (21,2%)
61 - 70	67 (14,9%)	37 (15,5%)	30 (14,2%)
70 - 80	55 (12,2%)	34 (14,2%)	21 (9,9%)
81 ou MAIS	21 (4,7%)	16 (6,7%)	5 (2,4%)

Tabela 12: Distribuição da Idade

- **Profissão**

Neste vetor de observação podemos verificar a existência bem vincada de trabalhadores por conta de outrem, perfazendo um total de 48,8% da amostra.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	PROFISSÃO		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
ESTUDANTE	8 (1,8%)	1 (0,4%)	7 (3,3%)
TRAB. C. OUTREM	88 (19,5%)	39 (16,3%)	49 (23,1%)
TRAB. C. PRÓPRIA	220 (48,8%)	124 (51,9%)	96 (45,3%)
TRAB. ESTUDANTE	11 (2,4%)	2 (0,8%)	9 (4,2%)
DESEMPREGADO	10 (2,2%)	6 (2,5%)	4 (1,9%)
REFORMADO	111 (24,6%)	67 (28%)	44 (20,8%)
DOMÉSTICA	3 (0,3%)	0 (0%)	3 (1,4%)

Tabela 13: Distribuição das Profissões

- **Nível de Escolaridade**

Aqui, podemos constatar que, para a totalidade da amostra, há uma distribuição de sentido crescente à medida que o nível de escolaridade avançava. Deste modo, pessoas licenciadas ou com ou níveis mais altos, apresentaram uma preponderância maior dentro da nossa amostra, atingindo um valor percentual de 29,5%.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
E.B. 1º CICLO	20 (4,4%)	11 (4,6%)	9 (4,2%)
E.B. 2º CICLO	30 (6,7%)	23 (9,8%)	7 (3,3%)
E.B. 3º CICLO	44 (9,8%)	27 (11,3)	17 (8%)
E. SECUNDÁRIO	97 (21,5%)	52 (21,8%)	45 (21,2%)
E. PROFISSIONAL	51 (11,3%)	12 (5%)	39 (18,4%)
E. UNIVERSITÁRIO	76 (16,9%)	41 (17,2%)	35 (16,5%)
LIC. OU SUPERIOR	133 (29,5%)	73 (30,5%)	60 (28,3%)

Tabela 14: Distribuição dos Níveis de Escolaridade

- **Agregado Familiar**

Dentro 451 inquiridos, observámos que ao nível da composição do agregado familiar há uma distribuição relativamente equilibrada de acordo com os intervalos propostos. Contudo, agregados familiares compostos por 4 pessoas foi aquele que obteve uma maior incidência, com uma percentagem de 29,9%, seguido muito de perto pelos agregados compostos por 3 pessoas, com uma percentagem de 28,2%.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	AGREGADO FAMILIAR		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
1 PESSOA	73 (16,2%)	48 (20,1%)	25 (11,8%)

2 PESSOAS	101 (22,4%)	47 (19,7%)	54 (25,5%)
3 PESSOAS	127 (28,2%)	56 (23,4%)	71 (33,5%)
4 PESSOAS	135 (29,9%)	81 (33,9%)	54 (25,5%)
5 ou MAIS PESSOAS	15 (3,3%)	7 (2,9%)	8 (3,8%)

Tabela 15: Distribuição dos Agregados Familiares

- **Rendimento Agregado Familiar**

Dentro deste campo, observámos que ao nível do rendimento do agregado familiar volta a existir uma distribuição relativamente equilibrada, sobretudo na comparação entre intervalos de rendimentos mais centralizados. Contudo, o intervalo de rendimentos 1500€ - 2499€ é o que se apresenta com maior predominância, com uma percentagem 30,5% do total da amostra.

Como tivemos dois locais diferenciados de recolha, apresentamos a seguinte distribuição:

	RENDIMENTO MENSAL AGR. FAMILIAR		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
MENOS 500€	36 (7,9%)	30 (12,5%)	6 (2,8%)
500€ - 999€	77 (17,1%)	48(20,1%)	29 (13,7%)
1000€ - 1499€	91 (20,2%)	64 (26,8%)	27 (12,7%)
1500€ - 2499€	137 (30,5%)	56 (23,5%)	81 (38,2%)
2500€ - 4999€	89 (19,7%)	39 (16,3%)	50 (23,6%)
5000€ ou MAIS	21 (4,6%)	2 (0,8%)	19 (9%)

Tabela 16: Distribuição dos Rendimentos Agregados Familiares

4.7 Análise Estatística dos Dados

Aqui abordaremos as análises estatísticas que efetuámos e que foram essenciais para a prossecução desta investigação

4.7.1 Análise Fatorial Exploratória

Esta análise tem como principal finalidade a redução do número de variáveis inicialmente apresentadas, para um número menor de variáveis hipotéticas. Para Hair et al (2005), as inter-relações que são analisadas definem os fatores que melhor explicam a sua variância, podendo concluir-se que, de acordo com Brown (2006), as variáveis que partilham a mesma variância, são aquelas que se encontram sob influência do mesmo construto.

De acordo com Damásio (2012), deve verificar-se sempre se a matriz dos dados apresentados é passível de factoração, antes de se realizar a respetiva análise fatorial. Para isso, este autor, propõe dois métodos de avaliação: o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o Teste de Esfericidade de Bartlett.

Segundo Pestana e Gageiro (2008), no Teste de KMO, iremos analisar a adequação da amostra, comparando as correlações simples e as correlações parciais que as variáveis apresentam. Já o Teste de Esfericidade de Bartlett indica-nos a significância das correlações de uma matriz de dados, sendo que, sempre que os valores apresentados forem iguais ou interiores a 0.05, há a possibilidade de factoração dos dados, em função da rejeição da hipótese nula.

Desta forma, de acordo com Hutcheson & Sofroniou (1999), apresentamos a seguinte tabela de interpretação dos valores do índice de KMO:

VALORES DO TESTE KMO	INTERPRETAÇÃO DO VALOR
Igual ou muito próximo de zero	Inapropriado para análise fatorial
Menor que 0,5	Valor Inaceitável
Entre 0,5 e 0,7	Valor Medíocre
Entre 0,7 e 0,8	Valor Bom
Maiores que 0,8	Valor Ótimo
Maiores que 0,9	Valor Excelente

Tabela nº 17 (Fonte: Hutcheson & Sofroniou, 1999)

Para a execução desta análise, socorremo-nos do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Utilizámos a técnica de Rotação Varimax, o que nos permitiu,

segundo Pestana e Gageiro (2008), o aumento dos *loadings* mais altos e a diminuição dos mais baixos, com o objetivo da eliminação de valores intermédios.

Seguidamente, ainda no alinhamento de pensamento de Pestana e Gageiro (2008), realiza-se o teste de Confiabilidade da Estrutura Fatorial. Este teste é executado através do *Alpha de Cronbach*, o que nos possibilita aferir a consistência interna das variáveis que pretendemos utilizar. Este passo permite-nos a análise da fiabilidade das medidas e a consistência dos fatores.

Então, de acordo com o definido por George e Mallery (2003), apresentamos a seguinte tabela de interpretação dos valores do Alpha de Cronbach:

VALORES DO ALPHA DE CRONBACH	INTERPRETAÇÃO DO VALOR
Menor que 0,5	Valor Inaceitável
Maior que 0,5	Valor Pobre
Maior que 0,6	Valor Questionável
Maior que 0,7	Valor Aceitável
Maior que 0,8	Valor Bom
Maior que 0,9	Valor Excelente

Tabela nº 18 (Fonte: George e Mallery (2003))

4.7.2 Constituição Final das Variáveis

Aplicando então os testes de adequação da matriz da base de dados obtida através das observações da nossa investigação, conforme definimos no ponto anterior deste capítulo, levou-nos a apresentar os seguintes resultados:

VARIÁVEL	KMO	% V. EXPL.	ALPHA CRON.	BARTLETT
TEMPO DE ESPERA	0,887	80,250	0,930	0,000
WOM-RECIEVED	0,744	82,102	0,942	0,000
PARTIPAÇÃO RELACIONAMENTO	0,848	81,373	0,941	0,000
CUSTOS NÃO FINANCEIROS	0,752	83,051	0,835	0,000

CUSTOS FINANCEIROS	0,840	90,311	0,938	0,000
VALOR SOCIAL	0,717	72,970	0,809	0,000
PERSONAL EXPERTISE	0,796	71,670	0,867	0,000
CUSTOS DE MUDANÇA	0,712	80,108	0,914	0,000
SATISFAÇÃO	0,771	91,700	0,952	0,000
CONFIANÇA	0,807	83,640	0,875	0,000
INTENÇÃO DE MUDANÇA	0,702	81,693	0,879	0,000
LEALDADE	0,785	96,500	0,982	0,000
WOM	0,761	96,244	0,980	0,000

Tabela nº 19

Os resultados que obtivemos podem ser considerados como sendo bastante satisfatórios.

No que respeita ao KMO, todos os nossos valores variam entre os intervalos definidos por Bom e Excelente. Nos valores de confiabilidade da estrutura fatorial obtidos através do Alpha de Cronbach, apenas duas variáveis se posicionaram no intervalo dos Valores Aceitáveis, sendo que as restantes dividiam pelos intervalos superiores (Bom e Excelente). Na Variância Explicada, todas as variáveis se encontram acima dos 70%, sendo que apenas duas se situam abaixo dos 80%. Quanto ao Teste de Esfericidade de Bartlett os valores foram todos muito próximos ou iguais a 0,000 o que assume perentoriamente a existência de correlações entre as diversas variáveis.

Segundo Malhotra (2006), a análise fatorial é um processo bastante subjetivo. Assim sendo, e de acordo com os resultados obtidos, decidimos manter todas as variáveis do nosso estudo, para posterior análise fatorial confirmatória.

4.8 Análise Fatorial Confirmatória

De acordo com Hair et al (2005), a análise fatorial confirmatória (CFA), tem como finalidade, observar a necessidade da execução de algum tipo de alterações significativas. Esta análise é parte integrante do *Structural Equation Modeling* (SEM), que relaciona as variáveis em estudo e as suas respetivas variáveis latentes.

O SEM, segundo Marocô (2010), pode ser considerado como uma técnica que valida modelos teóricos e que, por sua vez, definem relações causais entre as variáveis alinhavadas sob a forma de hipóteses.

4.8.1 Análise de Qualidade do Ajustamento do Modelo

O objetivo desta análise é, de acordo com Hair et al (2005), verificar a capacidade que o modelo idealizado com base teórica tem, assim como, a sua competência para correlacionar estruturalmente as variáveis do modelo na amostra em observação.

Esta avaliação é edificada com base em diferentes índices empíricos, testes de ajustamento e análise de resíduos.

Segundo Hair et al (2005), existem 3 tipos de medidas de qualidade de ajustamento:

- Medidas de ajuste absoluto (determina o grau de ajustamento do modelo proposto à matriz de covariância absoluta).
- Medidas comparativas (comparam o modelo proposto ao modelo nulo).
- Medidas de ajustamento parcimoniosos (relacionam ajustamentos do modelo proposto ao número de coeficientes a serem estimados).

A tabela seguinte plasma os valores que o Model FIT nos apresenta da CFA, depois de executadas algumas alterações consideradas significativas:

	AMOSTRA
IFI	0.922
TLI	0.907
CFI	0.922
RMSEA	0.073

Tabela nº20

Estes valores, de acordo com o definido por Marrocô (2010), são considerados como sendo valores de ajustamento bom, por se encontrarem dentro dos intervalos de valor que o autor definiu para esse efeito, e que apresentamos na figura seguinte:

	VALOR	CLASSIFICAÇÃO
CFI	< 0.8	Ajustamento Mau
	[0.8;0.9[Ajustamento Sofrível
	[0.9;0.95[Ajustamento Bom
IFI	≥ 0.95	Ajustamento Muito Bom
RMSEA	> 0.10	Ajustamento Inaceitável
]0.05;0.10]	Ajustamento Bom
	≤ 0.05	Ajustamento Muito Bom

Tabela nº21 (Fonte: Marrocô, 2010)

Como já referimos anteriormente, estes valores surgiram após a eliminação de alguns itens, com recurso ao índice de modificação.

