

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES
DA UNIDADE DE SAÚDE ORAL DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO SOCIAL (SAMS)

Ana Margarida Bernardino da Silva

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL, Departamento de Métodos
Quantitativos para Gestão e Economia

Janeiro 2017

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao fim deste desafio, no qual tive a sorte de, no momento certo, ter o apoio e motivação de algumas pessoas às quais não posso deixar de agradecer.

Aos meus pais, a quem tudo agradeço e em particular à minha mãe, por nunca me deixar desistir.

À minha filha Madalena, por me encher o coração e um pedido de desculpa pelo colo roubado.

Ao Jorge, pelo amor, pela paciência e pelo apoio demonstrado durante todo o projeto.

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos pelo amor e pelo apoio que me dão.

À restante família pelo apoio recebido pelas mais diversas formas.

Ao Ricardo, apesar de longe, está sempre presente.

Aos meus amigos, um pedido de desculpa pelas ausências nos últimos meses.

À minha companheira e amiga de curso Liliana, pela partilha e pela amizade criada.

De modo particular, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Sofia Portela, por toda a dedicação, disponibilidade, orientação e pela amizade que foi sendo criada, tornou esta missão mais fácil.

Aos SAMS pela disponibilidade e interesse na realização desta investigação.

RESUMO

Com a evolução da medicina, as características específicas das organizações de saúde, o estado da saúde da população e a adversidade económica existente, levou as instituições de saúde a adotarem estratégias de marketing relacional por forma a aumentar a satisfação e a fidelização de clientes.

Este estudo debruça-se sobre a satisfação e fidelização de clientes no âmbito da área da saúde, sendo o seu objetivo principal: avaliar a satisfação e fidelização dos clientes da unidade de saúde oral dos Serviços de Assistência Médico Social (SAMS).

Foi aplicado um questionário a uma amostra, por conveniência, de 260 indivíduos (143 de sexo feminino e 117 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 18 e os 94 anos, no período de 10 de Outubro a 18 de Novembro de 2016 na unidade de saúde oral dos SAMS.

Após a análise dos dados, concluímos que, em caso de necessidade de cuidados de saúde oral a maior parte da amostra afirma recorrer à unidade de saúde oral dos SAMS, o que reforça a sua satisfação e, ao mesmo tempo, a sua fidelização com esta unidade de saúde.

A correlação entre a satisfação, a idade e sistemas de saúde, indicou para a existência de uma correlação significativa positiva para beneficiários dos SAMS. Ou seja, os utentes também recorrem à unidade de saúde oral devido às vantagens de que usufruem, que também servem para os fidelizar.

Não se encontrou qualquer relação entre a frequência com que os clientes vêm à unidade de saúde oral em análise e as dimensões do ECSI, confiança e compromisso

Palavras-chave: Marketing Relacional, Satisfação do Cliente, Fidelização do Cliente; ECSI.

ABSTRACT

With the evolution of medicine, the specific characteristics of health organizations, the health status of the population and the existing economic adversity, led health institutions to adopt relational marketing strategies in order to increase customer satisfaction and loyalty.

This study focuses on the satisfaction and loyalty of clients in the health area, and its main objective is to evaluate the satisfaction and loyalty of the customers of the oral healthcare unit of the Social Medical Assistance Services (SAMS).

A questionnaire was applied to a convenience sample, of 260 costumers (143 female and 117 male) between the ages of 18 and 94 years, from October 10 to November 18, 2016 at the unit of SAMS oral health.

After analyzing the data, we conclude that, in the case of oral health care, most of the sample claims to have recourse to the SAMS oral health unit, which reinforces their satisfaction and, at the same time, their loyalty to it. Health unit.

The correlation between satisfaction, age and health systems indicated for the existence of a significant positive correlation for SAMS beneficiaries. That is, the users also use the oral health unit because of the advantages they enjoy, which also serve to retain them.

No relationship was found between the frequency with which costumers come to the oral health unit under analysis and the dimensions of ECSI, trust and commitment

Keywords: Satisfaction, Loyalty; Relationship Marketing; ECSI.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1. MARKETING RELACIONAL.....	13
2.1.1. <i>Conceito</i>	13
2.1.2. <i>Dimensões do Marketing Relacional: Confiança e Compromisso</i>	15
2.1.3. <i>Benefícios do Marketing Relacional</i>	16
2.2. SATISFAÇÃO DO CLIENTE	17
2.2.1. <i>Conceito</i>	17
2.2.2. <i>European Customer Satisfaction Index</i>	22
2.2.2.1. <i>Imagem</i>	24
2.2.2.2. <i>Expectativas</i>	24
2.2.2.3. <i>Qualidade Percebida</i>	24
2.2.2.4. <i>Valor Percebido</i>	25
2.2.2.5. <i>Satisfação</i>	26
2.2.2.6. <i>Lealdade</i>	26
2.2.2.7. <i>Reclamações</i>	27
2.2.3. <i>Importância da Satisfação do Cliente</i>	27
2.3. FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES	29
2.3.1. <i>Benefícios da Fidelização dos clientes</i>	34
2.4. QUALIDADE EM SAÚDE	36
2.4.1. <i>Conceito</i>	36
2.4.2. <i>Qualidade nos Serviços de Saúde</i>	40
3. METODOLOGIA	43
3.1. OBJETIVOS	43
3.1. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE ORAL DOS SAMS	43
3.2. UNIVERSO E AMOSTRA EM ESTUDO	45
3.3. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	46
4. RESULTADOS	48
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	48
4.2. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO, COMPROMISSO E CONFIANÇA DOS CLIENTES	51
4.3. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS CLIENTES À UNIDADE DE SAÚDE ORAL DOS SAMS	55
5. CONCLUSÃO	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	71
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	72
ANEXO II – MÉDIAS POR DIMENSÃO	74
ANEXO III – TESTE T.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - CONCEITO DE SATISFAÇÃO	21
FIGURA 2 - ESTRUTURA BASE DO MODELO ECSI - PORTUGAL	22
FIGURA 3 - MODELO DAS CONSEQUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS E FINANCEIRAS DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS	31
FIGURA 4 - TIPOLOGIA DE FIDELIZAÇÃO DE DECK E BOSU	32
FIGURA 5 - MODELO DE FIDELIZAÇÃO DE DECK E BOSU	33
FIGURA 6 - GÉNERO DOS INQUIRIDOS	48
FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO INQUIRIDOS POR GRUPO ETÁRIO	48
FIGURA 8 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS INQUIRIDOS	49
FIGURA 9 - ESTADO CIVIL DOS INQUIRIDOS	49
FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS POR GRUPO PROFISSIONAL	50
FIGURA 11 - NÚMERO DE ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DOS INQUIRIDOS	51
FIGURA 12 – MÉDIA DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO (Questionário ECSI), COMPROMISSO E CONFIANÇA	52
FIGURA 13 – MÉDIA DE RESPOSTAS POR GÉNERO DE INQUIRIDOS	54
FIGURA 14 – FREQUÊNCIA QUE OS INQUIRIDOS RECORREM À UNIDADE DE SAÚDE ORAL DOS SAMS	55
FIGURA 15 – RECORRÊNCIA EXCLUSIVA À UNIDADE DE SAÚDE ORAL DOS SAMS	56

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - INDICADORES DO MODELO ECSI - PORTUGAL	23
TABELA 2 - OS SETE PILARES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS EM SAÚDE	38
TABELA 3 - INDICADORES, DIMENSÕES E FONTES UTILIZADAS NO QUESTIONÁRIO	47
TABELA 4 – ALPHA DE CRONBACH PARA ESCALA DE ECSI E ESCALA DE CONFIANÇA E COMPROMISSO	51
TABELA 5 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO ECSI, CONFIANÇA E COMPROMISSO	53
TABELA 6 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE O GRUPO ETÁRIO E AS DIMENSÕES DO ECSI, CONFIANÇA E COMPROMISSO	54
TABELA 7 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE A FREQUÊNCIA COM QUE OS CLIENTES RECORREM À UNIDADE DE SAÚDE ORAL DOS SAMS E AS DIMENSÕES DO ECSI, CONFIANÇA E COMPROMISSO	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AMA – *American Marketing Association*

ECSI – *Índice Europeu de Satisfação de Clientes*

CIM – *Chartered Institute of Marketing*

DP – Desvio Padrão

IMPG – *International Marketing and Purchasing Group*

M – Média

N – Frequência

NAMT – *National Association of Marketing Teachers*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAMS – *Serviço de Assistência Médico Social*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a evolução da medicina conduziu ao aumento da esperança média de vida da população. A medicina passou de uma prática isolada, exercida à beira do leito, num consultório ou numa casa particular, para uma atividade de grupo, exercida no seio de equipas multidisciplinares (Fragata, 2011). Atualmente passou a ser algo para a qual o médico tem de ter resposta adequada. Estas novas expectativas envolvem ainda a noção, de que todos têm de ter acesso a cuidados de saúde, e que esses cuidados devem ser de excelência.

Em Portugal, a procura de serviços de saúde tem aumentado nos últimos anos, não só devido ao facto dos cidadãos estarem melhor informados, mas também devido à maior esperança e melhor qualidade de vida decorrentes dos avanços tecnológicos e do maior conhecimento científico e de melhores condições de atendimento nos hospitais assim como noutras instituições de saúde (Marques, 2010).

A exigência de resultados em saúde, tidos agora como um dos direitos individuais, seguiu as regras dos restantes bens de consumo e levou a que a prestação de cuidados de saúde se tornasse mais um ramo de negócio. No entanto este é um negócio de características muito particulares pois do lado do consumidor (o doente) temos as expectativas e exigências crescentes por melhores cuidados de saúde e pelo lado dos financiadores, os atuais constrangimentos económicos, que tanto limitam financeiramente a saúde.

Todos aqueles que recorrem a cuidados médicos pretendem naturalmente excelência no tratamento que recebem e, procuram para tal profissionais e instituições, cuja reputação permite antever o melhor resultado final (Fragata, 2005). De uma forma geral, os cidadãos passaram a ter uma maior consciência dos seus direitos no que respeita ao acesso a cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. A gestão das expectativas tornou-se mais difícil, requerendo profissionais cada vez mais qualificados e apoiados em tecnologia de elevada diferenciação (Fernandes, 2011).

A crescente preocupação com a saúde e com o bem-estar, o aumento do poder de compra da população, a possibilidade de exercer com liberdade a escolha do prestador, o maior conforto proporcionando no consumo de cuidados de saúde e o acesso

normalmente mais rápido a esses cuidados, podem ser apontados como alguns dos motivos para o crescimento do mercado privado.

A dificuldade de acesso aos cuidados de saúde públicos foi terreno fértil para o crescimento das organizações privadas de saúde, uma vez que o modelo público é muito lento e burocrático. Assistimos a um processo que levou o cliente a ser mais exigente e informado, por isso menos leal a uma marca e sim à satisfação das suas necessidades específicas. Se antes a gestão apenas se focava nos recursos humanos e tecnológicos, na atual gestão é também aplicada às competências aos processos e aos relacionamentos.

Oliveira (2010) aponta cinco características específicas do sistema de saúde português como determinantes para o desenvolvimento da oferta privada: (1) a mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado, (2) a possibilidade de os médicos aumentarem o seu rendimento através de atividade no sector privado, (3) os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo sector público desde os anos 80, (4) a criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas) e (5) o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde. Embora as entidades privadas da área da saúde já existam há muitos anos, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993 vieram legitimar a presença do sector privado no sistema de saúde português. Em pleno século XXI, este sector tem grande relevância na prestação de cuidados de saúde em geral e, particularmente, em áreas como a saúde oral, diálise renal, análises clínicas, fisioterapia ou serviços de radiologia, onde não existe uma cobertura integral por parte do SNS.

Quando os níveis de qualidade são suficientes para o cliente e quando este se sente satisfeito, a possibilidade de se tornar fiel é consideravelmente maior. Por sua vez, a fidelização do cliente, para a qual contribui a satisfação e a lealdade do cliente, é fundamental para a sobrevivência e crescimento da instituição, até porque um cliente atual implica menos custos que um cliente novo. Hoje, mais do que nunca, é dada grande atenção ao comportamento consumidor, nomeadamente a aspetos como a satisfação do cliente, a fidelização do cliente e a qualidade de serviço, pois são fatores fundamentais para o sucesso da empresa ou da instituição. Portanto, não se pode descuidar a importância deste estudo.

Este estudo debruça-se sobre a temática da satisfação e da fidelização de clientes no âmbito da saúde e por isso, o contexto de investigação corresponde à unidade de saúde oral dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS). O seu grande objetivo é avaliar a satisfação e fidelização dos utentes nesta unidade de saúde.

Em termos de organização do trabalho, este encontra-se estruturado em quatro partes. No capítulo 2 será feita a revisão de literatura a temas relevantes para o estudo, tais como, marketing relacional e as suas dimensões, a satisfação de clientes e os seus antecedentes, fidelização de clientes e qualidade em saúde. Este estudo pretende através da análise destes conteúdos, entender a relevância dos mesmos nas organizações de saúde, na criação relações de longo prazo com o cliente, a principal fonte de rendimento. No capítulo 3 expõe a metodologia utilizada no presente estudo, onde se irá descrever o processo de investigação, amostragem, definição do problema, instrumento de recolha e processamento de dados. O capítulo 4 apresenta a discussão de resultados. E por último, no capítulo 5, será apresentada a conclusão assim como, as recomendações, as implicações para a gestão e as limitações do presente estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta o enquadramento teórico onde serão definidos temas e conceitos essenciais ao estudo, tais como, o Marketing Relacional e as suas dimensões, Satisfação de clientes e as suas dimensões, a Fidelização de clientes e benefícios e Qualidade em Saúde.

2.1. Marketing Relacional

2.1.1. Conceito

Ao longo do tempo o conceito de marketing foi evoluindo, contudo, a sua função desde sempre que esteve relacionada com os negócios, traduzindo-se numa atividade aplicada a todas as empresas (Graham, 1993). Esta evolução deveu-se às transformações que o conceito foi sofrendo e as quais foram impulsionadas pelo conhecimento, cada vez maior, do que é o marketing e da relevância que este assume perante a vida das empresas. O marketing desempenha um papel fundamental no sucesso e sobrevivência da empresa, contribuindo para a melhoria do desempenho no desenvolvimento do novo produto e também para a inovação (Sofianti *et al.*, 2010).

Em 1935, a *National Association of Marketing Teachers* (NAMT), a atual *American Marketing Association* (AMA), apresentou a primeira definição de marketing, onde era visível a “a preocupação da maximização da utilidade económica para o vendedor. Marketing consistia numa atividade de negócios, exercida de forma a maximizar a eficiência da produção e distribuição de bens e serviços” (Frederico, 2008: 1).

Após ter apresentado uma nova definição de marketing (em 2004), em 2007 a AMA concetualiza o marketing enquanto uma “atividade, conjunto de instituições e processos que visam criar, comunicar, distribuir e efetuar a troca de ofertas que tenham valor para os consumidores, clientes, parceiros e sociedade como um todo” (AMA, 2007: 2). Já o *Chartered Institute of Marketing* (CIM, 2009), concebe o marketing como o processo de gestão que é responsável pela antecipação, identificação e satisfação das necessidades do cliente, tendo como objetivo a obtenção de lucro. O marketing assume-se como “o epicentro da organização” (Fox, 2010: 16), desempenhando funções operacionais e

estratégicas, onde as funções operacionais estão associadas à dimensão da ação do conceito de marketing e, por sua vez, as funções estratégicas estão associadas à análise das necessidades dos indivíduos e das organizações (Lambin, 2000).

O marketing é um importante instrumento de gestão e para que este seja eficaz e bem-sucedido, a empresa deve ter e conta as tarefas enumeradas por Patel (2010): vender; comprar; transporte; armazenamento; padronização e classificação; financiamento; correr riscos; informação de mercado.

O marketing relacional é um conceito que decorre do marketing de serviços, com destaque para o estudo de Berry (1983), e do marketing industrial, devido ao *International Marketing and Purchasing Group* (IMPG) (Ford, 2002). O marketing relacional é uma forma de desenvolver e manter relações com o cliente, em empresas com vários serviços (Berry, 1983).

O marketing relacional é uma vertente do marketing que engloba todas as atividades e tarefas de marketing focadas no estabelecimento, desenvolvimento e manutenção de relações bem-sucedidas (Morgan e Hunt, 1994), sendo o marketing que mais se ajusta aos serviços, na medida em que requer interações contínuas entre os prestadores de serviços e os clientes, influenciando os comportamentos de compra dos clientes (Gronroos, 2000).

Na perspectiva de Patterson e Ward (2000), o marketing relacional consiste no desenvolvimento e manutenção de uma relação de longo prazo entre os prestadores de serviços e os seus clientes, tendo identificado quatro pressupostos desta definição:

- Uma relação tem de ser desenvolvida e trabalhada para ser mantida;
- A relação precisa de ser de longo prazo para ser proveitosa;
- A relação é feita entre a organização e o cliente;
- A relação deve ser para o benefício de ambas as partes.

Estes autores apontaram também como vantagens, para o cliente, da relação a longo prazo os benefícios de confiança (sentimento de confiança no prestador de serviços), os benefícios sociais (desenvolvimento de relacionamentos sociais com o prestador de serviços) e os benefícios de tratamentos especiais (a obtenção de preços, condições e tratamentos especiais, bem como o tratamento personalizado e individualizado) (Patterson e Ward, 2000).

Por outro lado, importa também salientar que o marketing relacional apresenta benefícios para a empresa, entre os quais: o aumento das receitas; redução de custos operacionais; e publicidade gratuita através do *passa a palavra* ou da publicidade *boca-a-boca* (Patterson e Ward, 2000).

Tal como o próprio nome indica, o marketing relacional visa fidelizar os clientes através de ações satisfatórias para induzi-los a optar pelo seu serviço e não pelo da concorrência, atraindo, mantendo e intensificando as relações com os clientes (Proença e Silva, 2008).

