



Instituto Universitário de Lisboa

**IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS VETORES
ENVOLVIDOS NAS ESCOLHAS, NA FORMAÇÃO DE
QUALIDADE E NA FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ana Cristina Garcia de Abreu

**Projeto de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde**

Orientador:

Professor Doutor, Eduardo Baptista Correia, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão.

abril 2013

ANA CRISTINA GARCIA DE ABREU

IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS VETORES
ENVOLVIDOS NAS ESCOLHAS, NA FORMAÇÃO DE
QUALIDADE E NA FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

ISCTE

AGRADECIMENTOS

*"Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu."*

Fernando Pessoa

A realização desta dissertação marca uma importante etapa da minha vida e o fim de um desafio que há algum tempo decidi encarar. Gostaria de agradecer a todos aqueles que, de diversas formas, contribuíram para a sua concretização e fizeram parte da minha nesta vida nesta etapa.

Em primeiro lugar ao meu pai, irmão, avó e restante família pelo carinho que sempre me dedicaram, assim como à minha falecida mãe por tudo o que permanece.

Ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Correia, pelo seu conhecimento, apoio e pela motivação que me deu para a superação desta etapa. Neste sentido gostaria também de deixar o meu agradecimento à Professora Sofia Portela pela sua disponibilidade e ainda ao Professor Luís Martins, diretor do mestrado.

Agradeço aos meus colegas pelo seu companheirismo, e em especial ao meu colega e amigo Dr. Gabriel Pereira pelo seu apoio e boa disposição.

A toda a família Valadares, especialmente ao Nuno, pela sua dedicação incondicional, a todos momentos.

Finalmente a todos os meus verdadeiros amigos que me acompanham há longos anos e aos novos que chegaram nesta fase, simplesmente por estarem presentes na minha vida.

RESUMO

O marketing tem vindo a demonstrar-se ao longo dos anos como uma disciplina multidimensional com elevada importância e aplicabilidade nos serviços de saúde, enquanto mediador de melhorias contínuas centradas no paciente/cliente. Embora existam cada vez mais estudos e mais informação sobre aquilo que são os reais desejos e necessidades dos clientes dos serviços de saúde, perceber e medir como são feitas as suas escolhas, a sua avaliação da qualidade e da importância das várias ações tomadas pelos serviços com o objetivo da fidelização, continua a ser de importância fulcral para as organizações, não apenas pela sua relação com a satisfação, lealdade e consequente reputação do serviço, mas também pela sua influência na sustentabilidade financeira do mesmo, e ainda pelo seu contributo essencial para o planeamento estratégico da organização.

Com base numa extensa revisão bibliográfica, neste projeto foi desenvolvido um instrumento de recolha de dados no sentido de avaliar estas questões, na perspetiva dos clientes dos serviços de saúde, mais concretamente na área dos serviços dentários, que no caso de Portugal, se encontram maioritariamente privatizados.

A análise estatística dos dados permitiu retirar algumas conclusões quanto às preferências e à importância atribuída pelos sujeitos aquando da realização das suas escolhas e da avaliação das clínicas dentárias, seja no que se refere à qualidade, seja no que se refere às ações de fidelização tomadas por parte das mesmas.

Palavras-chave: marketing, serviços, saúde, avaliação.

JEL Classification System: I11; M31

ABSTRACT

Marketing has been showing up over the years as a multidimensional discipline with high importance and applicability in health services, as a mediator of continuous improvement focused on the patient/client. Although there are more and more studies and information about what are the real needs and desires of the clients of health services, perceive and measure how their choices are made, how they evaluate quality and how they consider the importance of the various actions taken by services with the goal of loyalty, remains vital for organizations, not only by its relationship with satisfaction, loyalty and consequently service reputation, but also by its influence on the financial sustainability of the same, and yet by their essential contribution to the strategic planning of the organization.

Based on an extensive literature review, this project has developed a tool for collecting data to assess these issues from the perspective of clients of health services, specifically in the area of dental services, which in the case of Portugal, are mainly privatized.

Statistical analysis of the collected data allowed to take some conclusions regarding client preferences in terms of their evaluation about the importance of many aspects on their choices, loyalty and perceived quality of dental clinics.

Keywords: marketing, services, health, evaluation.

JEL Classification System: I11; M31

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
I. SAÚDE ORAL EM PORTUGAL	3
I.1. Saúde oral da população	3
I.2. Saúde Oral no SNS	5
I.3. Sector privado dos serviços de saúde oral	7
I.4. Um sistema de saúde em mudança	9
I.5. Qualidade e Financiamento	10
II. HISTÓRIA DO MARKETING NA SAÚDE	12
III. MARKETING NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	16
III.1. Características dos serviços	16
III.2. Marketing <i>Mix</i> dos serviços	17
III.3. Orientação para o marketing	18
III.4. Especificidades dos serviços de saúde oral	21
IV. PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS	23
IV.1. O que é a qualidade nos serviços de saúde?	23
IV.2. Modelos de avaliação da qualidade	25
IV.2.1. Qualidade total percebida do serviço de Grönroos	25
IV.2.2. Modelo 4Q de oferta de qualidade de Gummesson	26
IV.2.3. Modelo Conceptual da Qualidade do Serviço ou Modelo dos Gaps	27
IV.2.4. Modelo e Instrumento de medida SERVPERF de Cronin e Taylor (1992)	29
IV.2.5. Modelo Perceção – Expectativa de Brown e Swartz (1989)	29
IV.2.6. Modelo de avaliação do serviço e do valor de Bolton e Drew (1991)	30
V. SATISFAÇÃO	32
V.1. O que é a satisfação?	32
V.2. Modelos conceituais de satisfação	33
V.2.1 Teoria da desconfirmação da expectativa de Oliver (1980)	34
V.2.2. Teoria da disparidade do valor percebido de Westbrook e Reilly (1983)	34
V.2.3. Teoria da atitude	35
V.2.4. Teoria da equidade de Fisk e Young (1985)	35
V.2.5 Teoria da realização	35

V.2.6. Teoria do nível de comparação _____	36
V.2.7. Teoria do Contraste de Sherif e Hovland (1961) _____	36
V.2.8. Modelo da Lacuna do Cliente desenvolvido de Zeithaml e Bitner (2003) _____	37
V.3. Relação entre qualidade e satisfação _____	37
V.4. Fidelização _____	40
V.5. Valor _____	41
VI. RELAÇÃO DO MARKETING COM A PERCEÇÃO DE QUALIDADE _____	44
VI.1 Determinantes da utilização dos serviços de saúde _____	44
VI.2. Vetores de avaliação da qualidade na perspetiva do cliente _____	45
VII. METODOLOGIA _____	48
VII.1. Instrumento de recolha de dados _____	48
VII.2. Seleção da amostra _____	50
VII.3. Procedimentos _____	51
VII.4. Validade e Fiabilidade _____	51
VIII. ANÁLISE DOS DADOS _____	55
VIII.1. Caracterização da amostra _____	55
VIII.2. Análise relativa ao número de visitas ao dentista/higienista oral _____	60
VIII.3. Análise relativa à posse de seguro de saúde oral _____	63
VIII.4. Análise relativa à escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados _____	66
VIII.5. Análise relativa à importância atribuída pelos inquiridos às várias componentes associadas à qualidade de uma clínica _____	69
VIII.6. Análise relativa à importância atribuída pelos inquiridos às ações que podem ser tomadas por parte de uma clínica no sentido de fidelizar os clientes _____	71
VIII.7. Análise correlacional das componentes avaliadas pelos inquiridos _____	73
VIII. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO _____	75
IX. BIBLIOGRAFIA _____	78
X. ANEXOS _____	91
X.1. Estabelecimentos de prestação de serviços de saúde oral _____	92
X.2. Questionário _____	93
X.3. Médias das respostas dadas pelos inquiridos _____	98

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população residente com 2 e mais anos de idade (%) por local de residência, sexo e consulta com técnico de saúde oral.....	3
Tabela 2 - População portuguesa com 2 ou mais anos de idade (%) que já alguma vez consultou um técnico de saúde oral, por sexo e grupo etário.....	4
Tabela 3 - Distribuição da população residente com 2 e mais anos de idade que consultou um técnico de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por local de residência e motivo de consulta	4
Tabela 4 - Consultas médicas (Nº) nos centros de saúde por localização geográfica e especialidade	7
Tabela 5 - Proporção de consultas privadas (2005)	8
Tabela 6 - Evolução do conceito de marketing nos últimos anos	14
Tabela 7 - Marketing <i>mix</i> dos serviços de saúde.....	17
Tabela 8 - Dimensões de avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspetiva do cliente	47
Tabela 9 - Dimensões de avaliação da qualidade dos serviços de saúde oral na perspetiva dos clientes.....	47
Tabela 10 – Distribuição da população feminina e masculina por grupos etários/ Número e percentagem de inquiridos por género e idade	51
Tabela 11 - Componentes principais extraídos da análise, relativos à escolha da clínica dentária	52
Tabela 12 - Componentes principais extraídos da análise, relativos à qualidade da clínica dentária	53
Tabela 13 - Componentes principais extraídos da análise, relativos à fidelização dos clientes	53
Tabela 14 - Análise da consistência interna dos resultados	54
Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos por género e idade	55
Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos por habilitações académicas	55
Tabela 17 - Habilitações dos inquiridos por género e idade	56
Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos por situação profissional.....	57
Tabela 19 - Situação profissional por grupo etário e género.....	57
Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos por posse de seguro de saúde oral	59
Tabela 21 – Distribuição dos indivíduos por número de visitas ao dentista/higienista oral	59

Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos por rendimento do agregado familiar	59
Tabela 23 - Relação entre o número de visitas ao dentista/higienista oral e as restantes variáveis independentes.....	60
Tabela 24 - N° de visitas ao dentista/higienista oral por posse de seguro de saúde.....	60
Tabela 25 - Número de visitas ao dentista/higienista oral por habilitações académicas dos inquiridos.....	61
Tabela 26 - Número de visitas ao dentista/higienista oral por género e idade.....	62
Tabela 27 - Relação entre a posse de seguro de saúde e as restantes variáveis independentes	63
Tabela 28 - Percentagem de inquiridos com seguro por rendimento do agregado familiar.....	64
Tabela 29 - Percentagem de inquiridos com seguro por situação profissional	64
Tabela 30 - Relação entre a posse de seguro e a situação profissional com controle pelo rendimento do agregado familiar	65
Tabela 31 - Percentagem de indivíduos detentores de seguro por género e idade.....	65
Tabela 32 - Correlações entre as variáveis independentes e as componentes associadas à escolha da clínica	66
Tabela 33- Médias das avaliações dos inquiridos às dimensões associadas à escolha da clínica, por género e idade	67
Tabela 34 - Média das avaliações atribuídas à componente imagem, por grau de habilitações académicas	68
Tabela 35 - Médias das avaliações dos inquiridos à importância da componente preço, por número de visitas.....	69
Tabela 36 - Correlações entre as variáveis independentes e as componentes associadas à qualidade da clínica.....	69
Tabela 37 - Médias das avaliações atribuídas às dimensões associadas à qualidade da clínica, por género e idade	70
Tabela 38 - Médias das avaliações atribuídas à componente informação por grau de habilitações académicas	71
Tabela 39 - Correlações entre as variáveis independentes e as componentes associadas à fidelização dos clientes.....	71
Tabela 40 - Médias das avaliações atribuídas às dimensões associadas à fidelização de clientes, por género e grupo etário	72
Tabela 41 - Médias das avaliações à componentes descontos, por grau de habilitações académicas	73
Tabela 42 - Correlações entre as variáveis avaliadas pelos inquiridos	74

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Distribuição dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral por dimensão (número de profissionais de saúde)	9
Ilustração 2 - Modelo da qualidade percebida do serviço	26
Ilustração 3 - Modelo dos 4 Q's da oferta de qualidade (Gummeson)	27
Ilustração 4 - Modelo conceptual da qualidade do serviço ou modelo dos gaps	28
Ilustração 5 - Modelo de Brown e Swartz	30
Ilustração 6 - Modelo de Bolton e Drew	31
Ilustração 7 - Percepções de qualidade e satisfação	39

SIGLAS

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

DGS – Direção Geral de Saúde

PPSOCA - Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

URAP - unidade de recursos assistenciais partilhados

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CRP - Constituição da República Portuguesa

USF - Unidades de Saúde Familiar

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

SPEMD - Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

SRER - Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

ACP – Análise de componentes principais

INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde portugueses, persiste ao nível da prestação de cuidados dentários, uma grave lacuna associada à escassa oferta disponibilizada pelo Serviço Nacional de Saúde. A prestação de cuidados de saúde oral, concentra-se assim maioritariamente ao nível de serviços privados, cuja acessibilidade é direta mas condicionada por inúmeros factores, entre os quais o custo dos serviços, ainda que este possa ser um factor significativamente determinado pela posse de seguros ou outro tipo de financiamentos.

Dada a substancial privatização dos cuidados de saúde oral, existe atualmente uma competição cerrada entre prestadores como sejam as clínicas dentárias, que concorrem entre si, pela escolha e lealdade dos pacientes que consultam. Desta forma, com o objetivo não apenas de conquistar e manter os clientes, mas também de ganhar vantagem competitiva e sustentabilidade financeira, as organizações de saúde têm vindo a desenvolver planos estratégicos centrados nas necessidades e desejos dos utilizadores dos serviços. Estes planos são atualmente desenvolvidos com base em ferramentas e estratégias de marketing, já que o preconceito relativo ao marketing na saúde se diluiu ao longo dos anos e se transformou numa nova visão de atendimento focado, adaptado e personalizado.

Tendo em conta a perspectiva concorrencial e de benefícios para o cliente é de importância fulcral a abordagem do tema da qualidade dos serviços. Sendo esta qualidade um conceito dinâmico que varia ao longo do tempo e das próprias pessoas, é necessária uma avaliação regular da mesma, na perspectiva dos vários atores envolvidos. Desta forma, a perspectiva do utilizador dos serviços é uma das medidas de peso para a avaliação do prestador, assim como para a criação e manutenção de um serviço baseado na promoção da satisfação. Assim sendo, factores como a variedade de serviços oferecidos, o sucesso dos tratamentos e a qualidade técnica, o preço, a localização, a imagem dos profissionais, os equipamentos, a qualidade das instalações e a disponibilização de outras facilidades, entre outros atributos estão envolvidos na satisfação e nas escolhas dos pacientes. Existem, no entanto, particularidades nestes serviços, que devem ser tomadas em conta, daí que o marketing relacional, assim designado pelas suas características ao nível da personalização, seja também essencial nos serviços de saúde, uma vez que a interação entre o cliente e o prestador determina muitas vezes a durabilidade do relacionamento.

O marketing deve então ser encarado como ferramenta de exploração e análise central para a efetividade e melhoria das organizações de saúde. Questões tais como a ênfase em colocar o paciente no centro da organização, bem como envolve-lo na entrega e planeamento dos

serviços, e até mesmo o próprio desenho dos serviços tendo em conta a sua satisfação devem ser analisadas e incluídas num planeamento estratégico efetivo.

É neste sentido, e tal como anteriormente referido, fundamental analisar e monitorizar as avaliações dos clientes relativamente aos serviços de saúde oral, análise essa que pode determinar o sucesso das organizações através das suas implicações ao nível da melhoria dos serviços, satisfação e fidelização de clientes e até mesmo ao nível da reputação e imagem.

Esta avaliação deve no entanto abranger os vários factores envolvidos na perceção dos utilizadores dos serviços de saúde, de modo a ser completa e válida. No âmbito deste projeto foi assim desenvolvido, com base numa extensa revisão bibliográfica, um modelo que procurou identificar qual a importância dos vários factores envolvidos nas escolhas, na avaliação da qualidade e na avaliação das ações de fidelização, na perspetiva dos clientes atuais e potenciais das clínicas dentárias.

O modelo utilizado, abrange várias componentes, sendo que os componentes avaliados quanto à sua importância e envolvimento na escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados foram a publicidade, a personalização, a imagem, a recomendação e o preço. Ao nível da sua importância na avaliação da qualidade de uma clínica dentária foram contemplados os componentes segurança, confiança, tangíveis, rapidez e cortesia e informação. Por último, foi avaliada a importância de várias ações comuns tomadas por parte das clínicas e profissionais com o objetivo de fidelizar os pacientes, sendo que os componentes abrangidos foram os descontos, as mensagens e o acompanhamento.

A análise dos dados recolhidos permitiu retirar algumas conclusões quanto à importância atribuída pelos inquiridos aos vários componentes analisados e às correlações existentes entre os mesmos, bem como às relações existentes entre as características pessoais e as suas avaliações.

De modo a resumir a organização deste estudo refere-se que os primeiros capítulos são referentes à revisão bibliográfica relativa ao tema do marketing na saúde, seguindo-se uma revisão da literatura relativa aos estudos similares já publicados, no âmbito deste tema. Posteriormente encontram-se os capítulos relativos ao desenvolvimento e aplicação do instrumento de recolha de dados, bem como da análise de dados, apresentação e discussão dos resultados.

I. SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

I.1. Saúde oral da população

Apesar do reconhecimento atual da importância da saúde oral e do seu papel fulcral na qualidade de vida da população, bem como do crescimento de programas de promoção e sensibilização para a saúde oral ao longo dos anos, os cuidados dentários ainda não são uma prioridade para a maioria dos portugueses.

Segundo um relatório publicado em 2006 pela Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD), baseado em 13.109 rastreios realizados, os problemas de saúde oral dos portugueses abrangem maioritariamente as cáries, os dentes obturados, a falta de dentes e as infeções. De acordo com o relatório, dos 8 aos 16 anos, 47% das crianças apresentam cárie dentária na dentição permanente, sendo que 16% já tiveram infeções, sensibilidade ou dor, mas apenas 50% destas procuraram tratamento. Quanto aos adultos, aqueles com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos são os que apresentam maior número de cáries, sendo que em média 38% vivenciaram dor ou desenvolveram abscessos e 71% desenvolveram problemas periodontais, embora apenas 42% tenham procurado tratamento.

Quanto à procura dos serviços de saúde oral, de acordo com o Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), 86,3% da população residente em Portugal Continental já visitou os serviços de saúde oral pelo menos uma vez, sendo que a percentagem da população feminina que já visitou estes serviços (88,8%) é superior à masculina (83,6%), como se pode verificar através da tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população residente com 2 e mais anos de idade (%) por local de residência, sexo e consulta com técnico de saúde oral

Local de residência (NUTS -2002)	Homens e Mulheres		Homens		Mulheres	
	Consultou um técnico de saúde oral pelo menos uma vez (%)	Nunca consultou um técnico de saúde oral (%)	Consultou um técnico de saúde oral pelo menos uma vez (%)	Nunca consultou um técnico de saúde oral (%)	Consultou um técnico de saúde oral pelo menos uma vez (%)	Nunca consultou um técnico de saúde oral (%)
Contínente	86,3	13,6	83,6	16,3	88,8	11,1
Região Autónoma dos Açores	78,7	21,3	77,2	22,8	80,2	19,8
Região Autónoma da Madeira	81,8	18,2	79,6	20,4	83,8	16,2

Fonte: INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

De uma forma mais detalhada, analisando por grupos etários, e tal como consta na tabela 2, verifica-se que em Portugal apenas 13,7% das crianças entre os 2 e os 4 anos já visitaram um

profissional de saúde oral. Esta percentagem é significativamente superior para as crianças com idade entre os 5 e os 14, para as quais a percentagem é de 73,8%. A população entre os 45 e os 64 anos é aquela que apresenta uma maior percentagem de indivíduos que já alguma vez consultaram profissionais desta área, sendo que a percentagem diminui de forma progressiva nos grupos etários seguintes.

Tabela 2 - População portuguesa com 2 ou mais anos de idade (%) que já alguma vez consultou um técnico de saúde oral, por sexo e grupo etário

Idade	Homens e Mulheres				Homens			Mulheres		
	Portugal	Continente	Região autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira	Continente	Região autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira	Continente	Região autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira
2-4	13,7%	14,1%	5,9%	5,7%	14,7%	11,9%	4,0%	13,5%	x	7,4%
5-14	73,8%	74,8%	49,6%	64,6%	71,0%	46,1%	66,6%	78,8%	53,3%	62,4%
15-24	86,2%	86,3%	82,3%	86,9%	83,4%	78,7%	82,6%	89,4%	86,0%	91,5%
25-34	90,8%	90,8%	88,4%	91,2%	86,2%	87,5%	95,2%	95,6%	89,3%	87,2%
35-44	91,2%	91,3%	88,6%	89,9%	89,0%	88,1%	88,4%	93,7%	89,1%	91,3%
45-54	91,8%	91,9%	89,0%	90,4%	88,6%	87,4%	84,8%	94,9%	90,8%	95,2%
55-64	91,8%	91,9%	88,7%	89,2%	92,3%	86,4%	82,9%	91,6%	90,8%	93,9%
65-74	90,7%	90,9%	86,4%	82,6%	90,2%	89,8%	76,3%	91,6%	83,8%	86,5%
75-84	90,3%	90,5%	86,6%	81,0%	90,8%	87,6%	67,8%	90,3%	85,9%	87,5%
≥ 85	86,1%	86,3%	84,5%	74,1%	74,6%	74,7%	71,5%	91,9%	88,7%	75,2%

Fonte: INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

O estudo do INE revela ainda que, no período de um ano anterior às entrevistas, apenas 40,3% da população visitou o dentista (37,7% dos homens e 42,7% das mulheres).

Quanto aos motivos de consulta, apresentados na tabela 3, constam como principais a higienização (21,2%) e as dores ou outras situações de emergência (15,8%), entre outros motivos não especificados (24,0%), sendo que o motivo menos referido foi "fazer uma prótese dentária" (4,4%).

Tabela 3 - Distribuição da população residente com 2 e mais anos de idade que consultou um técnico de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por local de residência e motivo de consulta

Motivo de consulta	Homens e Mulheres			
	Portugal	Continente	Região Autónoma da Madeira	Região Autónoma dos Açores
Dores ou outra situação de emergência	15,8%	16,3%	2,4%	6,1%
Extração de dente	15,3%	15,3%	16,4%	14,9%
Fazer prótese dentária	4,4%	4,4%	4,5%	4,4%
Conhecer o estado de saúde da boca	5,6%	5,7%	5,0%	2,1%
Visita anual ao dentista	7,6%	7,5%	9,2%	12,1%
Higienização da boca	21,2%	20,6%	40,8%	39,4%
Aplicar selantes de fissura	6,0%	6,0%	6,6%	1,3%
Outros motivos	24,0%	24,2%	15,1%	19,7%

Fonte: INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

Dados mais recentes publicados pelo Eurobarómetro da Comissão Europeia, num relatório de 2010 intitulado de "Oral Health", indicam que 46% dos portugueses tinham visitado o dentista nos 12 meses anteriores ao inquérito (este valor é superior ao publicado pelo 4ºINS em 2005, o que reflete alguma evolução quanto à procura dos serviços de saúde oral ao longo dos anos),

sendo que os motivos da última consulta variaram entre a prevenção para 29%, o tratamento de rotina para 46% e o tratamento de emergência para 25%. Segundo os dados publicados no mesmo relatório, apenas 32% dos portugueses referiram ter todos os seus dentes naturais, o que aponta também para a necessidade de reforçar os programas de prevenção para a generalidade da população.

I.2. Saúde Oral no SNS

Para o SNS, a importância da saúde oral advém não exclusivamente da elevada prevalência de casos de doença com impacto financeiro sobre a sociedade, mas também da sua possível relação com outro tipo de patologias sistémicas. Existem associações entre as doenças orais e um conjunto de diversas outras patologias como a diabetes, as doenças cardiovasculares, as infeções respiratórias, a dor crónica, a artrite reumatoide, os partos prematuros, cancro orofaríngeo (Almeida et al., 2006), entre outras. Os problemas de saúde oral afetam 60% a 90% das crianças em idade escolar, assim como a maior parte dos adultos nos países industrializados, tendo impacto não apenas ao nível do absentismo escolar e laboral, mas também na diminuição da qualidade de vida (Miguel e Sá, 2010).

Ao longo de vários anos e apenas a partir de 1986 a única obrigação que o Estado assumiu na área da saúde oral, através da Direção Geral de Saúde (DGS), foi a da prevenção junto de crianças do ensino pré-escolar e básico. Estas ações tiveram pouco impacto devido ao seu âmbito e alcance reduzido, e eram por vezes promovidas por profissionais não especificamente habilitados nos domínios da saúde oral (OMD, 2010).

Em 1999, com a introdução do Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes (PPSOCA), algumas crianças passaram a usufruir de programas preventivos e tratamentos dentários nos dentes definitivos. Ainda assim, neste programa, apenas 45.000 de um universo de 1.600.000 crianças e adolescentes tinha acesso a tratamentos dentários, situação que se manteve mesmo com a introdução do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) em 2005 (OMD, 2010).

Este último programa entrou em vigor com a publicação no Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005 através do Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série, e teve como principais objetivos: reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes, melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, e promover a equidade na

prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais (DGS, 2005).

Concretamente, segundo o Despacho Ministerial anterior, a intervenção dos prestadores públicos é feita pelos centros de saúde e pelos serviços de estomatologia da rede hospitalar, sempre que possível (ERS,2009).

Desde a sua criação, o PNPSO, foi alterado e alargado várias vezes, tanto na vertente preventiva como na curativa, sendo que atualmente o programa contempla:

- Mulheres grávidas em vigilância pré-natal no SNS
- Pessoas idosas beneficiários do Complemento Solidário que sejam utentes do SNS
- Crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam ensino público e IPSS
- Crianças de idades intermédias às citadas anteriormente (8,9,11,12,14 e 15 anos)
- Crianças com idade inferior a 7 anos
- Utentes portadores de VIH/SIDA

Atualmente existe portanto alguma oferta preventiva e curativa na saúde oral por parte dos profissionais que aderiram ao “cheque dentista” - guias atribuídos pelos centros de saúde que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas da prevenção, diagnóstico e tratamento – e daqueles que efetuam o trabalho preventivo e de promoção de saúde oral, nas escolas e outras instituições.

Por outro lado, ao nível dos cuidados hospitalares, pouco tem acontecido. Embora se preveja a integração de médicos dentistas nos hospitais mediante o PNS 2004-2010, até ao momento, nada foi realizado nesse sentido, nem existe qualquer programa que contextualize essa integração (OMD, 2010).

Acresce que a oferta pública dos serviços de saúde oral tem características diversas da oferta não pública, pois, no que reporta aos serviços hospitalares, o acesso dos utentes ocorre de modo diverso, não sendo direto como no caso da oferta não pública, e, no que se refere aos centros de saúde, em que o acesso dos utentes é direto, a oferta é diminuta.

É, ainda assim, reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido, durante os últimos anos, pelo Ministério da Saúde, no sentido de começar a contrariar a inércia existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de saúde oral à população mediante o SNS (OMD, 2010).

De acordo com o estudo sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de serviços de saúde oral, publicado pela ERS em 2009, há consultas de medicina dentária/estomatologia nos centros de saúde somente em 27 concelhos distribuídos por

somente 8 RRAS e, embora tenham sido prestadas 94.735 consultas nos centros de saúde do continente em 2007, este número é pequeno, estimando-se que represente apenas cerca de 1% do volume anual de atendimentos no sector não público.

Tabela 4 - Consultas médicas (Nº) nos centros de saúde por localização geográfica e especialidade

Localização geográfica	Total de consultas das várias especialidades (Nº)	Estomatologia e Medicina Dentária (Nº)
Portugal	29 647 608	122 777
Continente	28 986 906	94 735
Região autónoma dos Açores	293 422	24 676
Região Autónoma da Madeira	367 280	3 366

Fonte: INE, dados de 2007

De facto, em 2007 existiam apenas 15 médicos de estomatologia/medicina dentária e 105 higienistas orais/odontologistas em toda a rede de centros de saúde de Portugal Continental (Miguel e Sá, 2010).

Miguel e Sá (2010) propõem o desenvolvimento de várias medidas neste sector que incluem:

- 1) Complementar as URAP de cada ACES, com a integração de higienistas orais;
- 2) A educação da população escolar – Reforço da promoção da saúde por parte das equipas de saúde escolar e saúde pública no ensino, quanto a hábitos de higiene oral;
- 3) O diagnóstico – Reforço dos programas de saúde oral nas escolas e o aproveitamento da proximidade com as equipas de CSP dos centros de saúde para o rastreio de problemas de saúde oral;
- 4) O tratamento – Alargamento progressivo do PNPSO a novos grupos vulneráveis e, por fim, à globalidade da população, através da cobertura com o cheque-dentista.