Assim sendo, apresentamos o nosso modelo de medidas e que, segundo Lisboa et al (2012), possibilita avaliar a fiabilidade de medida de cada um dos indicadores.

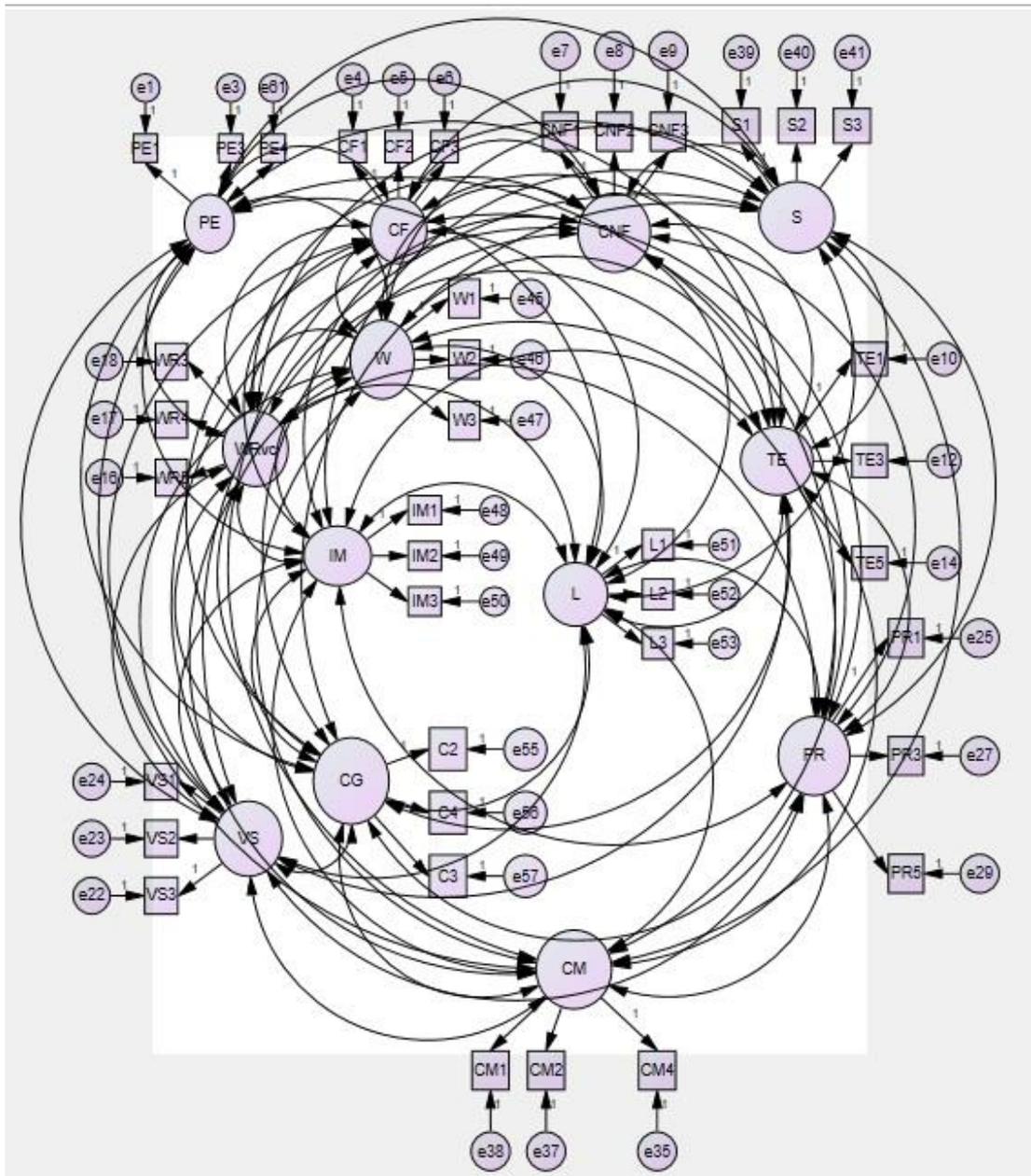


Imagem nº2: Modelo de Medidas

4.8.1.1 Fiabilidade de Medida de Cada Indicador

Segundo Marrocô (2010), um índice de fiabilidade individual bom, tem que apresentar valores superiores a 0.50. Valores inferiores a 0.25, o que significa que explica menos de 25% da variância da variável manifesta, não são aceitáveis.

Com base no software AMOS (*Analysis of Moment Structures*), denominamos esta análise por *Standardized Regression Weights (SRW)*.

Deste modo, apresentamos os resultados do CFA de cada um dos indicadores:

ITENS DE CADA VARIÁVEL	SRW
PERSONAL EXPERTISE	
PE1:Os colaboradores deste hospital conhecem bem as suas funções.	0.775
PE3:A informação que os colaboradores deste hospital me providenciaram é-me muito valiosa.	0.655
PE4:Os colaboradores deste hospital estão atualizados no seu conhecimento.	0.840
CUSTOS FINANCEIROS	
CF1: O dinheiro gasto nos serviços deste hospital vale a pena.	0.883
CF2: O serviço é bom para o dinheiro que despendemos.	0.906
CF3:Na generalidade dos serviços deste hospital os preços não são excessivos.	0.626
CUSTOS NÃO FINANCEIROS	
CNF1:As listas de espera deste hospital são razoáveis e aceitáveis.	0.917
CNF2:O tempo de espera neste hospital é o previsível.	0.911
CNF3:O tempo que despendido na em sala de espera neste hospital é aceitável.	0.916
TEMPO DE ESPERA	
TE1: A sala de espera neste hospital é confortável.	0.934
TE3: A sala de espera deste hospital tem uma boa decoração e aparência.	0.864
TE5: O ambiente da sala de espera deste hospital permite-me fazer outras coisas.	0.783
WOM RECEIVED	

WR3: Tem semelhanças comigo nas preferências e valores.	0.958
WR4: Na generalidade posso considera-la como sendo uma pessoa parecida comigo.	0.943
WR5: A informação que me transmite é credível.	0.821
VALOR SOCIAL	
VS1: Eu vou a este hospital porque os meus amigos vão.	0.704
VS2: Eu vou a este hospital porque os meus familiares vão.	0.831
VS3: Eu acho que os meus amigos pensam que este é um bom hospital.	0.760
PARTICIPAÇÃO E RELACIONAMENTO	
PR1: O meu médico pede-me conselhos para a prescrição do meu tratamento.	0.814
PR3: O meu médico dá-me sugestões sobre o tratamento apropriado da minha doença.	0.931
PR5: Juntos, eu e o meu médico, definimos metas e discutimos sobre as opções de tratamento.	0.841
CUSTOS DE MUDANÇA	
CM1: O esforço que posso despendar, em tempo e dinheiro, para mudar de hospital é elevado.	0.946
CM2: Eu teria que gastar muito tempo, dinheiro, e esforço a mudar de hospital.	0.981
CM4: Perco o meu historial e conhecimento clínico se mudar de hospital.	0.634
SATISFAÇÃO	
S1: Estou satisfeito com a minha decisão na escolha deste hospital.	0.944
S2: A minha opção por este hospital foi a correta.	0.947
S3: Eu gosto verdadeiramente deste hospital.	0.919

WOM	
W1: Eu normalmente transmito coisas boas acerca deste hospital.	0.960
W2: Eu recomendaria os serviços deste hospital a amigos e familiares.	0.990
W3: Se um amigo ou conhecido estivesse á procura de um hospital era este que recomendaria.	0.966
INTENÇÃO DE MUDANÇA	
IM1: Tenho a intenção de mudar de hospital num futuro próximo.	0.683
IM2: Eu não fiz a escolha certa na opção por este hospital.	0.959
IM3: Não tenho a intenção de continuar cliente deste hospital.	0.922
LEALDADE	
L1: Se necessitar de cuidados médicos vou pensar neste hospital em primeiro.	0.972
L2: Se necessitar de cuidados médicos este hospital será a minha primeira escolha.	0.983
L3: Eu penso que sou um cliente leal a este hospital.	0.966
CONFIANÇA	
C2: Os colaboradores são honestos.	0.986
C3: Os colaboradores têm integridade.	0.547
C4: Tem boa reputação.	0.966

Tabela nº22

Então, no seguimento da análise da tabela 22, podemos verificar que todos os valores apresentados em SRW são superiores a 0.50. Assim, de acordo com o definido por Marocô (2010), podemos classificar como bons todos os indicadores de fiabilidade individual.

4.8.1.2 Fiabilidade de Cada Variável Latente - *Composite Reliability* (CR)

O Alpha de Cronbach é uma das medidas que mais se utiliza quando se se tenciona avaliar a fiabilidade. No nosso caso, podemos verificar na tabela 23 (que se apresenta em seguida) que, em todos os casos, este valor se apresenta sempre superior a 0.80, o que, por sua vez, faz com sejam classificados como valores bons.

Entretanto, esta medida tem sido questionada o que, como é natural, promove o aparecimento de medidas alternativas como, de acordo com o que Marocô (2010) nos sugere, é o caso da *Composite Reliability* (CR).

Assim, segundo Lisboa et al (2012), a fiabilidade de medida de cada variável latente avalia a forma como uma determinada variável latente está a ser medida pelos indicadores selecionados.

Observando novamente a tabela nº23, verificamos que os nossos valores de CR são todos superiores 0.70, o que, de acordo com Hair et al (2005), indica a fiabilidade de construtos apropriada.

4.8.1.3 Variância Média Extraída- *Average Variance Extracted* (AVE)

A variância que se retira para além da medida de confiabilidade anterior (CR), também representa uma medida que demonstra a quantia geral de variância nos indicadores, explicada pelo construto latente.

De acordo com Lisboa et al (2012), a variância média extraída estima a proporção da variância dos indicadores ligados à medição de uma determinada variável latente exposta por essa variável latente. Este autor define que esta medida deve ser superior a 0.50 para cada construto. Voltando a analisar a tabela nº23, que se apresenta seguidamente, constatamos que todos os nossos valores se apresentam acima desse valor, o que significa que os indicadores são representantes do construto.

	DP	PE	CF	CNF	TE	WR	VS	PR	CM	S	W	IM	L	C	CR	AVE
PE	0.789	0.801													0.803	0.578
CF	0.920	0.798	0.835												0.853	0.664
CNF	1.280	0.559	0,348	0.938											0.939	0.837
TE	1.348	0.300	0,288	0.637	0.892										0.897	0.744
WR	0.957	0.255	0,366	-0.054	0.116	0.933									0.935	0.827
VS	0.860	0.400	0,459	0.182	0.159	0.177	0.809								0.810	0.588
PR	0.936	0.446	0,189	0.575	0.239	-0.151	0.131	0.892							0.898	0.746
CM	0.716	0.051	0,207	-0.306	-0.237	0.437	0.329	-0.299	0.884						0.899	0.753
S	1.030	0.678	0,627	0.219	0.146	0.227	0.523	0.172	0.212	0.952					0.956	0.878
W	1.208	0.722	0,743	0.299	0.291	0.377	0.432	0.210	0.200	0.669	0.980				0.981	0.945
IM	0.955	-0.439	-0,589	-0.153	-0.185	-0.273	-0.379	0.022	-0.261	-0.558	-0.695	0.879			0.896	0.745
L	1.156	0.583	0,61	0.134	0.089	0.318	0.601	0.158	0.394	0.817	0.689	-0.547	0.982		0.982	0.948
C	0.970	0.659	0,481	0.323	0.111	0.167	0.424	0.418	0.102	0.551	0.544	-0.348	0.547	0.85	0.887	0.735
LEGENDA: DP) Desvio Padrão; Diagonal a Negrito) Alpha de Cronbach; CR) Fiabilidade Compósita; AVE) Variância Média Extraída																

Tabela nº 23

4.9 Conclusão

Neste capítulo, para além da definição da escala e da operacionalização das variáveis, houve uma abordagem ao modo como se selecionou a amostra (com a sua respetiva caracterização) e se recolheram os dados.