2.1.2. Dimensões do Marketing Relacional: Confiança e Compromisso

As dimensões do marketing relacional são a confiança e o compromisso e de acordo com Morgan e Hunt (1994), estas são cruciais para que as empresas mantenham e conservem os investimentos que fazem ao nível das relações com os clientes.

A primeira dimensão, a confiança, é fundamental para a relação a longo prazo entre o cliente e a empresa, sendo constituída por duas dimensões: honestidade e benevolência (Morgan e Hunt, 1994). A confiança está associada a um sentido de integridade e redução de incerteza, surge com um bom nível de comunicação entre parceiros. A confiança nas relações interpessoais baseia-se na benevolência e honestidade. De facto, a confiança transmite um sentimento de segurança no comportamento e competência da empresa em cumprir com os seus compromissos, promovendo também a competitividade e as relações de segurança que contribuem para o êxito (Berry, 1995; Lewis e Soureli, 2006). Assim, quanto mais o cliente reconhece o valor da relação com a empresa, maior é a confiança que este desenvolve em relação à mesma, acreditando que esta vai satisfazer as suas necessidades (Gronroos, 2000).

Tanto a confiança, como o compromisso, necessitam de experiência e de vivência para a sua comprovação. No entanto, “o compromisso não pode ser estabelecido sem a existência da confiança, ou seja, a confiança parece assumir-se como um antecedente do compromisso” (Marques, 2014:89).

O compromisso, a segunda dimensão do marketing relacional, é central para o sucesso da empresa (Morgan e Hunt, 1994), desenvolvendo-se através de relacionamentos estáveis e na predisposição para fazer sacrifícios (Backer, *et al.*, 1999). O compromisso

traduz-se na ligação do cliente à sua opção de escolha, sentindo-se comprometido depois de vivenciar uma experiência positiva e satisfatória (Kasper, *et al.*, 2006). Estes autores identificaram três tipos distintos de compromisso, sendo eles: o afetivo, onde o cliente demonstra a vontade de continuar a relação com a empresa; o calculista, onde o cliente mantém a relação porque a mudança acarreta custos elevados e por isso, o que está em causa são os custos; e normativo, caracterizado pela obrigação em manter a relação.

A confiança e o compromisso aliados à partilha de valores com o cliente resultam numa maior cooperação entre os parceiros, com diminuição de conflitos entre eles, além de um maior comprometimento para que o relacionamento em si se mantenha ao longo do tempo (Marques, 2014).

2.1.3. Benefícios do Marketing Relacional

O marketing relacional apresenta diversos benefícios para as empresas, sendo que um deles assenta na redução do risco das empresas quando estas testam e introduzem um novo produto no mercado (Alexander e Colgate, 2000).

Kandampully e Duddy (1999) debruçaram-se sobre o estudo do marketing relacional e as suas vantagens, verificando que este:

- Aumenta as vendas;
- Diminui os custos;
- Retém os empregados, quando praticado ao nível interno da empresa;
- Aumenta a retenção de clientes;
- Maximiza o valor para o cliente.

De acordo com Berry (1995) e Grönroos (1994) as vantagens que derivam do marketing relacional são:

- A maior qualidade dos produtos e serviços;
- Maior satisfação do cliente;
- Fidelização do cliente;
- Maior lucratividade da empresa;
- Menos rotação de clientes;

- Maior estabilidade negocial.

Priluck (2003) constata a influência benéfica do marketing relacional, explicando o impacto positivo na imagem que o cliente tem da empresa, já que um cliente satisfeito aumenta a probabilidade de dar referências positivas ao mercado. Por outro lado, também o cliente usufrui de alguns benefícios, pois a empresa ao antecipar as necessidades dos seus clientes disponibiliza-lhes um serviço de qualidade que responde às suas necessidades nos prazos pretendidos (Dionísio, *et al.*, 2009).

2.2. Satisfação do Cliente

2.2.1. Conceito

A concetualização do conceito de satisfação do cliente não reúne unanimidade, devido à complexidade e dificuldade subjacente ao próprio conceito, o qual tem sempre inerente uma envolvente de comparação, avaliação e emoção (Czepiel e Rosenberg, 1973; Firmino, 2011). Talvez por isso, a temática da satisfação do cliente seja das mais estudadas e das que mais interesse apresenta para o mercado (Peterson e Wilson, 1992), encontrando-se na literatura diversas definições e conceitos de satisfação.

Etimologicamente, a palavra *satisfação* tem origem no latim, derivando da união de dois termos: *satis*, que traduzido significa suficiente, e *facere*, que em português significa fazer (Rust, *et al.*, 1996). No entanto, atendendo à literatura sobre o tema são várias as perspetivas que se encontram sobre satisfação, verificando-se que alguns estudos colocam a tónica no estado emocional, uns enfatizam a avaliação cognitiva, outros combinam o estado emocional e a avaliação cognitiva e há ainda aqueles que enfatizam a dimensão psicológica.

Desta forma, na perspetiva de Howard e Sheth (1969 *cit. in* Piqueras, 2003), a satisfação corresponde a uma avaliação cognitiva do produto e para autores como Andaleeb, *et al.* (2007), Cadotte, *et al.* (1987) e Westbrook (1987), a satisfação é uma resposta emocional. Hunt e Keith (1977), tendo em conta os contributos de outros teóricos, apresentaram uma definição de satisfação que conjuga as duas perspetivas anteriores, ou seja, combina a avaliação cognitiva com a emocional, entendendo os autores que a

satisfação é um julgamento no qual se pondera a experiência (processos cognitivos) com os elementos afetivos (avaliação de uma emoção). Adotando uma posição muito próxima, Clerffeuille *et al.* (2008, p. 259) concebe a satisfação do cliente “como um processo que resulta de processos cognitivos e julgamentos emocionais”.

No entender de Aurier e Evrard (1998), Evrard (1993) e Oliver (1980), a satisfação traduz-se num estado psicológico resultante do processo de compra, isto é, da comparação entre as expectativas do cliente face ao produto e a perceção do desempenho do mesmo. Na mesma linha de pensamento, também Westbrook e Reilly (1983) realçam o aspeto psicológico da satisfação do cliente, definindo-a como um estado de espírito agradável, resultante da constatação de que o produto ou serviço permitiu a realização dos valores pessoais.

A este respeito surge a necessidade de mencionar o Modelo da Confirmação / Não-Confirmação proposto por Oliver (1980), que vem auxiliar a análise do processo de comparação (entre a perceção e as expectativas) e segundo o qual, a satisfação é influenciada pela diferença ou comparação entre a perceção e as expectativas do cliente face ao desempenho do produto. Deste modo, o grau de satisfação do cliente é o resultado da combinação entre o desempenho percecionado pelo cliente e as expectativas formadas pelo próprio (Oliver, 1980). De acordo com este paradigma, três resultados são possíveis:

- Confirmação: Situação onde a perceção do desempenho do produto corresponde às expectativas que o cliente formou antes da aquisição do mesmo e por isso está satisfeito;
- Não-confirmação positiva: Verifica-se quando a perceção do desempenho do produto é melhor do que as expectativas do cliente, o que contribui para a satisfação;
- Não-confirmação negativa: Ocorre quando o desempenho do produto não corresponde às expectativas do cliente, resultando em insatisfação.

Os últimos dois resultados, correspondentes à não-confirmação de expectativas, têm suscitado interesse junto da comunidade científica, principalmente para compreender a natureza da satisfação (Yi, 1990; Wirtz e Mattila, 2001), sendo a não-confirmação, ou seja, a diferença entre as expectativas de pré-compra e de pós-compra, que determina o grau de satisfação (Latour e Peat, 1979 *cit. in* Llosa, 1996).

A satisfação de um cliente relativamente a um produto ou serviço verifica-se quando a avaliação que este faz (a sua perceção), é igual ou superior às suas expectativas (Churchil e Surprenant, 1982). Nesta ordem de ideias, é extremamente importante que a instituição se preocupe em diagnosticar as necessidades dos clientes, bem como as suas expectativas face a determinado produto ou serviço, para assim conseguir melhorar os seus produtos ou serviços, deixando os clientes satisfeitos através da solução para as suas necessidades (Churchil e Surprenant, 1982). A satisfação é um aspeto muito importante para os clientes por diversas razões, não só porque é um estado desejável de consumo, como também permite antever a tomada de decisões com vista a emendar uma situação insatisfatória que, por sua vez, permite o *empowerment* do cliente, assegurando a capacidade que cada um tem na tomada de decisão (Rosário, 2010).

A satisfação do cliente está intimamente relacionada com as expectativas que este tem face ao produto, pelo que se estas forem defraudadas e não provocarem uma sensação de prazer, o cliente não fica satisfeito mas sim insatisfeito, desapontado (Anderson e Sullivan, 1993; Kotler, 2000; Vavra, 1993). Boulding, *et al.* (1993 *cit. in* Rossi e Slongo, 1998) explica que a satisfação do cliente integra dois conceitos principais: a satisfação específica numa transação e satisfação acumulada. A primeira refere-se à satisfação do cliente enquanto uma resposta emotiva face à última experiência de transação com a empresa (Oliver, 1993). A segunda entende a satisfação do cliente como uma avaliação acumulativa adaptativa que exige a soma da satisfação associada a produtos e a diversas facetas da empresa (Anderson, *et al.*, 1994).

De acordo com Sousa (2011:11), “a satisfação é um estado cognitivo e emocional transitório, resultante de uma experiência única ou acumulada com um serviço, consumo ou utilização de um produto, onde um cliente satisfeito está convencido de que a aquisição de determinado produto/serviço foi algo positivo, o que facilita a hipótese de uma relação de continuidade entre o cliente e a empresa”. É neste sentido que vários teóricos afirmam que a satisfação constitui um importante indicador para a *performance* da organização e um estímulo, não só para o lucro como também para a lealdade do cliente, aqui entendida como o compromisso para a reutilização ou reaquisição do produto ou serviço no futuro (Jones e Sasser, 1995; Oliver, 1997; Zeithaml e Bitner, 2000). No mesmo sentido, Kumar e Reinartz (2006) salientam que a satisfação do cliente é fundamental para a fidelizar os clientes o que, conseqüentemente contribui para o lucro da organização. Fornell (1994 *cit. in* Lopes, 2007: 31) tem uma opinião

semelhante ao referir a satisfação do cliente como um dos indicadores que contribui para um bom desempenho financeiro da instituição e por isso, da sobrevivência da mesma.

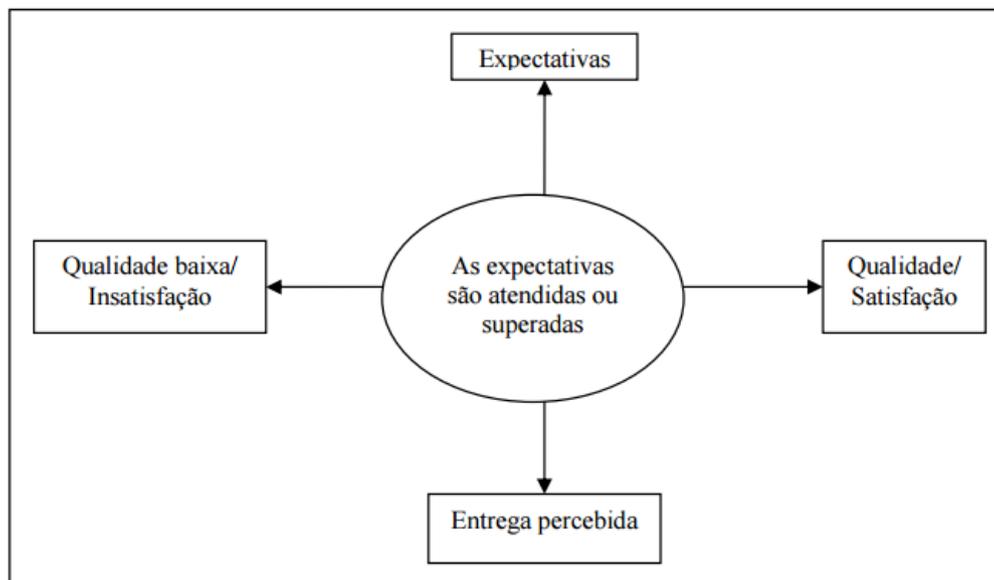
Uma vez que as circunstâncias têm impacto nas perceções e também nas expectativas do cliente, Huete (1998) sublinha a necessidade das organizações criarem bases de dados a diversos níveis. Assim, no seu entendimento, as organizações devem desenvolver:

- Abordagens Quantitativas: Traduzem-se na avaliação do cliente face à prestação do produto ou serviço numa determinada escala, por exemplo, questionários, pontuações, escalas, etc.;
- Abordagens Qualitativas: Obtém-se informação do cliente a partir de reclamações, comentários e sugestões;
- Técnicas de Investigação: A organização deve recorrer a várias ferramentas como inquéritos, entrevistas em profundidade, painel de clientes, *focus* grupo, entre outras;
- Informação das Operações: Refere-se à informação recolhida pelos colaboradores que atendem o cliente;
- Participação Estratégica: Consiste em envolver os clientes em questões estratégicas, por exemplo, no desenvolvimento de um produto ou serviço.

Hoje o conhecimento sobre a satisfação do cliente é maior, sendo definida como a avaliação total da *performance*, avaliação essa fundamentada por todas as experiências anteriores, sejam elas negativas ou positivas (Jones, *et al* 2000; Woodruff, 1997). Esta baseia-se no conhecimento e no compromisso com o cliente e com as suas necessidades, antevendo cenários e soluções que favoreçam a sua atividade, aumentando o seu conforto, a sua confiança e a sua lealdade (Rodrigues, 2012). É-lhe reconhecido o seu carácter relativo (Sousa, 2011), isto é, a avaliação da satisfação resulta de uma comparação entre a experiência subjetiva do cliente e um padrão de referência e por isso, entre as expectativas e as perceções do cliente face ao produto.

Na figura que se segue, apresenta-se uma representação esquemática do conceito de satisfação.

Figura 1 - Conceito de Satisfação.



Fonte: Bogmann (2000: 121)

A qualidade em saúde tem duas dimensões centrais e as quais consideram aspetos de ordem técnica e humanos. Em relação aos aspetos técnicos, a qualidade em saúde pauta-se pelo conhecimento científico e tecnológico aplicado aos cuidados de saúde; no que diz respeito aos aspetos humanos a qualidade em saúde procura responder, ou melhor dizendo, procura satisfazer as necessidades dos utentes que recorrem aos seus serviços (Firmino, 2011). Deste modo, não será errado afirmar que, no que à área da saúde diz respeito, a satisfação do cliente é fundamental, pois são várias instituições de saúde que proporcionam e disponibilizam os mesmos serviços, pelo que melhorar a qualidade dos seus serviços, satisfazendo as necessidades dos seus utentes, é um fator decisivo para a lealdade dos mesmos (Firmino, 2011). Assim, “a procura da satisfação do cliente é vantajosa não só para os mesmos, como para a fidelização com o serviço. Os consumidores satisfeitos com o serviço manifestam intenções de continuidade com o mesmo, a longo ou médio prazo. Por outro lado, um cliente insatisfeito pode não só consumir menos o serviço, como procurar serviços alternativos, cada vez mais usuais no sector da saúde” (Rodrigues, 2010: 17).

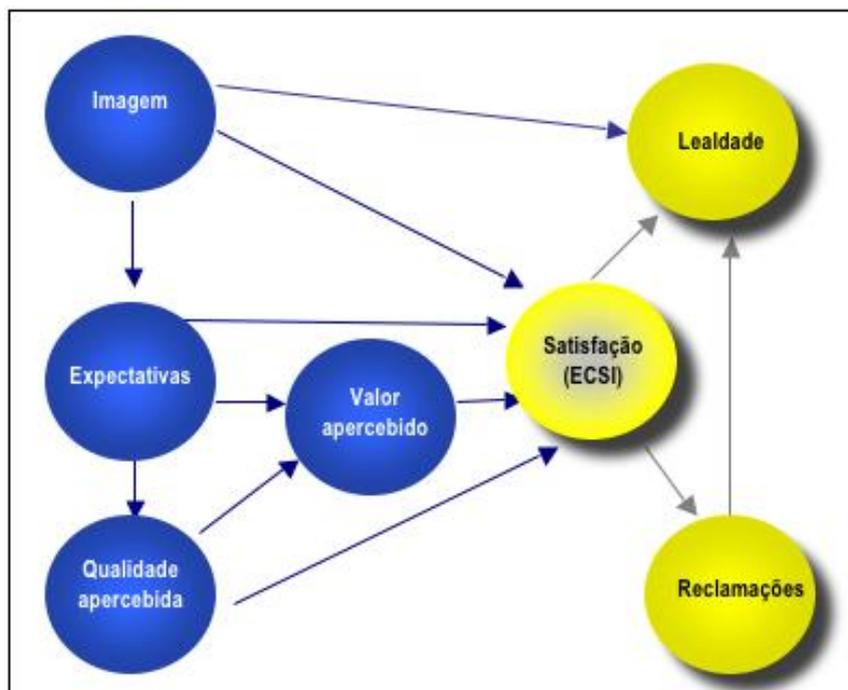
Seja na área da saúde como noutra área qualquer, só quando a organização promove, de modo contínuo, a melhoria da qualidade dos seus serviços é que torna possível a

satisfação dos seus clientes (Arasli, *et al.* 2005; Cronin e Taylor, 1994). Repare-se, o cliente procura um produto ou um serviço porque tem uma necessidade e pretende satisfazê-la, ora se a organização procura consecutivamente melhorar o seu produto ou o seu serviço em função do cliente, a probabilidade de o deixar satisfeito (ir de encontro às suas expectativas e solucionar o seu problema) é maior.