I.3. Sector privado dos serviços de saúde oral

Em Portugal, a oferta de cuidados de medicina dentária concentra-se maioritariamente no sector privado ao qual compete prestar, através da contratualização, os cuidados médico-dentários não satisfeitos pelo Serviço Nacional de Saúde.

Os prestadores privados, aderentes ou não aderentes ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, concorrem entre si pela preferência e segunda escolha dos utentes, sendo certo que tal segunda escolha concerne à maioria dos utentes e pode ser vista como sendo, na realidade, a primeira opção de escolha dos utentes, dada a escassez da oferta de prestadores públicos.

Os utentes podem financiar individualmente os serviços que adquirirem, pagando a totalidade dos encargos, ou alternativamente, podem beneficiar de um financiamento por parte de terceiros, da totalidade ou de parte desses encargos (estes terceiros financiadores podem ser o SNS, subsistemas públicos ou privados de saúde, e seguradoras privadas).

Segundo os dados do 4º inquérito nacional de saúde, no ano de 2005, cerca de 90,9% do total das consultas de medicina dentária para utentes exclusivos do SNS decorreram em serviços privados. Já para beneficiários de subsistemas públicos, privados ou com seguros voluntários, a percentagem foi ainda superior com 92,1% de consultas privadas. Estes valores revelam a falta de oferta ao nível do sector público.

Tabela 5 - Proporção de consultas privadas (2005)

Especialidade	% Consultas privadas	
	Todos	Beneficiários apenas do SNS
Dentistas	92,1%	90,9%
Oftalmologia	66,9%	62,6%
Ginecologia	67,6%	61,2%
Cardiologia	54,2%	46,1%
Ortopedia	45,5%	41,4%
Pediatria	31,1%	31,3%
Clínica Geral	17,1%	13,0%

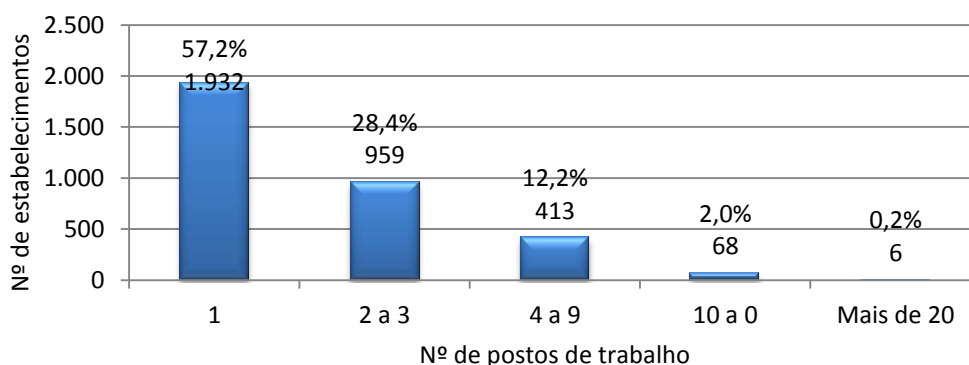
Fonte: INE, Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

De acordo com esta informação, no inquérito realizado pelo Eurobarómetro da Comissão Europeia (Oral Health, 2010), 86% dos portugueses referiram procurar geralmente uma clínica privada, quando necessitam de tratamentos dentários.

Quanto à oferta total de serviços de saúde oral (Anexo 1) identificada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) esta é representada por 2.946 entidades com e sem fins lucrativos, sendo que estas entidades detêm 3.378 estabelecimentos. De acordo com o relatório sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral, publicado pela ERS (2009), o número médio de clínicas dentárias por 100.000 habitantes é de 33,33 o que representa, em termos médios, uma clínica por cada 3.000 habitantes.

No mesmo relatório é explícito que as clínicas são predominantemente pequenas, sendo que cerca de 85% dos estabelecimentos dispõem de três ou menos profissionais de saúde. Em média, os estabelecimentos empregam aproximadamente dois profissionais na prestação dos serviços de saúde oral.

Ilustração 1 – Distribuição dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral por dimensão (número de profissionais de saúde)



Fonte: ERS, Estudo sobre a concorrência no sector dos serviços de saúde oral 2009

I.4. Um sistema de saúde em mudança

O atual sistema de saúde português é um modelo misto e complexo, disputado na prestação de cuidados de saúde pelos sectores privado, público e social individualmente ou em parceria, e suportado financeiramente pelo Serviço Nacional de Saúde, subsistemas públicos e privados, seguros voluntários de saúde e coparticipações que têm vindo a diminuir ao longo dos últimos anos. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), confirma que "O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira na prestação de todas ou de algumas daquelas atividades." Este sistema nacional de saúde deve permitir a consagração dos direitos fundamentais, inseridos na Constituição da República Portuguesa, na qual consta que todos têm direito à proteção da saúde e à prestação de cuidados de saúde tendencialmente gratuitos (art.64º, CRP).

Mantendo estas bases, o sector da saúde encontra-se em mudança e indicia o surgimento não muito longínquo, de um novo paradigma que para além da dimensão nacional, abrange uma dimensão europeia. Mais profundamente, têm sido dados os primeiros passos para um sistema de saúde com uma dimensão a nível transeuropeu, por força da globalização. Igualmente é inegável a existência de novos modelos de gestão e regulação no sector da saúde, assim como em toda a economia (Cabral, 2011).

Uma das principais características desta mudança, é o facto, de o sistema ter vindo a procurar centrar progressivamente o cliente ou utente e de ser hoje reconhecida a necessidade

de ensinar e praticar cuidados de saúde focados na pessoa, apesar de ainda existirem fortes lacunas neste sentido (Ribeiro e Amaral, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as próprias reformas no sector sejam centradas nas necessidades e expectativas das pessoas, fazendo com que os pontos de vista e as escolhas (“voice and choice”) dos cidadãos influenciem decisivamente a forma como os serviços de saúde são desenhados, se organizam e operam (OMS, 2002).

Em Portugal, para que esta democratização da saúde possa emergir, são necessárias algumas iniciativas exigentes como por exemplo: ao nível do sistema, que se torne mais aberto e transparente, mais conhecedor e próximo das necessidades e expectativas das pessoas; ao nível dos profissionais de saúde, que tomem responsabilidade na transmissão de conhecimento e parceria nas decisões; e ao nível dos cidadãos, que adotem uma atitude mais interventiva e interessada naquilo que diz respeito à sua saúde e à saúde da comunidade (OPSS, 2012).

I.5. Qualidade e Financiamento

Uma das principais questões que se coloca num ambiente de crise económica e de restrições orçamentais na saúde é a qualidade dos cuidados prestados.

O ambiente de crise e a conseqüente pressão para a contenção nos gastos, pode levar os serviços de saúde a não oferecerem aos doentes aquilo que melhor se adequa às suas necessidades (OPSS, 2012).

O PNS 2012-2016 refere que a qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em consideração os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno *et al.*, 1990). Implica, ainda, a adaptação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é assim um dos direitos fundamentais do cidadão, a quem é reconhecida a devida legitimidade para requerer qualidade nos cuidados que lhe são prestados, a qualquer momento e a todos os níveis da prestação (PNS, 2012-2016).

A qualidade pode ser condicionada por múltiplos factores tais como: a evolução social, política, ambiental, tecnológica e científica; a inconstância e imprevisibilidade de eventos como epidemias e catástrofes, alterações climáticas e terrorismo; as características do sistema de saúde; os determinantes da procura de cuidados (por exemplo doença crónica,

envelhecimento, mais informação, expectativa e exigência) e a capacidade de resposta (por exemplo, os recursos humanos, a especialização crescente, o trabalho intersectorial e multidisciplinar); assim como os novos conceitos de resultados em saúde e de qualidade de vida (Campos e Carneiro, 2010).

Dimensões como a adequação, eficiência, efetividade, equidade e acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, oportunidade na prestação dos cuidados, sustentabilidade, comunicação e participação, integram a perspectiva de qualidade (Campos e Carneiro, 2010). Para a sua avaliação devem ser considerados diferentes pontos de vista: do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, para que assim seja determinado o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do paciente (Lopes *et al.*, 2010).

A qualidade em saúde depende também da atenção dirigida às estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização, assim como aos processos decorrentes da própria prestação de cuidados, tais como a qualidade técnica, a adequação dos cuidados e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados e os resultados, que incluem a reabilitação ou recuperação do doente, a capacitação e educação em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (Donabedian, 1997).

II. HISTÓRIA DO MARKETING NA SAÚDE

No sector dos serviços de saúde, o marketing nem sempre foi considerado relevante ou apropriado. De facto, historicamente, e principalmente no que se refere ao sector dos serviços públicos de saúde, a abordagem do marketing, tal como outras abordagens comuns da gestão de serviços privados, foram consideradas como desfavoráveis às organizações, ao longo de vários anos (Willcocks, 2008).

Para os profissionais da área da saúde, o marketing é ainda, inclusivamente, pouco utilizado, por várias razões que envolvem o próprio desconhecimento e distorção do seu significado concreto e possíveis aplicações (Porter, 2000). Até mesmo a própria linguagem de marketing pode ser considerada repreensível para estes profissionais. Existe assim alguma resistência em falar em “serviços e clientes” em vez de “tratamentos e pacientes” (Colin, *et al.*, 2004), ainda que este possa ser um problema meramente linguístico, já que os praticantes de marketing têm o seu próprio vocabulário dependendo da área em que se inserem (Gamble *et al.*, 2011).

É portanto fácil de perceber que o marketing foi durante muito tempo avaliado com algum ceticismo (Willcocks, 2008), o que era perceptível nas publicações da época como por exemplo num dos artigos publicados pelo autor O'connor (1982), em que o mesmo procurou explicar o porquê da inadaptação do marketing ao sector da saúde.

Wrenn (2002) concluiu novamente que o marketing era ainda visto com algumas reticências por parte de vários administradores da área da saúde, que consideravam a sua utilidade apenas perante um ambiente de reduzida competitividade no mercado. Por outro lado, a própria inexistência de competitividade causada pela demanda escassa do passado, levou a que diversas organizações como por exemplo os hospitais, não reconhecessem a necessidade de adotar estratégias de marketing (Lima *et al.*, 2005).

Segundo Bashe (2000), as atividades de marketing seriam mais comumente aceites nos serviços de saúde como uma versão unificada das relações públicas. Por esta razão, a função das relações públicas, nestas organizações foi ou tem sido inapropriadamente sobrecarregada com responsabilidades mercadológicas, o que ocorre mais especificamente quando o marketing é compreendido como vendas, propaganda ou promoção.

No entanto, esta perspetiva diminuiu gradualmente. O preconceito, que se prendia frequentemente com a identificação do marketing como venda agressiva e propaganda, foi modificado assim que o marketing foi reconhecido como sendo algo mais abrangente, incluindo uma vertente de planeamento a longo prazo (Cooper, 1987).

Apesar de todos os percalços e ainda perante os mesmos, formalmente, o marketing de serviços de saúde foi reconhecido em 1977, no ano em que a Associação Americana de Hospitais promoveu a sua primeira convocação sobre marketing. Neste ano foi também publicado o primeiro livro sobre marketing de serviços de saúde, nos Estados Unidos (Leiderman e Zucchi, 2006; MacStravic, 2002). Nessa mesma época, os hospitais americanos começaram a organizar-se e a estruturar-se em termos de funções de marketing.

Deve ressaltar-se que o mercado dos serviços de saúde lida com o bem mais essencial ao ser humano, o que leva a uma ampla repercussão social, ética e jurídica. Devido a estes aspetos específicos da saúde, a aplicação dos conceitos do marketing de serviços neste mercado reveste-se de particularidades, dentro do conceito mais amplo do marketing de serviços.

As reformas políticas ao nível do sector da saúde introduziram, também há vários anos, um maior nível de competição associado a uma maior possibilidade de escolha por parte do consumidor, mesmo no que se refere ao sector público dos serviços, e que funcionou como mecanismo para a introdução de melhorias nas organizações, sendo que inclusivamente renovou o interesse pelo marketing na área da saúde (Willcocks, 2008).

As novas dinâmicas sociais e culturais, a evolução técnico-científica na área da saúde e a procura pelo acesso universal e equitativo a uma assistência médica de qualidade criaram um novo panorama, onde o marketing especializado passou a ser um elemento estratégico, indispensável para o sucesso das organizações (Leiderman e Zucchi, 2006).

Adicionalmente os consumidores mudaram a sua atitude relativamente aos cuidados de saúde e tornaram-se muito mais preocupados e exigentes face aos mesmos. Estas mudanças forçaram os serviços públicos e privados de saúde a desenvolver uma orientação para o marketing (Eiriz e Figueiredo, 2005).

Para Cooper (1994), um dos elementos que deram origem à integração do marketing como parte aceitável na indústria da saúde foi a inexistência de preocupação com o cliente na maioria das organizações. Outro elemento terá sido o facto de muitos profissionais de saúde terem aprendido que marketing é muito mais do que vender e anunciar, criando orientação para o consumidor como uma das suas finalidades.

A tabela seguinte sintetiza algumas das definições genéricas de marketing que têm vindo a ser desenvolvidas ao longo dos últimos anos, e que demonstram, de facto, a evolução do conceito no sentido desta orientação para o consumidor.

Tabela 6 - Evolução do conceito de marketing nos últimos anos

Autor	Ano	Definição de Marketing
Philip Kotler	2000	“Marketing é o processo por meio do qual pessoas e grupos de pessoas obtêm aquilo de que necessitam e que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor com outros”
Churchill e Peter	2000	Marketing é a combinação de ferramentas estratégicas usadas para criar valor para os clientes e alcançar os objetivos da organização.
Mckenna	2002	Marketing é um conceito integrador que permite o processo contínuo de aprendizagem organizacional no qual a empresa acumula conhecimento por meio da interação contínua com os consumidores e o mercado para aprender, adaptar-se e responder de forma criativa e competitiva.
Roberto S Dias	2003	“Marketing é a função empresarial que cria continuamente valor para o cliente e gera vantagem competitiva duradoura para a empresa, por meio da gestão estratégica das variáveis controláveis de marketing: produto, preço, comunicação, distribuição”
American Marketing Association	2004	“Marketing é uma função organizacional e um conjunto de processos para criar, comunicar e distribuir valor aos clientes e para administrar o relacionamento com clientes de forma que beneficie a organização e os seus Stakeholders”
Las Casas	2006	Marketing pode ser definido como uma área do conhecimento que “engloba todas as atividades concernentes às relações de troca, orientadas para a satisfação dos desejos e necessidades dos consumidores visando alcançar determinados objetivos de empresas ou indivíduos e considerando sempre o ambiente de atuação e o impacto que essas relações causam no bem estar da sociedade”
American Marketing Association	2008	“Marketing é a atividade, conjunto de instituições e processos para criar, comunicar, distribuir e efetuar a troca de ofertas que tenham valor para consumidores, clientes, parceiros e a sociedade como um todo”

Fonte: Adaptado pelo autor

Uma abordagem diferente pode agora ser encontrada em diversas organizações. Muitos espaços de saúde incluem áreas especiais para crianças, ar condicionado, máquinas com comida e bebida, pessoal de segurança e informação e revistas/jornais para consulta. Sob este tipo de circunstâncias as organizações encontram-se a desenvolver uma abordagem mais orientada para o cliente. Tudo isto significa que os serviços de saúde em Portugal estão a entrar numa nova era muito mais orientada para o consumidor e para o marketing (Eiriz e Figueiredo, 2005).

O marketing é considerado uma ferramenta fundamental para auxiliar na conquista de mercado de qualquer empresa ou profissional, além de garantir a sua permanência no mercado se for bem executado. Portanto, não se restringe a ser utilizado apenas por empresas e deve também fazer parte das estratégias de formação de imagem e conquista de mercado em qualquer área.

A literatura mostra que nas circunstâncias atuais de um altamente competitivo e de restrição de recursos, a orientação de marketing é reconhecida como uma função inevitável na gestão das organizações de saúde (Kotler e Keller, 2006).

III. MARKETING NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

III.1. Características dos serviços

O conceito de serviço é interdependente do conceito de produto, já que a maioria dos serviços que compramos é uma combinação de bens e serviços (Baker, 2005), ou seja, tanto são necessários produtos para que se ofereçam serviços, como serviços para que se ofereçam produtos, sendo que o afastamento de ambos incorre no risco de hipotecar a satisfação das necessidades do cliente (Vieira, 2000). Um serviço pode ser, então, uma prestação totalmente imaterial ou, pelo contrário, acompanhar, incorporar e mesmo transformar bens materiais.

A definição de serviço, segundo Kotler (2008) remete para “qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de algo”.

As principais características dos serviços descritas na literatura são a intangibilidade, a inseparabilidade, a variabilidade e a perecibilidade. De seguida são descritas as mesmas características:

- A intangibilidade é o factor que se traduz na ausência de transferência de propriedade na transação (Vieira, 2000). Os serviços sendo intangíveis não podem ser experimentados antes de serem adquiridos (Kotler e Bloom 1984) e assim sendo, a perceção de qualidade é fortemente influenciada pela experiência (Alrubaiee e Alkaa'ida, 2011);
- A simultaneidade refere-se ao facto de os serviços se venderem e, só então, serem produzidos e consumidos (em simultâneo), isto é, em geral, produtor e comprador interagem diretamente no momento e local da transação (Berry, 1980). O contato ou contatos que se estabelecem entre cliente e prestador constituem *momentos de oportunidade* do último para criar e adequar o serviço (Vieira, 2000);
- A heterogeneidade refere-se ao facto de os serviços, na sua maioria, serem menos estandardizados e menos uniformes que os produtos (Berry, 1980);
- Por fim, a perecibilidade dos serviços relaciona-se com a impossibilidade de armazenamento, na medida em que não podem ser produzidos anteriormente ao contato.

III.2. Marketing *Mix* dos serviços

De acordo com Kotler, Hayes e Bloom (2002), o marketing *mix* de serviços é um conjunto de conceitos de marketing que as organizações utilizam para atingir os seus objetivos face ao mercado alvo e envolve os seguintes componentes:

- Produto/Serviço: características, qualidade, variedade, garantia, imagem;
- Preço: preço tabelado, descontos e promoções, prazos de pagamento, condições especiais de crédito;
- Distribuição: canais, localização, cobertura;
- Comunicação: publicidade, propaganda e promoção de vendas, divulgação;
- Evidências físicas: aparência das instalações, cores, temperatura, ruído.
- Processos: políticas e procedimentos, burocracias;
- Pessoas: prestadores do serviço, atendimento ao cliente, outros funcionários e clientes.

Tabela 7 - Marketing *mix* dos serviços de saúde

Componente	Definição	O <i>mix</i> dos serviços de saúde
Serviço	Combinação de bens ou serviços que a empresa oferece aos mercados alvos com o objectivo de satisfazer as suas necessidades (Kotler, Hayes e Bloom, 2002).	Todos os serviços e tratamentos curativos ou preventivos que contribuam para a promoção da saúde.
Preço	Soma em numerário que o cliente terá de pagar para receber o produto/serviço, em conjunto com quaisquer custos não financeiros, tais como o tempo, negociação e conveniência, entre outros (Kotler, Hayes e Bloom, 2002).	O valor pago pelos tratamentos, as coparticipações de seguros ou planos de saúde, o financiamento pelo SNS, os descontos e os custos de espera pelo atendimento, deslocação, entre outros.
Distribuição	Tudo o que a organização faz para colocar seus serviços à disposição do cliente alvo (Kotler, Hayes e Bloom, 2002).	A cobertura dos serviços em termos de localização geográfica e disponibilidade de recursos.
Comunicação	Actividades que comunicam os méritos de serviço e convencem os mercados alvo a adquiri-los (Kotler, Hayes e Bloom, 2002).	Imagem desenvolvida pelas instituições que inclui a publicidade nos meios de comunicação social, a participação em congressos e conferências, entre outros.
Evidências físicas	Compensam o facto dos serviços serem inerentemente intangíveis e, por isso, não poderem ser observados, tocados ou sentidos (Zeithaml e Bitner 2003).	Instalações e equipamentos disponíveis nos serviços.
Processos	Abrange os procedimentos, mecanismos e o roteiro efectivo de actividades através dos quais o serviço é executado - os sistemas de execução e de operação de serviços (Zeithaml e Bitner 2003).	Burocracias no acesso aos cuidados e o encaminhamento entre profissionais de especialidades diferentes.
Pessoas	Abrange todos os agentes humanos que desempenham um papel no processo de execução de um serviço e, neste sentido, influenciam as percepções do comprador, designadamente, os funcionários e colaboradores da empresa, o cliente e outros clientes no ambiente de serviços (Zeithaml e Bitner, 2003)	Os pacientes, os profissionais de saúde e outros funcionários do serviço, assim como todas as pessoas presentes no local.

Fonte: Adaptado pelo autor

III.3. Orientação para o marketing

O marketing assume papéis diferenciados nas organizações de saúde, tanto na função pura de resposta às necessidades e desejos dos clientes, como na forma de marketing institucional, promovendo a imagem da organização, seja esta pública ou privada (Bashe, 2000), e tem como foco três principais dimensões: os clientes atuais e potenciais; os funcionários; e a interação cliente-prestador de serviços, por vezes chamada *momento de oportunidade* (Lima, 2005).

Quanto à interação cliente-prestador, cabe referir que em serviços, as pessoas são de vital importância para o sucesso de uma organização. São elas que lidam diretamente com o cliente e, nessa interação, podem ajudar a melhorar ou piorar a satisfação e a qualidade percebida quanto ao serviço prestado (Mitchell, 2004), sendo que relativamente aos novos pacientes, o que frequentemente determina a sua satisfação é a primeira interação com qualquer profissional da organização, desde a própria marcação da consulta até à sua efetiva realização. Por outro lado é possível perceber o serviço em função da confiança inspirada pelo seu executor. É o caso de um médico que explica o que está a fazer enquanto cuida do paciente, inculcando-lhe confiança e assim, melhorando a perceção do atendimento. Essa confiança pode estar muito próxima da segurança, pois esta advém do conhecimento prévio da capacidade do prestador de serviços, embora títulos, diplomas e certificados também funcionem para dar segurança. Por último cabe mencionar a perceção tangível do serviço e referir que instalações bem-cuidadas e equipamentos modernos dão maior segurança ao cliente (Yoo, 2005).

Quanto ao atendimento das necessidades e desejos dos clientes, observa-se que, sobretudo na área dos serviços, muitas tarefas de marketing são realizadas por pessoas que não estão integradas no departamento de marketing (Gummeson, 1987; Grönroos, 1990). Uma ação que deve ser tomada deve ser a persuasão do pessoal de contato a adotar uma orientação de marketing que permita aproveitar o momento em que o serviço é produzido. Esta é uma função do marketing interno (Vieira, 2000; Yang, 2010).

Tarefas como a gestão de reclamações, o primeiro contato com o cliente através do telefone, a prestação do serviço, entre outros, são assim realizadas por pessoas integradas noutros departamentos da organização. Os “part time marketers” assim designados por Gummeson (1987) podem ter um impacto decisivo sobre o cliente na sua perceção de qualidade do serviço, já que promovem o contato direto com o mesmo (Castro e Armário, 1999). Ao não estarem integrados no departamento de marketing torna-se, no entanto, difícil instruí-los com os mesmos princípios, e é neste campo que se insere a cultura da organização.

Valores, pensamentos e objetivos semelhantes levarão a uma uniformização do serviço e da forma de tratamento dos clientes.

Neste sentido, como o serviço é realizado principalmente por pessoas, é importante a existência de um processo de seleção, treino e motivação dos funcionários (Yang, 2010), que devem demonstrar competências versáteis ao nível do marketing. Para Vieira (2000), o peso da qualidade do pessoal de contato na qualidade percebida do serviço é maior que o da sua dimensão técnica, o que revela a importância de uma orientação para o serviço e para o cliente por parte da globalidade da empresa, materializada na motivação do pessoal para a adoção de um comportamento de gestores de marketing a tempo parcial (Grönroos, 1994).

Na perspectiva do marketing relacional, manter o paciente é ainda mais importante do que atraí-lo, pois só se mantém um cliente através da superação das suas expectativas e da personalização do serviço através da interação (Laith e Feras, 2011). Ao manter um cliente, este usará uma das maiores fontes de divulgação para o sector da saúde, designada de comunicação *boca a boca*, fazendo chegar a sua opinião sobre o serviço recebido a outras pessoas (Dobele e Lindgreen, 2011). É ainda importante referir que quando um paciente precisa de recorrer a um novo médico, procura normalmente alguém de confiança por indicação, sendo que muitas vezes esta advém da família ou dos amigos (Gombeski *et al.*, 2011).

Quanto ao marketing institucional, algumas das principais ferramentas utilizadas incluem publicações em revistas, organizações de eventos, conferências, seminários para profissionais, palestras, exposições, concursos para clientes, passeios, competições, aniversários e angariação de patrocínios e parcerias, visibilidade nos meios de comunicação social e o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços sociais de interesse público.

No sector dos serviços de saúde, não apenas as pessoas e a imagem institucional são importantes dado que o serviço é prestado num ambiente e esse ambiente faz também parte da promessa do serviço. Assim, desde a decoração até às fardas tudo são exemplos de como o ambiente pode influenciar a perceção de qualidade pelo cliente. Os responsáveis de marketing deverão também associar aos serviços elementos suficientemente tangíveis, para que sejam perceptíveis e evidenciem a sua natureza e qualidade (Vieira, 2000). Uma das primeiras tarefas do marketing de serviços consistirá na gestão eficaz do ambiente físico que rodeia a prestação, assim como da aparência do prestador, da credibilidade do canal de distribuição e da compatibilidade entre a oferta e a procura (Berry, 1980).

No seguimento destas abordagens o serviço entregue ao cliente representa, de facto, o resultado de diversos processos que determinam também a sua personalidade no mercado. Por

exemplo uma clínica dentária pode oferecer consultórios com vista para a cidade, equipados com televisão ou com parque de estacionamento privado disponível. Todas essas possibilidades acarretam necessidades diversas de planeamento e gestão das etapas do processo. Mas o cliente avalia o processo como um todo (Lima *et al.*, 2005).

Nos serviços de saúde o consumidor não está a comprar serviços clínicos oferecidos pelos profissionais existentes, mas está adicionalmente a comprar soluções (Abraham *et al.*, 2011), sejam elas para problemas existentes ou como modo de prevenção e que incluem um relacionamento de confiança, empatia e informação, uma imagem e um ambiente, ou seja, uma solução integrada. Mesmo, em serviços públicos essa percepção é de importância extrema para a manutenção e existência da instituição (Soares, 2004).

A qualidade integral e de todos os componentes é determinante na escolha do serviço de saúde, e existem vários factores que a condicionam tais como: o tempo de espera, a comunicação e o ênfase nos factores humanísticos e de relacionamento, assim como o respeito e cortesia nas relações estabelecidas, a imagem da organização e o ambiente.

Neste sentido a qualidade dos serviços deve ser concetualizada num universo multidimensional, ou seja, que inclua não apenas a componente técnica (relacionada com o resultado da prestação), como a funcional (relativa ao modo como a prestação é transferida para o consumidor) e ainda associada à imagem (entendida como a dimensão intangível e envolvente da prestação) (Vieira, 2000).

O marketing deve ainda ser encarado como ferramenta de exploração e análise de problemas de importância central para a efetividade das organizações de saúde, tanto públicas como privadas. Questões tais como a ênfase em colocar o paciente no centro da organização, bem como envolve-lo na entrega e planeamento dos serviços, e até mesmo o próprio desenho dos serviços tendo em conta a satisfação do paciente, podem deste modo, ser analisadas e melhorar os resultados da organização (Cliff, 2012).

O marketing pode portanto fazer toda a diferença, mas deve ser usado com ética e discernimento (Verma *et al.*, 2011). A sua eficácia vai depender da capacidade de ouvir e entender o cliente, da habilidade em traduzir as suas necessidades e desejos para a linguagem da instituição, bem como da motivação dos profissionais da instituição em atender às exigências dos clientes.