O questionário que foi aplicado e a identificação de erros nos dados que recolhemos foi também referenciada.

Posteriormente, procedeu-se à análise estatística dos dados e apresentou-se o nosso modelo de medidas final.

Apresentámos também a fiabilidade de casa indicador através do SRW, bem como de cada variável latente. Para além da Composite Reliability (CR), ainda calculámos a Variância Média Extraída.

CAPÍTULO V – RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo iremos debruçar-nos sobre os resultados do nosso estudo, que serão transmitidos através do Software estatístico AMOS e de acordo com a “*Structural Equation Modeling*”. Após esta análise e a consequente apresentação de resultados, iremos debate-los e aprecia-los.

O modelo de equações estruturais é, de acordo com Bollen (1989), um modelo que linearmente analisa e relaciona as variáveis em estudo, não só as que se manifestam, mas também as que se apresentam de forma latente. Há, segundo este autor, a definição casuais ou de associação entre as variáveis latentes que se nos apresentam.

Lisboa (2012), assume a existência de relações causa/efeito na totalidade do modelo estrutural, sendo que todas as variâncias que as variáveis exógenas podem eventualmente apresentar, são frutos de erros e/ou perturbações, sempre que não exista uma explicação por parte das variáveis endógenas.

É também importante referenciar que Marôco (2010), olha para o modelo e divide-o organizacionalmente segundo dois vetores distintos, o que nos leva para a existência de um modelo de medidas e um modelo estrutural.

5.1 Análise Descritiva das Variáveis

Através da tabela seguinte, podemos caracterizar o relacionamento da nossa amostra com as variáveis em estudo. Nela estão representadas as médias (totais e segmentadas), assim como o nosso grau de significância estatística.

VARIÁVEL	MÉDIA			P
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO	
TEMPO DE ESPERA	2.972	2.335	3.691	0.150
WOM-RECIEVED	4.896	4.821	4.980	0.001
PART RELACIONAMENTO	3.679	3.237	4.180	0.000

C. NÃO FINANCEIROS	4.102	3.399	4.895	0.319
C. FINANCEIROS	4.832	4.884	4.772	0.115
VALOR SOCIAL	4.881	4.950	4.804	0.000
PERSONAL EXPERTISE	4.8678	4.713	5.041	0.000
CUSTOS DE MUDANÇA	5.427	6.063	4.710	0.000
SATISFAÇÃO	5.221	5.367	5.057	0.001
CONFIANÇA	4.679	4.682	4.675	0.086
INTENÇÃO DE MUDANÇA	2.546	2.417	2.690	0.931
LEALDADE	5.249	5.488	4.980	0.098
WOM	5.254	5.244	5.264	0.240

Tabela nº24

Este tipo de análise, devidamente enquadrada com os limites das respostas, dá-nos a conhecer os valores médios que cada variável apresenta. Estes valores, permitem-nos aferir, quais as variáveis que com maior e menor valorização, assim como a sua respetiva significância estatística.

5.2 Resultados

De acordo com a estimação do modelo de equações estruturais, no seguimento da definição das hipóteses que propusemos para esta investigação, obtemos os seguintes resultados no que respeita ao IFI, TLI, GFI e RMSEA.

- O IFI apresenta um valor de 0,904. Este ajustamento é considerado como sendo bom, visto que apresenta um valor superior a 0,90.
- O TLI apresenta um valor de 0,891. Podemos considerar este valor como sendo um bom ajustamento visto que se encontra muito próximo de 0,90. É

importante referir que os valores muito próximos de 1 são aqueles que nos indicam um nível de ajustamento excepcionalmente bom.

- O GFI Apresenta um valor de 0,904. Como o valor é superior a 0,90 consideramos que, neste campo, apresentamos um bom valor de ajustamento.
- O RMSEA: Apresenta um valor de 0,079. Podemos considerar que o ajustamento é bom, visto que o valor apresentado, está compreendido entre 0,05 e 0,10.

Analisando então a globalidade dos resultados que o MODEL FIT nos transmitiu, podemos concluir que estes se encontram dentro dos parâmetros considerados como parâmetros normativos, apresentados valores muito satisfatórios.

Deste modo, podemos definir que o modelo estrutural final obtido é o seguinte:

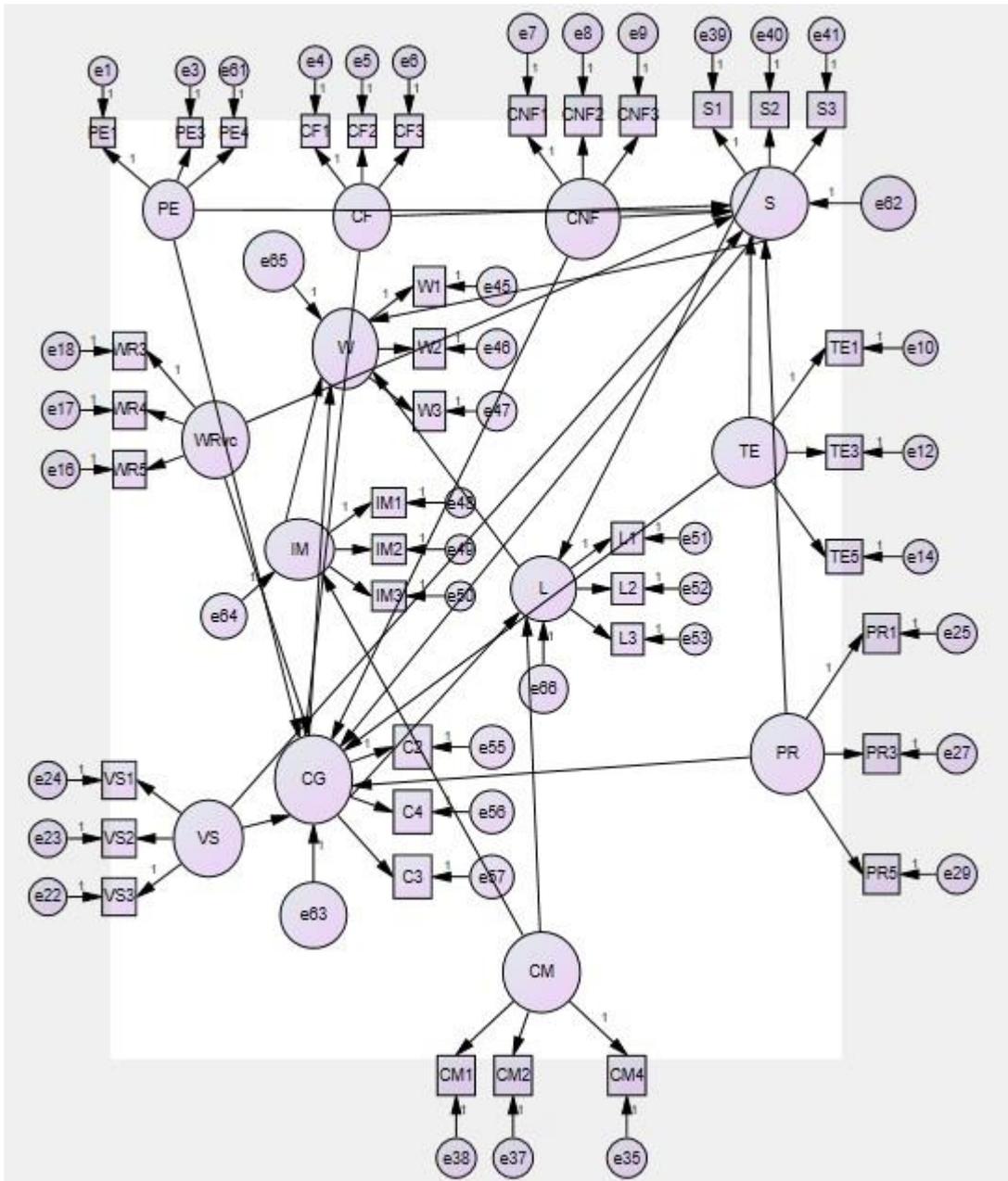


Figura nº3: Modelo Estrutural

5.3 Testes de Hipóteses

Aqui, houve a análise das hipóteses propostas para este estudo, definindo-se a sua significância estatística.

A definição da significância estatística das hipóteses em estudo provém da análise dos valores obtidos em P e em SRW (Standardized Regression Weights).

Para além dos valores que nos são transmitidos pela análise da totalidade da amostra (451 inquiridos), apresentamos também os valores obtidos na análise separada dos dois grupos que a constituem: clientes de instituições de saúde públicas (239 inquiridos) e privadas (212 inquiridos).

	REL.	TOTAL			PÚBLICO		PRIVADO	
		SRW	P/2	S/N	SRW	P/2	SRW	P/2
H1	PE → S	0,663	***	S	0,825	***	0,344	0,0185
H2	WR → S	-0,038	0,184	NS	-0,024	0,3285	-0,224	0,0035
H3	VS → S	0,289	***	S	0,268	***	0,216	***
H4	CF → S	0,062	0,263	NS	-0,127	0,176	0,336	0,006
H5	CNF → S	-0,225	0,0015	NS	-0,093	0,129	-0,126	0,093
H6	TE → S	0,05	0,189	NS	0,039	0,2595	0,254	0,007
H7	PR → S	-0,053	0,1625	NS	-0,104	0,053	0,207	0,0025
H8	PE → C	0,591	***	S	0,755	***	0,466	0,009
H9	WR → C	0,05	0,126	NS	0,039	0,247	-0,07	0,2325
H10	VS → C	0,183	***	S	0,223	0,002	0,099	0,086
H11	CF → C	-0,169	0,041	NS	-0,196	0,086	-0,296	0,027
H12	CNF → C	-0,09	0,1345	NS	-0,109	0,1015	-0,025	0,411
H13	TE → C	-0,065	0,1315	NS	-0,134	0,0165	0,144	0,116
H14	PR → C	0,214	***	S	0,203	0,0015	0,116	0,0865
H15	S → C	0,136	0,0225	S	-0,027	0,397	0,37	***
H16	S → L	0,696	***	S	0,676	***	0,799	***
H17	C → L	0,141	***	S	0,175	***	0,076	0,053
H18	CM → L	0,234	***	S	0,205	***	0,153	***
H19	CM → IM	-0,249	***	S	-0,253	***	-0,269	0,0005
H20	S → W	0,179	0,002	S	0,053	0,248	0,45	***
H21	C → W	0,215	***	S	0,228	***	0,086	0,058
H22	IM → W	-0,456	***	S	-0,43	***	-0,454	***
H23	L → W	0,262	***	S	0,355	***	0,171	0,044

Legenda: H – Hipótese; Rel. – Relação; S – Suportado; N – Não Suportado;

Tabela nº25: Resultado do Teste de Hipóteses

5.4 Discussão dos Resultados

H1) Há uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre Personal Expertise e Satisfação ($srw=0.663$; $p=0.000$) que suporta a Hipótese 1.

De acordo com a literatura, as competências de um pessoa e a forma como são percebidas pelos clientes, segundo Stanton e Buskirk (1987), devem impactar positivamente na satisfação. Os nossos resultados corroboram esta ideia. Esta relação é igualmente significativa para os dois grupos, mas é mais forte entre os clientes dos hospitais públicos ($srw=0.825$; $p=0.000$) que dos hospitais privados ($srw= 0.344$; $p=0.0185$). Aparentemente, a satisfação dos clientes dos hospitais públicos está muito dependente das competências dos seus colaboradores. Na verdade, as pessoas parecem confiar mais nos hospitais públicos na hora de tratarem doenças mais complexas e cirurgias mais delicadas.