2.2.2. European Customer Satisfaction Index

O ECSI (European Customer Satisfaction Index) surgiu com o objetivo de avaliar a satisfação dos clientes. Portugal integrou este modelo em 1999. O ECSI pretende analisar a satisfação dos clientes relacionando-a com seis dimensões: imagem, expectativa, valor, qualidade, reclamação e lealdade (Figura 2)

Figura 2 – Estrutura base do modelo ECSI - Portugal



Fonte: ECSI (2010)

As dimensões do modelo estrutural não são diretamente mesuráveis; desta forma, o ECSI Portugal (2010) associa a cada uma destas dimensões um conjunto de variáveis. O

conjunto das relações entre as variáveis latentes e as variáveis de medida constitui o modelo de medida. (Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores do modelo ECSI – Portugal

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

Fonte: ECSI (2010)

De acordo com Vilares e Coelho (2011), este modelo é composto por sete variáveis principais, sendo a satisfação dos clientes a variável central. Contém quatro determinantes ou antecedentes da satisfação: imagem, expetativas, qualidade percebida,

valor percebido. O ECSI considera dois indicadores importantes para o desempenho do índice de satisfação: lealdade e reclamações.

2.2.2.1. Imagem

A palavra imagem é um termo que provem do latim imago e que se refere à figura, representação, semelhança ou aparência de algo. A imagem pretende integrar todo o tipo de associações que os clientes fazem com a empresa. De acordo com Johnson *et al.* (2001), a imagem percebida tem um impacto direto na satisfação e lealdade e indireto nas expectativas.

A imagem de uma organização pode influenciar positivamente a fidelização de clientes (Andreassen e Lindestad (1998), tornando uma experiência negativa num contacto do cliente com a empresa, uma exceção à imagem global positiva que o cliente tem da empresa fornecedora, não perturbando a sua fidelidade à organização.

2.2.2.2. Expectativas

De acordo com o ECSI Portugal (2010) as expectativas incluem não só a informação que os clientes detinham no passado sobre os produtos e serviços oferecidos pela empresa (baseada na própria experiência, em informações de terceiros ou ainda em campanhas publicitárias e de promoção), mas igualmente a antecipação que eles faziam sobre a capacidade da empresa oferecer no futuro produtos e serviços com qualidade.

Para Parasuraman *et al.* (1988), as expectativas equivalem aos desejos dos consumidores, isto é, como o serviço deve ser prestado. Num mercado em constante evolução torna-se necessário ir de encontro às expectativas e necessidades dos clientes em relação aos serviços.

2.2.2.3. Qualidade Percebida

A qualidade percebida define-se como o julgamento do cliente sobre a superioridade ou excelência dos produtos e/ou serviços disponibilizados pela empresa. A qualidade percebida integra, para além de um julgamento global, a avaliação sobre um conjunto

de dimensões (ECSI, 2010). A qualidade representa-se através da superioridade ou excelência de um produto ou serviço à luz dos seus atributos, isto é, adequação ao uso e confiança de que não existem defeitos; por sua vez, a qualidade apercebida é assumida como a percepção global positiva do produto ou serviço, sustentando-se na superioridade das vantagens recebidas pelo cliente e analisados ao nível da sua utilidade (Parasuraman, *et al.*, 1988).

A qualidade percebida consiste na avaliação que o cliente faz do produto ou do serviço disponibilizado pela empresa (Zeithaml, 1988). É uma atitude que decorre da comparação que o cliente faz entre as expectativas e o desempenho, estando associada à satisfação, contudo, qualidade percebida não é satisfação (Parasuraman, *et al.*, 1988). Ou seja, a qualidade percebida serve para determinar a qualidade do serviço oferecido, correspondendo à diferença entre aquelas que são as expectativas do cliente e a percepção do mesmo face à *performance*, ou desempenho da organização.

No entender de Oliver (1997), a qualidade percebida é uma atitude que depende dos atributos ou dimensões de um produto ou serviço, influenciando o sucesso da empresa (Vavra, 1993). O cliente tece uma avaliação sobre a excelência global do serviço e por isso, a qualidade percebida é uma forma de atitude relacionada com a satisfação, sendo o resultado do confronto entre as expectativas do cliente e ao desempenho da organização (Zeithaml e Bitner, 2000).

2.2.2.4. Valor Percebido

O valor percebido representa a relação qualidade/preço, sendo medido através de dois indicadores: a avaliação feita pelos clientes da qualidade dos produtos e serviços da empresa, tendo em atenção o preço pago por esses produtos e serviços, e a avaliação do preço pago, dada a qualidade dos produtos e serviços da empresa (ECSI, 2010).

Segundo Grönroos (1996), os clientes atribuem valor ao produto ou serviço baseado na relação entre os benefícios e os custos percebidos para a sua aquisição, comparando-os com a concorrência. Desta forma, Zeithaml *et al.* (1988) afirmam que o valor percebido é a avaliação total do consumidor sobre o produto ou serviços baseado no benefício e

sacrifícios percebidos quanto aos custos que o cliente dispensa através do fornecedor no momento.

2.2.2.5. Satisfação

Várias investigações sobre o estudo da satisfação total facultam informação crucial sobre a fidelização do cliente. Contudo, atendendo às dimensões da satisfação, o conhecimento sobre a fidelização do cliente pode ser ainda maior e podem ser antecedentes relevantes de comportamento de repetição de compras e de fidelização (Rust e Zahorik 1993; Skogland e Siguwaw, 2004).

As dimensões de satisfação referem-se à qualidade de serviço (fator humano), qualidade de produto, preço e localização. Segundo vários teóricos, o fator humano, relativamente à tangibilidade, confiança, conformidade, segurança e empatia, é a dimensão que mais se evidencia na determinação da satisfação total e da repetição da compra dos serviços (Ganesh, *et al.*, 2000; Parasuraman, *et al.*, 1985, 1988; Yijksel e Yüksel, 2002). No entender de Gonçalves (2005) a satisfação integra três dimensões: o produto ou o serviço básico (CORE), os aspetos periféricos na qualidade de serviço (SQUAL) e o valor (VAL).

Voltando a atenção para a área da saúde, ou seja, para a satisfação do utente, Gonçalves (2010) refere ainda, a inexistência de consenso quanto às dimensões que possam influenciar a sua satisfação com o serviço, contudo, o seu carácter multidimensional é-lhe reconhecido. Para explicar esta sua natureza multidimensional, Suda, Uemura e Velasco (2009) salientam que o utente pode estar satisfeito com um ou vários aspetos da consulta e, ao mesmo tempo, estar insatisfeito com outros.

2.2.2.6. Lealdade

Para Marques (2014) a lealdade é uma consequência natural da criação de valor e assume importância em qualquer um dos níveis de relacionamento: entre produtores e intermediários, produtores e consumidores e intermediários e consumidores.

Segundo o ECSI Portugal (2010), a lealdade é um dos indicadores de maior importância, dado o seu carácter de indicador avançado em relação à rentabilidade da

empresa. Deste modo, o aumento do índice de lealdade constitui o objetivo central de toda a estratégia visando a satisfação do cliente. Para além da satisfação, a lealdade do cliente é também explicada pela imagem e pelo tratamento de reclamações.

Oliver (1999) define a lealdade como sendo um compromisso ou uma predisposição interior para comprar, de forma consistente, um certo produto/serviço no futuro, comprando repetidamente a mesma marca, sem sofrer influências das marcas concorrentes. Para existir lealdade, o consumidor tem que acreditar que os produtos oferecidos são a melhor alternativa de mercado, mesmo que ocorram argumentos contrários.

2.2.2.7. Reclamações

As reclamações indicam áreas, procedimentos ou atitudes, em que os utentes/clientes não estão satisfeitos (Fragata, 2011). São uma forma de *feedback* por parte dos clientes e uma oportunidade de melhoria. A gestão de reclamações, se for bem desenvolvida é um importante precursor da lealdade dos clientes (Marques, 2014).

Segundo o ECSI (2010), um consequente da satisfação é o tratamento de reclamações, admitindo-se que os clientes insatisfeitos têm tendência a apresentar mais reclamações que os clientes satisfeitos.

2.2.3. Importância da Satisfação do Cliente

A satisfação do cliente não só é importante para o próprio cliente, como também é fundamental para as organizações, nomeadamente, para o seu sucesso. Do ponto de vista do cliente, a satisfação envolve várias variáveis entre as quais as atitudes, as intenções e os fenómenos comportamentais que, por sua vez, integram várias respostas à satisfação ou insatisfação, como a lealdade, as recomendações e intenções de recompra (Halstead, 1989). Na perspetiva do cliente, a satisfação do cliente reveste-se de importância associada aos comportamentos anteriores dos clientes, tendo impacto na

rentabilidade e quota de mercado enquanto resultado da retenção de clientes (Smith e Bolton, 2002).

É possível encontrar na literatura diversas investigações que colocam em destaque a relação positiva entre a satisfação do cliente e a sua intenção de comprar novamente o mesmo produto. Segundo explicam Teo e Lim (2001) vários estudos demonstraram uma relação positiva entre a satisfação e a intenção de recompra, onde a satisfação é o aspeto central e que mais influencia as intenções futuras do cliente. Além disso, a satisfação é também fundamental para o estabelecimento de relações de longo prazo com o consumidor e por isso, também influencia a concretização dos resultados estratégicos da organização (Patterson, *et al.*, 1997). Assim sendo, como afirma Somasundaram (1993: 216), “quanto maior for a satisfação do cliente, maior será a probabilidade de recomprar o produto”.

Vários estudos, entre os quais o de Westbrook e Oliver (1991) e de Skogland e Siguaaw (2004), sublinham o facto de a satisfação poder influenciar o comportamento de compra, onde o consumidor baseia a sua compra numa avaliação já feita numa experiência de consumo anterior e portanto, a satisfação é fundamental para a repetição de uma experiência de consumo. Ou seja, a satisfação é importante para a lealdade do cliente para com a marca, o produto ou serviço e por isso, é um objetivo estratégico para as empresas (Oliver, 1999).

Recorde-se que a lealdade retém os clientes, acarretando menos custos que a procura de novos clientes, sendo mais desejável; no entanto, para criar lealdade a organização tem de fazer mais do que um bom serviço ou valor aceitável (Hart e Johnson, 1999; Thomas, 2001). A par da lealdade, a satisfação do cliente também é extremamente importante para fidelizar o cliente (Oliver, 1980), entendendo-se como fidelidade do cliente uma predisposição para comprar novamente o produto ou o serviço disponibilizado pela empresa, pelo que fidelizar um cliente não é deixá-lo satisfeito.

O cliente pode ficar satisfeito, mas não significa que se torne fiel à marca ou produto só porque ficou satisfeito. Contudo, fidelizar um cliente é importante e é aí que a satisfação contribui para a sua fidelização. Fidelizar um cliente é evitar que este compre na concorrência (Moutell, 2002), e se este está satisfeito a probabilidade de ir à mesma marca ou serviço é maior.

2.3. Fidelização de Clientes

Já anteriormente se referiu que a satisfação do cliente é de grande importância quer para a lealdade, quer para a fidelização de clientes, desempenhando um papel decisivo nesta última (Chang, 1998). Cronin e Taylor (1992) demonstram a existência de uma relação positiva entre a qualidade de serviço e a satisfação de clientes e a fidelização de clientes.

A fidelização mede a intenção dos consumidores recomprarem o produto ou o serviço à empresa, desejando estabelecer um relação com a mesma (Kotler *et al.*, 1999 *cit. in* Alberto, 2011). Para Anderson e Fornell (1994) os clientes são fundamentais para o sucesso da empresa, na medida em que são a sua principal fonte de receita e portanto, há que atraí-los e mantê-los. Tal como se referiu, aquando da importância da satisfação do cliente, que a lealdade do cliente é mais rentável que captar novos clientes, o mesmo acontece com a sua fidelização. A fidelização de clientes comporta menos custos que a procura de novos clientes e por isso, a fidelização deve integrar a estratégia da empresa (Ferreira, 2001), constituindo a chave para o seu sucesso e o seu lucro (Oliver, 1997).

Quando o nível de qualidade satisfaz o cliente, é criada uma vantagem competitiva que passa pela fidelização (Anderson e Fornell, 1994). No entanto, ainda que a qualidade e a satisfação possam influenciar a fidelização, ou não, do cliente, proporcionar qualidade e satisfazer o cliente não se traduz diretamente na sua fidelização (Grönroos, 2000). Cronin e Taylor (1992, 1994) acrescentam ainda que tanto a perceção global da qualidade do serviço, como a satisfação de clientes contribuem para a fidelização dos mesmos, contudo, evidências demonstram que a satisfação de clientes prediz, com maior segurança, a fidelização de clientes (Cronin e Taylor, 1994)

De acordo com Oliver (1999), a fidelização traduz-se num compromisso para comprar novamente ou favorecer um produto ou serviço no futuro, resultando na compra repetitiva do mesmo produto ou serviço. Este autor propõe ainda que a fidelização é constituída por quatro componentes, entre eles:

- *Cognitive loyalty*: consiste na preferência por determinada marca, devido à opinião de que esta tem um desempenho superior ao da concorrência, sobre a qual o cliente tem informações;
- *Affective loyalty*: existe um sentimento de afeto face à marca e o qual é incentivado pela preferência, envolvimento e satisfação;

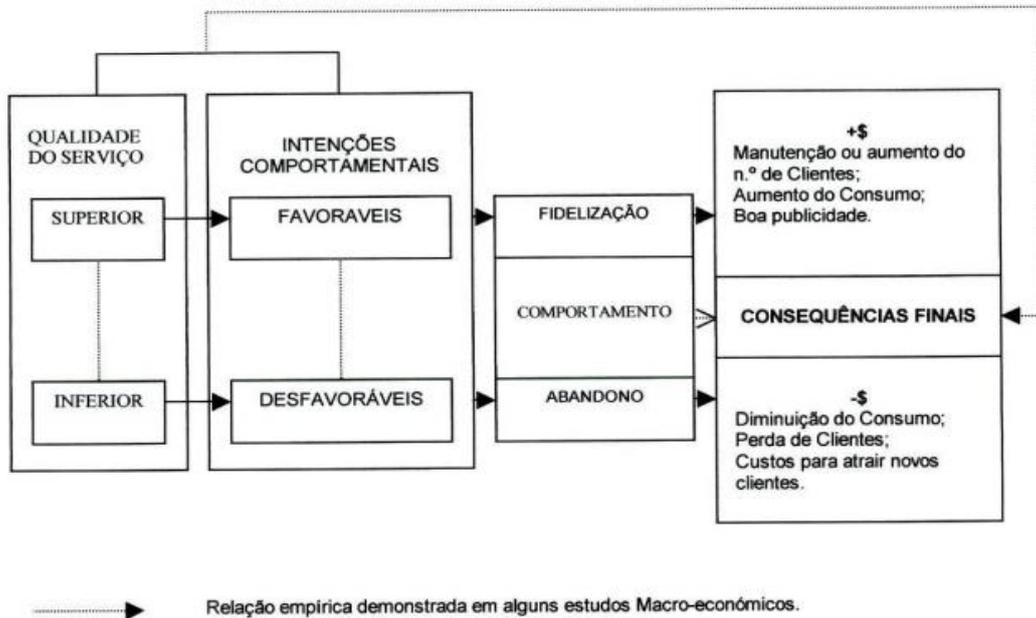
- *Conative loyalty*: traduz-se em consecutivas experiências positivas de afeto face à marca, decorrendo da intenção de recompra do consumidor;
- *Action loyalty*: corresponde à interação das intenções já adquiridas e transformadas em ação, sendo acompanhadas pela vontade de ultrapassar obstáculos possíveis de prejudicar o ato de compra.

Atendendo ao exposto, percebe-se que a fidelização se manifesta num comportamento e numa atitude. O primeiro traduz-se “na elevada preferência pelo produto ou serviço materializada na repetição da compra, a fidelização como uma atitude traduz-se na vontade do cliente em manter a sua relação com a empresa, resistindo às tentações das empresas concorrentes e transmitindo opiniões favoráveis sobre a empresa a potenciais consumidores” (Alberto, 2011: 26).

Com a finalidade principal de explicarem a fidelização ou o abandono dos clientes face à compra de determinado produto ou aquisição de um serviço em função da qualidade do serviço nos comportamentos individuais dos mesmos, Zeithalm, *et al.*, (1996) conceberam o modelo conceptual conhecido como Modelo das Consequências Comportamentais e Financeiras da Qualidade do Serviço. Este modelo entende as intenções comportamentais do cliente como sendo extremamente influenciadas pela qualidade do serviço e as consequências que advêm da qualidade do serviço são variáveis decorrentes da fidelização ou abandono do cliente (Ferreira, 2001). Desta forma, quando o cliente faz uma avaliação da qualidade do serviço muito positiva, as suas intenções comportamentais são favoráveis, tornando-o próximo de determinada organização. Por sua vez, quando esta avaliação é negativa, acontece o oposto, ou seja, verifica-se que as intenções comportamentais do cliente são desfavoráveis.

As intenções comportamentais são indicadores importantes da fidelização do cliente, na medida em que permitem perceber se o cliente se vai manter ou não na empresa (Ferreira, 2001). A figura 3 refere-se ao Modelo das Consequências Comportamentais e Financeiras da Qualidade dos Serviços de Zeithalm, *et al.*, (1996).

Figura 3 – Modelo das Consequências Comportamentais e Financeiras da Qualidade dos Serviços de Zeithalm, *et al.*, (1996).



Fonte: Zeithalm, *et al.*, (1996).

Dick e Basu (1994). Apresenta um modelo de fidelização de clientes baseado na fidelização nas atitudes e no comportamento.

O modelo apresentado por Dick e Basu (1994) é um modelo integrado, que garante uma melhor avaliação da fidelização, bem como dos seus antecedentes e precedentes, integrando as dimensões de comportamento e atitude. A primeira dimensão refere-se ao padrão de compra e a segunda à forma de agir face à compra.

No modelo concebido pelos autores, a fidelização pode ser classificada em quatro categorias, tendo em conta as dimensões já mencionadas: fidelização verdadeira; fidelização espúria; fidelização latente e inexistência de fidelização. Atente-se à figura, onde se encontra uma representação esquemática da classificação da fidelização segundo Dick e Basu (1994).