III.4. Especificidades dos serviços de saúde oral

Atualmente, os serviços dentários encontram-se em fase de acomodação a um ambiente em mudança. Embora o marketing possa não ter sido muito popular no passado, as clínicas começam agora a compreender os seus benefícios. No entanto, apesar da crescente aceitação do marketing na área, existem ainda poucos administradores dos serviços de saúde com formação ou experiência neste âmbito (Asefzadeh *et al.*, 2012).

Compreender como ganhar vantagem estratégica é importante para o sucesso da organização, sendo que os profissionais da área dos serviços dentários devem enfrentar os desafios do mercado e preparar-se assim para o futuro.

O conceito geral de marketing representa, de facto, uma área de particular interesse para todos os profissionais de saúde, tendo em conta que quase todas as tendências que afetam os serviços apontam para a necessidade de uma participação ativa no mercado, e todos os desenvolvimentos recentes na área da saúde têm envolvidos aspetos da dimensão de marketing (Asefzadeh *et al.*, 2012), especialmente na área dentária na qual a maioria dos serviços é privada (Popovici, *et al.*, 2008).

Dado que o envolvimento do paciente nos serviços de saúde tem vindo a crescer, as organizações devem agora valorizar as suas escolhas e antecipar a sua satisfação. É neste caso importante compreender como é feita a escolha da clínica ou do serviço prestador (Janda *et al.*, 1996), uma vez que o paciente tem agora uma grande possibilidade de escolha e pode fazer comparações.

Vários factores influenciam a escolha de um serviço (Russo e Crescentini, 2009), e por essa razão, na estratégia de marketing os profissionais devem identificar quais as valorizações de cada grupo ou segmento de clientes e atuar nesse sentido. Desde cedo se considerou que factores como a variedade de serviços oferecidos, o sucesso dos tratamentos e a qualidade técnica, o preço, a localização, a imagem dos profissionais, os equipamentos, a qualidade das instalações e a disponibilidade de outras facilidades, como o estacionamento e uma sala de espera equipada com televisão entre outros atributos estão envolvidos nas escolhas dos pacientes (Capon, 1982). Por outro lado, a busca de serviços na área dentária é ela própria influenciada por factores como por exemplo a posse de um seguro de saúde com cobertura destes serviços, o rendimento familiar e o nível de estudos do paciente (Rutsohn e Ibrahim, 2000). Resumidamente, o paciente avalia a sua satisfação quanto à experiência global em relação ao serviço dentário e neste sentido a organização deve conhecer o comportamento do paciente para poder proporcionar o serviço desejado (Asefzadeh *et al.*, 2012).

Satisfazer as necessidades e os desejos dos pacientes é então fundamental uma vez que pacientes satisfeitos se transformam em clientes leais e contribuem positivamente para o sucesso do serviço, assim como contribuem para o marketing externo através da divulgação *boca a boca* (Caruana e Fenech, 2005).

O marketing é neste caso, um elemento da gestão de qualidade, embora muitas organizações não estejam ainda a tomar em consideração as características dos seus pacientes, uma deficiência reforçada pelas restrições a nível da utilização dos dados recolhidos sobre os mesmos (Thomas, 2007).

Contrariando esta situação, devem ser cuidadosamente investigadas as preocupações dos pacientes, os seus desejos e perspectivas, devido ao seu potencial impacto na utilização e satisfação relativa aos serviços, bem como ao seu impacto na qualidade (Kim *et al.*, 2012). Conhecer a perceção dos clientes a respeito da qualidade do serviço pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações de melhoria (Valença *et al.*, 2011), e é neste sentido que informação obtida através de questionários se tem demonstrado como uma técnica de sucesso na avaliação estratégica e introdução destas melhorias no serviço (Asefzadeh *et al.*, 2012).

Por outro lado a estratégia de marketing deve também focar-se no processo que identifica oportunidades, recursos e objetivos e desenvolve um programa de controlo das atividades. Através do marketing pode ser atingida uma correspondência favorável entre as necessidades do serviço e a oferta disponibilizada (Popovici, *et al.*, 2008), tendo em conta que a saturação de profissionais nesta área concentrados nos centros será cada vez maior assim como a concorrência existente na área dos cuidados dentários (Verma, 2011). Assim sendo, o planeamento estratégico e o ganho de vantagem competitiva torna-se um assunto urgente para o marketing dos serviços de saúde oral (Popovici, *et al.*, 2008).

Para concluir refere-se que o marketing em geral, e especialmente nos serviços de saúde deve seguir alguns conceitos éticos básicos (Graskemper, 2009) que incluem colocar os interesses dos pacientes em primeiro lugar, promover a educação do paciente, evitar a promoção e uso de procedimentos desnecessários e ser fiel com o público no seguimento da missão e valores da organização (Verma, 2011).

IV. PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

IV.1. O que é a qualidade nos serviços de saúde?

É possível encontrar na literatura múltiplas abordagens e definições de qualidade (Uchimura e Bosi, 2002; Leatherman e Sutherland, 2005; Kemple, 2009).

Antes de mais é importante referir a existência de algumas definições redutivas da qualidade, ainda vulgares no campo da saúde, que têm contribuído para deformar a realidade deste tema. Faz-se referência à qualidade compreendida como eficácia técnica, preocupada exclusivamente com aspetos diagnósticos e terapêuticos; ou à qualidade somente nos aspetos relacionados aos gastos com saúde; ou, por fim, à qualidade que considera unicamente as percepções dos pacientes, reduzindo a avaliação da qualidade a uma pesquisa de opiniões, excluindo a perspectiva de análise dos restantes atores envolvidos no processo. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspetos citados, mas é o resultado de uma profunda integração e conexão entre eles (Serapioni, 2009). A qualidade é também um conceito dinâmico que trabalha com referenciais que mudam ao longo do tempo e, por vezes, de forma bastante acentuada (Paladini, 2000).

Zeithaml e Bitner (2003) apontam a dificuldade de avaliar a qualidade nos serviços da área da saúde, comparativamente com os restantes e referem também a sua associação com atributos de credibilidade. Isto justifica a alta expectativa que o cliente apresenta em relação ao serviço prestado. Segundo Pisco *et al.* (2001) “existe hoje a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade em geral, de que os cuidados de saúde sejam de qualidade: acessíveis, adequados e efectivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis”.

O obstáculo fundamental da definição de qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de compreender o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem de forma diferente ao que parece ser o mesmo serviço (Vasconcellos, 2002; Casas, 2007), ou seja, “as pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos da sua vida” (Fadel e Filho, 2009).

Biscaia (2000) define qualidade como sendo um conjunto integrado de atividades planeadas com base na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria continua e o incremento da satisfação dos consumidores dos cuidados de saúde. Segundo o autor um serviço de qualidade deve “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efectivos, eficientes, aceitáveis,

equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos”. A qualidade pode também ser descrita em termos de eficácia e eficiência, assim como através de características de excelência e nível de procura (Lee e Yom, 2006), sendo assim imperativa para o sucesso de qualquer organização.

No entanto, a qualidade em serviços deve ser algo percebido pelos clientes, sendo essencial o modo como a mesma é percebida. A qualidade é pois definida pelo cliente e transcende os parâmetros utilizados na avaliação dos produtos, contemplando aspetos relacionados com as relações humanas e o meio ambiente (Fadel e Filho, 2009). Na realidade, os clientes percebem a qualidade como um conceito muito mais amplo do que conceitos técnicos, principalmente neste contexto dos serviços (Cavana; Corbett e Lo, 2007), efetuando uma avaliação focada que reflète a sua perceção quanto a dimensões específicas do serviço como por exemplo os tangíveis, a capacidade de resposta, a fiabilidade, a empatia e a segurança (Parasuraman *et al.*, 1988). A qualidade técnica pode ser muito semelhante entre os prestadores de serviços existentes no mercado, razão pela qual a questão da qualidade surge no decorrer do processo em relação a vários aspetos da prestação do serviço e possui uma duração de longo prazo (Klann, 2011). Neste sentido o paciente pode avaliar a qualidade técnica do cuidado indiretamente pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com a sua saúde e o seu bem-estar (Urdan, 2001), entre outros factores. Por exemplo, Donabedian (1980) entende qualidade em 3 dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica refere-se à aplicação, atualizada, dos conhecimentos científicos na resolução do problema do paciente; a interpessoal refere-se à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente; por fim a ambiental diz respeito às comodidades como o conforto e bem-estar oferecidos ao paciente. Consequentemente, um sistema direcionado para o cliente projeta as instalações, as políticas, os procedimentos, os métodos e os processos atendendo à conveniência do cliente e não à conveniência da empresa (Stefano *et al.*, 2007).

Mezomo (2001) define qualidade como sendo “um conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes”. Neste caso, a medição da qualidade é também feita de acordo com a perceção que o cliente tem da qualidade. Resumidamente, aquilo que os clientes fazem é comparar o serviço que recebem com o serviço que, segundo as suas expectativas, deveriam receber (Ansuji *et al.*, 2005). Neste caso, o objetivo dos prestadores de serviços é de facto desenvolver e disponibilizar ofertas que satisfaçam as necessidades e as expectativas do cliente, preenchendo a falha entre as expectativas e as perceções acerca do serviço (Klann *et al.*, 2011). Este objetivo é atingindo apenas quando a

qualidade experimentada corresponder ou ultrapassar as expectativas do cliente (Urdan, 2001).

Atualmente os consumidores de serviços procuram os melhores preços, os serviços mais personalizados e com maior qualidade. A tendência futura é que essas exigências se amplifiquem e se tornem mais específicas, contribuindo para tal a globalização e a concorrência cada vez mais acentuada, exigindo aos serviços a criação de estratégias que fidelizem os seus clientes (Stefano *et al.*, 2007). Em todos os tipos de serviços, entender e gerir a qualidade são questões centrais para obter clientes satisfeitos que estejam dispostos a iniciar relacionamentos de longo prazo com a organização (Klann *et al.*, 2011). Neste sentido, têm vindo a ser implementados programas de qualidade dos serviços ao longo dos anos com o objetivo de conhecer os desejos dos clientes, as possibilidades de melhoria e a avaliação da satisfação quanto à qualidade dos serviços prestados.

IV.2. Modelos de avaliação da qualidade

Existem na conceção dos diferentes autores diversas noções de qualidade, no entanto, constata-se que em quase todas as perspetivas subsistem as referências e o interesse quanto às necessidades, às expectativas e assim sendo às perceções dos clientes.

É ainda assim necessário ter em conta que o segmento de serviços da saúde possui uma visão diferente sobre o tema da qualidade, quando comparado à indústria (Malik e Teles, 2001), uma vez que o primeiro engloba aspetos mais emocionais e atributos subjetivos, considerando que envolve o estado de saúde do cliente numa dada situação (Klann, 2011). Relativamente aos serviços, o conceito de qualidade torna-se assim mais complexo.

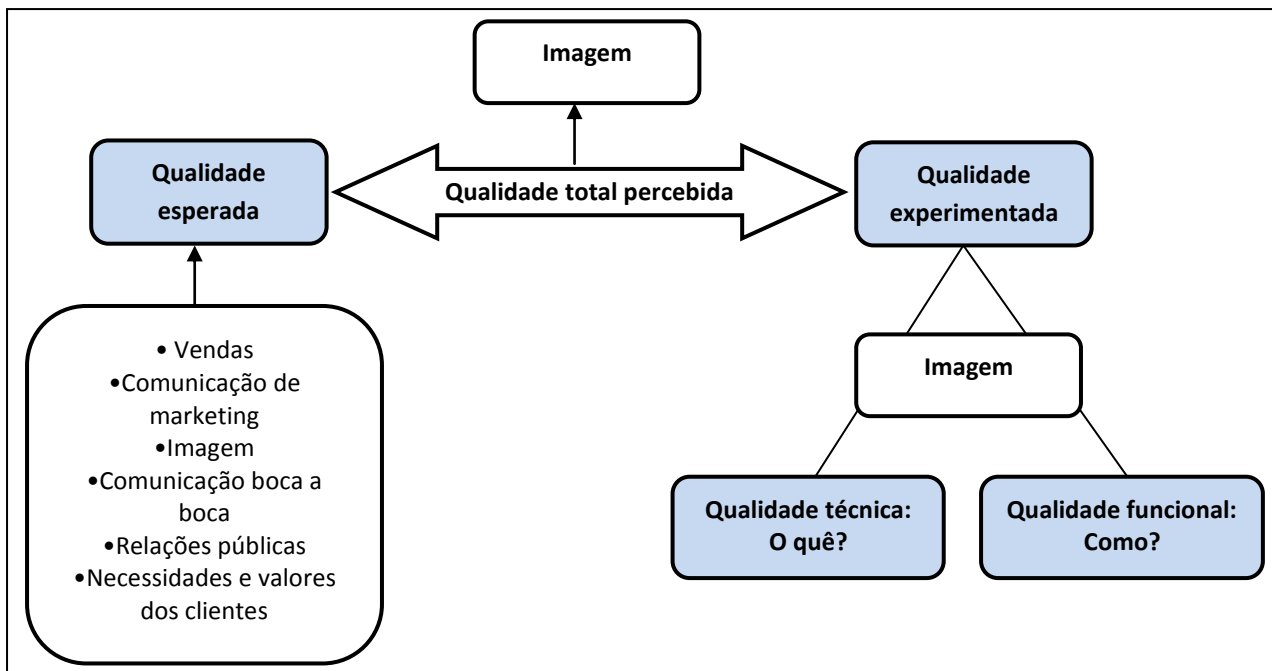
Os modelos apresentados de seguida refletem algumas das perspetivas de qualidade dos serviços desenvolvidas por diversos autores.

IV.2.1. Qualidade total percebida do serviço de Grönroos

De acordo com o modelo da qualidade total percebida do serviço, a qualidade é qualquer coisa que o cliente perceba que ela seja (Grönroos, 2004). Esta qualidade percebida depende da diferença entre as expectativas do cliente e o desempenho do serviço, e ainda da imagem

do serviço, tendo por fim em conta as características funcionais e técnicas do mesmo (Grönroos, 1984).

Ilustração 2 - Modelo da qualidade percebida do serviço



Fonte: Grönroos, 2004

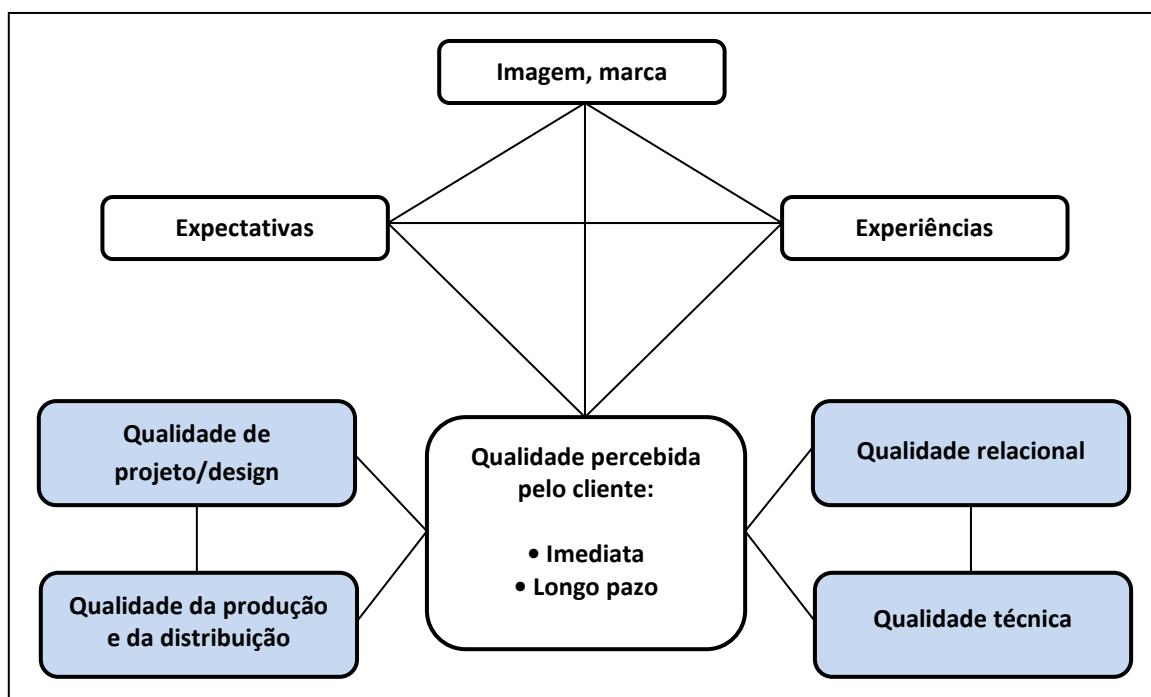
Através do modelo são perceptíveis as dimensões da qualidade e a forma como se relacionam com os vários conceitos do marketing, que são neste caso, indutores da qualidade esperada. Já a qualidade experimentalada depende não só da imagem do serviço, como também da qualidade técnica e funcional. O balanço das duas resulta na qualidade total percebida pelo cliente.

IV.2.2. Modelo 4Q de oferta de qualidade de Gummesson

Este modelo combina os elementos da qualidade dos serviços e dos produtos e distingue claramente os elementos que fazem parte da qualidade em si – qualidade do design e qualidade da produção e da distribuição – das outras variáveis do processo experimentado ou consumido pelos clientes – a qualidade racional e a técnica.

Este modelo inclui também as expectativas e as percepções dos clientes e ainda uma variável de imagem de marca, relacionada com a visão que o cliente tem da organização.

Ilustração 3 - Modelo dos 4 Q's da oferta de qualidade (Gummesson)



Fonte: Grönroos, 2004

Este modelo dá ênfase à forma como os clientes percebem a qualidade no momento, e também à forma como esta está dependente da interação estabelecida entre o cliente e o prestador, ou seja, da qualidade relacional, aproximando-se do ponto de vista do marketing interativo.

IV.2.3. Modelo Conceptual da Qualidade do Serviço ou Modelo dos Gaps

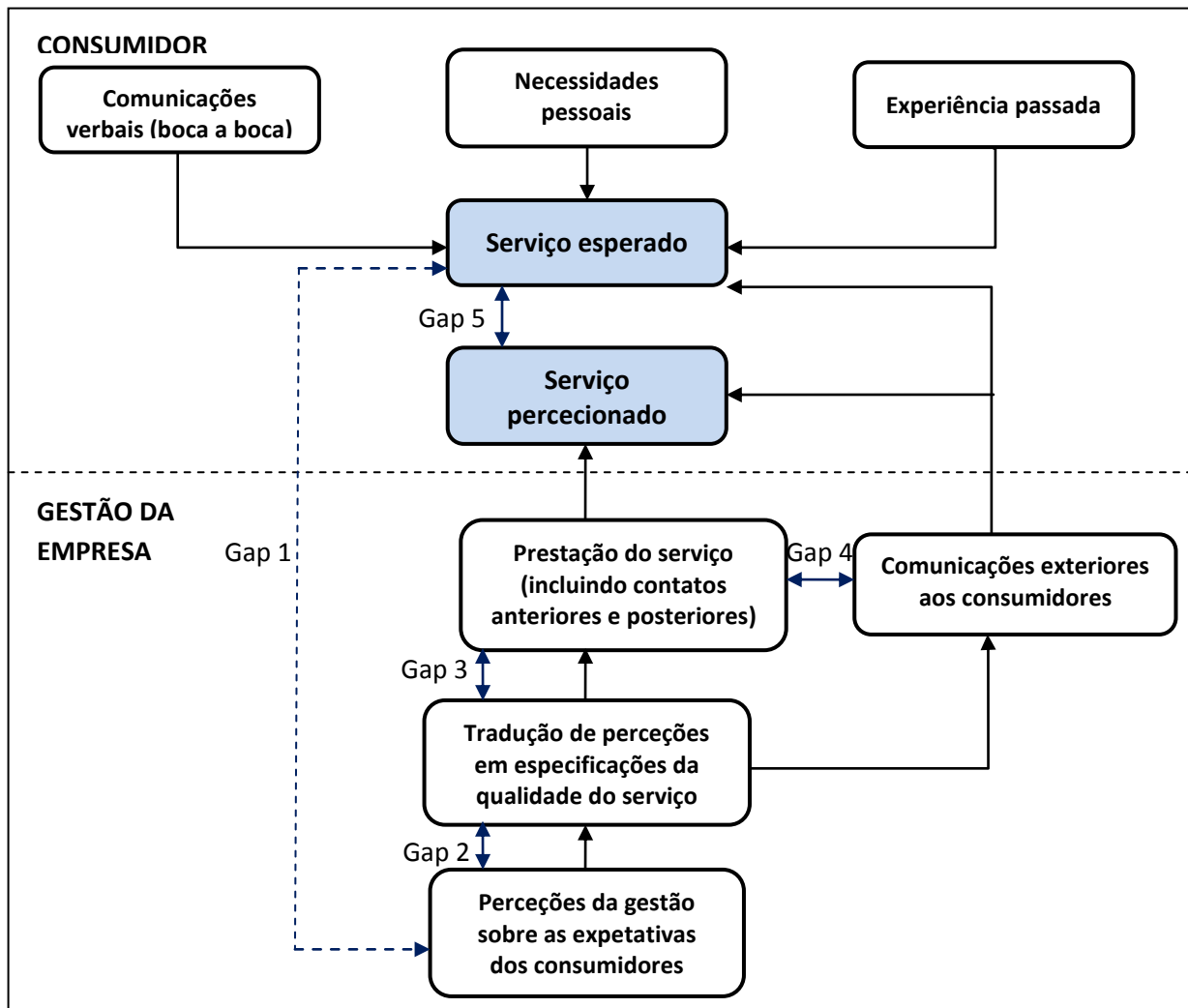
O modelo propõe uma forma de calcular a qualidade percebida pelos clientes, através da medição da discrepância (gap) entre o serviço esperado e o serviço experimentado (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985). O instrumento de medida utilizado pelo modelo é designado de SERVQUAL, um questionário constituído por 22 itens que mede então a discrepância entre as expectativas e as percepções dos clientes relativas aos seguintes componentes do serviço:

- Elementos tangíveis – aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- Fiabilidade – capacidade para prestar o serviço de forma fiável e cuidadosa;
- Capacidade de resposta – disposição, vontade de ajudar os clientes e proporcionar um serviço rápido;

•Segurança – conhecimento, atenção e capacidade para inspirar confiança, profissionalismo, cortesia, credibilidade;

•Empatia – atenção individualizada, comunicação, compreensão do cliente.

Ilustração 4 - Modelo conceptual da qualidade do serviço ou modelo dos gaps



Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991)

Os gaps encontrados relacionam-se especificamente com:

- Gap 1 – discrepância entre as expectativas dos utilizadores e as percepções dos gestores;
- Gap 2 – discrepância entre as percepções dos gestores e as especificações ou normas de qualidade;
- Gap 3 – Discrepância entre as especificações de qualidade do serviço e a prestação do serviço;
- Gap 4 – Discrepância entre a prestação do serviço e a comunicação externa;

- Gap 5 – Discrepância entre o serviço esperado e o serviço percebido (em função dos restantes gaps).

De acordo com o modelo, quando o prestador de serviços compreender a forma como os mesmos são avaliados pelos clientes, será então, possível saber como gerir essas avaliações e como influenciá-las na direção desejada, para que o serviço seja compreendido como excepcional (caso que ocorre quando o serviço prestado excede a expectativa do cliente), ou satisfatório (caso as expectativas sejam plenamente correspondidas), e nunca como inaceitável (o que acontece quando o serviço prestado fica aquém das expectativas do cliente) (Zeithaml e Bitner, 2003).

IV.2.4. Modelo e Instrumento de medida SERVPERF de Cronin e Taylor (1992)

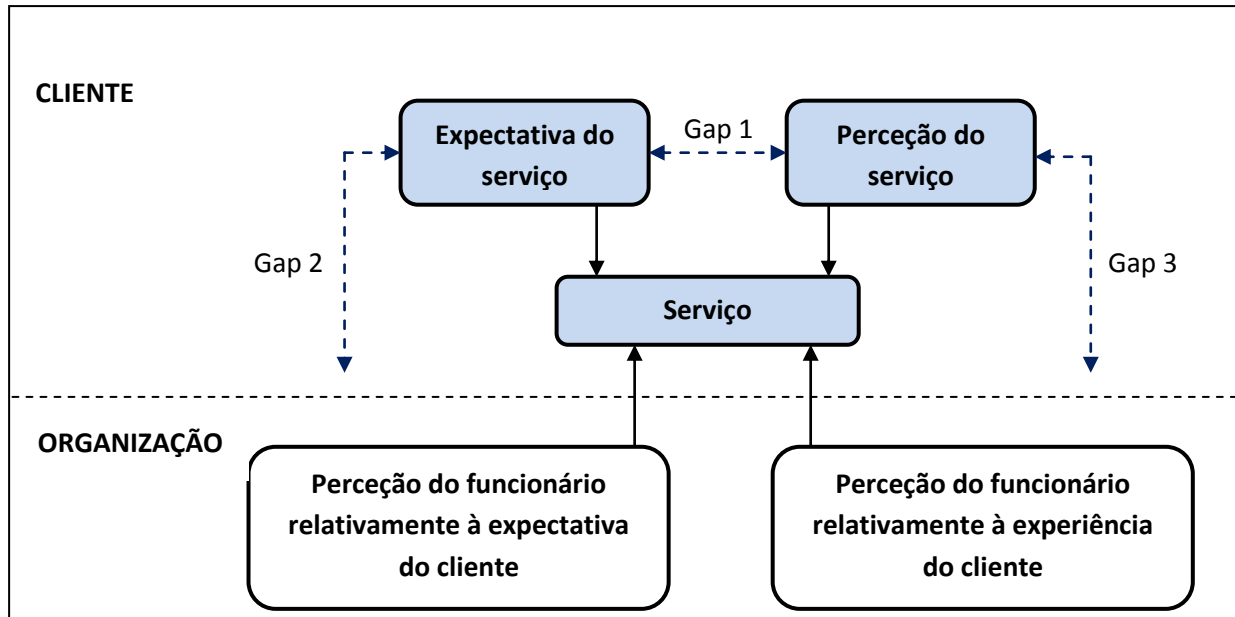
A escala SERVPERF foi desenvolvida com base na escala SERVQUAL, mas com a exclusão das expectativas e centralizada no desempenho, sendo constituída pelos mesmos 22 itens aplicados no SERVQUAL e as mesmas cinco dimensões. Consoante o modelo, a qualidade é uma atitude do cliente em relação às dimensões abordadas, e não deve ser medida por meio das diferenças entre as expectativas e a experiência, mas sim como uma percepção do desempenho.

Cronin e Taylor (1992) afirmaram ainda que a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente, e que por sua vez, essa satisfação tem efeito significativo nas intenções de compra. Segundo os autores, a qualidade dos serviços tem uma menor influência nas intenções de compra do que a própria satisfação do cliente, ou seja, o resultado (desempenho representado pela satisfação) é o que realmente interessa (Salomi *et al.*, 2005).

IV.2.5. Modelo Percepção – Expectativa de Brown e Swartz (1989)

Este modelo tem uma conceção idêntica ao modelo concetual da qualidade ou modelo dos gaps, que considera a qualidade como a diferença entre a expectativa e a percepção do desempenho, no entanto, através do mesmo, verifica-se uma simplificação da análise do serviço (Miguel e Salomi, 2004).