H2) Não há uma relação estatisticamente significativa entre WOM received e a satisfação ($srw=-0.038$; $p=0.184$) e como tal, a hipótese 2 não é suportada.

Na verdade, segundo Argan (2012), as opiniões e sugestões recebidas podem impactar positivamente nos níveis de satisfação. Aparentemente, o WOM recebido, neste caso, parece produzir um excesso de expectativas que parecem ser defraudadas. Ainda assim, entre os clientes dos hospitais privados, a relação é significativa, ainda que negativa ($srw=-0.024$; $p=0.0035$), ou seja, este excesso de expectativas parece ter mais impacto entre estes clientes.

H3) Há uma relação positiva entre valor social e satisfação ($srw=0.289$; $p=0.000$), suportando a hipótese 3.

A influência social tem um papel importante na satisfação que as pessoas alcançam. De acordo com Nascimento et al (2014), se utilizamos os mesmos serviços que as pessoas do nosso grupo isso deixa-nos mais tranquilos e satisfeitos. O papel da influência social parece ser transversal à generalidade dos serviços, obtendo-se relações significativas

para ambos os grupos, a saber, nos hospitais privados (srw=0.216; p=0.000) e nos hospitais públicos (srw=0.268; p=0.000).

H4) Não há uma relação estatisticamente significativa entre o custo financeiro e a satisfação (srw=0.062; p=0.263), não suportando a hipótese 4.

Os custos em saúde conhecem muitas variantes que podem limitar a interpretação dos resultados, nomeadamente, os efeitos das taxas moderadoras nos serviços públicos e dos seguros e subsistemas de saúde nos serviços privados. Assim, esta relação é negativa nos serviços públicos e igualmente não significativa (srw= -0.127; p=0.176), permitindo-nos perceber a baixa influência ou não influência do custo, em virtude do financiamento pelo estado. Todavia, entre os privados esta relação é significativa e positiva (srw=0.336; p=0.006) o que pode indicar que a relação qualidade preço é boa e que tem um impacto positivo na satisfação, provavelmente porque os seguros de saúde e/ou os subsistemas de apoio, estão a tornar esta relação mais apelativa.

H5) Há uma relação negativa e estatisticamente significativa entre custo não financeiro e satisfação (srw=-0.225; p=0.0015), não suportando a hipótese 5.

Efetivamente, de acordo com Cronin et al (2010), verifica-se que há uma relação inversa entre o custo de mudança e satisfação que aqui deve ser vista em sentido inverso, porque a variável está medida em termos da sua aceitação. Maiores custos associados a maior satisfação pode querer dizer que as pessoas associam qualidade a alguma “inacessibilidade”. Esta relação também se apresenta nos mesmos moldes, quando se analisam separadamente os dois grupos em questão. Aparentemente, esta relação negativa atravessa a generalidade dos clientes sem ter um papel efetivo junto de nenhum desses grupos.

H6) Não existe uma relação estatisticamente significativa entre Tempo de Espera e a Satisfação (srw=0.05; p= 0.189), não suportando da hipótese 6.

O Tempo de Espera e a qualidade com que é vivenciada, visto que segundo Ferreira (2012), o Tempo de Espera indicia tempo perdido e que não está a ser rentabilizado, é algo com que as instituições prestadoras de serviços se devem preocupar. No nosso caso, para a totalidade da amostra, não há a demonstração que esta relação seja estatisticamente significativa, muito embora seja considerada como tendo resultados positivos o que indicia que, tal como nos serviços públicos ($srw=0.039$; $p=0.2595$), as pessoas mesmo não dando grande ênfase, estão genericamente satisfeitas. Contudo, já no que se refere aos serviços privados, e porque as expectativas neste campo são mais elevadas esta relação, para além de ser positiva, já é estatisticamente significativa ($srw=0.254$; $p=0.007$), o que indicia que as expectativas iniciais estão a ser correspondidas.

H7) Não há uma relação estatisticamente significativa entre a Participação e Relacionamento e a Satisfação ($srw=-0.053$; $p=0.1625$), não suportando a hipótese 7.

A Participação e Relacionamento do cliente naquele que é o seu processo de diagnóstico e tratamento é, segundo Longtin et al (2010), uma variável com cada vez mais peso à medida que há uma cada vez maior facilidade no acesso à informação por parte do cliente, esbatendo paulatinamente a relação de agência que genericamente se estabelece nestas situações. Nos hospitais públicos, esta situação também se apresenta com estes contornos ($srw=-0.104$; $p=0.053$). Já no caso dos hospitais privados, este fator é levado em linha de consideração e, para além de apresentar uma relação positiva, esta é estatisticamente significativa ($srw=0.207$; $p=0.0025$), o que nos leva a considerar que aqui existe uma participação maior do cliente em todo o seu processo de diagnóstico e tratamento, o que lhe aumenta significativamente os seus índices de satisfação.

H8) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre Personal Expertise e a Confiança ($srw=0.591$; $p=0.000$), o que suporta a hipótese 8.

Esta relação, também se verifica nos mesmos moldes, quer nos hospitais públicos ($srw=0.755$; $P=0.000$), quer nos hospitais privados ($srw=0.466$; $p=0.009$). Todavia, um

maior coeficiente encontrado nos hospitais públicos pode significar que isso é mais importante e mais procurado nos hospitais públicos e que mais contribui para a satisfação. Tal facto, de acordo com o defendido por Silva (2008), pode ser considerado bastante natural, visto que a competência é um dos atributos chave para a criação de relações de confiança entre um cliente e um prestador de um serviço. No caso específico da nossa investigação, constatamos que o facto de existir uma relação positiva homogénea, evidencia-nos que os clientes, quer do setor público, quer do setor privado, confiam nos profissionais lhes prestam o serviço.

H9) Há uma relação positiva, embora não seja estatisticamente significativa, entre o WOM *Received* e a Confiança ($srw=0.05$; $p=0.126$), deste modo, a hipótese 9 não é suportada.

Esta relação tem os mesmos moldes do grupo dos hospitais públicos ($srw=0.039$; $p=0.247$), o que nos leva a considerar que embora possa existir uma influência positiva naquilo que nos é transmitido sobre os serviços em causa, não é significativo para que possamos confiar em absoluto no serviço, com base nessa situação. Já no caso dos hospitais privados, a relação continua a ser estatisticamente insignificante, mas reveste-se de um cariz negativo ($srw=-0.07$; $p=0.2325$). Tal situação pode indiciar um desencontro entre a expectativa inicial (alicerçada nas opiniões recebidas) e a realidade vivenciada.

H10) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o Valor Social e a Confiança ($srw=0.183$; $p=0.000$), o que suporta a hipótese 10.

Esta situação é similar e comum aos dois grupos em análise, quer ao grupo dos hospitais públicos ($srw=0.223$; $p=0.002$), quer ao grupo dos hospitais privados ($srw=0.099$; $p=0.086$). Esta situação é, de acordo com Nascimento et al (2014), expectável, visto que há um nível maior de confiança num determinado serviço ou produto, se este for também utilizado por um determinado grupo de pessoas do qual fazemos parte ou ate por quem socialmente relevamos e admiramos.

H11) Há uma relação negativa, estatisticamente significativa, entre os Custos Financeiros e a Confiança ($srw=-0.169$; $p=0.041$), o que não suporta a hipótese 11.

Esta relação é também seguida, de igual maneira, pelos dois grupos em análise, ou seja, quer nos hospitais públicos ($srw=-0.196$; $p=0.086$), quer nos hospitais privados ($srw=-0.296$; $p=0.027$). A área da saúde, como já focámos anteriormente, promove um contexto muito específico que nos limita quanto à interpretação dos resultados, no que diz respeito aos custos financeiros de utilização. É do senso comum, que os melhores e mais sofisticados tratamentos são, à partida, de custo mais elevado. Contudo, o facto do Serviço Nacional de Saúde financiar em larga escala os serviços prestados nos hospitais públicos, assim como a proliferação de seguros e subsistemas de saúde nos hospitais privados, faz que o cliente não tenha a exata noção do verdadeiro custo de utilização de um serviço ou tratamento. Assim, o facto de os valores financeiros despendidos pelos clientes estar, na sua generalidade, a baixar nos hospitais privados e apresentar-se normalizado nos hospitais públicos (havendo inclusivamente muitos clientes isentos de pagamento), pode levar o cliente a não sentir confiança no serviço, isto porque, na sua mente, um serviço mais dispendioso é aquele que apresenta maior qualidade e fiabilidade.

H12) Há uma relação negativa, mas estatisticamente não significativa, entre Custo Não Financeiro e a Confiança ($srw=-0.09$; $p=0.1345$), não suportando a hipótese 12.

No seguimento do que é defendido por Cronin et al (2010), a existência de custos não financeiros representa sempre uma dificuldade inerente ao usufruto de um bem ou serviço. Esta situação, mesmo que não seja estatisticamente significativa, nem para os hospitais públicos ($srw=-0.109$; $p=0.1015$), nem para os hospitais privados ($srw=-0.025$; $p=0.411$), tem uma influência negativa para a edificação de um sentimento de confiança.

H13) Há uma relação negativa, mas estatisticamente não significativa, entre o Tempo de Espera e a Confiança ($srw=-0.065$; $p=0.1315$), não suportando a hipótese 13.

Olhando para os resultados que, neste campo, os dois grupos nos apresentam, deparamo-nos com situações completamente antagónicas. Enquanto no hospital público esta relação é negativa e apresenta significância estatística ($srw=-0.134$; $p=0.0165$), no hospital privado a relação é de sentido inverso, mas sem significância estatística ($srw=0.144$; $p=0.116$). Tal facto leva-nos a considerar que o tempo de espera nos hospitais públicos é bastante superior do que nos hospitais privados, tendo inclusivamente um impacto aceitável nos seus clientes. Já os clientes dos hospitais privados apresenta-se agradados com o tempo de espera, mas como já tinham essa expectativa, não dão grande valor a essa situação.

H14) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Participação e Relacionamento e a Confiança ($srw=0.214$; $p=0.000$), suportando a hipótese 14.

Segundo Eldh et al. (2006), a participação do cliente de forma efetiva quer no seu processo de diagnóstico é deveras importante para que, posteriormente, em caso de tratamento, este estar diretamente direcionado para o paciente, o que à partida trará melhores resultados. Esta situação, para além de integrar o paciente num processo que lhe diz respeito, envolve-o na resolução do seu problema. Esta situação torna-o como parte ativa nesta relação, o que por si só, lhe transmite maiores índices de confiança.

Olhando agora em separado para os nossos dois grupos de observação, constatamos que esta relação é positiva em ambos os casos. Contudo, apenas é estatisticamente significativa nos hospitais públicos ($srw=0.203$; $p=0.0015$), ao contrário dos hospitais privados ($srw=0.116$; $p=0.0865$). Estes resultados levam-nos a inferir que nos hospitais públicos esta situação tem um impacto positivo e muito significativo na confiança das pessoas, enquanto nos hospitais privados, os seus clientes, embora reajam positivamente, acham que tal situação já é recorrente (e até muitas vezes vista como obrigatória), pelo que já não a valorizam da mesma maneira.

H15) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Satisfação e a Confiança ($srw=0.136$; $p=0.0225$), suportando a hipótese 15.

Estes resultados demonstram que índices positivos e consideráveis de satisfação promovem e potenciam sentimentos de confiança num produto ou serviço.

Segmentando de acordo com os grupos em análise, constatamos que esta relação é negativa, embora não sendo estatisticamente significativa, nos hospitais públicos (srw=-0.027; p=0.397) e positiva quando a análise se focaliza nos hospitais privados (srw=0.37; p=0.000). Tal facto leva-nos a pensar que, muito embora não seja um sentimento de elevada significância há, nos hospitais públicos alguma insatisfação com a generalidade dos serviços, que posteriormente tem reflexos na confiança que as pessoas apresentam para com o serviço.