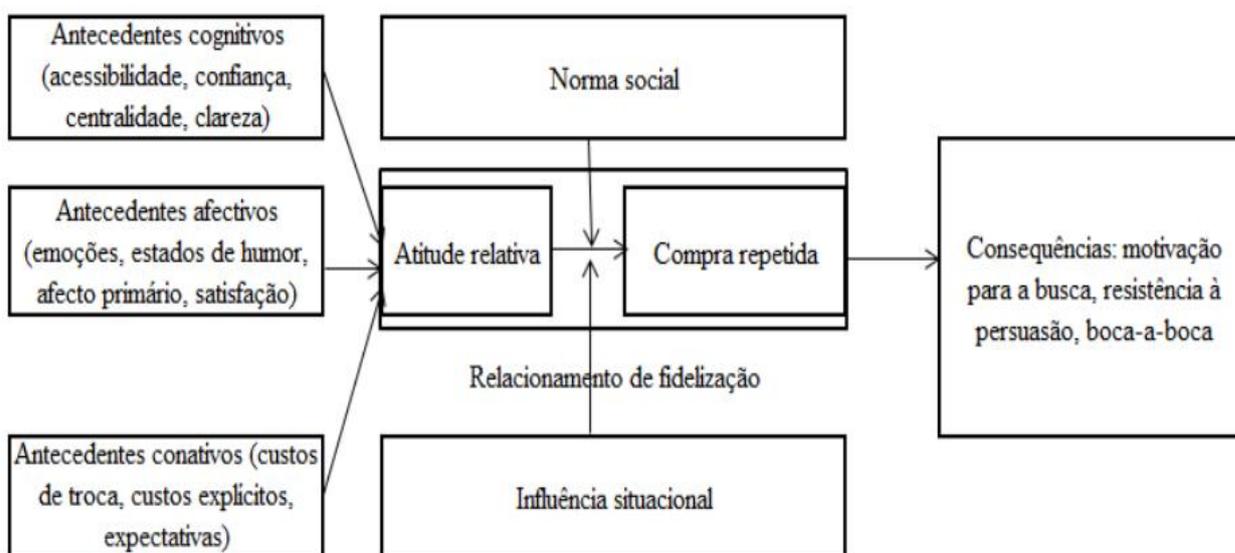
Figura 4 – Tipologia de Fidelização de Dick e Basu

		Padrão de compra repetida	
		Elevado	Baixo
Atitude favorável	Elevado	Fidelização verdadeira	Fidelização latente
	Baixo	Fidelização espúria	Inexistência de fidelização

Fonte: Dick e Basu (1994)

Pela figura apresentada, pode dizer-se que, segundo este modelo, a fidelização do cliente é verdadeira quando a atitude favorável e o padrão de compra são elevados; por sua vez, a fidelização do cliente é inexistente, quando estas duas dimensões são baixas, ou seja, o cliente não distingue as marcas e apresenta baixo comportamento de compra (Alberto, 2011). A fidelidade espúria acontece quando a atitude favorável é baixa e o padrão de compra repetida é elevado, isto é, “ocorre quando o consumidor frequentemente adquire uma mesma marca, porém não considera a marca com atributos significativamente diferentes das demais” (Alberto, 2011: 30). Por fim, a fidelidade latente ocorre quando a atitude favorável é elevada e o comportamento de compra é baixo; assim sendo é “aquela onde o consumidor possui uma forte preferência ou atitude em relação à marca, porém apresenta um baixo comportamento de repetição de compra devido a circunstâncias ambientais ou situacionais” (Alberto, 2011: 30). De acordo com Dick & Basu, (1994), a fidelização do cliente fundamenta-se em três antecedentes diferentes: cognitivos, afetivos e conativos. A figura seguinte refere-se ao Modelo de Fidelização de Dick e Basu (1994).

Figura 5 – Modelo de Fidelização de Dick e Basu



Fonte: Dick e Basu (1994: 100).

Os antecedentes cognitivos integram quatro dimensões – a acessibilidade (facilidade com que a atitude de adoção de uma marca pode ser desfeita), a confiança (grau de certeza associado à atitude), a centralidade (nível de compatibilidade entre a marca e o sistema de valores do cliente) e a clareza (grau de clareza das atitudes em relação a outros produtos e serviços alternativos disponíveis) – e integram as crenças e o conhecimento do produto que o cliente está a adquirir (Dick e Basu, 1994). Desta forma, este modelo explica que a avaliação do produto, da marca ou do serviço é mais positiva quanto maior for a sua presença na memória do cliente, assim como a compatibilidade com os valores do cliente e a confiança depositada pelo mesmo (Alberto, 2011).

Os antecedentes afetivos abrangem quatro dimensões: as emoções, os estados de humor, o afeto primário e a satisfação (Dick e Basu, 1994). Trata-se de uma fidelidade afetiva e se a fase anterior, a fase cognitiva, está estritamente relacionada com a contra-argumentação, a fase afetiva, por sua vez, não é facilmente desconstruída.

Já os antecedentes conativos envolvem componentes como os custos de troca, os custos explícitos e as expectativas face ao desempenho do produto, serviço ou marca (Dick & Basu, 1994). Os antecedentes conativos estão associados à intenção do cliente em readquirir um produto ou serviço, a intenção comportamental, sendo influenciada por episódios repetidos de efeito positivo para com a marca (Alberto, 2011).

Oliver (1997) tendo por base o contributo teórico de Dick e Basu (1994), veio complementar o modelo de fidelização dos referidos autores, ao acrescentar uma quarta fase, além da fase cognitiva, afetiva e conativa, a fase da ação. Segundo Oliver (1997 *cit. in* Alberto, 2011: 33), “os consumidores podem tornar-se fiéis em cada fase atitudinal relacionada com os diferentes elementos de desenvolvimento da estrutura atitudinal”. Ou seja, neste modelo o cliente pode tornar-se fiel à marca, ao produto ou serviço num sentido cognitivo, posteriormente, num sentido afetivo, seguido de um sentido conativo e por fim, como inércia da ação, onde a fidelização ação é o nível de fidelização mais alto, focando-se no comportamento de compra, onde as intenções são transformadas em atos (Alberto, 2011).

2.3.1. Benefícios da Fidelização dos clientes

A fidelização dos clientes é extremamente importante para o sucesso e sobrevivência da empresa, pois como já se mencionou anteriormente, a retenção dos clientes atuais acarreta menos custos do que procurar e captar novos clientes. De acordo com Reichheld e Sasser (1990), se uma empresa mantiver mais 5% dos seus clientes, os lucros podem sofrer um aumento que pode oscilar entre os 25% e os 125%. Da mesma forma, Kotler (2004) explica que procurar novos clientes comporta um custo cinco a sete vezes maior.

Os clientes são dos ativos mais valiosos da empresa e o sucesso da empresa não assenta exclusivamente na captação de novos clientes, pois a literatura demonstra que o seu sucesso está associado ao aumento da fidelização dos clientes (Brito e Ramos, 2000; Huete, 1998; LeBoeuf, 1996). Na mesma linha de pensamento, também autores como Dick e Basu (1994), Caetano e Rasquilha (2010) e Kotler (2011) partilham da opinião de que existe uma relação positiva entre clientes fiéis e o aumento dos lucros da empresa. Meidan (1996) e Martins (2006) apontam vários motivos que justificam a lucratividade empresarial:

- Comprar mais produtos;
- Recomendação da empresa a potenciais clientes;
- Diminuir os custos face à abertura e fecho de contas;

- A elasticidade do preço em relação à procura é maior, por os clientes se tornarem menos sensíveis às variações do preço;
- Os clientes tornam-se menos recetivos a propostas da concorrência;
- Os custos com o serviço prestado são menores, já que o cliente é conhecido, facilitando a adequação da oferta ao cliente.

Miranda (2007: 17), sustentando-se em diversos autores, refere que a fidelização de clientes contribui para o lucro da empresa por diversas razões, entre as quais:

- “A repetição de vendas;
- As vendas cruzadas: uma empresa consegue vender, ao utilizador de um serviço, outros produtos, relacionados ou não com o primeiro. No fundo, significa uma maior contratação de produtos e serviços oferecidos;
- Os processos de referência: as recomendações feitas por clientes que utilizaram ou que ouviram falar bem do serviço a terceiros;
- O preço Premium: para um cliente fidelizado, a alteração de fornecedor constitui um risco e estará, portanto, disposto a pagar mais por um serviço que assegure o cumprimento das suas expectativas;
- A diminuição de custos de aquisição de clientes: o investimento tanto para captar o interesse como para vender os serviços aos clientes;
- Redução dos custos de servir: os custos da empresa por prestar um serviço. Os clientes novos habitualmente necessitam de mais esclarecimentos, recursos e tempo para que se familiarize com os procedimentos da empresa. Por outro lado, um cliente habitual representa um custo de serviço cada vez menor, devido ao efeito aprendizagem”.

Além da lucratividade empresarial, convém sublinhar que a fidelização também acarreta vantagens para os consumidores e Martins (2006) evidencia: a amizade com os prestadores de serviços; a poupança de tempo; o tratamento especial; a confiança; o saber o que esperam; e o aumento de satisfação.

2.4. Qualidade em Saúde

2.4.1. Conceito

O conceito de qualidade em saúde deve-se a Donabedian (1986), sendo este um conceito que foi progredindo ao longo do tempo. Em Portugal, a procura de serviços de saúde tem aumentado nos últimos anos, não só devido ao facto dos cidadãos estarem melhor informados, mas também devido à maior esperança e melhor qualidade de vida decorrentes dos avanços tecnológicos e do maior conhecimento científico e de melhores condições de atendimento nos hospitais assim como noutras instituições de saúde (Marques, 2010).

Hoje a qualidade em saúde é uma exigência e a sua definição não é consensual, pois “é uma expressão muito difusa e por isso existem algumas dificuldades em definir este conceito, assim como em medi-lo” (Ferreira, 1991: 97). É neste sentido que Lee e Yom (2006) afirmam que este constructo é superficial, subjetivo, abstrato e difícil de definir. Esta confusão concetual em torno da definição de qualidade em saúde prende-se, na opinião de Donabedian (1990), com os diferentes contextos históricos, socioculturais, políticos e institucionais, bem como as distintas normas de adequação e diferenças ao nível da disponibilidade de recursos, das preferências dos utentes e suas crenças e dos critérios de avaliação da qualidade. Também Serapioni (1999) se pronunciou a este respeito, afirmando que a dificuldade em definir qualidade em saúde reside na multiplicidade de fatores existentes nos sistemas de saúde e com a variedade de perspetivas, desde os utentes aos profissionais (tendo em conta as diferentes qualificações).

Pode interpretar-se como qualidade em saúde a total satisfação das necessidades do utente que recorre ao serviço de saúde, rentabilizando os custos da organização e tendo em consideração os regulamentos estabelecidos (Ovretveit, 1996). O processo não é fácil, aliás é adjetivado de complexo por Pisco (2006 *cit. in* Marques, 2010), na medida em que os serviços de saúde e as instituições que os prestam também são complexos., (Pisco, 2006 *cit. in* Marques, 2010).

Pisco (2001) entende que a qualidade em saúde apresenta diversas características, pelo que esta satisfaz e diminui as necessidades, é pró-ativa no sentido de prevenir e dar

resposta e não para procurar novas oportunidades, e deve integrar atributos como a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade. Deste modo, uma prestação de cuidados de saúde com qualidade deve:

- Ter qualidade técnica;
- Fazer um uso eficiente dos seus recursos;
- Ter em conta o controlo de riscos;
- Ter em atenção a acessibilidade;
- Primar pela aceitabilidade por parte dos utentes (OMS, 1986 *cit. in* Roemer e Aguilar, 1988).

A saúde é uma área extremamente importante da vida do ser humano, pelo que a qualidade em saúde requer atenção e cuidado, pois não só se revela uma necessidade técnica como uma necessidade social (Quinto Neto, 2000). É necessário lembrar que “para qualquer utente é fundamental perceber a qualidade. Este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós” (Pereira, 2003: 3). Assim, importa ter em linha de conta que “a perceção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva” (Hesbeen, 2001: 155). A noção de qualidade muda com o cliente, pois consiste no que ele quer e como ele avalia, sendo um constructo que procura a excelência, pois a qualidade de um mesmo produto ou serviço pode ser uma coisa para um cliente e outra para outro cliente, como também pode ser diferente para o mesmo cliente em diferentes tempos ou condições (Imperatori, 1999).

Donabedian (1990), autor responsável pela definição de qualidade em saúde, desenvolveu a tríade base da qualidade em saúde, partindo de três conceitos:

- Estrutura: Abrange os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, sendo financiada e tendo disponível mão-de-obra qualificada;
- Processo: Integra atividades que envolvam profissionais de saúde e utentes, podendo ser analisado a nível técnico e administrativo. No processo surgem aspetos cruciais como os éticos e os relacionados com a relação médico/profissional/equipa de saúde – utente;

- Resultado: Subordina-se ao produto final dos cuidados prestados, tendo-se em conta a saúde e a satisfação de padrões e de expectativas.

Na tabela 2 apresentam-se os sete pilares da qualidade dos cuidados prestados em saúde elencados por Donabedian (1990).

Tabela 2 - Os sete pilares da qualidade dos cuidados prestados em saúde

Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis.
Efetividade	Grau em que a qualidade do cuidado é maximizada nas condições disponíveis.
Eficiência	Medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada.
Otimização	Relação do aumento de benefícios com os custos acrescidos.
Aceitabilidade	Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos utentes e das suas famílias.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população.

Fonte: Donabedian (1990).

Para terminar, importa fazer referência às dimensões da qualidade em saúde. Com vista a identificar as componentes da qualidade em saúde, Souza *et al.*, 2004 *cit. in* Marques, 2010) teve por base os 10 critérios utilizados pelos utentes aquando da avaliação da qualidade de um serviço elencados por Parasuraman *et al.* (1985), encontrando cinco dimensões e as quais deram origem à conceituada escala SERVQUAL (instrumento que permite avaliar a qualidade percebida, com base na comparação entre o serviço percebido e a expectativa do serviço que o cliente deseja):

- Aspectos tangíveis, como as instalações, os equipamentos e a aparência dos profissionais;
- Confiabilidade, como o desempenho em função das expectativas;
- Conformidade, que se refere à prontidão e utilidade;

- Garantia, que se traduz na competência, cortesia, credibilidade, confiança e segurança;
- Empatia, que se refere ao acesso, comunicação e compreensão.

A qualidade em saúde traduz-se num constructo complexo, existindo diversas perspetivas e definições do que é a qualidade em saúde. Assim, em relação às dimensões da qualidade em saúde encontram-se abordagens que diferem umas das outras, ainda que se encontrem alguns aspetos convergentes.

Para autores como Mezomo (2001) e Souza *et al.*, (2004 *cit. in* Marques, 2010) a qualidade em saúde integra 10 dimensões, sendo elas: a equidade; a efetividade; a eficiência; a acessibilidade; a aceitabilidade ou aceitação social; a adequação; a competência profissional; a segurança; e a disponibilidade: acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, sendo adequado para cada situação clínica sem grande tempo de espera.

Na ótica de Fragata (2006), a qualidade em saúde integra apenas quatro dimensões, defendendo que todas elas devem estar presentes na prestação dos cuidados de saúde:

- Performance técnica (qualidade nos atos médicos);
- Recursos (eficiência económica);
- Gestão de risco (evicção de danos ou eventos adversos relacionados com o tratamento);
- Satisfação dos doentes (utentes/clientes).

Como se referiu e demonstrou nesta abordagem concetual ao constructo da qualidade em saúde, existem diversas opiniões sobre o que é a qualidade em saúde e quais as dimensões que esta integra e que devem estar presentes nos serviços de saúde. Contudo, apesar desta diversidade de perspetivas, que também se justificou neste ponto do trabalho, convém lembrar o que Marques (2010) referiu face à qualidade em saúde:

- Os utentes evidenciam a acessibilidade, a habilidade e melhoria do estado de saúde;
- Os prestadores de serviços destacam as capacidades técnicas e a obtenção de resultados clínicos;
- Os gestores enfatizam a eficiência, a obtenção dos resultados desejados e a rentabilização do investimento.

2.4.2. Qualidade nos Serviços de Saúde

A qualidade faz parte da estratégia de qualquer empresa, sendo que a prestação de um serviço com qualidade é um fator fundamental para a competitividade (Fernandes, 2000).

De forma muito simples, o serviço pode ser descrito como um ato desempenhado por uma pessoa para outra. No entanto, Johnson e Clark (2002 *cit. in* Olalde, 2008: 37) permitem completar a definição de serviço, explicando tratar-se da “combinação dos resultados e experiências proporcionadas ao cliente e recebidas por ele, assim, o cliente julga a qualidade do serviço tanto pela experiência quanto pelo resultado”.

Existem diversas definições de serviços, sendo que para Lovelock e Wright (2001 *cit. in* Cabral, 2007: 7) consistem em “atividades económicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes (...) como consequência da realização de uma mudança desejada em nome do destinatário do serviço”. Sousa (2014: 9) apresenta uma definição mais completa, explicando que o serviço é o “resultado de uma interação entre todos os envolvidos no fornecimento do mesmo e o cliente que o frequenta. Este não produz algo físico, mas sim uma experiência que poderá decidir se o cliente por intermédio das perceções que produziu relativamente ao serviço recorre novamente ao mesmo”.