Ilustração 5 - Modelo de Brown e Swartz



Fonte: Adaptado de Brown e Swartz (1989)

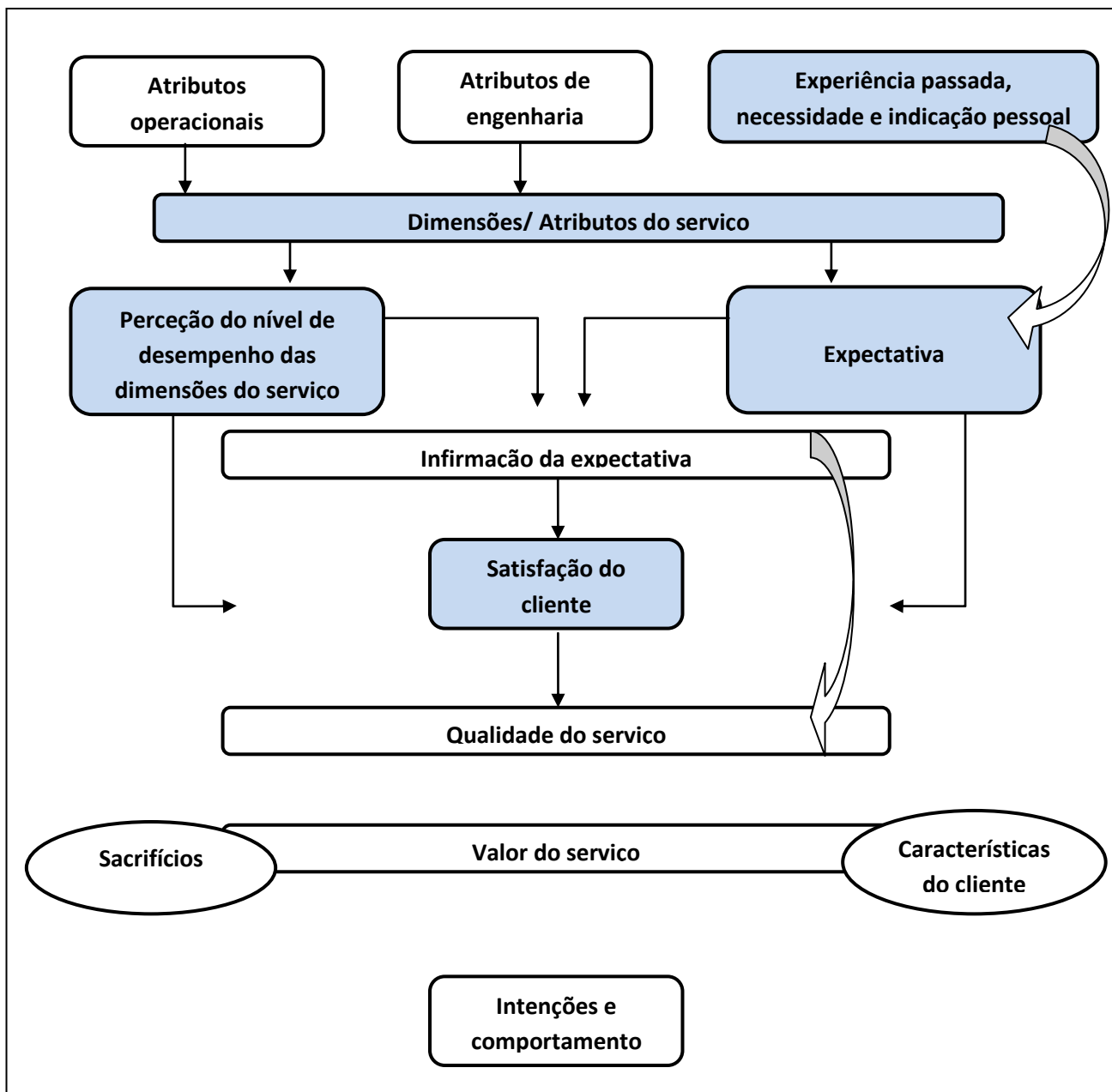
Os autores deste modelo propõem 3 gaps:

- Gap 1 – Discrepância entre a expectativa do cliente relativamente ao serviço e a percepção do desempenho do funcionário avaliado pelo cliente;
- Gap 2 – Discrepância entre a expectativa do cliente relativamente ao serviço e a percepção do desempenho do funcionário tendo em conta a expectativa do cliente;
- Gap 3 – Discrepância entre a expectativa do cliente quanto ao serviço e a percepção do desempenho do funcionário tendo em conta o desempenho avaliado pelo cliente.

IV.2.6. Modelo de avaliação do serviço e do valor de Bolton e Drew (1991)

Segundo o modelo, a avaliação do valor do serviço é função da qualidade do próprio serviço, dos sacrifícios envolvidos na sua utilização e das características dos clientes, sendo o sacrifício um factor que indica os custos financeiros e não financeiros relacionados com a utilização dos serviços. Este modelo considera adicionalmente que as intenções e o comportamento do cliente dependem do valor percebido do serviço, que por sua vez depende das próprias características do cliente e dos sacrifícios envolvidos. A satisfação do cliente é também considerada, na medida em que decorre da infirmação das expectativas, que ocorre sempre que existe uma discrepância entre as expectativas e o desempenho (Churchill e Surprenant, 1992).

Ilustração 6 - Modelo de Bolton e Drew



Fonte: Adaptado de Bolton e Drew (1991)

V. SATISFAÇÃO

Os estudos sobre a satisfação dos consumidores são cada vez mais importantes na gestão das organizações já que possibilitam a definição de estratégias de melhoria do seu desempenho. Segundo Zeithaml (2003), as empresas descobriram que o aumento dos níveis de satisfação pode ser associado à lealdade dos clientes e aos lucros, já que consumidores satisfeitos podem repetir a compra do serviço, o que traz benefícios à empresa. Um cliente satisfeito está convicto de que a aquisição de um determinado serviço foi uma boa decisão, o que facilita a hipótese de uma relação de continuidade. Neste sentido, para Oliver (1997), o interesse pela análise da satisfação do cliente pode ser analisado a vários níveis, entre os quais o do consumidor e o da empresa. Ao nível do consumidor, a satisfação é uma condição final proveniente do consumo desejado, que determina se a experiência foi agradável ou, pelo contrário, o resultado de uma decisão errada. Ao nível da empresa, a importância da satisfação deve-se ao efeito passa-palavra, e ao estabelecimento de relações duradouras com os clientes.

Cabe ainda referir que a avaliação da satisfação do consumidor é um dos instrumentos do sistema de informação de marketing das organizações, constituindo ela própria um subsistema de monitorização permanente do que pensam e sentem os clientes ou utentes dos serviços (Nascimento e Jesuino, 2003).

V.1. O que é a satisfação?

Oliver (1997) refere que o vocábulo satisfação resulta da génese etimológica de *satis* (suficiente) e *facere* (fazer). Para o autor, a satisfação é uma avaliação positiva consistente com o facto de o serviço em si e as suas características, fornecerem um nível agradável de realização relacionada com o consumo. Também Sepúlveda (1998) define satisfação como sendo o contentamento e o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja. Neste sentido, não é possível satisfazer os clientes se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o seu atendimento não estiver previsto na própria missão da organização (Mezomo, 2001).

Nos serviços de saúde, a satisfação do paciente é compreendida pelas “avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde” (Linder-Pelz, 1982). Estas avaliações expressam uma atitude ou uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados segundo o ponto de vista dos pacientes (Sitzia e

Wood, 1997). As pesquisas de satisfação focalizam, portanto, as diferentes dimensões que envolvem o cuidado, desde a relação estabelecida entre o paciente e o profissional até à qualidade das instalações, passando por outras (Vaitsman e Andrade, 2005). A satisfação do cliente é também definida como a avaliação total da performance baseada em todas as experiências (positivas e negativas) anteriores com a empresa (Jones *et al.*, 2000), e pode ainda ser entendida como a avaliação feita pelo cliente com respeito a um produto ou serviço, em relação ao atendimento ou não das suas necessidades e expectativas, sendo que a falha em ir ao encontro das mesmas é pressuposta como causadora da insatisfação (Zeithaml, 2003), correspondendo a uma fraca qualidade percebida. A satisfação, é assim, mais abrangente sendo influenciada pelas percepções da qualidade do serviço e pelo preço, assim como por factores pessoais e condições situacionais (Zeithaml e Bitner, 2003).

A atenção dedicada ao tema da satisfação do cliente é hoje um assunto fulcral para as organizações, sendo que para Melo (2004) “o nível de satisfação dos clientes é naturalmente importante, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste, mas também porque constitui uma importante determinante da adesão ao tratamento”.

Para além disto, Bateson e Hoffman (2001) indicam outras razões fundamentais para justificar a atenção dedicada à satisfação do cliente:

1º O custo de novos clientes *versus* o custo de clientes antigos: as mudanças no mercado indicam que obter novos clientes torna-se mais caro do que manter clientes antigos. Adicionalmente a angariação de novos clientes não atinge os níveis que anteriormente eram alcançados;

2º A competitividade: devido ao crescimento da concorrência dos mercados e ao surgimento de novas escolhas para os clientes, aumenta a importância de produzir satisfação, para as empresas que procuram incrementar os níveis de lealdade dos consumidores e, conseqüentemente, a estabilidade financeira.

V.2. Modelos conceituais de satisfação

Existem neste campo diversos modelos que medem a satisfação do paciente (Tinoco e Ribeiro, 2007). Estes modelos englobam vários determinantes que representam as possíveis variáveis que afetam a avaliação do serviço feita pelo cliente, sendo que a maioria tem como pressupostos as percepções dos mesmos em relação às suas expectativas, valores e desejos

(Williams, 2001). Neste sentido, identificar as expectativas de consumidor é o ponto central para a compreensão da satisfação (Vinagre e Neves, 2008).

V.2.1 Teoria da desconfirmação da expectativa de Oliver (1980)

Segundo a teoria de Oliver (1980), a satisfação é o resultado de uma comparação entre as expectativas pré-compra e os resultados reais da compra. Conforme o autor, sentimentos de satisfação são alcançados quando a diferença entre o serviço prestado e o esperado é positiva, ou seja, se o desempenho percebido exceder as expectativas do consumidor (desconfirmação positiva), o cliente estará satisfeito. Pelo contrário, se o desempenho percebido for menor do que as expectativas (desconfirmação negativa), o cliente ficará insatisfeito. Quando o desempenho percebido é igual às expectativas (confirmação simples), tem-se uma confirmação, geradora de indiferença. No paradigma da desconfirmação, a satisfação do cliente é portanto definida como a avaliação ou o julgamento de uma específica decisão de compra (Homburg e Giering, 2001).

Segundo a teoria é essencial, que cada serviço tenha a preocupação em identificar os elementos diferenciadores da satisfação dos seus clientes, de forma a melhorar a sua prestação.

V.2.2. Teoria da disparidade do valor percebido de Westbrook e Reilly (1983)

A teoria da disparidade do valor percebido de Westbrook e Reilly (1983), surgiu como alternativa à teoria da desconfirmação das expectativas e sustenta que a satisfação seja uma resposta emocional estimulada por um processo cognitivo. A satisfação é então obtida face à comparação das percepções com valores individuais, como, por exemplo, as necessidades ou os desejos, sendo a diferença desta comparação o valor percebido. Com base nesta teoria, quanto menor for a divergência entre as percepções acerca do produto ou serviço e os valores individuais do cliente, maior será a satisfação, verificando-se o oposto quanto maior for a disparidade do valor percebido.

V.2.3. Teoria da atitude

Segundo esta teoria a satisfação é entendida como uma atitude, ou seja, uma avaliação positiva ou negativa sobre um determinado aspecto do serviço. O modelo de Linder-Pelz (1982), denominado teoria do valor-expectativa, é um possível exemplo, que considera a satisfação como sendo uma atitude positiva relativa à crença de que o cuidado médico contém certos atributos (como o acesso, eficácia, custo e conveniência) que podem ser avaliados pelo cliente (Esperidião e Trad, 2006).

V.2.4. Teoria da equidade de Fisk e Young (1985)

A teoria da equidade proposta por Fisk e Young (1985), sugere um novo processo de comparação no estudo da satisfação. Segundo o modelo, a satisfação é calculada em termos de "ganhos" e "perdas" individuais e na comparação com outros usuários. Assim sendo, o utilizador avalia os serviços segundo critérios de equidade e, dessa forma, introduz elementos de comparação a nível social, confrontando a avaliação de um único paciente com as dos demais (Esperidião e Trad, 2006).

V.2.5 Teoria da realização

Segundo a teoria da realização a satisfação é dada simplesmente pela divergência entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido (Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994).

Podem ser encontrados dois tipos de teoria da realização: a realização da necessidade e a realização da expectativa. Quanto à teoria da realização da necessidade, os estudos mostram que circunstâncias da efetividade do serviço e o nível de saúde do usuário são levados em conta nas respostas sobre a satisfação (Aspinal, 2003), embora existam outros factores que atuem na determinação da satisfação (Kane *et al.*,1997).

Quanto à teoria da realização da expectativa, também designada de teoria da confirmação da expectativa, esta estipula que, o usuário demonstra satisfação quando recebe aquilo que esperava do serviço ou mais do que esperava. Esta teoria é criticada na literatura, uma vez que apenas permite saber o quanto um serviço foi melhor do que a expectativa do respondente. Alguns autores consideram que essa relação é própria para o senso comum, mas não cabe para

fundamentar a prática da pesquisa em saúde (Williams, 1994; Avis *et al.*, 1997; Like e Zyzanski, 1987).

V.2.6. Teoria do nível de comparação

A teoria do nível de comparação assenta na ideia de que os consumidores usam níveis de comparação para as variadas alternativas, de forma a determinarem a satisfação e a hipótese de manter o vínculo a uma organização. O nível de comparação é o padrão contraposto à avaliação da atratividade do relacionamento (Thibaut e Kelley, 1959). É através do padrão que um indivíduo determina a sua satisfação para com um serviço e, portanto, decide se vai mudar ou permanecer na relação, isto é, a forma como determinada experiência é avaliada baseia-se na próxima melhor alternativa de relacionamento no sector (Skogland e Sigauw, 2004).

Tendo por base esta teoria, mas introduzindo algumas alterações, LaTour e Peat (1979), constataam que o nível de comparação para cada atributo resulta da experiência anterior com diversos níveis do atributo para produtos e serviços análogos, dos níveis do atributo oferecidos a outros consumidores e que o cliente se apercebe, e por fim das expectativas criadas pelo prestador dos serviços. Segundo os autores, cada discrepância é apreciada de acordo com a importância que o cliente confere a cada atributo, de forma a determinar a satisfação global, sendo que discrepâncias positivas, ou seja, expectativas superadas, são um contributo para a satisfação, ao contrário das discrepâncias negativas, que cooperam para a insatisfação.

V.2.7. Teoria do Contraste de Sherif e Hovland (1961)

A Teoria do Contraste, elaborada e implementada por Sherif e Hovland (1961), considera que existem zonas de aceitação definidas pelo cliente, no caso de existir uma discrepância pequena entre as expectativas e o desempenho do serviço. Se essa discrepância for elevada verificam-se zonas de rejeição. Segundo os autores, quando a discrepância entre as expectativas e o desempenho do produto ou serviço é suficientemente reduzida para se situar na zona de aceitação, o cliente tende a assimilar a diferença, avaliando o serviço, tendo em conta maioritariamente as suas expectativas. Neste sentido, expectativas superiores aos

resultados devem originar avaliações de desempenho melhores, existindo maior satisfação, quando comparado com a situação das expectativas serem iguais ao desempenho. De forma semelhante, expectativas inferiores aos resultados, devem originar percepções de desempenho inferiores, gerando menor satisfação. De acordo com esta teoria, quando se verifica uma diferença elevada entre as expectativas do cliente e o desempenho do produto, que se situe na zona de rejeição, surge um efeito de contraste e o cliente aumenta a discrepância percebida, avaliando o produto ou serviço mais de acordo com o desempenho. Neste caso, se as expectativas forem superiores aos resultados obtidos, as percepções de desempenho deverão ser menores, comparativamente à situação das expectativas serem iguais ao desempenho, resultando em menor satisfação. Por outro lado, caso as expectativas sejam inferiores aos resultados obtidos, as avaliações do desempenho deverão ser melhores do que no caso de as expectativas serem iguais ao desempenho, levando a uma maior satisfação.

V.2.8. Modelo da Lacuna do Cliente desenvolvido de Zeithaml e Bitner (2003)

Zeithaml e Bitner (2003) desenvolveram um modelo que identifica uma lacuna ou uma falha na prestação de serviços formada pela diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido pelos clientes. De acordo com o modelo, os usuários reconhecem, no entanto, que nem sempre é possível alcançar o serviço desejado, e dessa forma consideram um segundo nível de expectativas, os serviços adequados, que representam um mínimo tolerável do desempenho dos serviços. Finalmente, o modelo considera os serviços presumidos, que representam o grau de expectativas no qual os usuários dimensionam aquilo que de facto os aguarda nos serviços, fazendo deduções acerca da probabilidade do desempenho dos serviços. Observa-se então que os usuários distinguem previamente tipos diferentes de desempenho dos serviços e estabelecem uma zona de tolerância, determinada entre os serviços desejados e os adequados. Quando o desempenho é superior ou inferior à zona de tolerância, o usuário manifesta, respetivamente, satisfação ou insatisfação.

V.3. Relação entre qualidade e satisfação

Os estudiosos nesta matéria têm tentado estudar as ligações entre a qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes (Oliver, 1997; Zeithaml, Berry e Parasuraman, 1996).

A importância de pesquisar a respeito deste tema remete para o facto de ser uma das formas para gerir a perspectiva do cliente, já que esta se inicia antes mesmo do contato com o serviço ou com os profissionais, por meio das expectativas prévias, formuladas por experiências anteriores ou, até mesmo, por assimilação de percepções de outras pessoas a respeito de determinado serviço (Lovelock e Wright, 2003).

Por este motivo têm sido debatidos na literatura especializada os conceitos de satisfação do cliente e qualidade do serviço e embora seja facilmente admitida a inter-relação direta entre os conceitos (Gasquet, 2000; Ferreira, 2004), o mais difícil parece ser, por vezes, diferenciá-los.

Segundo Stefano *et al.* (2008) a qualidade percebida consta de uma avaliação global do serviço relacionada à sua primazia e superioridade, contrariamente à satisfação que está relacionada a uma transação específica, isto é, à qualidade num determinado momento ou período do serviço. A qualidade é assim uma avaliação cognitiva de longo prazo registada pelos clientes na entrega dos serviços, sendo a satisfação do cliente uma reação emocional de curto prazo após a realização de um serviço (Lovelock e Wright, 2003).

Para os autores Newsome e Wright (1999) a percepção da qualidade antecede a satisfação do paciente, podendo ocorrer independente da experiência relativa ao serviço. Ou seja, uma pessoa pode acreditar que um serviço é de elevada qualidade embora não tenha sido paciente do serviço, embora só possa avaliar o mesmo serviço em termos de satisfação se o tiver experimentado.

Existem então, três aspetos relevantes que diferenciam a qualidade percebida da satisfação (Ngobo, 1997):

1º As percepções de qualidade não impõem uma experiência com o prestador de serviços, enquanto a satisfação é sobretudo experimental;

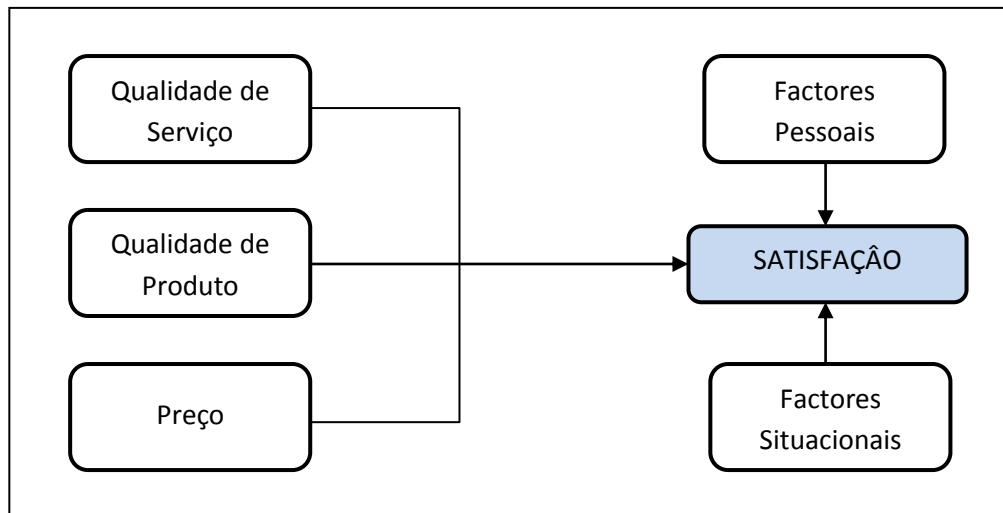
2º A satisfação exclusiva de uma transação encontra-se parcial ou totalmente ligada a aspetos emocionais, enquanto a qualidade percebida contém mais elementos cognitivos do que afetivos;

3º A satisfação provém de todas as dimensões associadas ou não à qualidade do produto ou serviço.

Ainda nesta perspectiva a satisfação total pode ser, antes de mais, função da qualidade percebida do serviço (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988; Cronin e Taylor, 1992). Em comparação com a perspectiva de satisfação com uma transacção específica a satisfação total reflete as impressões acumuladas que um consumidor possui em relação à performance do serviço de uma empresa.

Os autores Zeithaml e Bitner (2000), desenvolveram um modelo de factores que influenciam a satisfação do cliente. Segundo estes autores, a satisfação é o resultado da percepção de qualidade do serviço e do produto, do preço e ainda de factores pessoais e situacionais.

Ilustração 7 - Percepções de qualidade e satisfação



Fonte: Adaptado de Zeithaml e Bitner (2000)

A qualidade é portanto, a característica do produto ou serviço e a satisfação está relacionada com o estado do consumidor (Eiglier, 1997). Esta qualidade apenas se pode converter em satisfação se existir um elo de ligação que associe estes dois factores, sendo que a percepção da qualidade e a comparação com as suas próprias expectativas constituem esse elo. Assim sendo, oferecer um produto ou serviço de qualidade significa literalmente prestar um serviço que corresponda inteiramente às expectativas do cliente, pelo que é fundamental que as estratégias e a gestão das empresas vão de encontro a estas expectativas e necessidades reais do cliente, promovendo a satisfação. A satisfação, por sua vez, vai definir a probabilidade do cliente continuar, ou não, a utilizar esse mesmo serviço (McDougall e Levesque, 2000) e é por esse motivo que as percepções dos clientes, independentemente de serem ou não subjectivas, são a realidade do mercado com o qual a empresa deve lidar.

Oferecer produtos e serviços que satisfaçam, exige um conhecimento *à priori* das expectativas dos clientes (Vavra, 1996) e da forma como estas expectativas são desenvolvidas.

As empresas reconhecem atualmente que podem competir de modo mais eficaz distinguindo-se pela qualidade dos serviços e pela maior satisfação dos seus clientes (Tinoco

e Ribeiro, 2007), sendo que esta satisfação é influenciada de modo significativo pela avaliação que o cliente faz das suas características (Zeithaml, 2003).

Perante este cenário, é fundamental para as empresas de serviços aproximarem-se do cliente, conhecerem as suas necessidades e expectativas e identificarem os atributos mais importantes do serviço oferecido (Saravanan e Rao, 2007). Por outro lado, não existem também dúvidas de que a satisfação dos utentes é uma medida de qualidade dos cuidados porque nos dá informação sobre o sucesso dos prestadores (Donabedian, 1988).

V.4. Fidelização

A importância da fidelização decorre da sua relação positiva com a retenção, as intenções de recompra por parte do cliente e a sua rentabilidade a longo prazo, uma vez que os clientes leais são críticos para a sobrevivência dos serviços, em todas as áreas, não sendo exceção os serviços dentários (Caruana e Fenech, 2005).

A lealdade pode ser definida como a existência de um comprometimento profundo em comprar ou utilizar novamente um serviço, de forma consistente no futuro, e assim efetuar compras repetidas à mesma empresa (Oliver, 1966). Num contexto empresarial, corresponde à vontade do cliente de continuar a relação com uma empresa por um período prolongado de tempo, comprando e recomprando os seus produtos ou serviços de forma preferencialmente exclusiva e efetuando uma recomendação a outras pessoas (Lovelock e Wright, 2002).

Desta forma, a fidelização dos clientes corresponde a um dos primeiros níveis do marketing de relacionamento, assim como a personalização do serviço (Dias, 2003), já que este envolve todas as etapas que as empresas assumem para conhecer intimamente o perfil do cliente e para melhor atendê-lo, através da criação de cenários mais próximos das suas reais necessidades, possibilitando individualizar o atendimento e obter fidelização (Gregório, 2009; Kotler, 1998; Costa et al, 2010). Para Sheth (1996), a lealdade consiste no processo de identificar, estabelecer e de manter e fortalecer relacionamentos com clientes e outros parceiros, com obtenção de lucro, de maneira a que os objetivos das partes envolvidas sejam atendidos.

A literatura indica alguns importantes antecedentes da lealdade, sendo estes o valor percebido (Zeithaml, 1988) e a satisfação (Oliver, 1980). A lealdade é ainda precedida pela diferenciação do serviço, assim como pelas perceções do cliente e pela interação desenvolvida (Zizmer, 2012), e ainda pela confiança e comprometimento demonstrados (Brei e Rossi,

2005). Acredita-se que o processo de decisão do consumidor em relação às empresas seja guiado por boa parte dessas variáveis ou antecedentes latentes. Considera-se que essas avaliações globais sumariam o conhecimento e experiência dos consumidores e guiam o seu comportamento em relação à empresa (Brei e Rossi, 2005).

Muitas vantagens decorrem da fidelização dos clientes. Clientes leais geram menos custos a nível de marketing para as organizações, são mais propensos a aderir a novos serviços ou produtos indicados pelo prestador, são mais compreensivos na ocorrência de erros e suportam mais facilmente aumentos de preço. Os clientes leais são, neste sentido, mais rentáveis do que os novos clientes e podem ainda recomendar a organização, atraindo público novo.

Desta forma, o impacto da lealdade sobre a lucratividade deve-se não somente à geração de maior receita por mais tempo, mas acontece também porque reter clientes custa menos do que conquistar novos clientes (Berry, 2000). O lucro, e a consequente sustentabilidade financeira e competitividade da organização podem ser influenciados direta ou indiretamente através da seguinte sequência: qualidade → satisfação → lealdade → lucro (Oliver, 1997).

Destaca-se por fim que manter clientes fiéis é a chave para o sucesso no mercado do novo milénio, e o componente mais importante para a consolidação da participação de mercado da empresa (Vavra e Pruden, 1995).

V.5. Valor

Zeithaml (1988) investigou o conceito de valor tendo identificado as seguintes quatro definições do consumidor para valor: valor corresponde a baixo preço, valor é aquilo que quero num produto, valor é a qualidade que obtenho pelo preço que pago, e valor é o que obtenho pelo que dou. Estas definições foram agrupadas e o valor foi então definido como a avaliação global do consumidor quanto à utilidade do produto ou serviço, baseado nas percepções daquilo que é dado e recebido, ou seja, como uma comparação entre custos e benefícios. Para Choi *et al.* (2004), valor percebido é uma construção cognitiva que requer um balanço entre sacrifícios e benefícios.

Apesar desta definição geral, persistem ainda muitas questões relativamente à definição do conceito e à própria mensuração de valor. Definir valor na indústria dos serviços de saúde é algo dificultado pela assimetria de informação existente entre o paciente e o profissional de saúde, o que leva a que o paciente deva confiar na opinião do profissional quanto à eficácia, ao preço e ao serviço ou tratamento adequado às suas necessidades (Taner e Antony, 2006). A

definição de valor neste sector é também dificultada pelo facto de o paciente não procurar os serviços de saúde por si próprios mas como um meio para se manter saudável, assim como pelo elevado risco associado à natureza do serviço, combinado com uma elevada vulnerabilidade e exposição emocional possivelmente existentes (Jadad, 1998).

Apesar da dificuldade na definição, é consensual que as organizações de saúde podem ganhar vantagem competitiva através de uma oferta de cuidados de valor elevado para o cliente (Duncan e Breslin, 2009). Compreender o como e o porquê da escolha dos serviços pode ser a chave desta vantagem devido à crescente importância de gerar satisfação para o cliente através de estratégias de aprimoramento do valor oferecido (Richardson e Gurtner, 1999).

Neste balanço de valor, os benefícios recebidos pelo cliente advêm da qualidade dos produtos ou serviços oferecidos pela organização e podem ser percebidos de forma diferente por cada pessoa (Kim *et al.*, 2008). A qualidade dos serviços prestados aos clientes depende do quão confiável é, na sua perceção, a organização, bem como de certas características dos profissionais envolvidos, como amabilidade e a empatia. Outros benefícios decorrem da própria experiência de compra e têm a ver com factores como a atmosfera e decoração do espaço físico ou mesmo da informação prestada (Liu *et al.*, 2006).