H16) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Satisfação e a Lealdade (srw=0.696; p=0.00), suportando a hipótese 16.

De acordo com Anderson et al (1994), a satisfação é uma avaliação que tem por base uma experiência de consumo. Estes resultados levam-nos a interpretar que a satisfação é um componente essencial para a repetição do ato de consumo que é expresso ao longo do tempo e ao qual podemos chamar de lealdade.

Esta relação é também positiva e estatisticamente significativa, quer para os hospitais públicos (srw=0.676; p=0.000), quer para os hospitais privados (srw=0.799; p=0.000). Este facto vincula ainda mais a nossa interpretação global dos resultados, e define-a como sendo transversal a qualquer tipologia de cliente no setor da saúde.

H17) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Confiança e a Lealdade (srw=0.141; p=0.000), suportando a hipótese 17.

A confiança é, segundo Breitenbach (2015), o vetor mais importante para a construção de um compromisso comercial de longa duração. Já Oliver (1999) defende que a Lealdade se desenvolve a partir da confiança que os clientes apresentam que as suas expectativas e necessidades estarão sempre asseguradas pelo prestador do serviço. Na área da saúde, devido ao elevado grau de sensibilidade que os seus clientes apresentam, o vetor da confiança reveste-se ainda de maior relevo, se comparado com

a grande generalidade dos restantes setores. Os resultados que obtivemos estão, no nosso entender, alinhados com a opinião destes autores, o que nos demonstra efetivamente que a confiança na área da saúde é de extrema importância e apresenta grande preponderância para a construção de efetivos laços de lealdade comercial.

Esta relação é também positiva e estatisticamente significativa, quer para os hospitais públicos ($srw=0.175$; $p=0.000$), quer para os hospitais privados ($srw=0.076$; $p=0.043$). Esta situação leva-nos a considerar que, nesta matéria, os clientes do setor público e do setor privado na área da saúde se comportam segundo os mesmos critérios.

H18) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre os Custos de Mudança e a Lealdade ($srw=0.234$; $p=0.000$), suportando a hipótese 18.

Com base na literatura, há uma relação bastante efetiva entre os custos de mudança e a lealdade. De acordo com Burnham et al (2003) a existência de elevados custos de mudança evita muitas vezes a troca, mantendo os clientes leais à instituição, mesmo que esta lealdade possa inclusivamente entrar na tipologia da falsa lealdade. Os resultados obtidos levam-nos neste sentido, demonstrando a existência de elevados e significativos custos de mudança na área da saúde, que naturalmente, representam e influenciam de forma positiva a retenção de clientes.

Esta relação é também positiva e estatisticamente significativa, quer para os hospitais públicos ($srw=0.205$; $p=0.000$), quer para os hospitais privados ($srw=0.153$; $p=0.000$). Esta situação leva-nos a considerar que, nesta matéria, a existência de elevados custos de mudança, e as suas consequências na lealdade dos clientes, é uma situação paralela às duas tipologias de instituições em análise.

H19) Há uma relação negativa e estatisticamente significativa entre os Custos de Mudança e a Intenção de Mudança ($srw=-0.249$; $p=0.000$), suportando a hipótese 19.

Se a existência de custos de mudança tem uma relação positiva com a lealdade dos clientes, é do senso comum, que o inverso aconteça quando nos focalizamos na intenção de mudança. Segundo Tung-Chin Lin & Shin-Li Huanh (2014), os custos de mudança

refletem-se de forma negativa e repressiva quanto à intenção de um cliente de mudar de fornecedor. Os resultados que obtivemos provam-nos isso. Mesmo que exista intenção de mudar de prestador de cuidados de saúde, os elevados custos de mudança que tal facto acarretaria, têm uma influência direta e bem vincada na opressão desta atitude.

Esta relação também se apresenta estatisticamente significativa e de forma negativa, quer para os hospitais públicos ($srw=-0.253$; $p=0.000$), quer para os hospitais privados ($srw=-0.269$; $p=0.000$). O resultado das observações destes dois grupos levam-nos a definir que há uma transversalidade evidente na influência negativa dos custos de mudança na intenção de mudança, independentemente da tipologia da instituição.

H20) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Satisfação e a Transmissão de WOM ($srw=-0.179$; $p=0.002$), suportando a hipótese 20.

De acordo com Tucker (2011), os clientes que apresentam elevados índices de satisfação com o serviço, têm uma forte tendência para passarem um WOM positivo. Os resultados que obtivemos estão alinhados com esta linha de pensamento, verificando-se que os clientes satisfeitos são fortes elos transmissores de WOM positivo sobre o seu serviço de saúde.

Esta relação é também positiva e estatisticamente significativa, quer para os hospitais públicos ($srw=0.053$; $p=0.248$), quer para os hospitais privados ($srw=0.450$; $p=0.000$). Esta situação leva-nos a considerar que não existem diferenças de comportamento independentemente da tipologia do serviço de saúde em causa, embora os clientes dos hospitais privados sejam mais propensos a comentar as suas experiências positivas.

H21) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Confiança e a Transmissão de WOM ($srw=-0.215$; $p=0.000$), suportando a hipótese 21.

Segundo Almoosawi (2015), a confiança é a principal alavanca para a construção de um verdadeiro sentimento de segurança num determinado serviço. Esta segurança, potência de forma insofismável, uma elevada propensão à recomendação positiva desse

mesmo serviço. Os nossos resultados seguem este alinhamento e mostram de forma significativa a relação positiva que existe entre estas duas variáveis.

Observando os resultados em separado dos nossos dois grupos, constatamos que quer no setor público ($srw=0.228$; $p=0.000$), quer no setor privado ($srw=0.086$; $p=0.000$) este alinhamento se mantém inalterado. Tal facto, apenas vem demonstrar que o comportamento dos clientes, segundo este contexto, é similar, independentemente das características da instituição de saúde com a qual se apresentam satisfeitos, embora mais intensa no caso dos hospitais públicos, onde a confiança se revela mais importante.

H22) Há uma relação negativa e estatisticamente significativa entre a Intenção de Mudança e a Transmissão de WOM ($srw=-0.456$; $p=0.000$), suportando a hipótese 22.

De acordo com Lu et al. (2012), a intenção de mudança é o resultado de uma conjugação de emoções negativas e distanciamentos efetivos entre a realidade e a expectativa criada. Desse modo, se um cliente olha para um serviço negativamente, tem a tendência natural para extravasar publicamente a sua opinião que, logicamente, será de cariz negativo. O resultado das observações destes dois grupos levam-nos a definir que há uma transversalidade evidente e muito similar no comportamento destas duas tipologias de clientes.

Esta relação é também negativa e estatisticamente significativa, quer para os hospitais públicos ($srw=-0.43$; $p=0.000$), quer para os hospitais privados ($srw=-0.454$; $p=0.000$).

H23) Há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a Lealdade e a Transmissão de WOM ($srw=0.262$; $p=0.000$), suportando a hipótese 23.

É do senso comum que um cliente leal, na sua grande maioria (visto que há clientes leais que se encontram debaixo do manto da falsa lealdade), é alguém que vê as suas necessidades correspondidas pelo serviço em causa e constrói com a entidade que o

presta uma relação comercial de longa duração. Dillon (2013) salienta que um cliente leal é, através da transmissão da sua opinião positiva sobre o serviço, o principal promotor da atração de novos clientes. Os nossos resultados comprovam esta linha de orientação, visto que conseguimos constatar que o relacionamento entre a transmissão de WOM e a Lealdade tem um sentido positivo, apresentando valores de grandeza considerável.

De acordo com os resultados que obtivemos da análise, quer ao setor público ($srw=0.355$; $p=0.000$), quer no setor privado ($srw=0.171$; $p=0.044$), constatamos que os comportamentos são idênticos e transversais em ambos os casos, existindo uma maior propensão para a transmissão positiva de experiências nos clientes do setor público.

5.5 Síntese Conclusiva

Neste capítulo analisámos os resultados da nossa investigação, de acordo com os dados obtidos, tendo estes sido discutidos, no seguimento da interpretação dos testes de hipótese.

Os nossos resultados apresentaram permitiram-nos verificar a importância que as variáveis mediadoras, com um impacto positivo, têm na lealdade. Este facto é transversal a todos os clientes, independentemente da tipologia da instituição de saúde que habitualmente frequentam.

Houve também a constatação, que os clientes do setor público não valorizam da mesma forma que os clientes do setor privado, algumas das variáveis antecedentes para a construção de relacionamentos comerciais de longa duração, se comparados com os clientes de instituições privadas.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

Esta investigação tinha como objetivo principal, a análise da lealdade e dos seus antecedentes, dos clientes às instituições de saúde, analisando quais as diferenças de comportamento que se verificam entre os clientes dos hospitais públicos e dos hospitais privados. A posterior transmissão de WOM era também um elemento a ter em análise, como consequência dessa lealdade.

Para que este objetivo principal fosse alcançado, foi necessário percorrer um conjunto de objetivos parcelares que, sempre numa lógica comparativa entre o setor público e o setor privado, nos permitissem avaliar previamente o impacto das variáveis antecedentes no processo de lealdade de um cliente a uma instituição de saúde, o impacto da existência de Custos de Mudança na Intenção de Mudança de prestador de cuidados de saúde, o impacto da Satisfação de um cliente na formação de um sentimento de Confiança na sua instituição prestadora de cuidados de saúde e o impacto que a Satisfação, a Confiança, a Lealdade e a Intenção de Mudança têm na transmissão de WOM.

Concluimos que é a *Personal Expertise* a variável que tem um maior impacto na Satisfação e na Confiança dos clientes para com o serviço, sendo que este se apresenta de forma mais vinculativa no setor público.

No que diz respeito à Lealdade, é a Satisfação que tem um impacto mais vincado. Contudo, tal situação reveste-se de maior relevância no setor privado.

Confirmámos a relação negativa existente entre os Custos de Mudança e a Intenção de Mudança, bem como, entre a Intenção de Mudança e a transmissão de WOM. Tal situação é, em ambos os factos, transversal aos dois setores de atividade.

Demostrámos também, confirmando a diversa literatura apresentada, que a Satisfação, a Confiança e a Lealdade têm um impacto positivo na transmissão de WOM.

Assim sendo, é de extrema importância que as instituições de saúde coloquem o cliente no centro de toda a sua estratégia de desenvolvimento. Os nossos resultados mostram-nos que um cliente satisfeito e com elevados índices de confiança no serviço que lhe é prestado, dificilmente deixará de ser um cliente leal, mantendo um

relacionamento comercial com essa entidade, numa lógica onde a longa duração é a tônica dominante.

Os nossos resultados levam-nos também a concluir que um cliente leal é um cliente que não se coíbe de transmitir a sua opinião positiva sobre o serviço e a entidade em causa, fruto da elevada segurança que sente, nas respostas que a instituição de presta perante as suas necessidades. Deste modo, podemos considerar que um cliente leal é o maior e mais fiável defensor de um determinado serviço, sendo em simultâneo, o maior angariado de novos clientes.

No seguimento da conclusão anterior, e tendo também por base os resultados obtidos no decorrer da nossa investigação, podemos constatar que os clientes angariados através da transmissão positiva de WOM são clientes que se apresentam com elevadas expectativas em relação aos serviços. Então, é necessária uma particular atenção nestes casos, evidenciando todas as mais-valias que o serviço apresenta, de forma a aumentar a possibilidade de recompra.

Concluímos ainda, e os nossos resultados apresentam-se alinhados com este raciocínio, que a existência de elevados custos de mudança é um elemento muito importante para a retenção de clientes, isto porque, consegue contrabalançar e ter um efeito efetivo e redutor na intenção de mudança que um cliente possa apresentar. É certo que a lealdade que daqui surgirá, terá de ser enquadrada como sendo uma falsa lealdade. Contudo, o cliente permanece na instituição e não se perde para qualquer outra entidade concorrente.