Dada a multiplicidade de definições de serviço encontradas na literatura, um serviço pode ser entendido como uma ação, um processo ou uma execução (Zeithaml e Bitner, 2000). No entender de Kotler (1995), um serviço é um ato ou o desempenho que uma parte pode oferecer a outra, sendo intangível, não tendo, obrigatoriamente, que estar associado a um produto físico. Grönroos (1999: 26-27) apresenta um conjunto de definições, as quais demonstram a preocupação com o cliente. Assim sendo, um serviço é:

- “uma atividade ou uma série de atividades que tem lugar nas interações no contato com uma pessoa ou com uma máquina física e que provê satisfação ao consumidor” (Lehtinen, 1983);
- “qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer à outra que seja essencialmente intangível e que não resulte em propriedade de coisa alguma. A sua produção pode estar ligada a um produto físico” (Kotlet e Bloom 1984; Kotler, 1988);

- “o atendimento das expectativas do cliente durante uma venda e na atividade pós-venda, através da realização de uma série de funções que se equiparem ou que superem a concorrência de forma a promover um lucro incremental para o fornecedor” (Free, 1987);
- “uma atividade ou série de atividades de natureza mais ou menos intangível que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços, que é fornecida como solução aos problemas dos clientes” (Grönroos, 1990).

Os serviços possuem cinco características principais, sendo elas (Enciclopédia Internacional de Marketing, 1998; Sousa, 2014):

- Intangibilidade: Característica básica de um serviço, fazendo referência a tudo o que é impalpável e imaterial. Ou seja, tal significa que os serviços não podem ser vistos, avaliados ou apreciados antes de serem utilizados;
- Simultaneidade/Inseparabilidade: Não existe separação entre o que é produzido e o que é consumido, isto é, um serviço é produzido e consumido ao mesmo tempo, contando com a participação do cliente;
- Heterogeneidade/Variabilidade: Característica que se refere ao grau de variabilidade que o serviço está sujeito, pois a qualidade do serviço muda em função de quem o presta e também de quem o recebe;
- Perecibilidade/Deterioração: Os serviços não são mantidos em *stock* para venda ou uso posterior, o que significa que não podem ser armazenados;
- Participação do cliente no processo de prestação de serviços: O cliente afeta o processo de distribuição de serviço, atuando como cocriador e influenciando outros clientes ou potenciais clientes.

Atualmente, o crescimento do setor dos serviços tem demonstrado às empresas a importância de estas terem em conta a qualidade do serviço, pois o cliente está cada vez mais exigente e as empresas procuram ter uma vantagem competitiva (Pinto, 2015). Assim sendo, “a utilização dos serviços ao cliente como uma estratégia de diferenciação das empresas cresce em importância à medida que os produtos se tornam mais semelhantes e as empresas estabelecem seus diferenciais a partir do valor que agregam à oferta” (Pinto, 2015: 58).

Para Rust e Oliver (1994) o conceito de qualidade de serviço é subjetivo, pelo que é extremamente importante que as empresas percebam o que o cliente pensa sobre a qualidade de serviço se pretendem uma gestão efetiva. Os conceitos abordados no segundo capítulo, como o marketing relacional, a satisfação do cliente e a sua fidelização, e o conceito de qualidade de serviço são elementos-chave para uma melhor compreensão daquilo que o cliente pensa.

Grönroos (1984 *cit. in* Parasuraman, *et al.*, 1985), pioneiro na definição de qualidade de serviço, entende que a qualidade de serviço resulta da avaliação que o cliente faz do mesmo, sendo esta comparação feita através da comparação entre as suas expectativas e a perceção que tem do serviço prestado.

Atendendo à perspectiva de Zeithaml, *et al.*, (1990: 19), a qualidade de serviços traduz-se na “extensão da discrepância entre as expectativas ou desejos dos clientes e a sua perceção”, e geralmente ocorre aquando da entrega do serviço através da interação entre o cliente e o fornecedor.

À semelhança de Rust e Oliver (1994), também Brady e Cronin (2001) entendem que a qualidade de serviços é um constructo multidimensional, que resulta da opinião do cliente e do que eles entendem ser a qualidade.

A qualidade do serviço nas clínicas de saúde oral é igualmente importante. Santos (2011: 37) refere mesmo que “neste contexto de mudança e de orientação dos serviços prestados rumo à qualidade de cuidados, as clínicas dentárias e os laboratórios de prótese dentária e demais estruturas de tecnologias da saúde encontram-se igualmente submetidos à pressão e à necessidade de alcançarem resultados dos serviços prestados com qualidade que permitam garantir a segurança dos clientes/ pacientes”. Para este autor, constituem vantagens da qualidade de serviço (Santos, 2011):

- Possibilidade do aumento dos preços graças a serviços de qualidade superior;
- Crescimento da empresa através de práticas de gestão da qualidade;
- Fidelização de clientes;
- Aumento expectável da eficácia da empresa.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo encontra-se a metodologia utilizada na investigação para alcançar os objetivos definidos, no que refere à caracterização do estudo, instrumentos de recolha de dados, identificação da população, método de amostragem utilizada o modelo conceptual utilizado assim como as técnicas estatísticas utilizadas para a análise dos resultados obtidos.

3.1. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é avaliar a satisfação e fidelização dos clientes da unidade de saúde oral dos SAMS.

Constituem objetivos específicos da presente investigação:

- Perceber se os clientes estão satisfeitos com o serviço prestado pela unidade de saúde oral;
- Aferir se os clientes são fiéis à unidade de saúde oral;
- Identificar os principais fatores e variáveis que contribuem para a satisfação e fidelização dos clientes;
- Perceber qual a relação entre as diferentes variáveis/fatores.

3.1. Descrição da Unidade de Saúde Oral dos SAMS

Os SAMS são criados com o documento de “Nivelamento das Condições Laborais para o Sector Bancário” de 1975, resultante do acordo subscrito pelos Sindicatos dos Bancários do Sul e Ilhas, do Centro e do Norte com os Ministérios das Finanças e do Trabalho. Dessa forma, a partir de 1 de Janeiro de 1976: “as Instituições de Crédito deixarão de gerir as estruturas médicas próprias e de suportar os respetivos encargos, cabendo tais funções ao Sindicato respetivo”.

A 1 de Janeiro de 1976, ocorre a abertura dos SAMS, cujos serviços ficaram a funcionar na Rua dos Bacalhoiros, em Lisboa, e desde então são realizados tratamentos de estomatologia.

Em Setembro de 1994, em Lisboa, foi inaugurado o Hospital dos SAMS. O Hospital é constituído por sete pisos, dispondo de 121 camas de internamento. Está dividido e organizado em diversos serviços, entre os quais: Medicina, Cirurgia, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos, Obstetrícia e Neonatologia, Exames Especiais, Imagiologia, Urgência, entre outros. Esta unidade foi projetada para o futuro, pretendendo desenvolver uma gestão de recursos humanos e materiais de uma medicina de qualidade, humanizada e tecnicamente evoluída. A 10 de Março de 2003, foi inaugurado o Centro Clínico dos SAMS de Lisboa onde está sediada a Unidade de Saúde Oral, alvo do presente estudo. A Unidade de Saúde Oral dos SAMS orienta-se por critérios como a qualidade e a inovação, reunindo condições únicas face à capacidade e diversidade dos seus serviços.

Tendo em conta o Hospital e o Centro Clínico dos SAMS, são realizadas mais de 381.000 consultas médicas por ano, para um total de 40 especialidades disponibilizadas, correspondendo a uma média de, sensivelmente, 1.500 consultas por dia.

A presente investigação tem como contexto institucional a Unidade de Saúde Oral dos SAMS, constituída por 26 gabinetes dentários, 80 médicos estomatologistas e dentistas, 47 assistentes dentárias e 5 auxiliares de ação médica. A missão desta unidade de saúde visa assegurar a prestação de cuidados de saúde oral, do ponto de vista preventivo, curativo e reabilitador, aos beneficiários dos SAMS e outros utentes (membros do agregado familiar, clientes de seguradoras, membros de subsistemas de saúde e particulares). Desde Novembro de 2014, a unidade de saúde oral dos SAMS encontra-se certificada pela Norma NP EN ISO 9001.

Esta unidade de saúde oral pretende assumir-se como a maior e a melhor unidade de saúde oral do país, razão pela qual orienta a sua atividade para a excelência na prestação de cuidados de saúde oral, procurando, de forma continuada, melhorar as suas práticas e procedimentos, visando a maximização da satisfação de todos os seus utentes.

Os valores que orientam a atuação desta unidade de saúde oral são:

- **Compromisso e envolvimento:** Dar primazia aos interesses dos beneficiários dos SAMS e outros utentes, de forma a estabelecer uma relação de confiança e fidelidade, no longo prazo;

- **Responsabilidade e profissionalismo:** Ter um profundo conhecimento na área dos cuidados de saúde oral e apostar no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- **Credibilidade:** Receber a confiança e o reconhecimento dos beneficiários dos SAMS, outros utentes e da Sociedade em geral.

No que diz respeito à sua política de qualidade, tendo em consideração a sua missão e visão, e assumindo como objetivo primordial a satisfação dos seus beneficiários e outros utentes, a Unidade de Saúde Oral dos SAMS, compromete-se:

- Disponibilizar um amplo leque de serviços;
- Recorrer a técnicas de diagnóstico e tratamento rigorosas e atualizadas;
- Motivar e envolver os colaboradores, através da estimulação do trabalho em equipa e formação;
- Proteger a saúde e segurança dos colaboradores e de todas as pessoas afetadas pela atividade;
- Possuir instalações confortáveis e devidamente equipadas, assegurando o respeito pelas medidas de ambiente, higiene, segurança e saúde;
- Respeitar os requisitos dos seus Beneficiários e Utes, e os requisitos legais;
- Promover as relações com fornecedores e parceiros, no sentido de assegurar a qualidade do serviço prestado;
- Melhorar continuamente a eficácia do seu Sistema de Gestão.

3.2. Universo e Amostra em Estudo

A população em estudo são os utentes da unidade de saúde oral dos SAMS localizada em Lisboa, maiores de idade e que tenham frequentado esta unidade pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

Foi recolhida uma amostra por conveniência de 260 utentes da unidade de saúde oral dos SAMS e à qual se garantiu total anonimato e confidencialidade. Os indivíduos foram selecionados e convidados a participar no estudo pelo facto de se encontrarem a recorrer aos serviços da unidade de saúde oral dos SAMS.

3.3. Método e instrumento de recolha de dados

Tendo em conta os objetivos do estudo o instrumento de recolha de dados eleito foi o questionário.

O questionário aplicado (ver Anexo I) é composto por duas partes principais. A primeira escala do questionário consiste no modelo de ECSI e contém variáveis que pretendem medir as dimensões: imagem, valor, expectativas, satisfação, qualidade percebida, reclamações e lealdade. A segunda escala utilizada é da autoria de Lewis e Soureli (2006) e mede as dimensões da confiança e compromisso (Tabela 3).

A escala do modelo ECSI (2010) tem a seguinte interpretação: avaliação negativa (resposta igual ou inferior a 4); avaliação neutra (resposta entre 4 e 6); avaliação positiva (resposta entre 8 e 10).

A segunda parte do questionário é constituída por nove questões que permitem fazer a caracterização sociodemográfica dos respondentes e perceber quais os sistemas de saúde e a frequência com que os utiliza, nomeadamente, a unidade de saúde oral em questão.

O questionário foi aplicado no período de 10 de Outubro a 18 de Novembro de 2016 na unidade de saúde oral dos SAMS.

Tabela 3- Indicadores, Dimensões e Fontes utilizadas no Questionário

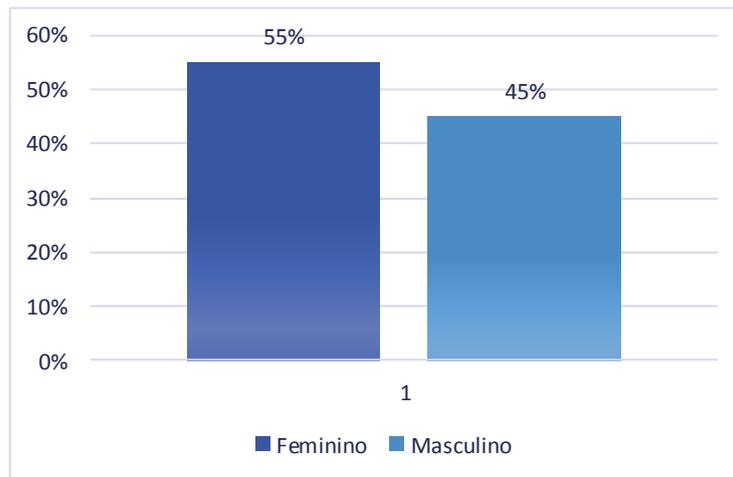
Dimensões	Indicadores	Fonte
Imagem	1. Esta instituição é uma empresa de confiança no que diz e faz.	ECSI (2010)
	2. Esta instituição é uma empresa estável e implantada no mercado.	
	3. Esta instituição assume um compromisso positivo para a Sociedade.	
	4. Esta instituição preocupa-se com os seus clientes	
	5. Esta instituição é uma empresa inovadora e virada para o futuro.	
Expectativas	6. Tenho uma elevada expectativa pela qualidade global desta instituição.	ECSI (2010)
	7. Espero que esta instituição me ofereça serviços que <u>satisfaçam as minhas necessidades.</u>	
	8. Espero uma elevada fiabilidade dos serviços prestados nesta instituição.	
Qualidade	9. Considero que os serviços prestados nesta instituição possuem <u>elevada qualidade.</u>	ECSI (2010)
	10. Considero que esta instituição oferece serviços de <u>qualidade superior às dos seus concorrentes.</u>	
	11. Esta instituição oferece um atendimento e serviço ao cliente <u>de qualidade.</u>	
	12. Esta instituição oferece acessibilidade a produtos e serviços <u>por via das novas tecnologias.</u>	
	13. Acredito na fiabilidade dos serviços oferecidos por esta <u>instituição.</u>	
	14. Esta instituição oferece diversidade dos seus produtos e <u>serviços.</u>	
	15. Esta instituição fornece com clareza e transparência a <u>informação.</u>	
Valor	16. Esta instituição está muito bem localizada.	ECSI (2010)
	17. O preço pago está de acordo com a qualidade <u>oferecida.</u>	
Satisfação	18. A qualidade dos produtos e serviços está de acordo com o <u>preço pago.</u>	ECSI (2010)
	19. <u>Estou completamente satisfeito com esta instituição.</u>	
	20. <u>Esta instituição supera as minha expectativas.</u>	
Reclamações	21. Esta instituição esta perto da instituição ideal.	ECSI (2010)
	22. Se já reclamou, a sua última reclamação foi resolvida com <u>brevidade?</u>	
Lealdade	23. Se nunca reclamou, considera que se reclama-se seria bem <u>tratado e resolvida a situação com rapidez?</u>	ECSI (2010)
	24. <u>Intenciono manter-me cliente desta instituição.</u>	
	25. <u>Sou sensível ao preço.</u>	
Confiança	26. <u>Recomendo os produtos e serviços desta instituição aos meus amigos e familiares.</u>	Lewis & Soureli (2006)
	27. <u>Sinto que posso confiar na instituição.</u>	
	28. <u>Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras com a instituição.</u>	
Compromisso	29. <u>Acredito que a instituição tem a atenção os meus melhores interesses</u>	Lewis & Soureli (2006)
	30. <u>Sinto-me emocionalmente ligado à instituição.</u>	
	31. <u>Sinto que tenho um compromisso com a instituição.</u>	
	32. <u>A minha relação com a instituição tem um significado pessoal.</u>	

4. Resultados

4.1. Caracterização da Amostra

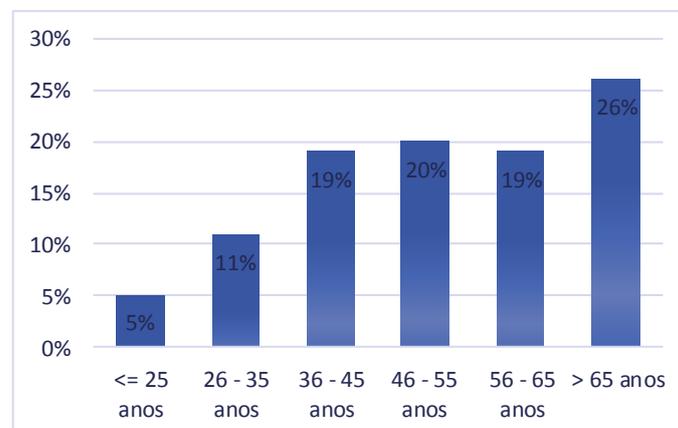
Participaram neste estudo 260 indivíduos, dos quais 143 são do género feminino (55%) e 117 do género masculino (45%) (Figura 6).

Figura 6- Género dos Inquiridos



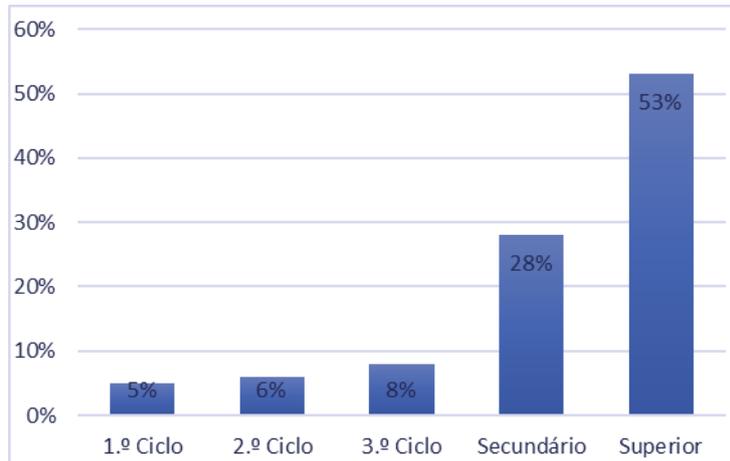
Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 94 anos, sendo a média de idades de 52,86 anos. Na distribuição por grupo etário verifica-se que, o intervalo com maior percentagem observada situa-se no > 65 anos com 26%, seguindo-se o intervalo 46-55 anos com 20% (Figura 7).