Tendo em conta os benefícios e aliando também os sacrifícios, os clientes tentam sempre maximizar o valor, dentro dos limites impostos pelos custos da procura e pelas limitações do seu conhecimento, mobilidade e receita. Eles criam uma expectativa de valor e agem de acordo com a mesma, sendo que a sua satisfação e a repetição da compra dependem do facto de a oferta satisfazer ou não essa expectativa, que pode variar ao longo do tempo, já que o valor percebido pelo cliente é perceptivo, contextual e multidimensional (Chahal e Kumari, 2011).

Para concluir deve ainda ser referido que o desafio de criar e manter um relacionamento duradouro com o cliente é hoje uma das tarefas mais importantes das organizações, principalmente no sector dos serviços (Chaska, 2006), e que desta forma os planos de marketing actuais são baseados na criação de valor para o consumidor (Beresford e Branfield, 2006; Nordgren, 2009). Práticas de gestão destinadas a incorporar qualidade nos serviços, satisfação e lealdade do cliente evoluíram neste sentido, como evidenciado pelas tentativas de influenciar o valor percebido pelo mesmo (Ekrem e Fazil, 2007), através do envolvimento central dos pacientes na própria criação de valor (Duncan e Breslin, 2009). Perceber o que é o valor para os clientes tornou-se uma abordagem de extrema importância para o planeamento

estratégico de marketing das organizações, na salvaguarda de que a melhor estratégia depende do que os clientes em foco entendem e percebem como valor.

VI. RELAÇÃO DO MARKETING COM A PERCEÇÃO DE QUALIDADE

VI.1 Determinantes da utilização dos serviços de saúde

Um dos objetivos do marketing na saúde é o de identificar estrategicamente os motivos pelos quais os pacientes procuram um determinado serviço, sendo certa a existência de variados motivos para a procura de atendimento em saúde (Kotler, 2010).

Segundo Matos e Lima-Costa (2001) existem três tipos de características pessoais que explicam as diferenças no uso de serviços de saúde: os recursos, a necessidade e a predisposição. Relativamente aos recursos incluem-se as variáveis que facilitam o uso dos serviços como sejam o rendimento e a existência ou não de seguros ou planos de saúde. Quanto à necessidade, entende-se que esta inclui as convicções e a percepção do próprio indivíduo em relação ao seu estado de saúde oral. Finalmente, quanto à predisposição do indivíduo para usar os serviços de saúde, e neste caso referindo os serviços de saúde oral, incluem-se variáveis sociodemográficas como a idade, o género e a escolaridade, bem como variáveis relacionadas com as suas atitudes pessoais, como por exemplo o medo ou a ansiedade.

Relativamente a estas características pessoais que determinam a probabilidade da procura dos serviços de saúde (género, idade, rendimento e status socioeconómico e escolaridade), é de referir quanto ao género que, no geral, as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde do que os homens (Vintém *et al.*, 2008), em todas as faixas etárias, com exceção da infância, e no que diz respeito à idade, as crianças e os idosos usam mais os serviços de saúde (Pinheiro *et al.*, 2002), sendo que em relação aos últimos a utilização aumenta acompanhando a deterioração do seu estado (Quintal *et al.*, 2012). O rendimento e o *status* socioeconómico são naturalmente factores que afetam o uso e a procura dos serviços de saúde, devido a uma maior disponibilidade de acesso para aqueles com meios de pagar os serviços mais dispendiosos (Kotler, 2010). Assim sendo, os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior nível de escolaridade têm melhor acesso a consultas de especialidade, como por exemplo, consultas de medicina dentária (PNS, 2012 – 2016). Por outro lado, as classes sociais mais desfavorecidas apresentam uma tendência para autoavaliar negativamente o seu estado de saúde e recorrem com mais frequência aos serviços de saúde que têm disponíveis (Vintém *et al.*, 2008). A escolaridade, tal como anteriormente referido, para além do conhecimento dos serviços de saúde, são também determinantes da sua utilização.

Por fim, a disponibilidade dos serviços, incluindo a existência de um seguro de saúde, é provavelmente um dos factores mais influentes no uso dos mesmos (Blumberg, 1980; Aday e Andersen, 1984; Kotler, 2010). Esta disponibilidade inclui uma oferta adequada de serviços que permita a oportunidade de utilização dos mesmos e depende também do tipo de cuidados abrangidos pelo sistema público, que no caso dos serviços de saúde oral é reduzida. A proximidade reflete ainda a acessibilidade física e geográfica dos cuidados e está também associada à dimensão anterior, sendo que a população urbana utiliza mais os serviços do que a população rural, até mesmo pela facilidade do acesso (Zucchi, *et al.*, 2000).

Com base em modelos conceituais já existentes (brist, *et al.*, 2077; Arah *et al.*, 2006; Goddard e Smith,2001), identificam-se ainda outras dimensões que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde, sendo estas os custos, a qualidade e a aceitação. Os custos referem-se aos gastos incorridos no consumo de serviços de saúde os quais podem incluir os encargos diretos de aquisição dos cuidados, assim como os custos indiretos associados por exemplo ao transporte, à espera pelo atendimento, entre outros, e podem também estar condicionados pela posse de seguros ou subsistemas públicos. A qualidade centra-se não apenas na qualidade dos serviços prestados mas também na organização dos mesmos em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas, integração de cuidados, entre vários outros aspetos. Por fim a aceitação avalia se a prestação dos cuidados corresponde às necessidades e expectativas dos utentes. Os serviços devem estar adequados às características inerentes aos diversos grupos populacionais, os quais podem percecionar de modo diferente os benefícios que podem adquirir da obtenção dos cuidados de saúde.

Descobrir os motivos pelos quais as pessoas procuram os serviços de saúde não é simples, sendo que existem claramente factores múltiplos que influenciam essa procura. Nesta perspetiva, uma das principais tarefas do marketing é identificar a importância relativa desses motivos e perceber que essa análise pode não ser generalizável, mas específica para o tipo de serviço em análise.

VI.2. Vetores de avaliação da qualidade na perspetiva do cliente

Para cada tipo de serviço, existe um conjunto específico de determinantes da qualidade (Stefano *et al.*,2008), no entanto, vários autores têm procurado definir um conjunto genérico que seja aplicável para qualquer serviço. Pode então definir-se, com base em alguns autores

(Parasuraman *et al.*, 1988, 2004; Johnston, 2005, 2008; Grönroos, 2004), um conjunto de determinantes gerais da qualidade dos serviços, sendo estes:

- A facilidade de acesso, que se encontra relacionada com a localização, o horário dos serviços e a adaptabilidade às necessidades e aos desejos dos clientes de uma forma flexível;
- O profissionalismo e as competências do serviço, que remete para a forma como o prestador, os profissionais, mas também os sistemas e os recursos físicos possuem os conhecimentos e as condições necessárias para corresponder às necessidades dos clientes;
- As atitudes e o comportamento dos funcionários e profissionais envolvidos nos serviços, que se relaciona com a percepção dos clientes da atenção e preocupação demonstrada para com os mesmos na prestação e solução dos seus problemas;
- A confiabilidade e honestidade, desenvolvidas através de uma relação de confiança e da disponibilização de um serviço que atue consoante os melhores interesses dos seus clientes;
- A gestão de reclamações e a disponibilização de um sistema funcional e rápido na solução de qualquer imprevisto que possa suceder;
- Por fim, a reputação e credibilidade dos serviços relacionada com a imagem que os clientes desenvolvem relativamente aos mesmos.

O modelo Servqual (Zeithalm, Parasuraman e Berry, 1990) é o exemplo de um modelo de medição da qualidade, aplicável a vários sectores de serviços, apresentando-se sob a forma de um questionário composto por questões que contemplam cinco dimensões da qualidade: a tangibilidade, a fiabilidade, a capacidade de resposta, a segurança e a empatia. Os elementos tangíveis incluem a aparência física das instalações, equipamentos e materiais; a fiabilidade do serviço refere-se à sua capacidade para prestar um serviço eficiente e cuidadoso; a capacidade de resposta prende-se com a disposição para ajudar o cliente e proporcionar um serviço rápido; a segurança relaciona-se com os conhecimentos e credibilidade dos profissionais que pode ser definida em termos de profissionalismo, cortesia, credibilidade e segurança; e por fim a empatia abrange a personalização do serviço ao cliente, que pode ainda ser definida em critérios de acessibilidade, comunicação e compreensão.

Estes são factores aplicáveis à percepção de qualidade desenvolvida pelos clientes na maioria dos serviços, no entanto, tal como anteriormente referido, cada tipo de serviço poderá ter determinantes que são considerados críticos para o sector em questão. Da mesma forma, cada *momento de oportunidade* nos diversos tipos de serviços sofrerá um maior ou menor impacto dos diferentes determinantes da qualidade (Stefano *et al.*, 2008). Neste sentido, a indústria dos serviços de saúde é um sector único, e um sistema complexo no qual a qualidade

do serviço, o valor percebido e mesmo a lealdade do consumidor, se relacionam e influenciam mutuamente (Wan-I Lee, 2010).

Na seguinte tabela encontram-se descritos alguns estudos desenvolvidos por diferentes autores, nos quais são evidenciados os vários vetores envolvidos na avaliação de qualidade dos serviços de saúde pelos pacientes.

Tabela 8 - Dimensões de avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva do cliente

Autor	Descrição do modelo
Wan-I Lee (2010)	Este modelo conclui a existência de nove categorias de valor consideradas pelo consumidor na escolha de um serviço de saúde e no recurso contínuo ao mesmo, incluindo custos, equipamentos, currículo do profissional, cuidado do profissional de saúde, ambiente, tempo, relacionamento, imagem de marca e valor adicional.
Duggirala et al. (2008)	Baseados numa extensa revisão de literatura os autores definiram como dimensões críticas na avaliação de qualidade percebida pelo paciente a infraestrutura, a qualidade dos profissionais, o processo de atendimento, os procedimentos administrativos, os indicadores de segurança, a experiência global com o cuidado recebido e a responsabilidade social da organização.
Moliner (2008)	O autor considera a medição do valor percebido pelo cliente através de factores relacionados com as instalações, a qualidade do serviço, o profissionalismo, e os custos económicos.
Urdan (2001)	A escala de qualidade desenvolvida pelo autor com base no trabalho teórico-empírico de Brown e Swartz (1989) inclui dimensões relacionadas com as interações do médico e o diagnóstico, a competência profissional, as interações com auxiliares, a comodidade de horários e localização e por fim o profissionalismo e a responsabilidade profissional.
Vaitsman e Andrade (2005)	O modelo desenvolvido pelos autores sobre a percepção desenvolvida pelo paciente em relação ao serviço, abrange factores tais como o tratamento com dignidade, o envolvimento do paciente nas decisões e a sua autonomia, a confidencialidade, a comunicação, o apoio social, a agilidade, as instalações e o ambiente físico, a possibilidade de escolha, a eficácia dos serviços, a empatia, confiabilidade e receptividade, entre outras.

Fonte: Adaptado pelo autor

Existem também vários estudos publicados vocacionados para a área específica dos serviços de saúde oral, como os exemplos descritos na tabela 9.

Tabela 9 - Dimensões de avaliação da qualidade dos serviços de saúde oral na perspectiva dos clientes

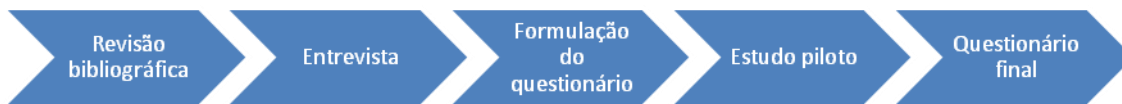
Autor	descrição
Ansuje et al (2005)	Os autores desenvolveram uma escala no sentido de avaliar quais os aspectos mais importantes na perspectiva do paciente em serviços de saúde oral tendo concluído que a segurança do profissional em relação ao tratamento é o aspecto mais importante, seguindo-se um serviço realizado de modo confiável e com precisão, os cuidados com a limpeza e a higiene do consultório, o atendimento com hora marcada, a atenção dispensada ao paciente, a aparência física dos profissionais, o ambiente do consultório e a aparência dos equipamentos, e por fim, a rapidez na resolução dos problemas orais e a facilidade de acesso.
Assada (2001)	Segundo o autor os factores determinantes da qualidade dos serviços de odontologia são a tangibilidade que abrange todas as evidências físicas do serviço, a confiabilidade relacionada com a habilidade de proporcionar um serviço com o desempenho prometido e de forma confiável, o atendimento com a tenção imediata no auxílio dos clientes e na prestação do serviço, a competência, ou seja, a habilidade e os conhecimentos técnicos, a credibilidade, a segurança, a acessibilidade, a comunicação de forma a manter sempre o cliente informado, e por fim, a compreensão das necessidades do cliente.

Fonte: Adaptado pelo autor

VII. METODOLOGIA

VII.1. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado no estudo (anexo 2), trata-se de um questionário desenvolvido com base numa extensa revisão bibliográfica, e na realização de uma entrevista prévia constituída por questões abertas a um grupo restrito de indivíduos. O questionário foi posteriormente sujeito a um estudo piloto para aferição da sua aplicabilidade empírica, deteção erros, questões dúbias ou qualquer outra situação passível de aperfeiçoamento anterior à recolha de dados efetiva.



O questionário aplicado (anexo) é constituído por questões fechadas e encontra-se dividido em 4 grupos, onde se procurou obter informação acerca:

1) Do perfil geral do inquirido, através do grupo “dados pessoais”, onde são colocadas questões relativas ao género, idade, habilitações académicas, situação profissional, detenção de seguro de saúde, número de visitas aos serviços de saúde oral nos últimos 12 meses e rendimento do agregado familiar.

Estas são variáveis independentes de controlo, que foram incluídas no questionário, dada a sua influência na determinação da utilização dos serviços de saúde oral pela população, e dada também a possibilidade de relação destas variáveis com a importância atribuída a cada vetor envolvido na escolha de uma clínica dentária, na avaliação da qualidade da mesma, e ainda na própria avaliação das várias estratégias de fidelização de pacientes por parte da gestão de um serviço.

2) Da importância dos vários aspetos do marketing na escolha de uma clínica dentária pelos pacientes, através do grupo "escolha da clínica dentária". Esta questão abrange aspetos relacionados com os vários componentes do marketing mix dos serviços, como sejam o preço, o serviço, a distribuição, a comunicação, as pessoas, os processos e os lugares.

As questões foram baseadas e adaptadas de estudos previamente realizados e publicados por diversos autores:

- Do estudo de Bhangale (2011) sobre os factores que influenciam as decisões dos pacientes, foram adaptadas questões relativas a aspetos como a disponibilidade de várias

especialidades, a escolha dos médicos, a recomendação, o preço dos serviços, a localização, os profissionais, o tempo de espera e o próprio serviço;

- Do estudo de Akinci et al (2004) também vocacionado as escolhas dos pacientes, foram incluídos e adaptados aspetos como o preço, a imagem, a acessibilidade, a existência de acordos com seguradoras, as instalações e equipamentos modernos, questões burocráticas, e a disponibilidade de médicos e serviços especializados;

- De um outro estudo dos autores Asefzadeh et al. (2012) relativo às escolhas dos pacientes em relação aos serviços de saúde oral foram selecionados vetores como a cortesia dos profissionais, o atendimento por profissionais conhecidos, a recomendação de amigos ou familiares, o equipamento moderno, a facilidade de estacionamento, a reputação dos profissionais, a disponibilidade de todos os serviços num único centro ou clínica, e o tempo de espera pelo atendimento;

- Por fim, do estudo de Abraham et al. (2011), novamente sobre as escolhas dos pacientes foram adaptados vetores como a influencia da publicidade na televisão e na rádio, a existência de websites com informação sobre os resultados e a qualidade do serviço, a distancia à clínica, o custo, a recomendação de familiares ou amigos, a facilidade/disponibilidade para marcação de consultas, a existência de acordos com seguradoras, e a reputação da organização e dos profissionais, nessas mesmas escolhas;

3) Da importância dos vários aspetos do serviço na avaliação da qualidade que é efetuada pelos pacientes, através do grupo “avaliação da qualidade”. Nesta questão são incluídos aspetos relacionados com a capacidade de resposta do serviço, a empatia, os tangíveis, a segurança e a fiabilidade (Zeithalm, Parasuraman e Berry, 1990).

As questões relativas a este foram também retiradas e adaptadas de vários outros estudos e questionários aplicados por diversos autores:

- Do modelo servqual (Zeithalm, Parasuraman e Berry, 1990) foram adaptadas questões pertencentes a cada grupo de factores associados às expectativas e percepções dos pacientes como sejam a capacidade de resposta do serviço, a empatia, os tangíveis, a segurança e a fiabilidade;

- Do estudo de Urdan (2001) sobre a qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente, foram também adaptadas questões relativas à comodidade de horários;

- Foram ainda adaptadas questões do questionário de satisfação com os serviços dentários aplicado na Austrália em 2002 pelo Australian Institute of Health and Welfare (Stewart & Spencer, 2002);

- Questões relacionadas com a segurança foram baseadas num estudo de Karydis et al.(2001) relativo às expectativas e perceções dos pacientes quanto à qualidade dos serviços de saúde oral;

- Por fim foram também incluídas questões baseadas na check-list de avaliação da qualidade dos serviços de saúde oral, publicada pela ERS através do SINAS oral.

4) Do modo como é avaliada a importância das várias ações efetuadas por parte da gestão dos serviços dentários, no sentido de fidelizar os seus pacientes, através do grupo "ações de fidelização", onde é então avaliada a importância atribuída pelos utilizadores aos vários tipos de ações desenvolvidas para criar um relacionamento duradouro com o paciente. As ações avaliadas foram incluídas no estudo por constituírem práticas comuns de várias clínicas no relacionamento com os seus pacientes.

VII.2. Seleção da amostra

Para o estudo, foi utilizado o método de amostragem por quotas, seguindo-se uma amostragem não aleatória por conveniência. Este método permitiu obter uma amostra com representatividade de género e idades correspondente à da população portuguesa, sendo que relativamente às faixas etárias se optou por incluir apenas os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 anos - por ser a idade em que é atingida a maioridade e assim sendo as escolhas e avaliações relativas aos serviços passam a ser encaradas de uma forma independente - e os 64 anos - por ser atualmente a idade limite considerada para inclusão do indivíduo em alguma atividade profissional, que lhe permita um maior poder de escolha, assim como uma maior aptidão para avaliar de forma crítica os serviços e as expectativas em relação aos mesmos.

Para tal foram consultados os dados disponibilizados pelo INE – Instituto Nacional de Estatística, que se encontram descritos na seguinte tabela.

Tabela 10 – Distribuição da população feminina e masculina por grupos etários/ Número e percentagem de inquiridos por género e idade

Género	Género feminino			Género masculino		
	51%			49%		
Idade	Distribuição da população feminina portuguesa (%)	% Amostra Feminina	Nº de inquiridos	Distribuição da população masculina portuguesa (%)	% Amostra Masculina	Nº de inquiridos
18-24	10,4	15,8	31	11,5	16,8	32
25-34	13,8	21,2	42	15	22	41
35-44	14,8	22,7	44	15,8	23,1	43
45-54	13,9	21,4	42	14,2	20,8	39
55-64	12,2	18,7	37	11,8	17,3	33
Total	65,1	100	196	68,3	100	188

Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente. Última atualização a 9 junho 2011

A partir dos dados consultados foi calculada a dimensão da amostra, tendo por base uma margem de erro admitido de 5%. A amostra calculada é constituída por 384 indivíduos, tendo sido realizada uma amostragem por conveniência, em vários pontos da região de Lisboa. Na recolha de dados, que ocorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2013, foi utilizada a técnica do autopreenchimento.

VII.3. Procedimentos

As dimensões relativas à escolha da clínica dentária, à avaliação da sua qualidade e da importância das várias iniciativas na fidelização dos clientes, foram avaliadas na perspetiva do utilizador, através de uma escala de likert, de modo a estudar as preferências dos clientes dos serviços de saúde oral. Os questionários incompletos não foram considerados, sendo que houve substituição dos inquiridos nestes casos.

A análise dos dados recolhidos foi efectuada através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18. Inicialmente, foi efetuada uma análise para atestar a validade dos resultados obtidos, seguindo-se posteriormente a análise descritiva e a análise correlacional dos mesmos.

VII.4. Validade e Fiabilidade

A validade de conteúdo foi assegurada pela pesquisa bibliográfica que serviu de base para o desenvolvimento dos constructos e variáveis observáveis. Foi também efetuado um estudo piloto ao questionário que permitiu identificar e alterar os possíveis enviesamentos causados

pela ordem de apresentação das palavras, expressões utilizadas, extensão dos enunciados e aleatoriedade da disposição.

Por outro lado, para medir a validade factorial do construto recorreu-se à análise factorial exploratória. A estrutura relacional dos itens do questionário foi avaliada sobre a matriz das correlações, com extração dos factores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação *varimax*. Os factores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1 e uma percentagem de variância explicada superior a 60%. Para avaliar a adequabilidade da análise factorial exploratória utilizou-se o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO). Relativamente à significância desta análise considerou-se o *Bartlett's Test of Sphericity*, com $\text{sig.} < 0,01$.

Tabela 11 - Componentes principais extraídos da análise, relativos à escolha da clínica dentária

Componentes	Dimensões Abrangidas	% da variância explicada	% cumulativa da variância
Publicidade	Informação sobre os resultados e qualidade dos serviços disponível numa página na internet	31,514%	31,514%
	Anúncios da clínica na televisão e na rádio, jornais e revistas		
	Informação disponibilizada na internet		
	Panfletos informativos da clínica		
	Sinalização e informação disponível no exterior da clínica		
	Disponibilidade de estacionamento		
Personalização	Facilidade e rapidez para marcar uma consulta	10,443%	41,956%
	Horários da clínica		
	Cortesia e simpatia dos profissionais		
	Localização da clínica		
	Personalização do atendimento		
Imagem	Reputação da clínica	8,483%	50,440%
	Experiência e reputação dos profissionais		
	Disponibilidade de todos os serviços necessários para os cuidados num único local (consultório, aparelhos de raio-x, laboratório de próteses)		
	Disponibilidade da clínica para marcação da consulta dentro das minhas necessidades		
	Aparência física da clínica e dos equipamentos		
	Aparência eficaz e profissional da equipa		
Recomendação	Atendimento por profissionais conhecidos/habituais	5,221%	55,660%
	Recomendação de familiares/amigos		
Preço	Preço dos serviços	5,178%	60,838%
	Facilidades de pagamento		

KMO = 0,845 (Sig = 0,00). Este valor reflete uma boa adequabilidade da amostra recolhida para a realização de ACP

Tabela 12 - Componentes principais extraídos da análise, relativos à qualidade da clínica dentária

Componentes Extraídos	Dimensões Abrangidas	% da variância explicada	% cumulativa da variância
Segurança	Prestação de cuidados de forma precisa e segura	38,457%	38,457%
	Atualizações regulares dos serviços e equipamentos, de acordo com a evolução científica		
	Equipa de profissionais especialistas em cada área específica da medicina dentária		
	Aparência das instalações físicas, equipamentos e materiais		
	Aparência eficaz e profissional da equipa		
	Limpeza e desinfeção das instalações e materiais		
	Conhecimentos e informação clara prestada pelos profissionais		
Confiança	Ter o livro de reclamações sempre disponível	9,045%	47,501%
	Estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais e os pacientes		
	Ter profissionais sempre disponíveis para responder as questões dos pacientes		
	Climatização e temperatura controlada no interior das instalações		
	Manter a confidencialidade dos cuidados		
Tangíveis	Música ambiente nas instalações	5,665%	53,167%
	Decoração moderna		
	Disponer de uma página na internet		
	Cheiro/aromatização agradável nas instalações		
	Ter uma sala de receção confortável		
Rapidez e cortesia	Prestação de um serviço rápido	4,720%	57,887%
	Cortesia e simpatia dos profissionais		
	Pontualidade no atendimento de acordo com o horário marcado para as consultas		
	Compreensão e sensibilidade do profissional de saúde		
Informação	Conhecimentos e informação clara prestada pelos profissionais	4,176%	62,062%
	Registos clínicos isentos de erros relativos ao processo de cada paciente		

KMO = 0,912 (Sig=0,00). Este valor reflete uma adequabilidade muito boa da amostra recolhida à realização de ACP

Tabela 13 - Componentes principais extraídos da análise, relativos à fidelização dos clientes

Componentes extraídos	Dimensões Abrangidas	% da variância explicada	% cumulativa da variância
Descontos	Fazer promoções	39,343%	39,343%
	Fazer campanhas de prevenção (rastreios) e consultas de diagnóstico gratuitas		
	Disponer de um cartão de cliente que ofereça descontos		
Mensagens	Enviar newsletters/informações regulares por email ou por correio	11,096%	50,438%
	Enviar mensagens de aniversário com felicitações		
Acompanhamento	Após um tratamento mais invasivo (por exemplo colocação de implantes ou extracções dentárias) contactá-lo para saber como está a recuperar	10,487%	60,925%
	Disponibilizar um contacto telefónico permanente para qualquer questão que surja após o tratamento		
	Perguntar a sua opinião sobre os vários aspetos do serviço		

KMO= 0,843 (Sig=0,00). Este valor reflete uma boa adequabilidade da amostra recolhida para a realização de ACP

Esta avaliação levou à eliminação de alguns itens da análise. Do grupo I foram excluídas a P1.b) Acordos com seguradoras de saúde e a P1.g) Ter todas as especialidades da medicina dentária disponíveis. Do grupo II foram excluídas a P2.c) Informação prestada aos pacientes sobre as opções de tratamento, P2.e) Personalização do serviço a cada caso, P2.o) Possibilidade de marcação de consultas de forma diversificada e P2.s) Simplificação dos processos e burocracias administrativas. Por fim do grupo III excluiu-se a P3.h) Contactar periodicamente para relembrar da necessidade de consulta e a P3.h) Após as consultas fornecer amostras de produtos adequadas ao caso e ao tratamento.

Ainda para medir a fiabilidade dos resultados, recorreu-se a uma análise da consistência interna dos mesmos, avaliada através do coeficiente alpha de Cronbach. Os valores do coeficiente, apresentados na tabela 14, revelam um bom nível de consistência, quando analisados por factor. Foi também efectuada uma análise por componentes devido à possível interferência de vários factores na inflação deste coeficiente, reconhecida por vários estudos.

Tabela 14 - Análise da consistência interna dos resultados

Factor	Coefficiente Alpha de Cronbach	Componentes	Coefficiente Alpha de Cronbach
Escolha da clínica	0,818	Publicidade	0,852
		Personalização	0,835
		Imagem	0,799
		Recomendação	0,614
		Preço	0,564
Qualidade da clínica	0,888	Segurança	0,880
		Confiança	0,796
		Tangíveis	0,751
		Rapidez e cortesia	0,766
		Informação	0,559
Fidelização dos clientes	0,926	Descontos	0,799
		Mensagens	0,579
		Acompanhamento	0,663

De acordo com George e Mallery (2003), a regra commumente aceite considera os valores do coeficiente $\geq 0,8$ como bons indicadores da consistência interna.

VIII. ANÁLISE DOS DADOS

VIII.1. Caracterização da amostra

A amostra inquirida é constituída por 196 indivíduos do género feminino e 188 do género masculino, com distribuição de idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, por grupos de acordo com a distribuição da população portuguesa, como se pode verificar através da tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos por género e idade

	Frequência	Percentagem
Feminino	196	51%
Masculino	188	49%
Total	384	100%
18 - 24 anos	63	16,4%
25 - 34 anos	83	21,6%
35 - 44 anos	87	22,7%
45 - 54 anos	81	21,1%
55 - 64 anos	70	18,2
Total	384	100%

Fonte: Dados recolhidos

Relativamente às habilitações académicas dos inquiridos, verifica-se que a maioria apresenta escolaridade ao nível do ensino secundário e ensino superior, sendo bastante diminuta a percentagem de inquiridos sem escolaridade.

Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos por habilitações académicas

	Frequência	Percentagem
Sem escolaridade	1	0,3%
1º ciclo do ensino básico	27	7,0%
2º e 3º ciclos do ensino básico	41	10,7%
Ensino secundário	158	41,1%
Ensino superior	157	40,9%
Total	384	100%

Fonte: Dados recolhidos

Fazendo uma análise das habilitações académicas por género e grupos etários da amostra, obtém-se os dados descritos na tabela 17.