6.1 Contribuições Académicas

Esta investigação apresenta como primeira grande contribuição académica, a comparação entre o comportamento de um cliente do setor público e um cliente do setor privado na área da saúde. Definir quais os vetores que estes mais valorizam para que a instituição possa fideliza-los, aumentar assim as suas possibilidades de recompra do serviço.

A segunda grande contribuição acadêmica é a introdução de um modelo global que traça o caminho de lealdade desde os seus determinantes, e sob a mediação da satisfação e da confiança.

A terceira grande contribuição acadêmica é a introdução, como vetor de análise, da intenção de mudança e da interferência que os custos de mudança efetivamente apresentam na operacionalização desta intenção de mudança.

6.2 Contribuições Práticas

Como sabemos, a implementação massiva de instituições prestadoras de cuidados de saúde, é algo ainda bastante recente no nosso país. Esta situação, para além de aumentar enormemente a concorrência no setor, leva as instituições prestadoras de cuidados de saúde a olhar para o cliente como o seu bem mais precioso. Sem cliente não há produção e sem produção não há rentabilidade.

Para além da realidade plasmada no parágrafo anterior, há ainda que ter em linha de consideração que, fruto da proliferação de seguros e subsistemas de saúde, os custos financeiros para o cliente têm sentido um decréscimo acentuado. Tal situação, como é expectável, tem também um efeito direto na rentabilidade. Assim, para que esta se mantenha em níveis satisfatórios, uma instituição de saúde (com especial ênfase para as de iniciativa privada), tem de “atacar” pelo volume de produção. Esta situação, só valoriza ainda mais a importância da fidelização dos seus clientes.

Depois de aferidas as contribuições académicas, seguem-se aquelas que são, na nossa opinião, as principais contribuições práticas que se podem retirar dos resultados deste estudo.

A primeira contribuição baseia-se no facto de se conseguir orientar a estratégia de desenvolvimento de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, de acordo com a sua tipologia (pública ou privada), para dar mais importância aquilo que os seus clientes mais relevam.

Em segundo lugar, conseguem-se tirar ilações bastante vincadas da importância da criação de custos de mudança, para que se consiga manter o cliente o maior tempo

possível, potenciando desta forma a possibilidade de novas situações de recompra dos serviços.

Em terceiro lugar, os gestores das instituições de saúde conseguem adaptar as suas estratégias de marketing, alicerçadas no processo de retenção de clientes (lealdade verdadeira), à transmissão de WOM positivo. Este comportamento promove uma verdadeira campanha de angariação de novos clientes, apresentando custo financeiros bastante reduzidos.

6.3 Limitações da Investigação

Qualquer investigação deste género apresenta imperfeições e limitações. Neste tipo de ciências, não há investigações que possamos catalogar de investigações perfeitas.

Assim, é importante referir que esta investigação, no nosso entender, apresenta diversas limitações que passaremos a mencionar:

- Limitações Geográficas: Esta investigação teve a sua base de recrutamento amostral na cidade de Viseu (visto que as instituições de saúde analisadas eram desta cidade). Tal facto limita-nos a amostra a pessoas oriundas desta área geográfica (com as suas características regionais muito próprias), onde só agora é que a atividade privada na área da saúde se apresenta em elevada expansão e desenvolvimento.
- Locais de Recolha de Informação: Nesta investigação, para além das limitações geográficas referidas no ponto anterior, há igualmente limitações ao nível dos locais de recolha de informação. Nesta investigação, houve apenas dois locais de recolha, um hospital público e um hospital privado.
- Questionário: Devido à complexidade desta investigação, houve a necessidade do estudo de diversas variáveis o que, no nosso entender, tornou o questionário muito extenso. Tal facto, para além de alargar o tempo de preenchimento, pode ter tido um impacto negativo nos inquiridos, o que torna mais difícil a recolha e a fiabilidade das respostas.

- Grau de Sensibilidade dos Inquiridos: Como ficou bastante claro na revisão da literatura, os clientes na área da saúde apresentam-se com um grau de sensibilidade muito superior se comparado a maior parte das restantes situações. Aqui, os índices de sensibilidades são muito grandes. Há pessoas que estão doentes e em tratamento e outras, que apenas se apresentam para consultas e exames de rotina, mas que têm sempre presente o receio de receber alguma notícia menos positiva. Assim, a recolha de dados tem de ser enquadrada de acordo com este facto, o que muitas vezes, pode ter condicionada a resposta a algumas perguntas presentes no nosso questionário.
- Tempo de Recolha do Dados: A recolha dos dados que nos possibilitaram a prossecução desta investigação foi realizada num só momento. Estava limitada ao estado de espírito e ao contexto que revestiam aquele momento. Não houve a possibilidade de acompanhar os elementos que compunham a amostra, avaliando os resultados ao longo do tempo, o que nos permitiria uma maior fiabilidade de resultados e uma maior alcance nas nossas conclusões e contribuições.

6.4 Novas Linhas de Desenvolvimento da Investigação

Como referimos anteriormente, não há investigações perfeitas. Tal facto torna-as dinâmicas e permanentemente inacabadas, o que nos possibilita sempre a sua continuidade, aprofundamento e desenvolvimento.

Desta forma, apresentamos algumas sugestões para novas linhas de desenvolvimento e aperfeiçoamento da investigação:

- Alargamento Geográfico: Alargar os pontos de recolha a várias zonas do país, o que nos possibilitaria abarcar um tecido amostral completamente heterogéneo e totalmente liberto de algum tipo de comportamentos e costumes geográficos no que respeita aos hábitos de consumo neste setor de atividade.

- Mais Locais de Recolha de Informação: Nesta investigação pendemo-nos a dois locais de recolha e análise. Assim, indo no alinhamento da proposta de melhoria anterior, achamos que era importante ter mais locais de recolha de informação, não ficando igualmente presos apenas nas instituições hospitalares, mas também alargando o leque de recolha a clínicas privadas, centros de saúde públicos, consultórios privados, unidades de saúde familiar, etc.
- Acompanhamento da Amostra: Nesta investigação houve apenas um contacto com cada uma das pessoas inquiridas. Pensamos que a investigação poderia ser mais completa se existisse um acompanhamento do tecido amostral ao longo de um tempo mais alargado e ir recolhendo informação à medida que vão existindo diversos momentos de consumo e usufruto dos serviços prestados pelas diferentes instituições de saúde.
- Procura de Novas Variáveis: A utilização de focus group para identificar novas variáveis que não nos forma possíveis identificar neste processo de investigação, mas que podem ser relevantes para o tema em análise.
- Seguros e Subsistemas de Saúde: estudar o impacto que os seguros e os subsistemas de saúde têm no processo de escolha e tomada de decisão dos clientes, no seguimento dos resultados obtidos nesta investigação.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, P., & Rebelo, G. (2011). A era da competência: Um novo paradigma para a gestão de recursos humanos e o direito do trabalho. Lisboa: Editora RH.

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).

Anderson, E.; Weitz, B.; (1992): The use of pledges to build and sustain commitment in distribution channels. *Journal of Marketing Research*, v. XXIX.

Anderson, E.; Fornell, C.; Lehmann, D., (1994): Customer satisfaction, market Share and profitability: findings from Sweden. *Journal of Marketing*, v. 58.

Anderson, E. (1998). Customer satisfaction and word-of-mouth. *Journal of Service Research*, 1(1).

Argan, Metin (2012) "Word-of-Mouth (WOM) as A Tool of Health Communication: A Case Study of Turkey" *Journal of Society for development in new net environment in B&H. HealthMED*. 6 (1).

Arndt, J. (1967). Role of Product- Related Conversations in the Diffusion of a New Product, *Journal of Marketing Research*, 4.

Audit Commission (2000); Fully Equipped: the provision of equipment to older or disabled people by the NHS and social services in England and Wales. London, The Audit Commission.

Barros, P. P., 2000, A economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector Privado. Almedina, Coimbra.

Barros, P. P., 2009, Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos, 2ª Edição, Almedina.

Bitner, M.J. (1995). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 54 (April).

Bejou and Palmer (1998), "Service failure and loyalty: an exploratory empirical study of airline customers", *Journal of Services Marketing*, 12 (1)

Berry, L. L. (1983). Relationship Marketing, In: (Eds.) Berry, L.L., Shostack, G.L. and Upah, G.D. "Emerging Perspectives on Services Marketing" Chicago, American Marketing Association.

Berry, L. (1995). Relationship Marketing of Services – Growing Interest, Emerging Perspectives. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43.

Berry, L., (2002): Relationship marketing of services: perspectives from 1983 and 2000. *Journal of Relationship Marketing*, v.1, n.1.

Bielen e Demoulin (2007); in *Managing Service Quality*, Vol. 17, Nº. 2.

Bloemer, J., De Ruyter, K., (1998): On the relationship between store image, store satisfaction and store loyalty. *European Journal of Marketing*, 32 (5/6).

Breitenbach, Renato (2015). The influence of commitment and confidence to the effectiveness of a local productive arrangement: a study of the local fruits and vegetables cultivation production arrangement of Veranópolis-RS. *GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas*, Bauru, Ano 10, nº 2.

Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences* (6^a ed.). Paris: Editions d'Organisation.

Burnham, A.; Frels, J.; Mahajam, V. (2003) – Consumer Switching cost. A typology, antecedents and consequences. *Journal of the Academy of Marketing Science*- V.31, nº.2.

Busch, Paul; Wilson, David T. (1976) "An Experimental Analysis of a Salesman's Expert and Referent Bases of Social Power in the Buyer-Seller Dyad" *Journal of Marketing Research* 13.

Buttle, F.A. (1998). Word of Mouth: Understanding and Managing Referral Marketing, *Journal of Strategic Marketing*, 6.

Creswell, John (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks: SAGE Publications.

Cabral, M. V., Silva P. A. (2009); O estado da saúde em Portugal, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Cardoso, Adelino Alves (2009). O comportamento do Consumidor – Porque é que os consumidores compram? Lisboa: Lidel Edições.

Campos, A. (1985); Disciplina autônoma de economia da saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Chang, Tseng e Woodside (2013); in Journal Of Services Marketing.

Chen, N., Lin, K., Kinshuk (2008), “Analysing users’ satisfaction with e-learning using a negative critical incidents approach”, Innovations in Education and Teaching International, 45 (2).

Craighead, C. (2004), “The effects of Severity of Failure and Customer Loyalty on Service Recovery Strategies”, Production & Operations Management, 13 (4).

Davies, F.; Mark, M.; Moutinho, L.; Ogbonna, E., (2001): Critical factors in consumer supermarket shopping behaviour: a neural network approach. Journal of Consumer Behavior, v.1, n. 1.

Demo, Gisela; Pessoa, Renata (2015). CRM na administração pública: desenvolvimento e validação de uma Escala de Relacionamento com o Cidadão (ERCi). Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 49(3), maio/jun.

Dicionários Académicos, (2000): Dicionário Latim-Português. Porto: Porto Editora.

Dick, A.S. & Basu, K. (1994). Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. Journal of the Academy of Marketing Science, 22 (2).

Dillon, J. (2013). Understanding word of mouth (WOM) communication: A case study of banking sector in India. Journal of Business and Management, 9(3).

Dinis, A., 2008, “Saúde privada, integração sofisticada”, IP Espaços, edifícios e empresas.

Dodds, W.; Monroe, K.; Grewal, D., (1991): Effects of price, brand, and store information on buyer’s product evaluations. Journal of Marketing Research.

Doyle, P. (2000). Value-Based Marketing: Marketing Strategies for Corporate Growth and Shareholder Value. England: John Wiley & Sons, Ltd.

Drucker, P. (2001). The Essential Drucker on Management. Nobel Brasil.