Figura 7- Distribuição dos Inquiridos por Grupo Etário



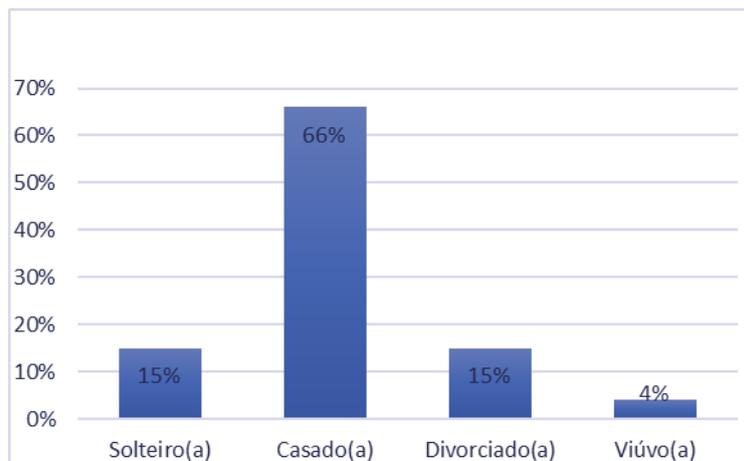
O ensino superior foi o nível de escolaridade mais frequente (53%), seguido do ensino secundário (28%), do 3.º ciclo (8%), do 2.º ciclo (6%) e do 1.º ciclo (5%) (Figura 8).

Figura 8- Habilitações Literárias dos Inquiridos



Quanto ao estado civil, verifica-se que cerca de dois terços dos respondentes são casados (66%), 15% são solteiros e 15% são divorciados, sendo 4% dos indivíduos são viúvos (Figura 9).

Figura 9- Estado Civil dos Inquiridos



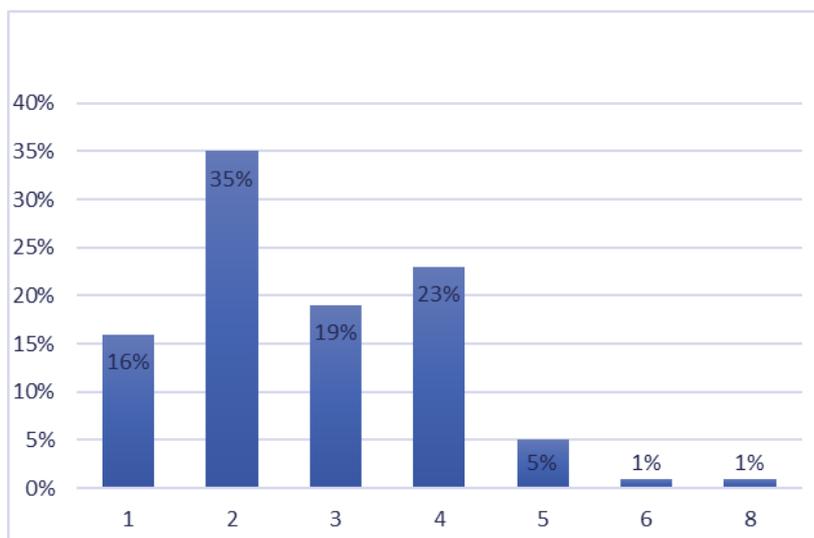
Relativamente à profissão, constata-se que 25% dos indivíduos estão reformados. Entre as profissões que mais prevalecem, verifica-se que: 23% da amostra corresponde a indivíduos que são técnicos e profissionais de nível intermédio; 13% corresponde aos participantes que pertencem aos quadros superiores de administração; 11% dos indivíduos integram os quadros de pessoal administrativo e similares; e 10% dos respondentes encontram-se desempregados (Figura 10).

Figura 10- Distribuição dos Inquiridos por Grupo Profissional



Relativamente à dimensão do agregado familiar, verifica-se que 16% dos respondentes vivem sozinhos, 35% vivem em agregados familiares constituído por duas pessoas, 19% vivem em agregados familiares constituídos por três pessoas, 23% vivem em agregados familiares constituídos por quatro pessoas e apenas 7% vivem em agregados familiares constituídos por cinco pessoas ou mais. (Figura 11).

Figura 11 – Número de elementos do agregado familiar dos Inquiridos



4.2. Avaliação da Satisfação, Compromisso e Confiança dos Clientes

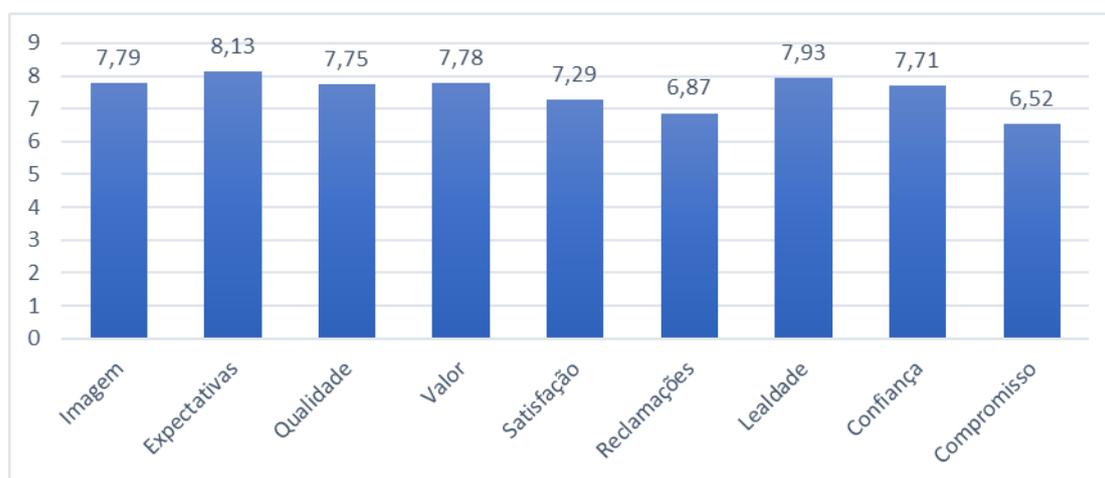
Foi calculado o Alpha de Cronbach para analisar a consistência interna das variáveis constituintes do modelo conceptual aplicado e das dimensões confiança e compromisso (Tabela 4). Pode verificar-se através da Tabela 5, que todas as dimensões de satisfação, confiança e compromisso apresentam uma excelente consistência interna.

Tabela 4 – Alpha de Cronbach para a escala de ECSI e escala de Confiança e Compromisso

Imagem	0,93
Expectativas	0,92
Qualidade	0,94
Valor	0,94
Satisfação	0,94
Reclamações	0,91
Lealdade	0,89
Confiança	0,97
Compromisso	0,97

Os respondentes possuem elevadas expectativas em relação à unidade de saúde oral e apresentam índices elevados de intenção em manter-se como clientes (Figura 12). A imagem que possuem sobre a unidade de saúde oral é positiva e demonstram uma boa avaliação sobre a relação qualidade/ preço. Os respondentes consideram os serviços disponibilizados pela unidade de saúde oral de grande qualidade. No que refere às reclamações, os respondentes consideram que existem questões a melhorar. Apesar do sentimento de confiança na unidade de saúde oral, os respondentes não sentem um nível de compromisso tão elevado. De modo geral os respondentes revelam índices de satisfação bastante aceitáveis. O Anexo II apresenta as médias e o desvio padrão de todas as variáveis em estudo.

Figura 12 – Média das dimensões de Satisfação (Questionário ECSI), Compromisso e Confiança



Ao analisar as relações entre as dimensões em estudo, verifica-se uma relação linear e positiva entre todas as dimensões, ou seja (Tabela 5):

- Quanto maior a percepção da imagem da unidade de saúde oral, maiores as expectativas;
- Quanto maior as expectativas, maior a qualidade apercebida;
- Quanto maior as expectativas e a qualidade apercebida, maior o valor percebido;
- Quanto maior a percepção da imagem da unidade de saúde oral, as expectativas, a qualidade percebida e o valor percebido, maior a satisfação dos clientes;

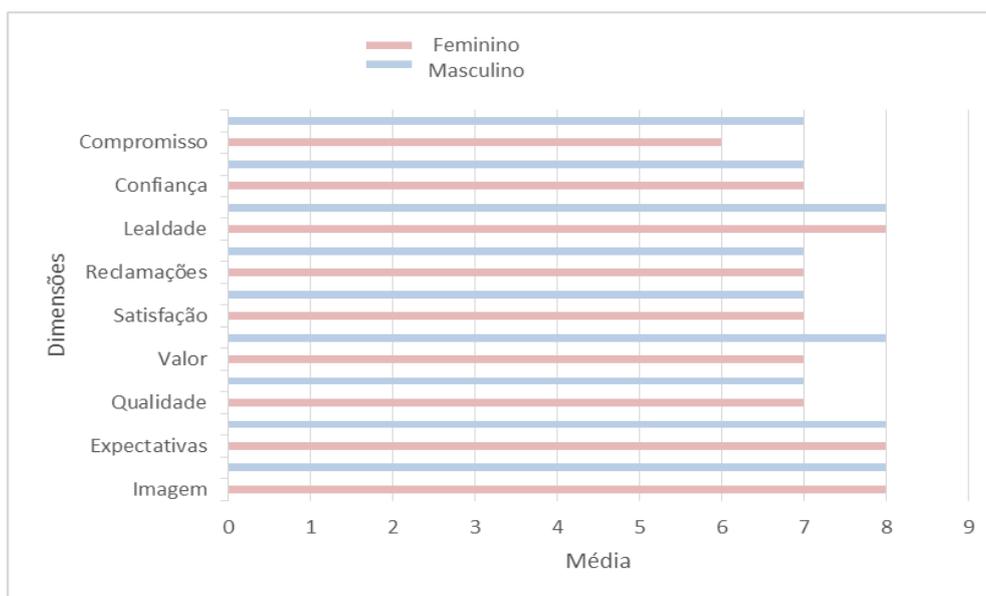
- Quanto maior a percepção da imagem da unidade de saúde oral, a satisfação do cliente e a percepção da gestão de reclamações, maior a lealdade do cliente;
- Quanto maior a percepção da imagem da unidade de saúde oral, as expectativas, a qualidade, o valor, a satisfação e a percepção da gestão de reclamações, maior a confiança e o compromisso com a unidade de saúde oral.

Tabela 5 – Matriz de Correlações entre dimensões do ECSI, Confiança e Compromisso

	Imagem	Expectativas	Qualidade	Valor	Satisfação	Reclamações	Lealdade	Confiança	Compromisso
Imagem	1	.864**	.899**	.721**	.830**	.575**	.833**	.881**	.574**
Expectativas		1	.843**	.645**	.748**	.538**	.799**	.825**	.485**
Qualidade			1	.770**	.875**	.682**	.874**	.902**	.655**
Valor				1	.761**	.563**	.756**	.767**	.529**
Satisfação					1	.677**	.826**	.887**	.664**
Reclamações						1	.670**	.650**	.497**
Lealdade							1	.911**	.610**
Confiança								1	.674**
Compromisso									1
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).									

A Figura 13 expõe uma comparação entre géneros e os valores médios das diversas dimensões do modelo ECSI, da Confiança e do Compromisso. Tendo por objetivo analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e género masculino, foram realizados testes t (Anexo III). Com base nesta amostra e com nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como não existe diferenças entre géneros feminino e masculino, ambos fazem a mesma avaliação das dimensões em estudo, isto é, estão igualmente satisfeitos.

Figura 13 – Média de respostas por género de inquiridos



Com base na amostra recolhida e com um nível de significância de 5%, pode concluir-se que existe evidência estatística em como existe uma relação positiva entre o grupo etário e o valor apercebido, satisfação, reclamações, lealdade, confiança e compromisso, ou seja, quanto maior o grupo etário maior a sua satisfação (com estas dimensões), para com esta unidade (Tabela 6).

Tabela 6 – Matriz de correlações entre a o grupo etário e as dimensões do ECSI, Confiança e Compromisso

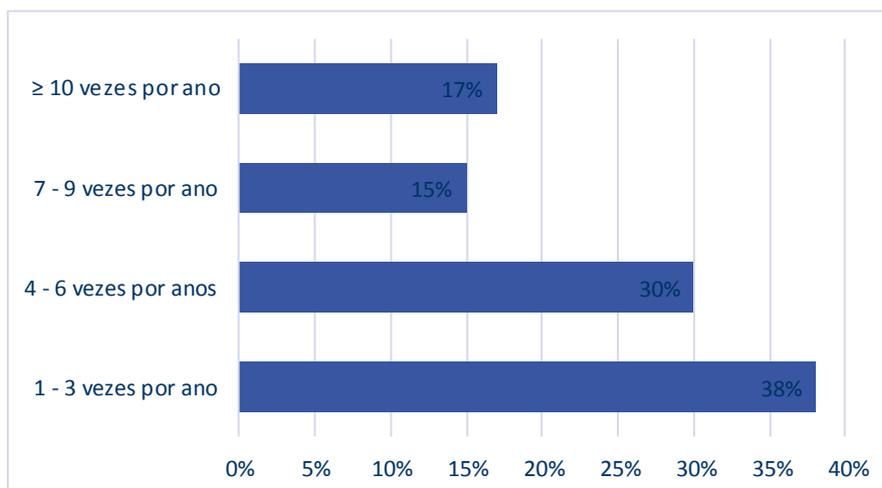
	Grupo Etário
Imagem	.116
Expectativas	.069
Qualidade	.114
Valor	.132*
Satisfação	.135*
Reclamações	.144*
Lealdade	.126*
Confiança	.133*
Compromisso	.130*
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).	

4.3. Avaliação da Frequência dos Clientes à Unidade de Saúde Oral dos SAMS

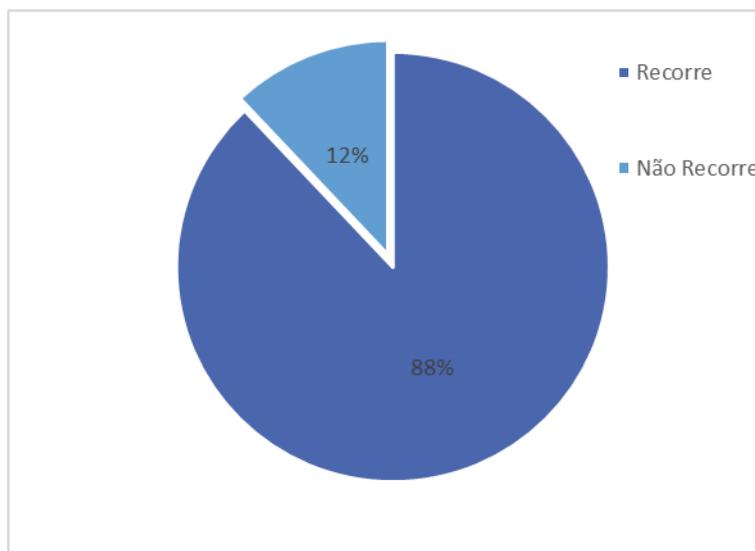
No que diz respeito à frequência com que os respondentes recorrem à unidade de saúde oral do SAMS, os resultados demonstram que 38% dos inquiridos recorre a esta unidade uma a três por ano e 30% refere dirigir-se à unidade de quatro a seis vezes por ano.

Apenas 15% dos inquiridos afirma ir à unidade de saúde oral dos SAMS sete a nove vezes por ano e 17% refere que vai 10 ou mais vezes (Figura 14). O resultado permite-nos referir que existe tendência de repetição da frequência de utilização da unidade de saúde oral dos SAMS.

Figura 14 – Frequência que os Inquiridos recorrem à Unidade de Saúde Oral dos SAMS



Quando questionados se numa situação de necessidade de cuidados de saúde oral recorrem sempre à unidade de saúde oral do SAMS, constata-se que grande parte dos inquiridos respondeu afirmativamente (88%) (Figura 15).

Figura 15 – Recorrência exclusiva à unidade de saúde oral dos SAMS

Não se encontrou qualquer relação entre a frequência com que os clientes vêm à unidade de saúde oral em análise e as dimensões do ECSI, confiança e compromisso, ou seja, o facto de os clientes recorrerem com mais frequência à unidade de saúde oral dos SAMS não tem qualquer relação com a sua satisfação (nas suas diversas dimensões), confiança e compromisso para com esta unidade (Tabela 7).

Tabela 7 – Matriz de correlações entre a frequência com que os clientes recorrem à unidade de saúde oral dos SAMS e as dimensões do ECSI, Confiança e Compromisso

	Com que frequência tem vindo à unidade de saúde oral?
Imagem	-.041
Expectativas	.004
Qualidade	.025
Valor	.037
Satisfação	.062
Reclamações	-.019
Lealdade	.078
Confiança	.098
Compromisso	.028
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).	

5. Conclusão

Este estudo considerou como objetivo principal a avaliação da satisfação e fidelização dos clientes da unidade de saúde oral dos SAMS, através da análise das dimensões da satisfação do cliente do modelo ECSI (Índice Europeu de Satisfação do Cliente), a confiança e o compromisso, assim como a frequência com que recorrem à unidade em análise.

Para as instituições de saúde que têm nos seus clientes a principal fonte de rendimento cabe aos gestores antecipar as expectativas dos clientes e as suas necessidades. Ao ter conhecimento das variáveis comportamentais identificadas, podem definir estratégias, para melhorar as avaliações feitas pelos seus clientes.

Os clientes, através das suas perceções, indicam os pontos frágeis da unidade de saúde oral, que os gestores devem de interpretar como oportunidades de melhoria, gerando vantagem e melhorando o serviço ao cliente. Conhecer o seu perfil, as suas necessidades específicas e o que valorizam é o caminho para a fidelização de clientes.

Após a análise dos dados, concluímos que, em caso de necessidade de cuidados de saúde oral a maior parte dos respondentes afirma recorrer à unidade de saúde oral dos SAMS, o que reforça a sua satisfação e, ao mesmo tempo, a sua fidelização com esta unidade de saúde. A satisfação do cliente está associada às expectativas que este tem face ao produto, neste caso pelo serviço da unidade de saúde oral, pelo que se estas forem defraudadas e não provocarem uma sensação de prazer, o cliente não fica satisfeito mas sim insatisfeito. Neste caso, e pelas médias de respostas em cada dimensão da escala ECSI, confiança e compromisso, pode dizer-se que os utentes estão satisfeitos, pois quando necessitam de serviços no âmbito da saúde oral é a esta unidade de saúde que recorrem.