Tabela 17 - Habilitações dos inquiridos por género e idade

Idade	Habilitações	Género		% do total da amostra por faixa etária
		Feminino	Masculino	
18-24 anos	Sem escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%
	1º Ciclo	0,0%	0,0%	0,0%
	2º e 3º Ciclos	0,0%	9,4%	4,8%
	Ensino secundário	19,4%	46,9%	33,3%
	Ensino Superior	80,6%	43,8%	61,9%
25-34 anos	Sem escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%
	1º Ciclo	0,0%	0,0%	0,0%
	2º e 3º Ciclos	0,0%	4,9%	2,4%
	Ensino secundário	14,3%	61,0%	37,3%
	Ensino Superior	85,7%	34,1%	60,2%
35-44 anos	Sem escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%
	1º Ciclo	0,0%	4,7%	2,3%
	2º e 3º Ciclos	11,4%	7,0%	9,2%
	Ensino secundário	31,8%	46,5%	39,1%
	Ensino Superior	56,8%	41,9%	49,4%
45-54 anos	Sem escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%
	1º Ciclo	14,3%	10,3%	12,3%
	2º e 3º Ciclos	0,0%	15,4%	7,4%
	Ensino secundário	66,7%	51,3%	59,3%
	Ensino Superior	19,0%	23,1%	21,0%
55-64 anos	Sem escolaridade	2,7%	0,0%	1,4%
	1º Ciclo	18,9%	24,2%	21,4%
	2º e 3º Ciclos	16,2%	48,5%	31,4%
	Ensino secundário	51,4%	15,2%	34,3%
	Ensino Superior	10,8%	12,1%	11,4%

Fonte: Dados recolhidos

Tal como anteriormente referido, a amostra é constituída por uma percentagem reduzida de indivíduos com baixas habilitações académicas, sendo que apenas 1,4% dos indivíduos entre os 55 e os 64 anos referiram não ter frequentado a escola. Do mesmo modo, indivíduos com habilitações ao nível do 1º ciclo do ensino básico, apenas aparecem representados nas faixas etárias a partir dos 35 anos, aumentando a sua representatividade ao longo dos grupos etários, tanto no género feminino como no masculino. Por outro lado, em termos percentuais, e ao nível das faixas mais jovens, definidas entre os 18 e os 34 anos, a maioria dos indivíduos completaram a sua formação ao nível do ensino superior, sendo que o grupo das mulheres revela maior percentagem de indivíduos com habilitações ao nível da licenciatura. Por exemplo, em relação à faixa etária dos 18 aos 24 anos, 80,6% dos indivíduos do género feminino e 43,8% do género masculino, têm habilitações ao nível do ensino superior, o que perfaz uma percentagem total de 61,9% de indivíduos desta faixa etária. Quanto ao grupo situado entre os 55 e os 64 anos, apenas 10,8% das mulheres e 12,1% dos homens referem ter

concluído o ensino superior, representado 11,4% no total deste grupo, um valor significativamente inferior ao encontrado nas camadas mais jovens. Deste modo pode referir-se que quanto às habilitações académicas a amostra reflete a realidade atual, em que o acesso ao ensino superior é mais abrangente quando comparado com aquilo que acontecia há anos atrás. Relativamente aos géneros são também notórias as alterações, com o aumento progressivo da percentagem de mulheres com habilitações mais elevadas ao nível do ensino.

Quanto à situação profissional, a maioria dos inquiridos trabalha por conta de outrem, seguindo-se, em termos percentuais da amostra, os desempregados e os estudantes.

Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos por situação profissional

	Frequência	Percentagem
Desempregado	36	9,4%
Estudante	35	9,1%
Trabalhador por conta própria	28	7,3%
Trabalhador por conta de outrem	269	70,1%
Reformado	16	4,2%
Total	384	100%

Fonte: Dados recolhidos

Da mesma forma, analisando descritivamente, através de um cruzamento da situação profissional com os grupos etários e o género, obtém-se a tabela 19.

Tabela 19 - Situação profissional por grupo etário e género

Idade	Situação Profissional	Género		% do total da amostra por faixa etária
		Feminino	Masculino	
18-24 anos	Desempregado	3,2%	18,8%	11,1%
	Estudante	41,9%	34,4%	38,1%
	Trabalhador por conta própria	0,0%	3,1%	1,6%
	Trabalhador por conta de outrem	54,8%	43,8%	49,2%
	Reformado	0,0%	0,0%	0,0%
25-34 anos	Desempregado	0,0%	9,8%	4,8%
	Estudante	7,1%	9,8%	8,4%
	Trabalhador por conta própria	4,8%	4,9%	4,8%
	Trabalhador por conta de outrem	88,1%	75,6%	81,9%
	Reformado	0,0%	0,0%	0,0%

35-44 anos	Desempregado	11,4%	7,0%	9,2%
	Estudante	2,3%	7,0%	4,6%
	Trabalhador por conta própria	13,6%	11,6%	12,6%
	Trabalhador por conta de outrem	72,7%	74,4%	73,6%
	Reformado	0,0%	0,0%	0,0%
45-54 anos	Desempregado	11,9%	0,0%	6,2%
	Estudante	0,0%	0,0%	0,0%
	Trabalhador por conta própria	23,8%	5,1%	14,8%
	Trabalhador por conta de outrem	64,3%	94,9%	79,0%
	Reformado	0,0%	0,0%	0,0%
55-64 anos	Desempregado	21,6%	12,1%	17,1%
	Estudante	0,0%	0,0%	0,0%
	Trabalhador por conta própria	0,0%	0,0%	0,0%
	Trabalhador por conta de outrem	56,8%	63,6%	60,0%
	Reformado	21,6%	24,2%	22,9%

Fonte: Dados recolhidos

Verifica-se, tal como seria de esperar, que a faixa dos 18 aos 24 anos é aquela que apresenta maior percentagem de estudantes (38,1%), sendo esta percentagem é nula para os indivíduos com 45 ou mais anos. Os desempregados encontram-se maioritariamente na faixa etária dos mais jovens entre os 18 e os 24 anos (11,1% do total) em que o desemprego afeta 3,2% das mulheres e 18,8% dos homens, e na faixa etária dos mais velhos entre os 55 e os 64 anos (17,1% do total) em que 21,6% das mulheres e 12,1% dos homens estão desempregados. Os trabalhadores por conta própria são representados em todos os grupos até aos 54 anos, de forma crescente com o aumento da idade, sendo que dos 18 aos 24, apenas 1,6% são trabalhadores por conta própria. Já na faixa dos 45 aos 54 anos esta percentagem é de 14,8%. Tal como anteriormente referido, em termos percentuais, a maioria dos indivíduos de cada faixa etária, e em ambos os sexos, são trabalhadores por conta de outrem, sendo esta uma situação transversal à população portuguesa. Por último os reformados representam 22,9% da faixa etária entre os 55 e os 64 anos.

Relativamente à posse de um seguro de saúde e à totalidade da amostra recolhida, 50,8% dos indivíduos referiram ser detentores de um seguro de saúde com cobertura de despesas de saúde oral, enquanto, 49,2% não dispunham de seguro.

Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos por posse de seguro de saúde oral

	Frequência	Percentagem
Sim	195	50,8%
Não	189	42,9%
Total	384	100%

Fonte: Dados recolhidos

Por outro lado, quanto às visitas aos serviços de saúde oral nos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário, 22,7% dos indivíduos referiram não ter consultado o dentista ou higienista oral nesse período, sendo que 29,9% dos indivíduos visitaram estes profissionais uma vez.

Tabela 21 – Distribuição dos indivíduos por número de visitas ao dentista/higienista oral

	Frequência	Percentagem
0	87	22,7%
1	115	29,9%
2	87	22,7%
3	35	9,1%
Mais de 3	60	15,6%
Total	384	100%

Fonte: Dados recolhidos

Por último, relativamente aos rendimentos do agregado familiar dos inquiridos, verifica-se que a maioria (44,3%) auferem um rendimento mensal situado entre os 1500 e os 3000 euros, como se pode verificar através da tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos por rendimento do agregado familiar

	Frequência	Percentagem
0 – 750 euros	31	8,1%
750 – 1500 euros	113	29,4%
1500 – 3000 euros	170	44,3%
3000- 5000 euros	52	13,5%
Mais de 5000 euros	18	4,7%
Total	384	100%

Fonte: Dados recolhidos

VIII.2. Análise relativa ao número de visitas ao dentista/higienista oral

Tabela 23 - Relação entre o número de visitas ao dentista/higienista oral e as restantes variáveis independentes

		Nº Visitas
Género	Cramer's V	0,138
	Sig	0,119
Idade	Pearson's R	-0,69
	Sig	0,178
Seguro de saúde	Cramer's V	0,359
	Sig	0,000**
Rendimento	Pearson's R	0,096
	Sig	0,060
Habilitações académicas	Pearson's R	0,132
	Sig	0,010**
Situação Profissional	Pearson's R	0,078
	Sig	0,127

**A relação é significativa ao nível 0,01

Através dos dados da tabela 23 é possível verificar a existência de uma relação significativa entre o número de visitas ao dentista/higienista oral e a posse de um seguro de saúde. Este dado, é congruente com a importância atribuída ao preço dos serviços, uma vez que a posse de um seguro de saúde determina substancialmente o custo suportado pelos clientes das clínicas dentárias.

Tabela 24 - Nº de visitas ao dentista/higienista oral por posse de seguro de saúde

			Seguro		Total
			Sim	Não	
Visitas	0	% por Visitas	20,7%	79,3%	100,0%
		% por Seguro	9,2%	36,5%	22,7%
		% of Total	4,7%	18,0%	22,7%
	1	% por Visitas	49,6%	50,4%	100,0%
		% por Seguro	29,2%	30,7%	29,9%
		% of Total	14,8%	15,1%	29,9%
	2	% por Visitas	62,1%	37,9%	100,0%
		% por Seguro	27,7%	17,5%	22,7%
		% of Total	14,1%	8,6%	22,7%
	3	% por Visitas	65,7%	34,3%	100,0%
		% por Seguro	11,8%	6,3%	9,1%
		% of Total	6,0%	3,1%	9,1%
	Mais de 3	% por Visitas	71,7%	28,3%	100,0%
		% por Seguro	22,1%	9,0%	15,6%
		% of Total	11,2%	4,4%	15,6%
Total	% por Visitas	50,8%	49,2%	100,0%	
	% por Seguro	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	50,8%	49,2%	100,0%	

Fonte: Dados recolhidos

De acordo com a análise de percentagens da tabela 24, verifica-se que dos indivíduos que se deslocaram aos profissionais de saúde oral mais de 3 vezes nos últimos 12 meses, 71,7% são detentores de um seguro de saúde oral. Por outro lado, daqueles que não se deslocaram ao dentista/higienista oral uma única vez, 79,2% não dispõem de seguro de saúde.

É também possível verificar na tabela 25, a existência de uma relação significativa entre o grau de habilitações académicas do indivíduo e o número de visitas aos serviços de saúde oral. Este dado reflete a importância da sensibilização para a saúde oral e da divulgação de informação, que chega mais facilmente aos indivíduos com maior grau académico.

Tabela 25 - Número de visitas ao dentista/higienista oral por habilitações académicas dos inquiridos

			Visitas ao dentista/higienista oral					Total
			0	1	2	3	Mais de 3	
Habilitações académicas	Sem escolaridade	% por Habilitações	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% por Visitas	1,1%	,0%	,0%	,0%	,0%	,3%
		% of Total	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,3%
	1º Ciclo do ensino básico	% por Habilitações	44,4%	25,9%	14,8%	14,8%	,0%	100,0%
		% por Visitas	13,8%	6,1%	4,6%	11,4%	,0%	7,0%
		% of Total	3,1%	1,8%	1,0%	1,0%	,0%	7,0%
	2º e 3º Ciclos do ensino básico	% por Habilitações	26,8%	26,8%	12,2%	26,8%	7,3%	100,0%
		% por Visitas	12,6%	9,6%	5,7%	31,4%	5,0%	10,7%
		% of Total	2,9%	2,9%	1,3%	2,9%	,8%	10,7%
	Ensino secundário	% por Habilitações	24,1%	29,7%	20,9%	6,3%	19,0%	100,0%
		% por Visitas	43,7%	40,9%	37,9%	28,6%	50,0%	41,1%
		% of Total	9,9%	12,2%	8,6%	2,6%	7,8%	41,1%
Ensino superior	% por Habilitações	15,9%	31,8%	28,7%	6,4%	17,2%	100,0%	
	% por Visitas	28,7%	43,5%	51,7%	28,6%	45,0%	40,9%	
	% of Total	6,5%	13,0%	11,7%	2,6%	7,0%	40,9%	
Total	% por Habilitações	22,7%	29,9%	22,7%	9,1%	15,6%	100,0%	
	% por Visitas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	22,7%	29,9%	22,7%	9,1%	15,6%	100,0%	

Fonte: Dados recolhidos

Através da tabela 25 verifica-se que dos indivíduos que consultaram o dentista/higienista oral 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses, a maioria tem escolaridade ao nível do ensino superior, sendo que as percentagens são de 43,5% e 51,7% respetivamente. Para o mesmo número de visitas (1 ou 2), estas percentagens são significativamente inferiores para aqueles

com escolaridade ao nível do 1º ciclo (6,1% e 4,6% respetivamente) assim como ao nível do 2º e 3º ciclos do ensino básico (9,6% e 5,7% respetivamente).

As restantes relações não são significativas, o que sugere que por exemplo o género e a idade não determinam o número de deslocações aos serviços de saúde oral.

Discriminando as visitas aos profissionais de saúde oral por género e idade verifica-se o exposto na tabela 26.

Tabela 26 - Número de visitas ao dentista/higienista oral por género e idade

Idade	Nº de visitas ao profissional de saúde oral (últimos 12 meses)	Género		% do total da amostra por faixa etária
		Feminino	Masculino	
18-24 anos	Nenhuma	12,9%	37,5%	24,5%
	1	32,3%	28,1%	30,2%
	2	16,1%	15,6%	15,9%
	3	19,4%	3,1%	11,1%
	Mais de 3	19,4%	15,6%	17,5%
25-34 anos	Nenhuma	16,7%	19,5%	18,1%
	1	28,6%	24,4%	26,5%
	2	26,2%	24,4%	25,3%
	3	4,8%	14,6%	9,6%
	Mais de 3	23,8%	17,1%	20,5%
35-44 anos	Nenhuma	2,3%	32,6%	17,2%
	1	40,9%	16,3%	28,7%
	2	29,5%	41,9%	35,6%
	3	2,3%	0,0%	1,1%
	Mais de 3	25,0%	9,3%	17,2%
45-54 anos	Nenhuma	38,1%	20,5%	29,6%
	1	28,6%	35,9%	32,1%
	2	26,2%	15,4%	21,0%
	3	0,0%	10,3%	4,9%
	Mais de 3	7,1%	17,9%	12,3%
55-64 anos	Nenhuma	35,1%	12,1%	24,3%
	1	40,5%	24,2%	32,9%
	2	8,1%	15,2%	11,4%
	3	8,1%	36,4%	21,4%
	Mais de 3	8,1%	10,0%	10,0%

Fonte: Dados recolhidos

Nos últimos 12 meses, verifica-se que a maior percentagem de indivíduos de cada grupo etário visitou estes profissionais uma vez, à exceção dos indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos cuja maioria visitou os profissionais duas vezes. Existem diferenças ao nível dos géneros, sendo que na globalidade a percentagem de mulheres que visitou os profissionais de saúde oral uma vez é superior à dos homens. Verifica-se também através da tabela, que a percentagem de indivíduos do género feminino que não visitou os profissionais de saúde oral nos últimos meses é inferior à percentagem de

indivíduos de género masculino, para as faixas etárias até aos 44 anos, idade a partir da qual esta situação se reverte. Relativamente aos indivíduos que indicaram ter visitado o dentista/higienista oral mais de 3 vezes, as percentagens são superiores para os grupos mais jovens, o que poderá ser explicado tanto pela diversidade de tratamentos como por exemplo ao nível da ortodontia comum nos mais novos, como pela sensação de diminuição da necessidade demonstrada por muitos pacientes com o avanço das idades.

VIII.3. Análise relativa à posse de seguro de saúde oral

Foi também realizada uma análise de relação entre as variáveis independentes e o facto dos entrevistados possuírem seguro.

Tabela 27 - Relação entre a posse de seguro de saúde e as restantes variáveis independentes

		Seguro
Género	Phi de Pearson	-0,47
	Sig.	0,355
Idade	Cramer's V	0,128
	Sig.	0,179
Habilitações	Cramer's V	0,089
	Sig.	0,552
Situação Profissional	Cramer's V	0,259
	Sig.	0,000**
Nº Visitas	Cramer's V	0,359
	Sig.	0,000**
Rendimento	Cramer's V	0,191
	Sig.	0,007**

**A relação é significativa ao nível 0,01

Através desta análise, resumida na tabela 27, constatou-se a existência de uma relação significativa entre a posse de um seguro de saúde e a situação profissional, assim como com a posse de um seguro de saúde com o rendimento, para além da relação com o número de visitas, já exposta anteriormente.

Neste sentido, e através de uma análise descritiva das percentagens, verifica-se que dos indivíduos com rendimento do agregado familiar superior a 5000 euros, 83,3% possuem seguro de saúde.

Tabela 28 - Percentagem de inquiridos com seguro por rendimento do agregado familiar

Rendimento		Seguro		Total
		Sim	Não	
0-750euros	% por Rendimento	32,3%	67,7%	100,0%
	% do Total	2,6%	5,5%	8,1%
750-1500euros	% por Rendimento	45,1%	54,9%	100,0%
	% do Total	13,3%	16,1%	29,4%
1500-3000euros	% por Rendimento	53,5%	46,5%	100,0%
	% do Total	23,7%	20,6%	44,3%
3000-5000euros	% por Rendimento	53,8%	46,2%	100,0%
	% do Total	7,3%	6,3%	13,5%
mais de 5000euros	% por Rendimento	83,3%	16,7%	100,0%
	% do Total	3,9%	0,8%	4,7%
Total	% of Total	50,8%	49,2%	100,0%

Fonte: Dados recolhidos

Constata-se ainda, que dos indivíduos com seguro, 75,9% pertencem ao grupo dos trabalhadores por conta de outrem, como descrito na tabela 29.

Tabela 29 - Percentagem de inquiridos com seguro por situação profissional

Situação profissional		Seguro		Total
		Sim	Não	
desempregado	% por Seguro	2,6%	16,4%	9,4%
	% do Total	1,3%	8,1%	9,4%
estudante	% por Seguro	7,7%	10,6%	9,1%
	% do Total	3,9%	5,2%	9,1%
trabalhador por conta própria	% por Seguro	9,7%	4,8%	7,3%
	% do Total	4,9%	2,3%	7,3%
trabalhador por conta de outrem	% por Seguro	75,9%	64,0%	70,1%
	% do Total	38,5%	31,5%	70,1%
reformado	% por Seguro	4,1%	4,2%	4,2%
	% do Total	2,1%	2,1%	4,2%
Total	% do Total	50,8%	49,2%	100,0%

Fonte: Dados recolhidos

Esta relação entre a posse de um seguro de saúde e a situação profissional mantém-se da mesma forma através de uma análise de relação, com controle pelo rendimento, (Cramer's V= 0,259 e Sig=0,000), ainda que se verifique por grupos, uma diferença que torna esta relação significativa apenas para os grupos com rendimento familiar entre os 750 e os 3000 euros, como é possível verificar na tabela 30.

Tabela 30 - Relação entre a posse de seguro e a situação profissional com controle pelo rendimento do agregado familiar

Rendimento		Value	Approx. Sig.
0-750euros	Phi	,367	,382
	Cramer's V	,367	,382
750-1500euros	Phi	,329	,016*
	Cramer's V	,329	,016*
1500-3000euros	Phi	,280	,010*
	Cramer's V	,280	,010*
3000-5000euros	Phi	,153	,747
	Cramer's V	,153	,747
mais de 5000euros	Phi	,357	,318
	Cramer's V	,357	,318
Total	Phi	,259	,000**
	Cramer's V	,259	,000**

** A correlação é significativa ao nível 0,01

* A correlação é significativa ao nível 0,05

Deve ainda referir-se que não foi encontrada uma relação significativa entre as variáveis género e idade e a posse de um seguro de saúde oral. De modo a ilustrar a situação, os dados relativos à detenção de um seguro com cobertura de serviços de saúde oral, por género e idade encontram-se descritos na tabela 31.

Tabela 31 - Percentagem de indivíduos detentores de seguro por género e idade

Idade	Seguro de saúde oral	Género		% do total da amostra por faixa etária
		Feminino	Masculino	
18-24 anos	Sim	48,4%	43,8%	46,0%
	Não	51,6%	56,3%	54,0%
25-34 anos	Sim	42,9%	43,9%	43,4%
	Não	57,1%	56,1%	56,6%
35-44 anos	Sim	63,6%	58,1%	60,9%
	Não	36,4%	41,9%	39,1%
45-54 anos	Sim	47,6%	59,0%	53,1%
	Não	52,4%	41,0%	46,9%
55-64 anos	Sim	37,8%	60,6%	48,6%
	Não	62,2%	39,4%	51,4%

Fonte: Dados recolhidos

A faixa etária dos 35 aos 44 anos é aquela que apresenta maior percentagem de indivíduos segurados (60,9% do total). Pelo contrário, a faixa dos 25 aos 34 anos é aquela que apresenta menor percentagem de indivíduos segurados (43,4%), sendo que mais de metade não detém

seguro de saúde oral. As diferenças ao nível dos géneros são crescentes, consoante se avança no grupo etário observado, sendo que na faixa dos 55 aos 64 anos, são apenas 37,8% as mulheres detentoras de seguro, um valor significativamente inferior aos 60,6% inerentes aos homens destas idades.

VIII.4. Análise relativa à escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados

A seguinte análise foi efetuada de forma a identificar as correlações existentes entre as variáveis independentes, ou seja, as características pessoais dos inquiridos, e a importância atribuída às várias componentes avaliadas pelos mesmos aquando da escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados.

Tabela 32 - Correlações entre as variáveis independentes e as componentes associadas à escolha da clínica

		Idade	Habilitações	Visitas	Rendimento
Publicidade	Pearson Correlation	,045	,031	-,003	,062
	Sig. (2-tailed)	,375	,541	,953	,226
	N	384	384	384	384
Personalização	Pearson Correlation	-,064	,034	,014	,012
	Sig. (2-tailed)	,208	,505	,785	,820
	N	384	384	384	384
Imagem	Pearson Correlation	,172	-,132	,054	-,073
	Sig. (2-tailed)	,001**	,010**	,289	,151
	N	384	384	384	384
Recomendação	Pearson Correlation	,079	,022	-,002	-,033
	Sig. (2-tailed)	,121	,669	,975	,520
	N	384	384	384	384
Preço	Pearson Correlation	,032	-,065	-,188	-,073
	Sig. (2-tailed)	,527	,201	,000**	,154
	N	384	384	384	384

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (bi-caudal)

* A correlação é significativa ao nível 0,05 (bi-caudal)

Através da tabela 32 verifica-se que existe uma correlação significativa entre as avaliações atribuídas às dimensões da componente imagem e a idade dos inquiridos, sendo esta uma correlação positiva, o que sugere que os grupos de idade mais avançada são aqueles que atribuem maior importância às dimensões associadas à imagem da clínica.

De forma a ilustrar as respostas obtidas através do questionário, apresenta-se a tabela 35, da qual se podem retirar mais algumas conclusões.

Tabela 33- Médias das avaliações dos inquiridos às dimensões associadas à escolha da clínica, por género e idade

	Género	Feminino		Masculino		Total	
	Idade	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão
Publicidade	18-24 anos	4,39	1,19	4,20	1,21	4,30	1,19
	25 -34 anos	4,38	1,09	4,52	1,16	4,45	1,12
	35-44 aos	4,70	1,17	4,98	1,00	4,84	1,09
	45-54 anos	4,29	1,20	4,49	1,39	4,39	1,29
	55-64 anos	4,51	1,64	4,61	0,90	4,56	1,33
	Total	4,46	1,26	4,58	1,16	4,52	1,21
Personalização	18-24 anos	6,23	0,64	6,21	0,72	6,22	0,68
	25 -34 anos	6,16	0,63	5,90	0,93	6,03	0,80
	35-44 aos	6,36	0,62	6,32	0,58	6,34	0,59
	45-54 anos	5,87	1,26	5,84	0,82	5,85	1,06
	55-64 anos	6,35	0,58	5,86	0,68	6,12	0,67
	Total	6,19	0,81	6,03	0,78	6,11	0,80
Imagem	18-24 anos	6,27	0,52	6,12	0,73	6,20	0,63
	25 -34 anos	6,14	0,67	5,80	0,84	5,99	0,77
	35-44 aos	6,34	0,56	6,31	0,64	6,32	0,59
	45-54 anos	6,35	0,57	6,12	0,58	6,24	0,58
	55-64 anos	6,41	0,71	6,51	0,34	6,45	0,56
	Total	6,30	0,61	6,16	0,69	6,23	0,65
Recomendação	18-24 anos	5,95	0,81	5,44	1,39	5,70	1,16
	25 -34 anos	5,79	1,13	5,52	0,95	5,66	1,05
	35-44 aos	5,84	1,00	5,62	0,91	5,74	0,96
	45-54 anos	6,07	0,69	5,62	0,86	5,85	0,81
	55-64 anos	6,15	0,80	5,55	0,73	5,86	0,82
	Total	5,95	0,91	5,56	0,970	5,76	0,96
Preço	18-24 anos	5,66	1,14	6,00	0,95	5,83	1,05
	25 -34 anos	5,86	0,89	5,65	1,21	5,75	1,06
	35-44 aos	5,75	1,41	5,99	0,78	5,87	1,14
	45-54 anos	5,55	1,34	5,30	1,47	5,43	1,40
	55-64 anos	6,28	0,96	6,02	1,00	6,16	0,98
	Total	5,82	1,19	5,78	1,14	5,80	1,16

Fonte: Dados recolhidos

Através da análise das médias, expostas na tabela 33, é possível concluir que no que se refere à escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados, o factor publicidade é

aquele considerado pela amostra como menos importante nessa escolha, aproximando-se da situação de indiferença. Numa análise mais profunda verificou-se que a dimensão que se refere aos anúncios visíveis nos meios de comunicação social como sejam a televisão, a rádio e as revistas, é aquela que apresenta uma menor média, situação que é transversal a ambos os géneros e a todas as idades consideradas (Anexo 3). Os restantes factores, em média, são todos considerados importantes pelos indivíduos, embora com algumas diferenças relativas ao grau de importância. Por exemplo, é possível verificar que no geral, a média das dimensões relacionadas com a recomendação da clínica é inferior às médias das dimensões relacionadas com a imagem e a personalização.

Por outro lado, verifica-se a existência de uma correlação significativa negativa entre a componente imagem e as habilitações académicas dos inquiridos (tabela 32).

Tabela 34 - Média das avaliações atribuídas à componente imagem, por grau de habilitações académicas

Habilitações	Média (Imagem)	Desvio Padrão (Imagem)
Sem escolaridade	4,5000	.
1o Ciclo do ensino básico	6,6173	,45011
2º e 3º Ciclos do ensino básico	6,3496	,66438
Ensino secundário	6,2036	,62151
Ensino superior	6,1741	,67788
Total	6,2318	,65334

Fonte: Dados recolhidos

Por último constatou-se que as avaliações atribuídas à componente preço, estão significativamente relacionadas com o número de visitas, sendo que aqueles que vão menos vezes ao dentista/higienista oral são aqueles que atribuem maior importância às dimensões associadas ao preço. Este resultado pode estar também condicionado pela posse de um seguro de saúde, que como foi referido anteriormente é determinante para o número de visitas aos serviços de saúde oral. Neste sentido, aqueles que não têm seguro, vão menos vezes ao dentista e atribuem uma maior importância ao preço dos serviços.