Edvardsson, B. (1988), "Service Quality in Customer Relationships: A Study of Critical Incidents in Mechanical Engineering Companies", *Service Industries Journal*, 8 (4).

Eira, A. A. (2010); A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados. Faculdade de Economia, Porto, Portugal.

Eldh, A.C., Ehnfors, M. and Ekman, I. (2006). "The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led outpatient clinic for chronic heart failure", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 5, No. 4.

Engel, J.; Blackwell, R., (1982): *Consumer Behavior*. New York: The Dryden Press.

Engelbert, R. (2010) - Os Custos de Troca em Tecnologia da Informação e o Aprisionamento Tecnológico das Organizações.

Ferreira, A.M., 2012. O efeito do tempo de espera na procura de cuidados de saúde. Evidência em prática para Portugal. Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Folland, S. and M. Stano, 2004, *Economics of Health and Health Care*, 4ª Edição, Pearson Prentice-Hall.

Garbarino, E.; Johnson, M., (1999): The different roles of satisfaction, trust and Commitment for relational and transactional consumers. *Journal of Marketing*, v. 63.

Gaynor, M. and W. B. Vogt, (2000), "Antitrust and competition in health care markets".

Gemme, E.M. (1997). Retaining Customers in a Managed Care Market. *Marketing Health Services*, 17 (3).

Graeml, A; Engelbert, R. (2011) - Custos de troca em tecnologia da informação: a proposição de um modelo taxonómico integrado a partir da literatura.

Goyette, I., Ricard, L., Bergeron, J., & Marticotte, F. (2010). E-WOM scale: Word-of-mouth measurement scale for e-services context. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 27

Griffiths, J. (2008); Private hospitals - how do they compare. Disponível em [www: http:// privatehealth.co.uk/articles/august-2008/hospitals-in-the-uk](http://privatehealth.co.uk/articles/august-2008/hospitals-in-the-uk).

Gronroos, C. (1990). Relationship Approach to the Marketing Function in Service Contexts: The Marketing and Organizational Behavior Interface. *Journal of Business Research*, 20.

Gronroos, C. (1999). Relationship Marketing: Challenges for the Organization. *Journal of Business Research*, 46.

Gomides, J. E. (2002). A definição do Problema de Pesquisa a chave para o sucesso do Projeto de Pesquisa. *Revista CESUC*, ano 4, n. 6.

Guadagnoli, E. and Ward, P. (1998), "Patient participation in decision-making", *Social Science & Medicine*, Vol. 47, No. 3.

Guedes, D. P. et al. Estágios de Mudança de Comportamento e Prática Habitual de Atividade Física em Universitários. *Revista Bras.Cineantropom. Desempenho Hum.* v. 8, n. 4, p. 5-15, 2006.

Guerra, M. S. (2002) Como um espelho - avaliação qualitativa das escolas. in Azevedo, J. (Org.) *Avaliação das escolas. Consensos e divergências*. Porto: Asa.

Hair, JR. (2005), *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman

Haywood, M. (1989). Managing word of mouth communications. *Journal of Services Marketing*, 3(2).

Howard, J.; Seth, J., (1969): *The Theory of Buyer Behaviour*. John Wiley & Sons, Inc., New York, NY.

Harris, R. G. (2012) - *The Role of Switching Costs in the Markets for PC Operating Systems, Online Search, Internet Access and Mobile Service: Implications for Australian Competition and Consumer Protection Policy*.

Jacoby, J.; Kyner, D., (1973): Brand Loyalty vs. Repeat Purchasing Behavior. *Journal of Marketing Research*, vol. 10.

Junior, A.; Bornia, A. (2011). Proposta de um instrumento de medida para avaliar a satisfação de clientes de bancos utilizando a Teoria da Resposta ao Item. *Gestão e Produção*, São Carlos, 18(3).

Kasper, H., Helsdingen, P. & Gabbott, M. (2006). *Services Marketing Management: A Strategic Perspective* (2nd edition). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Kotler, P.; Keller, K. L. (2006), *Marketing management*, 12th ed., New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Kotler, Philip (2000): *Administração de Marketing*. São Paulo: Prentice-Hall.

Kotler, P.; Kartajaya, H.; Setiwan, I. (2011), *Marketing 3.0 – From products to the human spirit*, Lisboa: Atual Editora.

Ladhari, R., Souiden, N. e Ladhari, I. (2011). Determinants, of Loyalty and Recommendation: The Role of Perceived Service, Quality, Emotional Satisfaction and Image, *Journal of Financial Services Marketing*, 16 (2).

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).

Lakatos, Eva Maria; Markoni, Marina de Andrade (2003), *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Lee, D. e Trail, G. (2011) The Influence of Personal Values and Goals on Cognitive and Behavioral Involvement in Sport, *Journal of Sport Management*, 25 (6).

Lindon, D.; Lendrevie, J.; Lévy, J.; Dionisio, P.; Rodrigues, J. V. (2008), *Mercator XXI teoria e prática de marketing*. 11ª ed., Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L.L., Sheridan, S.E., Donaldson, L. and Pitiet, D. (2010), "Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety", *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 85, No. 1.

Lovelock, C. & Writz, J. (2006). Marketing de Serviços: Pessoas, Tecnologia e Resultados (5ª edição.). São Paulo: Prentice Hall.

Lovelock, C. and Gummesson, E. (2004), “Whiter services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives”, Journal of Service Research, Vol. 7, No. 1.

Lucas, R.W. (2009). Customer Service: Skills for Success (4th edition). McGraw-Hill International Edition: New York.

Lu, Y.; Wang, B. (2012) “Effects of dissatisfaction on customer repurchase decisions in ecommerce an emotion-based perspective” Journal of Electronic Commerce Research.

Machado, F. (2004): Um estudo sobre os níveis de fidelidade do consumidor em serviços de naturezas distintas. Anais do XXVIII ENANPAD, Curitiba, Paraná.

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).

Maister, D.H. (1985), “The psychology of waiting lines”, in Czepiel, J.A., Solomon, M.R. and Surprenant, C.F. (Eds), The Service Encounter, Lexington Books/DC Heath, London.

Marcos, A.; Figueiredo, B. (2012). Os determinantes da Lealdade num contexto de Serviços: Um estudo no sector segurador Português.

Marôco, J. (2010). Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Mata J., 2002, Economia da Empresa, 2ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Miller, D., (1977): Handbook of Research Design and Social Measurement, 3rd ed., New York: David McKay Co.

Miller, Jon e Muir, David (2009). O negócio das marcas, Lisboa: Tinta-da-china.

Mohammed M. Almosawi (2015). The Impact of Word of Mouth (WOM) on the Bank Selection Decision of the Youth: A Case of Bahrain. *International Journal of Business and Management*; Vol. 10, No. 4.

Moliner (2009); in *Journal of Service Management*, Vol 20, Nº.1.

Motta, Lara Jansiski (2015) - Profile of methodological studies in health management: an analysis of the 2007 – 2013 publications on EnANPAD. *Jornal of Medical and Biological Sciences*.

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.

Nascimento, T.; Damacena, C.; Brasil, V. (2014). Cocriação de valor com alunos: uma análise da influência social e do engajamento na disciplina como antecedentes de feedback do estudante.

Negricea, C.; Avram, E. (2012). Analysis of Casual Links and Relationship Between Higher Education Quality, Students Satisfaction and Intention, Based on Development of a Conceptual Model. *Romanian Economic Business Review*, 7(2).

Oliveira, M. (2010); - Evolução da oferta, em 30 anos do serviço nacional de saúde. Almedina, Coimbra.

Oliver, R., (1981): Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing*, 57.

Oliver, R.L. (1999). Whence Consumer Loyalty?. *Journal of Marketing*, 63.

Oliver, R., DeSarbo, W., (1988): Response Determinants in Satisfaction Judgments. *Journal of Consumer Research*, 14 (March).

Oliver, R.; Swan, J., (1989): Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions: A Field Survey Approach. *Journal of Marketing*, 53 (April).

Olsson, L. E., Karlsson, J. and Ekman, I. (2006), "The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of

patients with acute hip fracture”, *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, Vol. 1, No. 3.

Peppers, D., Rogers, M., (1994): *Marketing um a um: marketing individualizado na era do cliente*. Rio de Janeiro: Campus.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais - a complementariedade do SPSS (5a ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peppers, D., Rogers, M., (2001): *O CRM em Tempos de Arrefecimento Económico*. São Paulo.

Porter, M., (1980): *Competitive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors*. New York: The Free Press.

Prado, P. H. M.(2004): *avaliação do relacionamento sob a óptica do cliente: um estudo em bancos de varejo*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo.

Patterson, P.; Ward, D., (2000): *Handbook of services marketing and management*. California: Sage Publications.

Peterson, R., (1995): *Relationship marketing and the consumer*. *Journal of Academy Mark Sciencies*; 23.

Révillions, A. (1998). *Um estudo sobre a satisfação do consumidor com o setor supermercadista em Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Ribeiro, J. M. (2009); *Saúde: A liberdade de escolher*. Lisboa, Gradiva.

Rich, M. (2000): “The Direction of Marketing Relationships”. *Journal of Business & Industrial Marketing*, Vol. 15, Nº 2/3.

Rocha, Viviane; Ponchio, Mateus; Francisco, Eduardo (2015). *Consumer Loyalty and Loyalty Programs: a topographic examination of the scientific literature using bibliometrics, spatial statistics and network analyses*. *Revista Ciências da Administração*, V17, N41, Abril de 2015.

Rondeau, E.P., Brown, R.K. and Lapidés, P.D. (2006), *Facility Management*, 2nd ed., Wiley, Hoboken, NJ.

Samuelson, P. (2000); *Economics*, New York: Mcgraw Hill.

Sasser J., (1995): Why Satisfied Customers Defect. *Harvard Business Review*. 73 (6).

Sherwood, N.E.; Jeffery, R.W. The Behavioral Determinants of Exercise: Implications for Physical Activity Interventions. *Annual Review Nutrition*, n. 2, p. 21- 44, 2000.

Silva, P. (2008). *Competências Transversais dos Licenciados e sua Integração no Mercado de Trabalho*. Guimarães: Universidade do Minho.

Silverman, G. (2001) "The Power of Word of Mouth" *Direct Marketing*. 64(5).

Semon, T. (2005) "Dissatisfaction prevention is worth more", *Marketing News*, 66 (1).

Simpson, J.A. and Weiner, E.S.C. (Eds) (1989), *The Oxford English Dictionary*, 2nd ed., Clarendon Press, Oxford.

Sharma, D., Lucier, C. & Molloy, R. (2002). Um novo relacionamento: a simbiose. *HSM Management*, Barueri, 35.

Sheth, J.N. & Parvatiyar, A. (1995). The Evolution of Relationship Marketing. *Internacional Business Review*, 4.

Shirsaver, H., Gilaninia, S., & Almani, A. (2012). A study of factors influencing word of mouth in the Iranian banking industry. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 11(4).

Shoemaker, S.; Bowen, J., (2003): Commentary on loyalty: a strategic commitment. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, October-December.

Souza, L.; Milan, G.; Matos, C. (2012). A study about trust, value and customer loyalty in a car dealership. *Revista Académica da FACE*. Porto Alegre, v. 23, n. 2.

Souza, D. V.; Zioni, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das Representações Sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saúde e Sociedade (Online)*, v. 12, n. 2.

Reichheld, F., (1993): *Loyalty-based Management*. Harvard Business Review, March/April.

Reichheld, F.; Sasser, W., (1990): *Zero Defections: Quality Comes to Service*. Harvard Business Review, September/October.

Schau, J. H., Muniz, M. A., & Arnould, J. E. (2009). How brand community practices create value. *Journal of Marketing*, 73(5).

Silverman, G. (2001) "The Power of Word of Mouth" *Direct Marketing*. 64(5).

Stanton, William J.; Richard H. Buskirk (1987) *Management of the Sales Force*. Homewood, IL: Richard D. Irwin, Inc; 7^a ed.