Relativamente à frequência com que os respondentes recorrem à unidade de saúde oral do SAMS, os resultados demonstram que 38% dos inquiridos recorre à unidade de saúde oral uma a três por ano e 30% refere dirigir-se à unidade de saúde quatro a seis vezes por ano. Estes resultados confirmam os resultados obtidos anteriormente em relação à necessidade de recorrer à unidade de saúde oral. E de facto, os utentes que participaram no estudo utilizam frequentemente os serviços da unidade de saúde em

estudo, sendo a satisfação um indicador da *performance* ou desempenho da própria organização e um estímulo a lealdade do cliente, havendo o compromisso para a reutilização ou reaquisição do produto.

A média global do *score* de satisfação situa a satisfação num nível bastante elevado. E os resultados obtidos revelam que os utentes recorrem frequentemente a esta unidade de saúde oral, o que também é indicativo de que são utentes fiéis a esta instituição de saúde. Os consumidores satisfeitos com o serviço manifestam intenções de continuidade com o mesmo, a longo ou médio prazo.

Na área da saúde a satisfação do cliente é essencial, já que são imensas as instituições que proporcionam e disponibilizam serviços semelhantes e assim, melhorar a qualidade dos seus serviços, bem como satisfazer as necessidades dos utentes torna-se um fator decisivo para a lealdade dos mesmos.

Na unidade de saúde oral dos SAMS, pelas suas características, ou seja, pelo modelo de participações a beneficiários dos SAMS, torna-se vantajoso recorrerem a esta unidade. Para além destes benefícios para os beneficiários dos SAMS, a fidelização de clientes acarreta outras vantagens, e estas passam pela proximidade com os prestadores de serviços, a poupança de tempo, o tratamento especial, a confiança, o saber o que esperam e o aumento de satisfação.

No entanto, mesmo com elevado grau de satisfação dos respondentes, existem na unidade de saúde oral dos SAMS possibilidades de melhoria e de crescimento. As reclamações são um ponto fraco da unidade, apesar de, pelo questionário não ser perceptível o motivo do descontentamento. Sugere-se que a gestão de reclamações seja o ponto de partida, ao diagnosticar, analisar e resolver os problemas expostos pelos clientes, a unidade está a crescer e a aproximar-se dos seus clientes. A identificação da origem das reclamações deverá merecer a atenção e preocupação de toda a estrutura organizacional.

Perante o contexto atual, verifica-se uma elevada competitividade entre as empresas, torna-se imprescindível que as empresas consigam fidelizar os seus clientes promovendo, deste modo, a sua continuidade e crescimento.

Este estudo pretende ser um pequeno contributo para a gestão dos serviços de saúde, pois este tipo de investigação permitirá aos gestores direccionar as estratégias para as áreas de maior importância na percepção dos clientes.

Com o objetivo de indicar possíveis investigações futuras, importa indicar algumas limitações encontradas ao longo do estudo.

O ECSI é um modelo de análise reconhecido internacionalmente, contudo, ainda pouco aplicado em contexto português ao setor privado da saúde e ainda não aplicado ao setor da saúde oral, não permitindo a comparação de resultados. Com a aplicação do modelo do ECSI não foi possível diferenciar, o grau de satisfação dos clientes nas subespecialidades da unidade de saúde oral.

Estas limitações deverão ser entendidas como oportunidades de melhoria e poderão tornar-se o objetivo de futuras investigações.

6. Referências Bibliográficas

- Afonso, N. 2005. *Investigação Naturalista em Educação: Guia prático e crítico*. Porto: Asa Editores.
- Alberto, S. 2011. *Fidelização de Clientes na Distribuição Moderna*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.
- Alexander, N., & Colgate, M. 2000. Retail Financial Services: Transaction to Relationship Marketing. *European Journal of Marketing*, 34 (8): 938-953.
- Almeida, J., & Pinto, J. 1995. *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Almeida, L., & Freire, T. 2000. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Marketing Association. 2008. *New Definition For Marketing*. Chicago: AMA.
- Andaleeb, S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. 2007. Patient with health service in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273.
- Anderson, E., & Fornell, C. 1994. A Customer Satisfaction Research Prospectus - The Customer's Voice. In R. Rust & R. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*: 241-268. London: Sage Publications, Inc.
- Anderson, E., Fornell, C., & Lehmann, D. 1994. Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings From Sweden. *Journal of Marketing*, 58 (3): 53-66.
- Anderson, E., & Sullivan, M. 1993. The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, 12 (2): 125-143.
- Arasli, H., MehtapSmadi, S., & Katircioglu, S. 2005. A comparison of service quality in the banking industry: Some evidence from Turkish – and Greek – speaking areas in Cyprus. *International Journal of Bank Marketing*, 23 (7): 508-526.
- Aurier, P., & Evrard, Y. 1998. The influence of emotions on satisfaction with movie consumption. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 7: 119-126.
- Backer, T., Simpson, P., & Siguaw, J. 1999. The Impact of Suppliers' Perceptions of Reseller Market Orientation on Key Relationship Constructs. *Journal of Marketing Science*, 27 (1): 50-57.
- Bejou, D. 1997. Relationship Marketing: Evolution, Present State and Future. *Psychology and Marketing*, 14 (8): 727-736.
- Bell, J. 2004. *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

- Berry, L. (1983). Relationship Marketing. In AMA (Ed.), *Emerging Perspectives in Services Marketing*: 25-28. Chicago, Illinois: American Marketing Association.
- Berry, L. 1995. Relationship Marketing of Services – growing interest, emerging, perspectives. *Academy of Marketing Science*, 23 (4): 236-245..
- Bogmann, I. 2000. *Marketing de relacionamento: estratégias de fidelização e suas implicações financeiras*. São Paulo: Nobel.
- Brady, M., & Cronin, J. 2001. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65 (3): 34-49.
- Brito, C., & Lencastre, P. 2000. *Os Horizontes do Marketing*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Brito, C., & Ramos, C. 2000. *Comércio electrónico: relação com parceiros de Negócio*. Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação.
- Cabral, L. 2007. *Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos factores críticos de sucesso e a escala SERVQUAL*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- Cadotte, E., Woodruff, R., & Jenkins, R. 1987. Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 24 (3): 305-314.
- Caetano, J., & Rasquilha, L. 2010. *Gestão de Marketing*. Lisboa: Escolar Editora.
- Carmo, H., & Ferreira, M. 2008. *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cervo, A., & Bervian, P. 2002. *Metodologia científica*. São Paulo: Prentice Hall.
- Chang, K. 1998. *A Systems View of Quality in Fitness Services: Development of a Model and Scales*. Ohio: The Ohio State University.
- Chartered Institute of Marketing. 2009. *Marketing and the 7P's it's works*. United Kingdom: CIM Publications.
- Churchil, G., & Surprenant, C. 1982. An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19: 491-504.
- Clark, R. 1996. *The Customer Loyalty Report*. United Kingdom: SJB Services.
- Clerffeuille, F., Poubanne, Y., Vakrilova, M., & Petrova, G. 2008. Evaluation of consumer satisfaction using the tetra-class model. *Research and Administrative Pharmacy*, 4: 258-271.
- Cronin, J., & Taylor, S. 1992. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56 (3): 55-68.
- Cronin, J., & Taylor, S. 1994. SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perception-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58: 125-131.

- Coutinho, C., & Chaves, J. 2002. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15 (1): 221-243.
- Czepiel, J., & Rosenberg, L. 1973. *Consumer Satisfaction: Concept and Measurement*. Working Paper. New York: New York University.
- Day, R. 1977. Toward a Process Model of Consumer Satisfaction. In H. Hunt (Ed.), *Conceptualisation and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*: 153-186. Cambridge: Marketing Science Institute.
- Day, R., Hunt, H., & Keith, H. 1979. *New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington: Indiana University.
- Deming, W. 1982. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- Deming, W. 2000. *Out of the crisis*. Massachusetts, Cambridge: MIT; CAES.
- Dick, A., & Basu, K. 1994. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22 (2): 99-113.
- Dionísio, P., Faria, H., Rodrigues, J., Canhoto, R., & Nunes, R. 2009. *B-Mercator Blended Marketing*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Donabedian, A. 1986. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública de Mexico*, 29: 324-327.
- Donabedian, A. 1990. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico*, 32: 113-117.
- Dowling, G., & Uncles, M. 1997. Do customer loyalty programs really work? *Sloan Management Review*, 38: 71-82.
- Evrard, Y. 1993. La Satisfaction des Consommateurs: État des Recherches. *Revue Française du Marketing*, 144-145 (4-5): 53-66.
- Feigenbaum, A. 1991. *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- Fernandes, A. 2000. *Qualidade de Serviço – Pela Gestão Estratégica*. Cascais: Pergaminho.
- Ferreira, A. 2001. *Qualidade, Satisfação e Fidelização de Clientes em Centros de Fitness*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Ferreira, P. 1991. Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33: 93-112.
- Field, A. 2005. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.

- Firmino, C. 2011. **Reclamações: A sua importância nas Unidades de Saúde Privadas. Um estudo de caso.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Fonseca, C. 2008. Como definir uma população de estudo e como seleccionar uma amostra? In Médicos de Medicina Geral e Familiar (Ed.), **Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica:** 50-54. Lisboa: Núcleo de Investigação da APMCG.
- Ford, D. 2002. **Understanding Business Marketing and Purchasing: an Interaction Approach.** London: Thomson Learning.
- Fortin, M. 2003. **O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização.** Loures: Lusociência.
- Fortin, M. 2009. **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusociência.
- Fox, J. 2010. **How To Get To The Top.** United Kingdom: Ebury Press.
- Fragata, J. 2006. Conceito de qualidade em saúde. In P. Barros, J. Fragata, S. Santos, S. Ferreira, M. Bilbao, I. Fragata & M. França (Eds.), **Risco Clínico: complexidade e performance:** 25-37. Coimbra: Almedina.
- Fragata, J. 2011. **Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática,** Lisboa: Lide – Edições Técnicas, Ld.^a.
- Frederico, E. 2008. O que é Marketing? **AntennaWeb**, 4: 1-8.
- Ganesh, J., Arnold, M., & Reynolds, K. 2000. Understanding the customer base of service providers: an examination of the differences between switchers and stayers. **Journal of Marketing**, 64: 65-87.
- Garvin, D. 1987. Competing on The Eight Dimensions of Quality. **Harvard Business Review**, 86/87: 101-109.
- Giese, J., & Cote, A. 2000. Defining Consumer Satisfaction. **Academy of Marketing Science Review**, 1 (1): 1-34.
- Gil, A. 1993. **Como Elaborar Projectos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas.
- Gomes, P. 2004. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, (2): 6-18.
- Gonçalves, H. 2005. **Satisfação do cliente com os atributos: definição, mensuração e validação.** Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.
- Gonçalves, J. 2010. **Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento.** Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- Graham, P. 1993. *Marketing's Domain: a critical review of the development of the marketing concept*. NZ: Marketing Bulletin.
- Grönroos, C. 1994. From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing. *Management Decision*, 32 (2): 4-20.
- Grönroos, C. 2000. *Service Management and Marketing - A Customer Relationship Management Approach*. Baffins Lane, Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Gunther, H. 2006. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2): 201-210.
- Halstead, D. 1989. Expectations and Disconfirmation Beliefs as Predictors of Consumer Satisfaction, Repurchase Intention, and Complaining Behavior: An Empirical Study. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 2 (1): 17-21.
- Hart, C., & Johnson, M. 1999. *Marketing management*. Chicago: American Marketing Association.
- Hesbeen, W. 2001. *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Howard, J., & Sheth, J. 1969. *The Theory of Buyer Behavior*. NY: John Wiley and Sons.
- Huete, L. 1998. *Serviços & lucro*. Lisboa: Edições AESE.
- Hunt, H., & Keith, H. 1977. CS/D-Overview and Future Research Directions. In H. Hunt (Ed.), *Conceptualisation and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*: 455-489. Cambridge: Marketing Science Institute.
- IBM Corporation. 2013. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Imperatori, E. 1999. *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.
- Johnston, R. 2001. Linking Complaint Management to Profit. *International Journal of Service Industry Management*, 12 (1): 60-69.
- Jones, M., Mothersbaugh, D., & Beatty, S. 2000. Switching Barriers and Repurchase Intentions in Services. *Journal of Retailing*, 76 (2): 259-275.
- Jones, T., & Sasser, W. 1995. Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*, 73: 88-100.
- Kandampully, J., & Duddy, R. 1999. Relationship Marketing: a Concept beyond the Primary Relationship. *Marketing Intelligence & Planning*, 17 (7): 315-323.
- Kasper, H., Helsdingen, P., & Gabbott, M. 2006. *Services Marketing Management: A Strategic Perspective*. England: John Wiley & Sons, Ltd.

- Kotler, P. 1995. *Administração de Marketing: Análise, Planejamento, Implementação e Controle*. São Paulo: Atlas.
- Kotler, P. 2000. *Marketing management*. Harlow: Prentice Hall.
- Kotler, P. 2004. *Marketing Lateral*. São Paulo: Editora Campos.
- Kotler, P. 2011. *Marketing 3.0*. Lisboa: Actual Editora.
- Kumar, V., & Reinartz, J. 2006. *Customer Relationships Management: A Databased Approach*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Lambin, J. 2000. *Marketing Estratégico*. Amadora: Editora Mc Graw Hill.
- LeBoeuf, M. 1996. *Como conquistar clientes e mantê-los para sempre*. São Paulo: Harbra.
- Lee, M., & Yom, Y. (2007). A comparative study of patients and nurses perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (4), 545-555.
- Leitão, A., Mekbekian, G., Santos, M., Silva, M., & Souza, R. 1993-1994. *Sistema de Gestão da Qualidade para Empresas Construtoras. Centro de Tecnologia de Edificações (CTE)*. São Paulo: SEBRAE SINDUSCON.
- Lewis, B., & Soureli, M. (2006). The Antecedents of Consumer Loyalty in Retail Banking. *Journal of Consumer Behaviour*, 5, 15-31.
- Llosa, S. 1996. *Contribution à l'Étude de la Satisfaction dans les Services*. Marseille: Université d'Économie, et des Sciences d'Aix-Marseille.
- Lopes, H. 2007. *Medição da Percepção da Qualidade de Serviço. Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde*. Évora: Universidade de Évora.
- Marques, A. 2014. *Marketing Relacional: como transformar a fidelização de clientes numa vantagem competitiva*. 2.^a Edição, Lisboa: Edições Sílabo
- Marques, T. 2010. *Da Qualidade à Satisfação do Utente. Serviço de Colheitas de Sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Martins, E. 2006. *Marketing Relacional na Banca-A Fidelização e a Venda Cruzada*. Porto: Vida Económica.
- Meidan, A. 1996. *Marketing Finacial Services*. Londres: MacMillan Press.
- Meirinhos, M., & Osório, A. 2010. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, 2 (2): 49-65.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.

- Miranda, C. 2007. *Qualidade do Serviço e Satisfação do Cliente. O Caso Vodafone*. Porto: Universidade Católica Portuguesa; Centro Regional do Porto.
- Morgan, R., & Hunt, S. 1994. The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58: 20-38.
- Olalde, M. 2008. *Escala SERVQUAL: validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de enfermagem, segundo a percepção de pacientes hospitalizados*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Oliver, R. 1980. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17 (4): 460-469.
- Oliver, R. 1992. An Investigation of the Attribute Basis of Emotion and Related Affects in Consumption: Suggestions for a Stage-Specific Satisfaction Framework. *Advances in Consumer Research*, 19 (2): 237-244.
- Oliver, R. 1993. Cognitive, Affective and Attribute Bases of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research*, 20 (3): 418-430.
- Oliver, R. 1997. *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. New York: Irwin/ McGraw-Hill.
- Oliver, R. 1999. Whence Consumer Loyalty?. *Journal of Marketing*, 63: 33-44.
- Ovretveit, J. 1996. *La qualità nel Servizio Sanitario*. Napoli: EdiSES.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49: 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. 1988. Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64: 12-40.
- Patel, F. (2010). *Basic Functions of Marketing*.
- Patterson, P., Johnson, L., & Spreng, R. 1997. Modelling the Determinants of Customer Satisfaction for Business-to-Business Professional Services. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25 (1): 4-17.
- Patterson: & Ward, T. 2000. Relationship marketing and management. In T. Swartz & D. Iacobucci (Eds.), *Handbook of services marketing and management*. Thousand Oaks: Sage.
- Pereira, L. 2003. Qualidade: ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7: 3-8.
- Peterson, R., & Wilson, W. 1992. Measuring Customer Satisfaction: Fact and Artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 20 (1): 61-71.
- Pfaff, B. 1972. An Index of Consumer Satisfaction. *Proceedings of the Third Annual Conference. Association for Consumer Research*, 3 (1): 713-737.