Tabela 35 - Médias das avaliações dos inquiridos à importância da componente preço, por número de visitas

Visitas	Média (Preço)	Desvio Padrão (Preço)
0	6,155	,9684
1	5,800	1,0898
2	5,799	,9568
3	5,400	1,5615
mais de 3	5,500	1,4172
Total	5,797	1,1631

Fonte: Dados recolhidos

VIII.5. Análise relativa à importância atribuída pelos inquiridos às várias componentes associadas à qualidade de uma clínica

Tabela 36 - Correlações entre as variáveis independentes e as componentes associadas à qualidade da clínica

		Idade	Habilitações	Visitas	Rendimento
Segurança	Pearson Correlation	,104	-,079	,015	-,031
	Sig. (2-tailed)	,041*	,120	,775	,546
	N	384	384	384	384
Confiança	Pearson Correlation	,021	-,040	-,067	-,032
	Sig. (2-tailed)	,679	,436	,188	,526
	N	384	384	384	384
Tangíveis	Pearson Correlation	,134	-,073	,051	-,003
	Sig. (2-tailed)	,009**	,153	,315	,955
	N	384	384	384	384
Rapidez e cortesia	Pearson Correlation	,053	-,006	,068	-,008
	Sig. (2-tailed)	,304	,900	,181	,873
	N	384	384	384	384
Informação	Pearson Correlation	-,012	,135	-,027	-,009
	Sig. (2-tailed)	,821	,008**	,601	,861
	N	384	384	384	384

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (bi-caudal)

* A correlação é significativa ao nível 0,05 (bi-caudal)

Através da tabela 36 verifica-se a existência de uma correlação significativa, embora fraca, entre a idade dos inquiridos e a importância atribuída à componente segurança, na avaliação da qualidade de uma clínica dentária. A componente relativa aos tangíveis está de modo semelhante correlacionada com a idade, sendo que são os indivíduos pertencentes às faixas etárias mais elevadas, os que atribuem maior importância a este componente.

Tabela 37 - Médias das avaliações atribuídas às dimensões associadas à qualidade da clínica, por género e idade

	Idade \ Género	Feminino		Masculino		Total	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão
Segurança	18-24 anos	6,39	0,49	6,29	0,60	6,34	0,55
	25 -34 anos	6,23	0,65	5,76	0,85	6,00	0,79
	35-44 aos	6,42	0,57	6,41	0,58	6,42	0,57
	45-54 anos	6,43	0,65	6,22	0,60	6,33	0,63
	55-64 anos	6,22	0,86	6,58	0,23	6,39	0,66
	Total	6,33	0,66	6,24	0,67	6,29	0,67
Confiança	18-24 anos	6,22	0,63	6,09	0,62	6,16	0,63
	25 -34 anos	6,06	0,77	5,68	0,97	5,87	0,89
	35-44 aos	6,18	0,59	6,23	0,56	6,21	0,58
	45-54 anos	6,28	0,72	5,88	0,87	6,09	0,81
	55-64 anos	6,12	0,80	6,03	0,81	6,08	0,80
	Total	6,17	0,70	5,98	0,80	6,08	0,76
Tangíveis	18-24 anos	4,88	0,95	4,45	1,22	4,66	1,12
	25 -34 anos	4,49	1,18	4,72	1,23	4,60	1,20
	35-44 aos	5,05	1,01	5,39	0,91	5,21	0,97
	45-54 anos	4,96	0,94	4,75	0,83	4,86	0,89
	55-64 anos	5,02	1,04	5,08	0,74	5,05	0,91
	Total	4,88	1,04	4,90	1,05	4,89	1,04
Rapidez e cortesia	18-24 anos	6,23	0,49	6,25	0,60	6,24	0,55
	25 -34 anos	6,05	0,77	5,68	0,96	5,88	0,88
	35-44 aos	6,40	0,53	6,23	0,58	6,32	0,56
	45-54 anos	6,17	0,53	5,87	0,78	6,02	0,68
	55-64 anos	6,22	0,88	6,33	0,53	6,27	0,73
	Total	6,21	0,66	6,06	0,75	6,14	0,71
Informação	18-24 anos	6,5	0,58	6,19	0,69	6,34	0,65
	25 -34 anos	6,26	0,77	5,67	1,10	5,97	0,99
	35-44 aos	6,44	0,74	6,54	0,59	6,49	0,67
	45-54 anos	6,44	0,44	6,00	0,94	6,23	0,75
	55-64 anos	6,19	0,82	6,09	0,82	6,14	0,82
	Total	6,37	0,69	6,10	0,89	6,23	0,81

Fonte: Dados recolhidos

Verifica-se, de acordo com a tabela 37, que no geral, a amostra atribuiu menor importância às dimensões associadas com os tangíveis (com média total de 4,89), como sejam a decoração moderna, a música ambiente, a página da internet e o conforto da sala de espera. É possível

verificar que no global, o factor segurança, apresenta uma média de 6,29, próxima do valor máximo da escala de avaliação, o que reflete o valor atribuído às dimensões associadas ao mesmo. Os restantes factores apresentam também médias elevadas, ainda que se possam verificar algumas diferenças entre as dimensões e os sub grupos amostrais.

Verifica-se ainda uma interdependência significativa entre as habilitações académicas dos inquiridos e a componente informação, sendo esta uma relação positiva que indica que os indivíduos com maior grau de escolaridade atribuem maior relevância à informação que lhes é prestada, quando fazem a avaliação da qualidade de uma clínica dentária.

Tabela 38 - Médias das avaliações atribuídas à componente informação por grau de habilitações académicas

Habilitações académicas	Média (informação)	Desvio Padrão (informação)
Sem escolaridade	4,500	.
1º Ciclo do ensino básico	5,926	1,0257
2º e 3º ciclos do ensino básico	6,427	,7120
Ensino secundário	6,101	,8232
Ensino superior	6,382	,7231
Total	6,234	,8062

Fonte: Dados recolhidos

VIII.6. Análise relativa à importância atribuída pelos inquiridos às ações que podem ser tomadas por parte de uma clínica no sentido de fidelizar os clientes

Tabela 39 - Correlações entre as variáveis independentes e as componentes associadas à fidelização dos clientes

		Idade	Habilitações	Visitas	Rendimento
Descontos	Pearson Correlation	,064	-,136	-,034	-,066
	Sig. (2-tailed)	,212	,008**	,508	,200
	N	384	384	384	384
Mensagens	Pearson Correlation	,147	-,004	-,029	,096
	Sig. (2-tailed)	,004**	,936	,566	,061
	N	384	384	384	384
Acompanhamento	Pearson Correlation	,113	-,100	-,047	-,024
	Sig. (2-tailed)	,027*	,050	,359	,634
	N	384	384	384	384

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (bi-caudal)

* A correlação é significativa ao nível 0,01 (bi-caudal)

A análise realizada demonstra a existência de uma correlação significativa entre a idade dos inquiridos e a importância atribuída pelos mesmos às componentes mensagens e

acompanhamento, como ações de fidelização dos clientes de uma clínica dentária. Neste sentido, a importância atribuída à componente mensagens aumenta com a idade, já que no grupo dos 18 aos 24 anos a média é de 3,93 e no grupo dos 55 aos 64 anos é de 4,51. Quanto às ações de acompanhamento, são os indivíduos a partir dos 35 anos, os que lhes atribuem maior importância.

Tabela 40 - Médias das avaliações atribuídas às dimensões associadas à fidelização de clientes, por género e grupo etário

	Género Idade	Feminino		Masculino		Total	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão
Descontos	18-24 anos	6,03	0,78	5,42	1,65	5,72	1,32
	25 -34 anos	6,02	0,75	5,33	1,40	5,68	1,17
	35-44 aos	5,83	0,87	5,76	0,76	5,80	0,82
	45-54 anos	5,79	1,16	5,12	1,05	5,47	1,15
	55-64 anos	6,14	0,94	6,04	0,59	6,10	0,79
	Total	5,95	0,92	5,53	1,18	5,75	1,07
Mensagens	18-24 anos	4,05	1,28	3,81	1,62	3,93	1,46
	25 -34 anos	3,88	1,26	3,93	1,41	3,90	1,33
	35-44 aos	4,41	1,27	4,70	1,22	4,55	1,25
	45-54 anos	4,38	1,74	4,00	1,14	4,20	1,48
	55-64 anos	4,55	1,28	4,46	0,44	4,51	0,98
	Total	4,26	1,40	4,19	1,27	4,23	1,33
Acompanhamento	18-24 anos	6,02	0,86	5,65	1,08	5,83	0,99
	25 -34 anos	5,87	0,90	5,45	0,88	5,66	0,91
	35-44 aos	6,17	0,61	6,22	0,79	6,19	0,70
	45-54 anos	6,19	0,64	5,91	0,84	6,05	0,75
	55-64 anos	6,17	0,85	5,74	0,81	5,97	0,85
	Total	6,09	0,77	5,80	0,91	5,95	0,85

Fonte: Dados recolhidos

Através da análise da tabela 40, é também possível verificar que a média mais elevada é de facto associada às dimensões associadas ao acompanhamento, como sejam a disponibilização de contatos permanentes ao cliente e a pró atividade no contato telefónico para questionar acerca da sua recuperação após um tratamento mais invasivo. De seguida, em termos de média, e no global da amostra, encontram-se as dimensões associadas aos descontos, e por último as dimensões associadas às mensagens enviadas para o cliente.

Por outro lado existe também uma correlação significativa entre as habilitações dos inquiridos e os descontos que podem ser atribuídos por uma clínica, sendo que aqueles com menor grau de escolaridade são os que atribuem maior importância aos descontos como ação de promoção da fidelização.

Tabela 41 - Médias das avaliações à componentes descontos, por grau de habilitações académicas

Habilitações académicas	Média (Descontos)	Desvio Padrão (Descontos)
Sem escolaridade	6,0000	.
1º Ciclo do ensino básico	6,3580	,68517
2º e 3º Ciclos do ensino básico	5,8455	1,00027
Ensino secundário	5,6899	1,00749
Ensino superior	5,6688	1,18484
Total	5,7457	1,07500

Fonte: Dados recolhidos

V.III.7. Análise correlacional das componentes avaliadas pelos inquiridos

Foi realizada uma análise correlacional entre todos os factores avaliados pelos clientes, tendo-se obtido os resultados apresentados na tabela 42. As relações encontradas são fracas a moderadas.

Através da análise, verifica-se que os factores mais correlacionados são a segurança e a imagem, sendo que os indivíduos que atribuem maior importância à imagem de uma clínica na escolha da mesma, são aqueles que atribuem também maior importância à segurança da prestação de serviços na avaliação da sua qualidade. Existe também uma correlação moderada entre a componente imagem e a componente rapidez e cortesia, sendo que os indivíduos que atribuem maior importância à imagem na sua escolha de uma clínica dentária, atribuem simultaneamente maior importância à rapidez e cortesia na qualidade de um prestador de cuidados. A segurança encontra-se ainda moderadamente correlacionada com a informação, nas avaliações atribuídas à qualidade de uma clínica dentária, o que sugere que as pessoas atribuem maior importância à segurança são aquelas que atribuem também maior importância à informação que lhes é prestada. A correlação mais fraca estabelecida verifica-se entre a componente informação e as mensagens.

Pode-se assim concluir que existem correlações significativas e positivas entre todos os componentes, à excepção dos seguintes: preço com a recomendação e o acompanhamento; recomendação com as mensagens.

Tabela 42 - Correlações entre as variáveis avaliadas pelos inquiridos

		Publicidade	Personalização	Imagem	Recomendação	Preço	Segurança	Confiança	Tangíveis	Rapidez e cortesia	Informação	Descontos	Mensagens	Acompanhamento
Publicidade	Pearson Correlation	1												
	Sig. (2-tailed)													
Personalização	Pearson Correlation	,453	1											
	Sig. (2-tailed)	,000**												
Imagem	Pearson Correlation	,381	,538	1										
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**											
Recomendação	Pearson Correlation	,292	,317	,477	1									
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**										
Preço	Pearson Correlation	,389	,302	,208	,093	1								
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,068									
Segurança	Pearson Correlation	,311	,376	,722	,285	,193	1							
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**								
Confiança	Pearson Correlation	,291	,372	,471	,333	,250	,644	1						
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**							
Tangíveis	Pearson Correlation	,594	,348	,454	,301	,240	,495	,492	1					
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**						
Rapidez e cortesia	Pearson Correlation	,268	,557	,662	,337	,239	,623	,498	,384	1				
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**					
Informação	Pearson Correlation	,249	,366	,519	,326	,148	,642	,522	,403	,507	1			
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,004**	,000**	,000**	,000**	,000**				
Descontos	Pearson Correlation	,321	,355	,409	,200	,350	,384	,403	,384	,381	,283	1		
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**			
Mensagens	Pearson Correlation	,434	,214	,184	,090	,212	,236	,248	,571	,196	,143	,390	1	
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,078	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,005**	,000**		
Acompanhamento	Pearson Correlation	,266	,315	,424	,240	,061	,470	,499	,377	,450	,393	,455	,353	1
	Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,235	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	

** . A correlação é significativa ao nível 0,01 (bi-caudal)

VIII. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Não existe ainda em Portugal, uma cultura de avaliação das escolhas dos clientes e da qualidade dos serviços de saúde nem da sua variabilidade ao longo do tempo, apesar do reconhecimento atual da importância destas avaliações na literatura. De facto, esta avaliação é fulcral no desenvolvimento de serviços vocacionados para a satisfação das necessidades dos clientes, num sector da saúde, cuja oferta se concentra principalmente nos cuidados privados, geralmente concorrenciais, como é o caso do sector da saúde oral.

São hoje bastante populares e variadas as abordagens e os estudos relativos à qualidade na perspectiva do cliente, assim como ao modo de realização das suas escolhas e da importância atribuída pelos mesmos aos vários aspetos de um serviço. Esta avaliação vai permitir o desenho e a implementação de planos adequados e atualizados no espaço e no tempo, à população alvo dos serviços, contribuindo substancialmente para o sucesso das organizações, já que o objetivo final destes planos é a satisfação de todos os clientes assim como a sua fidelização. É no entanto de ressaltar, que estas medições e estes atores, não são os únicos intervenientes no serviço, sendo também necessário, para uma análise mais completa, considerar os demais.

É neste sentido, que o marketing se apresenta como uma ferramenta fundamental para os serviços de saúde como é o caso das clínicas dentárias, alterando a visão das organizações para centralização do cliente, assim como para a monitorização das suas perceções com a finalidade de se aproximar o mais possível da satisfação das suas necessidades e desejos. Neste sector, o sub-conceito de marketing relacional é também essencial, dada natureza do serviço, que implica o contacto entre paciente, normalmente sensibilizado, e profissional, que não pertencendo diretamente à área do marketing, desempenha um papel fundamental na relação.

Neste estudo, contemplado pelo desenvolvimento e aplicação de um instrumento de recolha de dados, com avaliações ao nível das escolhas, da avaliação da qualidade, e da importância atribuída a ações de fidelização pelos clientes, procurou-se adaptar as abordagens de vários estudos já publicados, ao sector das clínicas dentárias.

A revisão bibliográfica levou ao desenvolvimento de um questionário constituído por 4 partes, nomeadamente uma primeira secção relativa às características pessoais dos inquiridos (género, idade, habilitações académicas, situação profissional, posse de seguro de saúde oral, número de visitas ao dentista/higienista oral nos últimos 12 meses e rendimento do agregado familiar); uma segunda secção dedicada à importância atribuída aos vários factores

envolvidos na escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados (publicidade, personalização, imagem, recomendação, preço); uma terceira secção relativa à avaliação da essencialidade de vários componentes para a qualidade de uma clínica (segurança, confiança, tangíveis, rapidez e cortesia e informação); e por fim uma última secção relativa à importância atribuída pelos inquiridos a várias acções de fidelização que podem ser tomadas por parte de uma clínica e dos seus profissionais (descontos, mensagens e acompanhamento).

A análise dos dados recolhidos através do questionário permitiu retirar várias conclusões, entre as quais se destacam as seguintes:

Tal como seria de esperar, o número de visitas dos inquiridos ao dentista/higienista oral nos últimos 12 meses, está relacionado com a posse de um seguro de saúde oral, sendo que os inquiridos que se deslocaram mais vezes, são aqueles que possuem seguro. Este facto pode ser justificado pela influência do seguro no preço monetário dos serviços, justificação esta que é corroborada pela importância atribuída pelos entrevistados ao preço, na seleção de uma clínica dentária para obtenção de cuidados. Esta posse de um seguro de saúde oral encontra-se por sua vez relacionada à situação profissional, verificando-se que a maioria dos indivíduos com seguro são trabalhadores por conta de outrem, podendo neste o caso o seguro estar relacionado com benefícios atribuídos ao nível das empresas ou mesmo com a estabilidade profissional. Neste mesmo sentido, verificou-se que a posse de um seguro está também relacionada com o rendimento. As habilitações académicas estão ainda relacionadas ao número de deslocações aos profissionais de saúde oral, verificando-se que a maioria dos inquiridos que se deslocaram aos serviços de saúde oral entre 1 a 2 vezes, têm habilitações ao nível do ensino superior, o que pode ser explicado pela maior sensibilização destes indivíduos para a saúde oral e para as consultas de rotina.

Relativamente aos factores envolvidos na escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados verifica-se que em média, a personalização e a imagem são os factores mais importantes, seguindo-se o preço e a recomendação, sendo que a publicidade é o factor considerado como menos importante pelos inquiridos aquando da realização desta seleção. Este facto pode ser explicado pela atual saturação da população com os anúncios e as vendas. No entanto, a importância atribuída aos vários factores está relacionada também às características pessoais dos inquiridos, nomeadamente a idade e as habilitações académicas no que se refere à importância atribuída à imagem, e o número de visitas aos serviços com a importância atribuída ao preço. De facto, aqueles que se deslocaram menos vezes aos serviços foram os que atribuíram maior importância ao preço, um dado que vai ao encontro das conclusões referidas anteriormente.

Quanto à importância atribuída aos vários vetores envolvidos na qualidade de uma clínica dentária constatou-se que em média, os tangíveis foram o vetor considerado com menor importância, embora a mesma varie significativamente com a idade do respondente. A segurança, a confiança, a rapidez e cortesia e a informação recebida, foram considerados factores de importância essencial para a qualidade. Assim sendo, pode ser de certa forma confirmada a maior exigência atual dos clientes a todos os níveis de um serviço.

Por último, relativamente às ações de fidelização, verificou-se que no geral os inquiridos atribuíram maior importância ao acompanhamento e aos descontos. O factor mensagens foi aquele considerado menos importante, aproximando-se da situação de indiferença.

A importância destes dados prende-se e insere-se na gestão dos serviços de saúde, uma vez que a identificação e medição destes vectores é um dos pontos de partida para a definição e reformulação de estratégias determinantes para o sucesso das clínicas dentárias em termos de satisfação dos clientes, fidelização e conseqüente sustentabilidade financeira, imagem, entre outros. No geral os objetivos do estudo foram cumpridos, abrangendo a revisão bibliográfica e o desenvolvimento e aplicação do questionário, assim como a análise dos dados recolhidos.

Futuros estudos neste âmbito deveriam abranger uma nova revisão do instrumento de recolha de dados, com ponto de partida na eliminação dos itens excluídos da análise. De modo a garantir a validade externa dos resultados a dimensão da amostra deveria ser mais abrangente e considerar também a avaliação no momento após a receção de cuidados, no tange à avaliação da qualidade de uma ou várias clínicas dentárias, de modo a que essa avaliação seja o mais precisa possível.

IX. BIBLIOGRAFIA

Abraham, J., Sick, B., Anderson, J., Berg, A., Dehmer, C., Tufano, A. 2011. Selecting a Provider: What Factors Influence Patients' Decision Making? *Journal Of Healthcare Management*, 56(2): 99-114

Aday, L. A., Andersen, R. M. 1984. The national profile of access to medical care: where do we stand? *American Journal of Public Health*, 74(12): 1331-1339.

Albrecht, K. 2000. *Revolução nos Serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os clientes*. São Paulo: Pioneira.

Alrubaiee, L. e Alkaa'ida, F. 2011. The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality - Patient Trust Relationship . *International Journal of Marketing Studies*, 3(1):103-127.

Antunes, J., Rita, P. 2008. O marketing relacional como novo paradigma-uma análise conceptual. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Lisboa: INDEG-ISCTE - FGV. ISSN 1645-4464. VII(2): 36-46.

Arah, O., Westert, G., Hurst, J. e Klazinga, N. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 1:5-13.

Aspinal F., Addington-Hall, Hughes, R., Higginson, I.J. 2003. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced nursing*, 42(4):324-339.

Asefzadeh, S., Jahandideh, S., Asadabadi, E. B. 2012. Dental services marketing: A case of dental clinics in Iran. *International Journal of Healthcare Management*, 5(1):12-18.

Avis, M., Bond, M. e Arthur, A. 1997. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Journal of Advanced nursing*, 44(1):85-92.

Baker, M.J. 2005. *Administração de Marketing*, 5ª ed. São Paulo: Editora Campus

Bashe, G. e Hicks, N. J. B. 2000. *Health services: defining yourself in the marketplace*. Gaithersburg: Aspen Publishers.

Bateson, J. E. G. e Hoffman, K. Douglas. 2001. *Marketing de Serviços*. Traduzido por Lúcia Simonini. 4. ed. Porto Alegre: Bookman.

Bei L. T. e Chiao, Y. C. 2001. An Integrated Model for the Effects of Perceived Product, Perceived Service Quality, and Perceived Price Fairness on Consumer Satisfaction and Loyalty. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 14: 125-140.

Beresford, P., e Branfield, F. 2006. Developing inclusive partnerships: User-defined outcomes, networking and knowledge: A case study. *Health and Social Care in the Community*, 14(5): 436-444.

Brei, V.A. e Rossi, C.A.V. 2005. Confiança, valor percebido e lealdade em trocas relacionais de serviço: um estudo com usuários de Internet Banking no Brasil. *Revista de administração contemporânea*, 9(2): 145-168.

- Berry, L.L. 1980. Services marketing is different. *Business*, may/june: 24-29.
- Berry, L. 2000. *Relationship Marketing of Services: Growing Interest, Emerging Perspectives. Handbook of Relationship Marketing*. London: Sage Publications Inc.
- Biscaia, J.L. 2000. Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*, 0: 6-10.
- Blumberg, M. S. 1980. Health status and health care use by type of private health coverage. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Health and Society, 58(4):633-655.
- Cabral, A.P. 2011. O sistema de saúde Português. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 5:6-9.
- Campos L, Carneiro AV. *A Qualidade no PNS 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde, 2010. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/30/ae-q/> Consultado em Junho de 2012.
- Capon, N. 1982. Institutional Change in Delivery of Dental Services: A Marketing Perspective. *American Journal of Public Health*, 72(7):679-683.
- Caruana, A. e Fenech, N. 2005. The effect of perceived value and overall satisfaction on loyalty: A study among dental patients. *Journal of Medical Marketing*, 5(3): 245–255.
- Castro, C. B. e Armario, E. M. 1999. *Marketing Relacional*, Madrid: Esic Editorial.
- Castro, L. T. e Neves, M. N. 2005. *Administração de vendas: planeamento, estratégia e acção, 1ª ed.* São Paulo: Altas.
- Casas, A. L. 2007. *Qualidade Total em Serviços: Conceitos, Exercícios, Casos Práticos*. São Paulo: Atlas
- Cavana, R.Y., Corbett, L. M. e Lo, G. Y. L. 2007. Developing zones of tolerance for managing passenger rail service quality. *International Journal of Quality e Reliability Management*, 24(1): 7-31.
- Chahal, H. e Kumari, N. 2011. Consumer Perceived Value and Consumer Loyalty in the Healthcare Sector. *Journal of Relationship Marketing*, 10(2):88–112.
- Chaska, B. W. 2006. Growing Loyal Patients. *The Physician Executive*, 32(3): 42-46
- Chassin, M. R. 1997. Public policy. The health care juggling act: balancing universal access, cost containment, and quality improvement. *The mount Sinai journal of medicine, New York*, 64(2):101-4.
- Choi, K.S.; Cho, W.H.; Lee, S.H.; Lee, H.J. and Kim, C.K. 2004. The Relationships Among Quality Value, Satisfaction and Behavioural Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study. *Journal of Business Research*, 57 (8): 913-921.
- Cliff, Barbara. 2012. Excellence in Patient Satisfaction Por a Patient-Centered Culture . *Journal of Healthcare Management*. 57(3): 157-159.

Colin, J., Aggoune, R., Briquet, M., Schaeffers, J. 2004. Le patient, un client au centre des flux. *Logistique e Management*, 12(1): 101-110.

Cooper, P. D. 1994. *Health care marketing: a foundation for managed quality. 3rd ed.* Gaithersburg: Aspen publishers.

Cooper, P. D. 1987. Stages in health care marketing development: an age wave example. *Journal of Health Care Marketing*, 7(4):2-4.

Corbin, C.L., Kelley, W.S., Schwartz, W.R. 2001. Concepts in service marketing for health care professionals. *American Journal of Surgery*, 181(1):1-7.

Dias, S. R. 2003. *Gestão de Marketing*. São Paulo: Saraiva.

Dobele, A., Lindgreen, A. 2011. Exploring the nature of value in the word-of-mouth referral equation for health care. *Journal of Marketing Management*, 27(3-4): 269-290.

Donabedian, A. 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment, *Health Administration Press*, 1:163.

Donabedian A. 1997. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 121(11):1145-50.

Duncan, A.K., e Breslin, M.A. (2009). Innovating health care delivery: The design of health service. *Journal of Business Strategy*, 30(2/3), 13-20.

Eiriz, V. e Figueiredo, J. A. 2005. Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (6): 404-412.

Ekrem, C., e Fazil, K. 2007. *Customer perceived value: The development of a multiple item scale in hospitals*. Malvern, PA: Business Publications.

Enthoven, A. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12: 24-48.

Esperidião, M. A. e Trad, L.A.B. 2006. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (6).

Fadel, M.A.V., Filho, G.I.R. 2009. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1): 7-22.

Fang, Hai e Rizzo, John. 2011. Does Patient Use of Medical Information Affect Physician Practice Incentives to Provide Care? *Forum for Health Economics e Policy*, 14(2):1-20.

Ferreira PL, Afonso PB, Raposo V, Godinho P. 2004. *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Prefácio de Constantino Sakellarides. Lisboa: Instituto do Consumidor.

Fisk, R.P. e Young, C.E. 1985. Disconfirmation of equity expectations: effects on consumer satisfaction with services, in Hirschman. *Advances in Consumer Research*, 12: 340-5.

- Fitzpatrick, R. e Hopkins, A. 1983. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health e Illness*, 5(3):297-311.
- Fox, J.G. e Storms, D.M. 1981. A different approach to social demographic predictors for satisfaction with health care. *Social Science e Medicine*, 15:557-67.
- Gamble, J., Gilmore, A., McCartan-Quinn, D., Durkan, P. 2011. The Marketing concept in the 21st century: A review of how Marketing has been defined since the 1960. *The Marketing Review*, 11(3): 227-248.
- George, D. e Mallery, P. 2003. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Goddard, M. e Smith, P. 2001. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53:1149-62.
- Gombeski, William; Britt, Jason; Wray, Tanya; Taylor, Jan; Adkins, Wanda; Riggs, Karen. 2011. Spread the word. *Marketing Health Services*, 31(1):22-25.
- Graskemper, J. P. (2009), Ethical Advertising in Dentistry, *Journal of American College of Dentist*, 76(1): 44-9.
- Gregório, R. 2009. *Marketing Médico: criando valor para o paciente*. Rio de Janeiro: Editora DOC.
- Grönroos, C. 1990. *Service management and marketing*, Lexington: Lexington Books, MA.
- Gummesson, E. 1987. The New Marketing – Developing Long Term Interactive Relationships. *Long Range Planning*, 20(4): 10-20.
- Hogg, G., Laing, A., e Newholm, T. 2004. Talking together: Consumer communities and health care. *Advances in Consumer Research*, 31(1): 67–73.
- Homburg, C. e Giering, A. 2001. Personal characteristics as moderators of the relationship between customer satisfaction and loyalty - An empirical analysis, *Psychology and Marketing*, 18 (1):43-66.
- Jadad, A. 1998. Promoting partnerships: Challenges for the Internet age. *British Medical Journal*, 319(7212): 761–764.
- Jones, M.A., Mothersbaugh, D.L. e Beatty, S.E. 2000. Switching barriers and repurchase intentions in services. *Journal of Retailing*. 76(2): 259-274
- Kane, R.L., Maciejewski, M. e Fich, M. 1997. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35(7):714-730.
- Kassirer, J. P. 1995. The next transformation in the delivery of health care. *The new england journal of medicine*, 332(1): 52-4.
- Kemple, Terry. 2009. Quality in Primary Health Care. Complexity: A simple approach to quality. Are we there yet? *British Medical Journal*, 338: b1812.