Tountas, Y., Karnaki P., Pavi E., Souliotis K. (2005); The "unexpected" growth of the private sector in Greece. *Health Policy* 74.

Tucker, T. (2011). Online word-of-mouth: Characteristics of Yelp.co review. *The Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*, 2(1).

Tung-Ching Lin & Shiu-Li Huang (2014); "Understanding The Determinants of Consumers' Switching Intentions in Standards War", *Journal of Electronic Commerce Research*.

Wallersten, N. (2006), *What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health?*, Health Evidence Network report, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Westbrook, R., (1987): Product/consumption based affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research*, v. 24.

Westbrook, R.; Reilly, M., (1983): Value Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction. *Advances in Consumer Research* 10.

WHO / OMS (2002); The role of private sector and privatization in European health systems. Regional Committee for Europe.

Wangenheim e Bayón (2004); in European Journal of Marketing

YIN, Robert (1994). Case Study Research: Design and Methods (2ª Ed) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (1996). Services Marketing. New York: McGraw-Hill.

Zeithaml, V., (1988): Consumer perceptions of price, quality, and value: a meansend model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, v. 52.

Foto de Capa – Autor: Élio Afonso Cardoso

ANEXO



A LEALDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Diga-nos qual é a sua **UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA:**

1 – Casa de Saúde São Mateus: _____

2 – Hospital de São Teotónio (CHTV): _____

I. As afirmações que se seguem são referentes ao hospital que acabou de referir. Através de um círculo (o) ou de uma cruz (x), indique o seu nível de concordância/discordância com cada uma das afirmações que se seguem:

			Discordo totalmente		Não concordo nem discordo			Concordo totalmente
1	Se necessitar de cuidados médicos é neste hospital que vou pensar em primeiro lugar.	1	2	3	4	5	6	7
2	Se necessitar de cuidados médicos este hospital é a minha primeira escolha.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu penso que sou um cliente leal a este hospital.	1	2	3	4	5	6	7
4	Eu estou satisfeito com a minha decisão de escolha deste hospital.	1	2	3	4	5	6	7
5	A minha opção de escolha deste hospital foi a correta.	1	2	3	4	5	6	7
6	Eu gosto verdadeiramente deste hospital.	1	2	3	4	5	6	7
7	Os colaboradores deste hospital são confiáveis.	1	2	3	4	5	6	7
8	Os colaboradores deste hospital são honestos.	1	2	3	4	5	6	7
9	Os colaboradores deste hospital são íntegros.	1	2	3	4	5	6	7
10	Este hospital tem boa reputação.	1	2	3	4	5	6	7
11	Os colaboradores deste hospital estão permanentemente preocupados com o meu bem estar.	1	2	3	4	5	6	7
12	Os colaboradores deste hospital estão permanentemente preocupados com os meus problemas.	1	2	3	4	5	6	7
13	Tenho a certeza que todos querem sempre o melhor para mim.	1	2	3	4	5	6	7
14	O médico pede-me conselhos para a prescrição do meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
15	Eu ajudo o médico a planear o meu tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
16	O médico dá-me sugestões sobre o tratamento apropriado para a minha doença.	1	2	3	4	5	6	7
17	Eu e o médico participamos ativamente no planeamento do tratamento da minha doença.	1	2	3	4	5	6	7
18	Juntos, eu e o médico, definimos metas e discutimos sobre as opções de tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
19	Eu não estou satisfeito com os serviços deste hospital.	1	2	3	4	5	6	7
20	Neste hospital as minhas experiências negativas superam as experiências positivas.	1	2	3	4	5	6	7
21	No geral, não estou contente com este hospital.	1	2	3	4	5	6	7
22	As instalações facilitam a confidencialidade e privacidade dos contactos.	1	2	3	4	5	6	7
23	As instalações parecem organizadas e arrumadas.	1	2	3	4	5	6	7
24	As instalações são espaçosas, modernas e limpas.	1	2	3	4	5	6	7
25	Este hospital é fácil de encontrar e aceder.	1	2	3	4	5	6	7
26	Os colaboradores deste hospital conhecem bem as suas funções.	1	2	3	4	5	6	7
27	Os colaboradores deste hospital têm conhecimento, de forma transversal, de todos dos serviços oferecidos.	1	2	3	4	5	6	7

		Discordo totalmente		Não concordo nem discordo			Concordo totalmente	
28	A informação que os colaboradores deste hospital me providenciam é-me muito valiosa.	1	2	3	4	5	6	7
29	Os colaboradores deste hospital estão atualizados no seu conhecimento.	1	2	3	4	5	6	7
30	Este hospital é bem organizado	1	2	3	4	5	6	7
31	Os padrões de qualidade mantêm-se ao longo de todo o contacto.	1	2	3	4	5	6	7
32	Este hospital tem um nível de qualidade aceitável quando comparado com outros.	1	2	3	4	5	6	7
33	Os colaboradores deste hospital são sempre gentis e simpáticos.	1	2	3	4	5	6	7
34	A equipa médica faz o diagnóstico e promove os tratamentos adequados.	1	2	3	4	5	6	7
35	O dinheiro gasto nos serviços deste hospital vale a pena.	1	2	3	4	5	6	7
36	O serviço deste hospital é bom para o dinheiro que despendemos.	1	2	3	4	5	6	7
37	Na generalidade dos serviços deste hospital os preços não são excessivos.	1	2	3	4	5	6	7
38	As listas de espera deste hospital são razoáveis e aceitáveis.	1	2	3	4	5	6	7
39	O tempo de espera neste hospital é o previsível.	1	2	3	4	5	6	7
40	O tempo que despendido em sala de espera neste hospital é aceitável.	1	2	3	4	5	6	7
41	Eu vou a este hospital porque os meus amigos vão.	1	2	3	4	5	6	7
42	Eu vou a este hospital porque os meus familiares vão.	1	2	3	4	5	6	7
43	Eu acho que os meus amigos pensam que este é um bom hospital.	1	2	3	4	5	6	7
44	O esforço que posso despende, em tempo e dinheiro, para mudar de hospital é elevado.	1	2	3	4	5	6	7
45	Eu teria que gastar muito tempo, dinheiro e esforço a mudar de hospital.	1	2	3	4	5	6	7
46	De forma geral, acho inconveniente mudar de hospital.	1	2	3	4	5	6	7
47	Perco o meu historial e conhecimento clínico se mudar de hospital.	1	2	3	4	5	6	7
48	Tenho a intenção de mudar de hospital num futuro próximo.	1	2	3	4	5	6	7
49	Eu não fiz a escolha certa na opção por este hospital.	1	2	3	4	5	6	7
50	Não tenho a intenção de continuar cliente deste hospital.	1	2	3	4	5	6	7
51	A sala de espera neste hospital é confortável.	1	2	3	4	5	6	7
52	A sala de espera deste hospital tem sempre lugares disponíveis.	1	2	3	4	5	6	7
53	A sala de espera deste hospital tem uma boa decoração e aparência.	1	2	3	4	5	6	7
54	O tempo de espera deste hospital é, na generalidade, aceitável.	1	2	3	4	5	6	7
55	O ambiente da sala de espera deste hospital permite-me fazer outras coisas.	1	2	3	4	5	6	7

II. Responda à pergunta que se segue. Caso a sua resposta tenha sido positiva, responda às 3 questões imediatamente seguintes, através de um círculo (o) ou de uma cruz (x), indicando o seu nível de concordância/discordância, de acordo com a mesma escala usada nas restantes 55 questões anteriores. Caso a sua resposta seja negativa, ignore as 3 perguntas seguintes e avance directamente para o grupo III.

1	Na sua relação com o hospital houve algum incidente grave que colocasse em causa esse relacionamento.	Sim: _____		Não: _____				
2	Esse acontecimento foi muito importante.	1	2	3	4	5	6	7
3	Esse acontecimento foi resolvido de forma satisfatória.	1	2	3	4	5	6	7
4	Esse acontecimento colocou em causa a sua relação com este hospital.	1	2	3	4	5	6	7

III. As afirmações que se seguem são referentes à pessoa que me forneceu indicações sobre este hospital. Através de um círculo (o) ou de uma cruz (x), indique o seu nível de concordância/discordância com cada uma das seguintes afirmações:

		Discordo totalmente		Não concordo nem discordo			Concordo totalmente	
1	Tem conhecimento sobre os serviços hospitalares.	1	2	3	4	5	6	7
2	É conhecedora da área dos serviços médicos e hospitalares.	1	2	3	4	5	6	7
3	Tem semelhanças comigo nas preferências e valores.	1	2	3	4	5	6	7

		Discordo totalmente			Não concordo nem discordo			Concordo totalmente
4	Na generalidade posso considera-la como sendo uma pessoa parecida comigo.	1	2	3	4	5	6	7
5	A informação que me transmite é credível.	1	2	3	4	5	6	7
6	Não tenho razões para duvidar das informações que me transmite.	1	2	3	4	5	6	7
7	O seu comentário influenciou o meu pensamento sobre o hospital.	1	2	3	4	5	6	7
8	O seu comentário fez-me pensar em trocar de hospital.	1	2	3	4	5	6	7
9	O seu comentário teve influência na minha decisão de manter ou trocar de hospital.	1	2	3	4	5	6	7

IV. As afirmações que se seguem têm por base todo o seu historial de relacionamento no que se refere ao hospital acima mencionado. Através de um círculo (o) ou de uma cruz (x), indique o seu nível de concordância/discordância com cada uma das seguintes afirmações:

		Discordo totalmente			Não concordo nem discordo			Concordo totalmente
1	Eu normalmente transmito coisas boas acerca deste hospital.	1	2	3	4	5	6	7
2	Eu recomendaria os serviços deste hospital a amigos e familiares.	1	2	3	4	5	6	7
3	Se um amigo ou conhecido estivesse á procura de um hospital era este que recomendaria.	1	2	3	4	5	6	7
4	Nos últimos 12 meses quantas vezes recorri aos serviços do hospital?	_____						

IX. Por último, solicitamos-lhe alguma informação para efectuarmos uma caracterização do perfil dos inquiridos:

Sexo: <input type="checkbox"/> (1) Feminino <input type="checkbox"/> (2) Masculino		Idade: _____ anos	Número de pessoas do agregado familiar: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 ou mais		
Estado civil: <input type="checkbox"/> (1) Solteiro(a) <input type="checkbox"/> (2) Casado(a)/união de facto <input type="checkbox"/> (3) Divorciado(a) <input type="checkbox"/> (4) Viúvo(a)	Profissão: <input type="checkbox"/> (1) Estudante <input type="checkbox"/> (2) Trabalhador(a) por conta própria <input type="checkbox"/> (3) Trabalhador(a) por conta de outrem <input type="checkbox"/> (4) Trabalhador/estudante <input type="checkbox"/> (5) Desempregado(a) <input type="checkbox"/> (6) Reformado(a) <input type="checkbox"/> (7) Doméstica <input type="checkbox"/> (8) Outro. Qual? _____	Nível de escolaridade mais elevado que concluiu: <input type="checkbox"/> (1) Ensino básico primário <input type="checkbox"/> (2) Ensino básico preparatório 6º ano <input type="checkbox"/> (3) Ensino secundário 9º ano <input type="checkbox"/> (4) Ensino secundário 12º ano <input type="checkbox"/> (5) Curso profissional/artístico <input type="checkbox"/> (6) Frequência universitária/bacharelato <input type="checkbox"/> (7) Licenciatura ou superior	Rendimento mensal líquido do agregado familiar: <input type="checkbox"/> (1) Menos de 500€ <input type="checkbox"/> (2) 500-999€ <input type="checkbox"/> (3) 1000-1499€ <input type="checkbox"/> (4) 1500-2499€ <input type="checkbox"/> (5) 2500-4999€ <input type="checkbox"/> (6) 5000€ ou mais		

Muito Obrigada pela Sua Colaboração.