- Piqueras, J. 2003. *La Formación de la Satisfacción / Insatisfacción del Consumidor*. Valencia: Universitat de Valencia, Facultad de Economía.
- Pires, A. 2012. *Sistemas de Gestão da Qualidade - Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pisco, L. 2001. Perspetivas sobre a Qualidade em Saúde. *Qualidade em Saúde*, 5: 4-6.
- Polít, D., Beck, C., & Hungler, B. 2004. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. São Paulo: Artmed Editora.
- Pontinha, C. 2011. *Satisfação dos Utentes face à Prestação de Cuidados de Saúde*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Porto Editora 1998. *Enciclopédia Internacional de Marketing*. Porto: Porto Editora.
- Priluck, R. 2003. Relationship Marketing Can Mitigate Product and Service Failures. *Journal of Services Marketing*, 17 (1): 37-52.
- Quinto Neto, A. 2000. *Processo de acreditação: A busca da qualidade nas organizações de saúde*. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. 2005. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Reichheld, F., & Sasser, W. 1990. Zero defections: quality comes to services. *Harvard Business Review*, 68: 105-11.
- Rodrigues, P. 2012. *Influência Da Experiência Da Marca Na Satisfação E Na Lealdade De Clientes*. Porto: IPAM.
- Rodrigues, S. 2010. *Avaliação da satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Évora/Lisboa: Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Lisboa.
- Roemer, M., & Aguilar, C. 1988. *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Genebra: Organización Mundial da Saúde.
- Rosário, A. 2010. *O tratamento das reclamações e a recuperação de clientes: um estudo longitudinal no call center do Millennium BCP*. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Rossi, C., & Slongo, L. 1998. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. *Revista Administração Contemporânea*, 2 (1): 101-125.
- Rust, R., & Oliver, R. 1994. *Service Quality*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Rust, R., & Zahorik, A. 1993. Customer satisfaction, customer retention and market share. *Journal of Retailing*, 69: 193-215.

- Rust, R., Zahorik, A., & Keiningham, T. 1996. *Readings in service marketing*. New York: Harper Collins College Publishers.
- Saias, L. 2007. *Marketing de serviço: qualidade e fidelização de clientes*. Lisboa: Universidade Católica.
- Serapioni, M. 1999. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. *Saúde em Debate*, 53: 81-92.
- Silva, A. 2014. *Relação entre a Satisfação e a Lealdade nos Clientes do Pingo Doce*. Aveiro: Escola Superior de Aveiro.
- Singh, J. 1988. Consumer Complaint Intentions and Behavior: Definitional and Taxonomical Issues. *Journal of Marketing*, 52 (1): 93-107.
- Skogland, I., & Siguaw, J. 2004. Are Your Satisfied customers loyal? *Cornel University*, 45: 221-234.
- Smith, A., & Bolton, R. 2002. The Effect of Consumers: Emotional Responses to Service Failures on Their Recovery Effort Evaluations and Satisfaction Judgments. *Journal of Academy of Marketing Science*, 30 (1): 5-24.
- Sofianti, T., Suryadi, K., Govindaraju, R., & Prihartono, B. 2010. Customer knowledge co-creation process in new product development. *Proceedings of the World Congress on Engineering*, I: 335-340.
- Somasundaram, T. 1993. Consumer Reaction to Product Failure: Impact of Product Involvement and Knowledge. *Advances in Consumer Research*, 20 (1): 215-218.
- Sousa, F. 2011. *Satisfação de Clientes – O Caso de Uma Empresa Industrial*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Sousa, J. 2014. *Ferramenta para a avaliação da satisfação de utentes de unidades em saúde*. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Sousa, M., & Baptista, C. 2011. *Como fazer investigações, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel.
- Stegemann, N. 2002. *Loyalty Programs in Australia: Who is in Bed with Whom?* 18th Annual International Research Conference on Industrial Marketing and Purchasing Dijon: International Research Conference on Industrial Marketing and Purchasing.
- Suda, E., Uemura, M., & Velasco, E. 2009. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (2): 126-31.
- Teo, T., & Lim, V. 2001. The Effects of Perceived Justice on Satisfaction and Behavioral Intentions: The Case of Computer Purchase. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 29 (2): 109-124.

- Thomas, J. 2001. A Methodology for Linking Customer Acquisition to Consumer Retention. *Journal of Marketing Research*, 38 (2): 262-268.
- Tuckman, B. 2000. *Manual de Investigação em Educação*. Braga: Universidade do Minho; Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turato, E. 2003. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Vavra, T. 1993. *Marketing de relacionamento: After-Marketing*. São Paulo: Atlas.
- Víctora, C., Knauth, D., & Hassen, M. 2000. *Pesquisa Qualitativa em Saúde – Uma Introdução ao Tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Vilares, M. J.; Coelho, P. S. 2011. *Satisfação e Lealdade do Cliente: Metodologias de Avaliação, Gestão e Análise*, 2ª edição Lisboa: Escolar Editora.
- Westbrook, R. 1987. Product/Consumption-Based Affective Responses and Post Purchase Processes. *Journal of Marketing Research*, 24 (3): 258-270.
- Westbrook, R., & Oliver, R. 1991. The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 18 (1): 84-91.
- Westbrook, R., & Reilly, M. 1983. Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction. In R. Bagozzi & A. Tybout (Eds.), *Advances in Consumer Research*: 256-261. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research.
- Wirtz, J., & Mattila, A. 2001. Exploring The Role of Alternative Perceived Performance Measures and Needs-Congruency in The Consumer Satisfaction Process. *Journal of Consumer Psychology*, 11 (3): 181-192.
- Woodruff, R. 1997. Customer Value: The Next Source for Competitive Advantage. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25 (2): 139-153.
- Yi, Y. 1990. A Critical Review of Consumer Satisfaction. *AMA*, 68-123.
- Yijksel, A., & Yüksel, F. 2002. Measurement of tourist satisfaction with restaurant services: A segment – based approach. *Journal of Vacation Marketing*, 9 (1): 52-68.
- Zeithaml, V. 1988. Consumers perceptions of price, quality and value. *Journal of Marketing*, 52: 2-22.
- Zeithaml, V., Berry, L., & Parasuraman, A. 1996. The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60: 31-46.
- Zeithaml, V., & Bitner, M. 2000. *Services Marketing*. New York: McGraw Hill.

- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. 1985. A conceptual model of services quality and its implication for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4): 41-50.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. 1990. *Delivering Service Quality: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
- ECSI Portugal (2010).
<http://www.ecsiportugal.pt/metodologia-e-modelo/modelo-de-satisfacao-do-cliente/>
- Instituto Português de Qualidade 2005. *NO EN ISSO 9000: 2005 – Sistemas de gestão da qualidade. Fundamentos e Vocabulário*. Disponível em: http://www.cipef.pt/qualidade/LEGISLA%C3%87%C3%82O-%20CIRCULARES-NORMAS/Normas%20-%20desp/NPENISO009000_2005.pdf. [Consultado em 22/12/2016].
- Longo, R. 1996. *Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação*. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf. [Consultado em 15/12/2016].
- Moutella, C. 2002. *Fidelização de Clientes como diferencial Competitivo*. Disponível em: <http://pecademissaoevatrabalhar.files.wordpress.com/2007/08/curso-fidelizacao.doc>. [Consultado em 30/12/2016].
- Pinto, R. 2015. *Excelência em serviços: o valor percebido pelo cliente*. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/rcger/article/viewFile/2714/2579>. [Consultado em 31/12/2016].
- Reis, A., & Frota, M. (n.d.). *Guia básico para a elaboração do projeto de pesquisa*. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/cpinfo/educacao/docs/06a.pdf>. [Consultado em 30/12/2016].
- Santos, T.2011. Qualidade e Satisfação: o “motor” de sucesso das organizações. *Revista Dentistry Negócios*. Disponível em: <http://hi-tec.com.pt/pdf/dentistry-negocios.pdf>. [Consultado em 15/12/2016].

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados

Questionário

Exmo. Sr. (ª),

Sou aluna do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE – Business School – Instituto Universitário de Lisboa e encontro-me a realizar a Tese de Mestrado. Este estudo procura analisar a relação entre as variáveis que constroem a satisfação do cliente e a frequência com que este recorre à Unidade de Saúde Oral dos SAMS.

De forma a poder concretizar esta investigação necessito da sua colaboração no preenchimento deste questionário.

As respostas a este questionário são anónimas e confidenciais.

Para que este estudo seja pertinente e fiel à realidade, solicito que responda com rigor e sinceridade às questões colocadas.

Muito Obrigada.

1. Classifique a Unidade de Saúde Oral dos SAMS relativamente aos seguintes aspectos:

Indique numa escala de 1 a 10 (1=Discordo totalmente; 10=Concordo Plenamente)

1. A Unidade de Saúde Oral dos SAMS é de confiança no que diz e faz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. A Unidade de Saúde Oral dos SAMS é estável e bem implantado no mercado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Assume um compromisso positivo para a Sociedade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Preocupa-se com os seus beneficiários clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. A Unidade de Saúde Oral dos SAMS é inovadora e virada para o futuro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Tenho uma elevada expectativa pela qualidade global da Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Espero que a Unidade de Saúde Oral dos SAMS me ofereça serviços que satisfaçam as minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espero uma elevada fiabilidade dos serviços prestados na Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Considero que os serviços prestados na Unidade de Saúde Oral dos SAMS possuem elevada qualidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Considero que oferece serviços de qualidade superior às dos seus concorrentes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Oferece um atendimento e serviço ao beneficiário cliente de qualidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Oferece acessibilidade a produtos e serviços por via das novas tecnologias.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Acredito na fiabilidade dos serviços oferecidos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Oferece diversidade dos seus produtos e serviços.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Fornece com clareza e transparência a informação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Está muito bem localizada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. O preço pago está de acordo com a qualidade oferecida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. A qualidade dos produtos e serviços está de acordo com o preço pago.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Estou completamente satisfeito com a Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. A Unidade de Saúde Oral dos SAMS supera as minhas expectativas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. É a Unidade de Saúde Oral ideal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Se já reclamou, a sua última reclamação foi resolvida com brevidade?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Se nunca reclamou, considera que se reclamasse seria bem tratado e resolvida a situação com rapidez?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Intenciono manter-me cliente da Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Sou sensível ao preço.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Recomendo os produtos e serviços da Unidade de Saúde Oral dos SAMS aos meus amigos e familiares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Sinto que posso confiar na Unidade de Saúde Oral dos SAMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras na Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Tem em atenção os meus melhores interesses.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Sinto-me emocionalmente ligado à Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Sinto que tenho um compromisso com a Unidade de Saúde Oral dos SAMS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. A minha relação com a Unidade de Saúde Oral dos SAMS tem um significado pessoal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V.S.F.F. →

2. Idade _____

3. Sexo

Feminino
 Masculino

4. Grau de escolaridade

Sem escolaridade
 1º Ciclo
 2º Ciclo

3º Ciclo
 Secundário
 Superior

5. Estado civil

Solteiro (nunca casou)
 Casado
 Divorciado | Separado
 Viúvo

6. Profissão

Estudante
 Quadros Sup. da Adm. Pública, Dir. e Quadros Sup. de Empresas
 Técnicos e profissionais de nível intermédio
 Pessoal administrativo e similares
 Pessoal dos serviços e vendedores
 Profissões não qualificadas
 Forças Armadas
 Doméstica
 Desempregado
 Reformado
 Outra: _____

7. Número de elementos do agregado familiar _____

8. Qual(ais) o(s) seu(s) sistema(s) de saúde? Com que frequência utiliza cada um?

Classifique a frequência de utilização de cada sistema de saúde numa escala de 1 a 5 (1=nunca; 2=raramente; 3=por vezes; 4=quase sempre; 5=sempre)

Beneficiário SAMS	<input type="checkbox"/>	→	1	2	3	4	5
Ascendente Descendente SAMS	<input type="checkbox"/>	→	1	2	3	4	5
Seguro de Saúde	<input type="checkbox"/>	→	1	2	3	4	5
Particular	<input type="checkbox"/>	→	1	2	3	4	5
Outro	<input type="checkbox"/>	→	1	2	3	4	5
Qual? _____							

9. Com que frequência tem vindo à Unidade de Saúde Oral dos SAMS?

De 1 a 3 vezes por ano
 De 4 a 6 vezes por ano
 De 7 a 9 vezes por ano
 De 10 ou mais vezes por ano

10. Em situação de necessidade de cuidados de Saúde Oral, recorre sempre à Unidade de Saúde Oral dos SAMS?

SIM
 NÃO

Obrigada pela sua Participação.

Anexo II – Médias por dimensão

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Imagem		
A Unidade de Saúde Oral dos SAMS e de confiança no que diz e faz	7.96	1.87
A Unidade de Saúde Oral dos SAMS é estável e bem implantado no mercado	7.78	1.78
Assume um compromisso positivo para a Sociedade	7.80	1.77
Preocupa-se com os seus beneficiários clientes	7.68	1.89
A Unidade de Saúde Oral dos SAMS é inovadora e virada para o futuro	7.77	1.77
Expectativas		
Tenho uma elevada expectativa pela qualidade global da Unidade de Saúde Oral dos SAMS	7.74	1.88
Espero que a Unidade de Saúde Oral dos SAMS me ofereça serviços que satisfaçam as minhas necessidades	8.38	1.68
Espero uma elevada fiabilidade dos serviços prestados na Unidade de Saúde Oral dos SAMS	8.27	1.77
Qualidade		
Considero que os serviços prestados na Unidade de Saúde Oral dos SAMS possuem elevada qualidade	7.85	1.80
Considero que oferece serviços de qualidade superior às dos seus concorrentes	7.37	1.97
Oferece um atendimento e serviço ao beneficiário cliente de qualidade	7.57	1.91
Oferece acessibilidade a produtos e serviços por via das novas tecnologias	7.60	1.80
Acredito na fiabilidade dos serviços oferecidos	7.82	1.77
Oferece diversidade dos seus produtos e serviços	7.90	1.65
Fornecer com clareza e transparência a informação	7.60	1.83
Esta muito bem localizada	8.34	1.60
Valor		
O preço pago está de acordo com a qualidade oferecida	7.83	1.80
A qualidade dos produtos e serviços esta de acordo com o preço pago	7.73	1.81
Satisfação		
Estou completamente satisfeito com a Unidade de Saúde Oral dos SAMS	7.67	2.02
Unidade de Saúde Oral dos SAMS supera as minhas expectativas	7.15	2.00
É a Unidade de Saúde Oral ideal	7.06	1.96
Reclamação		
Se já reclamou, a sua última reclamação foi resolvida com brevidade?	6.36	2.50
Se nunca reclamou, considera que se reclamasse seria bem tratado e resolvida a situação com rapidez	7.38	1.97
Lealdade		
Intenciono manter-me cliente da Unidade de Saúde Oral dos SAMS	8.01	2.12
Recomendo os produtos e serviços da Unidade de Saúde Oral dos SAMS aos meus amigos e familiares	7.99	1.83
Sou sensível ao preço	7.80	2.10
Confiança		
Sinto que posso confiar na Unidade de Saúde Oral dos SAMS	7.88	1.94
Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras na Unidade de Saúde Oral dos SAMS	7.77	1.96
Tem em atenção os meus melhores interesses	7.48	1.96
Compromisso		
Sinto-me emocionalmente ligado à Unidade de Saúde Oral dos SAMS	6.59	2.49
Sinto que tenho um compromisso com a Unidade de Saúde Oral dos SAMS	6.51	2.46
A minha relação com a Unidade de Saúde Oral dos SAMS tem um significado pessoal	6.46	2.58

Anexo III – Teste t

Group Statistics					
	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Imagem	Feminino	143	7.7776	1.61509	.13506
	Masculino	117	7.8239	1.61953	.14973
Expectativas	Feminino	143	8.1096	1.68477	.14089
	Masculino	117	8.1567	1.62628	.15035
Qualidade	Feminino	143	7.6888	1.52473	.12750
	Masculino	117	7.8419	1.50523	.13916
Valor	Feminino	143	7.6049	1.80848	.15123
	Masculino	117	8.0000	1.65701	.15319
Satisfacao	Feminino	143	7.1678	1.89178	.15820
	Masculino	117	7.4416	1.87739	.17356
Reclamacoes	Feminino	143	7.0385	2.10973	.17642
	Masculino	117	7.4316	2.06459	.19087
Lealdade	Feminino	143	7.8601	1.87747	.15700
	Masculino	117	8.0228	1.78367	.16490
Confianca	Feminino	143	7.6503	1.89197	.15821
	Masculino	117	7.7778	1.89727	.17540
Compromisso	Feminino	143	6.2634	2.36261	.19757
	Masculino	117	6.8348	2.50999	.23205

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tail)	Mean Diff.	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference		
									Lower	Upper	
Imagem	Equal variances assumed	.031	.859	-.230	258	.818	-.04631	.20159	-.44327	.35065	
	Equal variances not assumed			-.230	247.640	.819	-.04631	.20164	-.44346	.35084	
Expectativas	Equal variances assumed	.520	.471	-.228	258	.820	-.04714	.20678	-.45432	.36005	
	Equal variances not assumed			-.229	251.038	.819	-.04714	.20604	-.45293	.35866	
Qualidade	Equal variances assumed	.016	.899	-.810	258	.419	-.15307	.18898	-.52522	.21908	
	Equal variances not assumed			-.811	249.103	.418	-.15307	.18874	-.52480	.21866	
Valor	Equal variances assumed	2.800	.095	-1.819	258	.070	-.39510	.21716	-.82273	.03252	
	Equal variances not assumed			-1.835	254.677	.068	-.39510	.21526	-.81903	.02882	
Satisfacao	Equal variances assumed	.005	.943	-1.165	258	.245	-.27376	.23502	-.73657	.18905	
	Equal variances not assumed			-1.166	248.624	.245	-.27376	.23484	-.73630	.18877	
Reclamacoes	Equal variances assumed	.002	.965	-1.509	258	.132	-.39316	.26048	-.90611	.11978	
	Equal variances not assumed			-1.513	249.883	.132	-.39316	.25992	-.90507	.11875	
Lealdade	Equal variances assumed	.272	.602	-.711	258	.478	-.16265	.22886	-.61333	.28802	
	Equal variances not assumed			-.714	252.280	.476	-.16265	.22769	-.61106	.28576	
Confianca	Equal variances assumed	.022	.883	-.540	258	.590	-.12743	.23615	-.59245	.33760	
	Equal variances not assumed			-.539	247.635	.590	-.12743	.23622	-.59268	.33782	
Compromisso	Equal variances assumed	.510	.476	-1.886	258	.060	-.57135	.30292	-1.16787	.02516	
	Equal variances not assumed			-1.875	241.477	.062	-.57135	.30476	-1.17169	.02898	