Kim, Yang-Kyun., Cho, Chul-Ho., Ahn, Seo-Kyu., Goh, In-Ho., Kim, Han-Joong. 2008. A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management e Business Excellence*, 19 (11):1155-1171.

Kotler, P. e Bloom, P.N. 1984. *Marketing professional services*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice Hall

Kotler, P. 1995. *Dirección de marketing*, 8ª Ed. Madrid: Prentice Hall

Kotler P., Keller K. 2006. *Administração de marketing. 12ª ed.* São Paulo: Pearson Prentice Hall

Kotler, P. 2008. *Administração de Marketing – Análise, Planejamento, Implementação e Controle, 5ª Edição*. São Paulo: Editora Atlas.

Kotler, P., Shalowitz, J., Stevens, R.J. 2010. *Marketing Estratégico Para a Área da Saúde*. São Paulo: Bookman.

Las Casas, A. L. 2006. *Administração de marketing: Conceitos, Planejamento e Aplicações à Realidade Brasileira*. São Paulo: Altas.

LaTour, S. A. e Peat, N. C. 1979. Conceptual and Methodological Issues in Consumer Satisfaction Research. *Advances in Consumer Research*, 6: 431-440.

Leatherman, S. e Sutherland, K. 2005. *The Quest for Quality in the NHS: A Chartbook on Quality of Care in the UK*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Lee, M.A., Yom, Y-H. 2006. 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.

Leiderman, E. B. e Zucchi, P. 2006. Aplicação dos conceitos atuais do marketing para o mercado da saúde. *Jornal da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina laboratorial*, 26.

Levin, R. 2012. Seven ways the new economy has changed dentistry. *Periodical Proofs*, 95(1):16-17.

Like, R. e Zyzanski, S.J. 1987. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Social Science e Medicine*, 24:351-7.

Lima, M., Sapiro, A., Vilhena, J. B. e Gangana, M. 2005. *Gestão de Marketing. Série gestão empresarial, 5ª ed.* Rio de Janeiro: FGV editora.

Linder-Pelz S. 1982. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science e Medicine*, 16(5):577-582.

Liu, Sandra S.; Amendah, Eklou; En-Chung Chang; Lai Kwan Pei. 2006. Satisfaction and Value: A Meta-Analysis in the Healthcare Context. *Health Marketing Quarterly*, 23 (4): 49-73.

Lovelock, C. e Wright, L. 2003. *Serviços: Marketing e Gestão*. 1ª Edição. São Paulo: Saraiva.

- Lovelock, C. e Wright, L. 2001. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.
- MacStravic, Scott. 2002. Healthcare Marketing Turns 25. *Marketing Health Services*. 22(4):44-44.
- Malik, A. M., Teles, J. P. 2001. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de administração de empresas*, 41(3): 51-59.
- Matos, D., Lima-Costa, M., Guerra, H. e W. Marcenes. 2001, Projecto Bambuí: estudo de base populacional factores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos, *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (3): 661-668.
- Mcdougall, G. e Levesque, T. 2000. Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. *Journal of Services Marketing*, 14(5): 392- 410.
- Melo, M. L. 2004. *Comunicação com o doente – certezas e incógnitas*. 1ªEd Loures, Portugal: Lusociência.
- Mezomo, J. C. 2001. *Gestão da qualidade na saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Editora Manole Ltda.
- Miguel, L. S. e Sá, A. B. 2010. *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Miguel, P., Salomi, G. 2004. Uma revisão dos modelos para a medição da qualidade em serviços. *Revista Produção*, 14(1): 12-30.
- Mitchell, T. T. 2004. Improving Patient Satisfaction. Health Care Registration: *The Newsletter for Health Care Registration Professionals*, 13 (9): 6-8.
- Monajem, S. 2006. Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. *International Journal of Dental Hygiene*, 4(1):47-51.
- Moreira, R., Nico, N. Tomita e T. Ruiz. 2005), A Saúde Bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal, *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (6): 1665-1675.
- Myer J.H. e Alpert, M.I. 1968. Determinant buying attitudes: meaning and measurement. *Journal of Marketing*. 32(4): 13-20.
- Newsome, P.R.H. e Wright, G.H. 1999. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186:161-165.
- Ngobo, P. 1997. Decreasing returns in customer loyalty: does it really matter to delight the customers? *Advances in Consumer Research*, 26: 469-476.
- Nordgren, L. 2009. Value creation in health care services – Developing service productivity: Experience from Sweden. *International Journal of Public Sector Management*, 22(2): 114–127.

- Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan R *et al.* 2007. Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. *PLoS Medicine*, 4(10):1584-1588.
- O'Conner, Christopher Patrick. 1982. *Why marketing isn't working in the health care arena.* *Journal of Health Care Marketing*. 2(1):31-36.
- Oliver, R. L. 1980. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4): 460-469.
- Oliver, R. L. 1997. *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer.* New York: McGraw-Hill.
- Otani, K., Kim, B. J., Waterman, B., Boslaugh, S., Klinkenberg, W. D., Dunagan, W. C. 2012. Patient Satisfaction and Organizational Impact: A Hierarchical Linear Modeling Approach. *Health Marketing Quarterly*, 29(3):256-269.
- Paladini, E. P. 2000. *Gestão da qualidade: teoria e prática.* São Paulo: Atlas.
- Parasuraman, A., Zeithaml, Valerie A. e Berry, L. L. 1988. SERVQUAL: a multiple-item scale for Measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1): 12-40.
- Pereira, L. F. 2003. Qualidade: Ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7: 3-8.
- Pinheiro, R.S., Viacava, F., Travassos, C. e Brito, A.S. 2002. Género, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7(4).
- Pisco, L., Biscaia, J. 2001. Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista *Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 43-51.
- Popovici, R.A., Iftime, C., Sava-Rosianu, R., Oancea, R., Galuscan, A., Jumanca, D., Podariu, A.C. 2008. Strategic marketing in dental medicine. *European Cells and Materials*, 16(5):9.
- Porter, R. 2000. Ten Misconceptions Physicians Have About Marketing. *Medical Group Management Journal*, 47 (5): 72-78.
- Quintal, C., e Ferreira, P. 2012. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30:35-46.
- Raju P.S., Lonial, S.C., Gupta, Y.P. e Ziegler, C. 2000. The relationship between market orientation and performance in the hospital industry. *Health Care Management Science*, 3:237-247.
- Raju, P.S., Lonial, S.C. 2001. The Impact of Quality Context and Market Orientation on Organizational Performance in a Service Environment. *Journal of Service Research*, 4(2): 139-153.
- Ribeiro, M.M.F. e Amaral, C.F.S. 2008. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista brasileira de educação médica*, 32(1).

- Richardson, M.L., e Gurtner, W.H. 1999. Contemporary organizational strategies for enhancing value in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(5): 183–189.
- Rivers, P. A., Glover, S. H. 2008. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. *Journal of health care Organ. Management*, 22(6): 627-641.
- Russo, A.M.V. e Crescentini, A. 2009. Patient satisfaction and communication as competitive levers in dentistry. *The TQM Journal*, 21(4): 365-381.
- Rutsohn, Philip; Ibrahim, Nabil A. 2000. An Analysis of the Demand for Regular Dental Health Care: Implications for Marketing. *Health Marketing Quarterly*, 17(3):25.
- Serapioni, M. 2009. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85 : 65-82.
- Simões AP, Paquete AT, Araújo M. 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1):39-52.
- Sherif, M. e Hovland, C. I. 1961; rpt. 1980. *Social judgment: Assimilation and contrast effects in communication and attitude change*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Sheth, J. 1996. Relationship Marketing: Paradigm Shift or Shaft? Paper presented at the *Annual Meeting of the Academy of Marketing Science*. Miami, FL.
- Sheth, J., Mittal, B. e Newman, B. 2001. *Comportamento do cliente: indo além do comportamento do consumidor*. São Paulo: Atlas.
- Sitzia, J. e Wood, N. 1997. Patient Satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science e Medicine*, 45 (12): 1829-1843.
- Skogland. I. e and Siguaw, J. A. 2004. Are Your Satisfied Customers Loyal? *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 45(3): 221-234.
- Sohn, W. e A. Ismail. 2005. Regular Dental Visits and Dental Anxiety in an Adult Dentate Population, *Journal American Dental Association*, 136: 58-66.
- Steele, G. 1996. Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three English communities, *British Dental Journal*, 180 (4): 131-136.
- Subhash C., Lionals S., Raju P.S. 2001. The impact of environmental uncertainty on the market orientation – Performance relationship: A study of the hospital industry. *Journal of Economic and Social Research*, 3(1):5-27.
- Sungjin Yoo. 2005. Service Quality at Hospitals. *Advances in Consumer Research - Asia-Pacific Conference Proceedings*, 6: 188-193.
- Taner, T., e Antony, J. 2006. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2): 1-10.

- Thibaut, J. W. e Kelley, H. H. 1959. *The social Psychology of Groups*. New York: Wiley.
- Thomas RK. 2007. *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide. 1st edn*. New York: Springer-Verlag, LLC.
- Tinoco, M.A.C. e Ribeiro, J.L.D. 2007. Uma nova abordagem para a modelagem das relações entre os determinantes da satisfação dos clientes de serviços. *Revista Produção*, 17(3):454-470.
- Uchimora, K. e Bosi, M. L. 2002. Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 18(6): 151-169.
- Urdan, A.T. 2001. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. RAE - *Revista de Administração de Empresas*, 41 (4): 44-55
- Valença, A.C.M., Lins, C.V., Lins, C.C., Lima, G.A. 2011. Qualidade na prestação de serviços de endodontia na clinica do centro odontológico da olicia militar de Pernambuco, segundo a percepção dos pacientes. *Odontologia Clínico-científica*, 10(4): 341-344.
- Vaitsman, J. e Andrade, G.R.B. 2005. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):599-613.
- Vargas, M., E. Kramarow e J. Yellowitz. 2001. *The Oral Health of Older Americans. Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Health Statistics*, Atlanta, Ga, Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/agingtrends/03oral.pdf>. Consultado em Dezembro de 2012
- Vasco Eiriz e José António Figueiredo. 2004. Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3(4): 20-28.
- Vasconcellos, P. P. 2002. *Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico*. Florianópolis: Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Vavra, T. G. e Pruden, D. R. 1995. Using AfterMarketing to maintain a customer base. *Discount Merchandiser*, 35(5): 86-88.
- Vavra, T. G. 1996. *Marketing de Relacionamento (After marketing). 1ª ed*. São Paulo: Atlas.
- Verma, Mahesh; Saini, Anil K.; Nawal, Ruchika Roongta. 2011. Role of Ethics in Dental Marketing. *Journal of Management Research*, 11(3):159-167.
- Vieira, J.M.C. 2000. *Inovação e marketing de serviços*. Braga, Portugal: Editorial Verbo
- Vilaverde, M e Silva, PA. 2009. Os Portugueses e o SNS hoje. Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa Perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Vinagre, M. H. e Neves, J. 2008. The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1): 87-103.
- Yang, W. H. 2010. Relationships among Internal Marketing Perceptions, Organizational Support, Job Satisfaction and Role Behavior in Healthcare Organizations. *International Journal of Management*, 27(2): 235-242.

Willcocks, S. G. 2008. Clinical leadership in UK healthcare: exploring a marketing perspective, leadership in health services. *Leadership in Health Services*, 21(3): 158-167.

Williams, A. 2001. Science or marketing at WHO? a commentary on World Health 2000. *Health Economics*, Chichester, 10(4): 283-285.

Williams, B. 1994. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science e Medicine*, 38(4):509-516.

Wrenn, B. 2002. Contribution to hospital performance: market orientation vs marketing effort and lack of competition. *J Hosp Mark Public Relations*, 14(1): 3-13.

Zeithaml, V.A. 1988. Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence, *Journal of Marketing*, 52(3): 2-22.

Zeithaml, V. A. e Bitner, M. J. 2003. *Marketing de Serviços: A Empresa com Foco no Cliente. 2ª Edição*. Porto Alegre: Bookman.

Zisner, Daniel K. 2012. Establishing Brand Loyalty in Health Care- What to Learn from Other Industries. *Physician Executive*, 38(3):22-26.

Zwanziger, J., Melnick, G.A. 2006. Can managed care plans control health care costs? *Health Affairs*, 15(2):185-99.

Zucchi, P., Del Nero, C. e Malik, A. M. 2000. Gastos em saúde: os factores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9(1-2):127-50.

Locais da internet consultados

Ansuji, A.P., Zenckner, C.L. e Godoy, L.P. 2005. *Percepção da qualidade dos serviços de odontologia*. XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção – Porto Alegre, Brasil.

Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2005_Enegep0207_1418.pdf. Consultado em Novembro de 2012

Costa, J., Coimbra, D., e Ferreira, I. 2010. *Fidelização de clientes em consultórios médicos: potencialidades do uso de ferramentas como o Costumer Relationship Management (CRM)*. VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia

Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos10/457_CRM_Medico_Idt_fin.pdf. Consultado em Novembro de 2012

Deloitte. 2011. Saúde em análise: Uma visão para o futuro.

Disponível em: [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

[Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf).

Consultado em Dezembro de 2012. Consultado em julho de 2012

Department of Health. Integrated Governance Handbook, 2006. United Kingdom.

Disponível em

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4128739. Consultado em Junho de 2012.

International Alliance of Patients' Organizations. 2012. Patient-Centred Healthcare Indicators Review.

Disponível em:

<http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/1438/1332/PCH%20Indicators%20Review.pdf>.

Consultado em Novembro de 2012

Klann, M.B.P., Moraes, M.C.B., Sarubbi, F.M. 2011. *A percepção da qualidade de serviços odontológicos segundo cirurgiões-dentistas e pacientes de clínicas odontológicas de Florianópolis*. SIMPOI 2011 ANAIS.

Disponível em: http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2011/artigos/E2011_T00043_PCN12325.pdf.

Consultado em Novembro de 2012.

Lei Orgânica aprovada pelo DL124/2011, de 29 dez, e alterada pela Declaração de Retificação 12/2012, de 27 fev. Disponível em: www.min-saude.pt. Consultado em Novembro de 2012

Lopes M *et al.* 2010. *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*. Alto Comissariado da Saúde.

Disponível em: <http://pns.dgs.pt/2010/07/29/ae-icc/> Consultado em Junho de 2012.

Nascimento, J.R., Jesuíno, J.C. 2003. *Atitudes e Representações Sociais em Saúde*. Observatorio Português dos Sistemas de Saúde.

Disponível em:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/atitudes+e+representacoes+sociais+em+saude.pdf>. Consultado em Novembro de 2012

Soares, M. L. e Arges, H. *Conhecimento versus aplicabilidade, um paradigma a ser quebrado pelo marketing de serviços de saúde – estudo de caso na região oeste do paraná. VII semead.*

Disponível em:

[http://www.ead.fea.usp.br/semead/7semead/paginas/artigos%20recebidos/marketing/MKT25 -
_conhecimento_versus_aplicabilidade.PDF](http://www.ead.fea.usp.br/semead/7semead/paginas/artigos%20recebidos/marketing/MKT25_-_conhecimento_versus_aplicabilidade.PDF) Consultado em Novembro de 2012

Stefano, N., Righi, A. W., Lisboa, M. G. e Godoy, L. P. 2007. *Utilização das dimensões da qualidade e escala Likert para medir a satisfação dos clientes de uma empresa prestadora de serviços*. In: Anais XXVII Encontro Nacional em Engenharia de Produção – ENEGEP. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR580443_9335.pdf. Consultado em Dezembro de 2012.

Stefano, N., Ferreira, A. R., João, D.M., Godoy, L.P. 2008. *Gestão do conhecimento. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras*. IV Congresso Nacional de Excelencia Em Gestão. Niteroi, Brasil.

Disponível em:

http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg4/anais/T7_0105_0086.pdf. Consultado em Novembro de 2012.

Vintém, J.M., Guerreiro, M.D., e Carvalho, H. 2008. *Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal – Uma análise do Módulo “Saúde” do European Social Survey-2004*. VI Congresso Português de Sociologia, Universidade Nova de Lisboa

Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/325.pdf>. Consultado em Dezembro de 2012.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária:

<http://www.spemd.pt/indexRastreios.html>

Relatório Estatístico 2006– Programa Mês da Saúde Oral da Colgate e SPEMD, Portugal.

Instituto Nacional de Estatística:

www.ine.pt

Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

Eurobarómetro da comissão europeia:

<http://ec.europa.eu>

Relatório “Oral Health” 2010.

Direcção Geral da Saúde:

www.dgs.pt

Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa, Vol.I

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2005

Ordem dos Médicos Dentistas. 2010. Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar.

Portal da saúde:
www.portaldasaude.pt

Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS (2010). (Lei nº 41/2007, de 24 de Agosto)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde:
www.observaport.org/

OPSS Relatório de Primavera 2012

Entidade Reguladora da Saúde
www.ers.pt

Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde. 2009.

Estudo sobre concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral. 2009.

Ministério da Saúde:
<http://www.min-saude.pt>

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. 2007
Relatório Final.

Lei de Bases da Saúde

Lei Orgânica do Ministério da Saúde

Ordem dos médicos dentistas:
www.omd.pt

Ordem dos Médicos Dentistas. 2008. 10 anos 1998-2008.

Organização Mundial de Saúde:
www.who.int

Global strategy for health for all by the year 2000.

X. ANEXOS

X.1. Estabelecimentos de prestação de serviços de saúde oral

Estabelecimentos de prestação de serviços de saúde oral por RRAS

RRAS	Entidades Privadas Presentes	Nº Estabelecimentos	% do Total Geral do nº de estabelecimentos	Estabelecimentos/ 100.000habitantes
Norte		1.394	41,3%	37,2
Braga	125	142	4,2%	34,4
Bragança	22	24	0,7%	42,9
Chaves	19	22	0,7%	27,6
Felgueiras	132	150	4,4%	26,7
Guimarães	152	158	4,7%	30,1
Mirandela	23	27	0,8%	29,1
Porto	564	588	17,4%	45,8
São João da Madeira	114	119	3,5%	41,3
Viana do Castelo	89	99	2,9%	39,4
Vila real	59	65	1,9%	33,1
Centro		752	22,3%	31,6
Aveiro	132	142	4,2%	35,5
Caldas da Rainha	79	82	2,4%	22,5
Castelo Branco	19	22	0,7%	30,1
Coimbra	129	140	4,1%	42,4
Covilhã	18	20	0,6%	22,1
Entroncamento	50	54	1,6%	23,4
Guarda	28	33	1,0%	30,3
Leiria	102	109	3,2%	40,7
Lousã	31	34	1,0%	24,8
Seia	12	12	0,4%	25,3
Sertã	7	7	0,2%	17,3
Viseu	91	97	2,9%	33,3
Lisboa		929	27,5%	32,9
Lisboa	661	721	21,3%	35,5
Setúbal	195	208	6,2%	26,3
Alentejo		180	5,3%	23,8
Beja	25	27	0,8%	30,8
Coruche	18	19	0,6%	27,4
Elvas	15	15	0,4%	22,4
Évora	19	19	0,6%	22,1
Montemor-o-Novo	12	12	0,4%	27,8
Moura	7	7	0,2%	19,1
Odemira	9	9	0,3%	29,2
Ponte de Sor	4	4	0,1%	10,5
Portalegre	9	9	0,3%	18,6
Santarém	42	44	1,3%	24,4
Sines	14	15	0,4%	21,4
Algarve		123	3,6%	28,6
Faro	58	65	1,9%	27,7
Portimão	55	58	1,7%	29,7
Total Geral		3.378	100%	33,3

Fonte: ERS, Estudo sobre a concorrência no sector dos serviços de saúde oral 2009

X.2. Questionário

Exmo(a). Senhor(a),

Sou aluna do curso de mestrado em gestão dos serviços de saúde no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa e gostaria de o(a) convidar a participar no desenvolvimento da minha tese sobre o tema - vetores de marketing e avaliação da qualidade dos serviços de saúde oral - motivo pelo qual venho solicitar a sua colaboração, através da resposta ao seguinte questionário.

O principal objetivo deste trabalho consiste em identificar os vetores envolvidos nas escolhas e na avaliação da qualidade efetuada por parte dos utilizadores dos serviços de saúde oral.

A qualidade dos resultados irá depender da sinceridade e atenção dispensadas. As suas respostas são **rigorosamente confidenciais e anónimas**.

Apelo à sua colaboração, sem a qual este estudo não será possível e desde já agradeço.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Abreu

Grupo I

Caracterização Individual

1. **Género:** Feminino Masculino
2. **Idade:** 18 – 24 35 – 44 55-64
25 – 34 45 – 54 65 ou mais
3. **Habilitações académicas:** Sem escolaridade
1º ciclo do ensino básico (4ºano completo)
2º e 3º ciclo do ensino básico (9ºano completo)
Ensino Secundário (12º ano completo)
Ensino superior (Licenciatura/mestrado/doutoramento)
4. **Situação profissional atual:** Desempregado
Estudante
Trabalhador por conta própria
Trabalhador por conta de outrem
Reformado
5. **Tem seguro de saúde que cobre despesas de saúde oral?** Sim Não
6. **Nos últimos 12 meses quantas vezes visitou o dentista/higienista oral?**
0 1 2 3 Mais de 3
7. **Qual o rendimento mensal líquido do seu agregado familiar?**
0€ - 750€ 1500€ - 3000€ acima dos 5000€
750€ - 1500€ 3000€ - 5000€

Grupo II**Escolha de uma clínica dentária**

Numa escala de 1 a 7 (em que 1 significa nada importante e 7 significa muito importante) indique, qual a importância dos seguintes factores quando efectua a escolha de uma clínica dentária para obtenção de cuidados.

	Nada importante		Indiferente				Muito importante	
	1	2	3	4	5	6	7	
Preço dos serviços	1	2	3	4	5	6	7	
Acordos com seguradoras de saúde	1	2	3	4	5	6	7	
Facilidades de pagamento	1	2	3	4	5	6	7	
Informação disponibilizada na internet	1	2	3	4	5	6	7	
Panfletos informativos da clínica	1	2	3	4	5	6	7	
Anúncios da clínica na televisão e na rádio, jornais e revistas	1	2	3	4	5	6	7	
Ter todas as especialidades da medicina dentária disponíveis	1	2	3	4	5	6	7	
Informação sobre os resultados e qualidade dos serviços disponível numa página na internet	1	2	3	4	5	6	7	
Experiência e reputação dos profissionais	1	2	3	4	5	6	7	
Localização da clínica	1	2	3	4	5	6	7	
Horários da clínica	1	2	3	4	5	6	7	
Facilidade e rapidez para marcar uma consulta	1	2	3	4	5	6	7	
Cortesia e simpatia dos profissionais	1	2	3	4	5	6	7	
Personalização do atendimento	1	2	3	4	5	6	7	
Atendimento por profissionais conhecidos/habituais	1	2	3	4	5	6	7	
Recomendação de familiares/amigos	1	2	3	4	5	6	7	
Aparência física da clínica e dos equipamentos	1	2	3	4	5	6	7	
Sinalização e informação disponível no exterior da clínica	1	2	3	4	5	6	7	
Aparência eficaz e profissional da equipa	1	2	3	4	5	6	7	
Disponibilidade de estacionamento	1	2	3	4	5	6	7	
Reputação da clínica	1	2	3	4	5	6	7	
Disponibilidade de todos os serviços necessários para os cuidados num único local (consultório, aparelhos de raio-x, laboratório de próteses)	1	2	3	4	5	6	7	
Disponibilidade da clínica para marcação da consulta dentro das minhas necessidades	1	2	3	4	5	6	7	

Voltar a página →

Baseado nas suas experiências enquanto utilizador dos serviços de saúde oral, pense no que significa uma clínica dentária de excelente qualidade. Indique na sua opinião, qual a importância de cada uma das características abaixo descritas, quando avalia a qualidade de uma clínica, assinalando o valor 1 se considerar que uma característica não é importante para considerar uma clínica como excelente, e o valor 7 se pensa que uma característica é absolutamente essencial para considerar que a clínica é de excelente qualidade.

	Nada importante para a qualidade da clínica						Essencial para a qualidade da clínica
	1	2	3	4	5	6	7
Cortesia e simpatia dos profissionais	1	2	3	4	5	6	7
Prestação de um serviço rápido	1	2	3	4	5	6	7
Informação prestada aos pacientes sobre as opções de tratamento	1	2	3	4	5	6	7
Compreensão e sensibilidade do profissional de saúde	1	2	3	4	5	6	7
Personalização do serviço a cada caso em concreto	1	2	3	4	5	6	7
Pontualidade no atendimento de acordo com o horário marcado para as consultas	1	2	3	4	5	6	7
Aparência eficaz e profissional da equipa	1	2	3	4	5	6	7
Aparência das instalações físicas, equipamentos e materiais	1	2	3	4	5	6	7
Prestação de cuidados de forma precisa e segura	1	2	3	4	5	6	7
Decoração moderna	1	2	3	4	5	6	7
Disponer de uma página na internet	1	2	3	4	5	6	7
Cheiro/aromatização agradável nas instalações	1	2	3	4	5	6	7
Conhecimentos e informação clara prestada pelos profissionais	1	2	3	4	5	6	7
Música ambiente nas instalações	1	2	3	4	5	6	7
Possibilidade de marcação de consultas de forma diversificada (por telefone, email ou através de uma página na internet)	1	2	3	4	5	6	7
Registos clínicos isentos de erros relativos ao processo de cada paciente	1	2	3	4	5	6	7
Atualizações regulares dos serviços e equipamentos, de acordo com a evolução científica	1	2	3	4	5	6	7
Equipa de profissionais especialistas em cada área específica da medicina dentária	1	2	3	4	5	6	7
Simplificação dos processos e burocracias administrativas	1	2	3	4	5	6	7
Ter uma sala de receção confortável	1	2	3	4	5	6	7
Limpeza e desinfeção das instalações e materiais	1	2	3	4	5	6	7
Ter o livro de reclamações sempre disponível	1	2	3	4	5	6	7
Climatização e temperatura controlada no interior das instalações	1	2	3	4	5	6	7
Estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais e os pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Ter profissionais sempre disponíveis para responder as questões dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Manter a confidencialidade dos cuidados	1	2	3	4	5	6	7

Grupo IV**Ações de fidelização**

Na sua opinião, qual é a importância das seguintes ações que podem ser tomadas por parte de uma clínica dentária, no sentido de fidelizar os seus clientes?

	Nada importante		Indiferente			Muito importante	
Fazer promoções	1	2	3	4	5	6	7
Fazer campanhas de prevenção (rastreios) e consultas de diagnóstico gratuitas	1	2	3	4	5	6	7
Enviar newsletters/informações regulares por email ou por correio	1	2	3	4	5	6	7
Disponibilizar um contacto telefónico permanente para qualquer questão que surja após o tratamento	1	2	3	4	5	6	7
Enviar mensagens de aniversário com felicitações	1	2	3	4	5	6	7
Dispor de um cartão de cliente que ofereça descontos	1	2	3	4	5	6	7
Contactar periodicamente para lembrar da necessidade de consulta	1	2	3	4	5	6	7
Após as consultas, fornecer amostras de produtos adequadas ao caso e ao tratamento (por exemplo elixires e pastas de dentes)	1	2	3	4	5	6	7
Perguntar a sua opinião sobre os vários aspetos do serviço	1	2	3	4	5	6	7
Após um tratamento mais invasivo (por exemplo colocação de implantes ou extracções dentárias) contactá-lo para saber como está a recuperar	1	2	3	4	5	6	7

Muito obrigada pela sua colaboração!

X.3. Médias das respostas dadas pelos inquiridos

Escolha da clínica dentária

Factores	Dimensões	Total	Género		Idade				
			F	M	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Publicidade	Informação sobre os resultados e qualidade dos serviços disponível numa página na internet	4,73	4,64	4,84	4,57	4,70	5,29	4,43	4,59
	Anúncios da clínica na televisão e na rádio, jornais e revistas	3,79	3,76	3,83	3,29	3,42	4,09	3,95	4,14
	Informação disponibilizada na internet	4,58	4,44	4,73	4,60	4,72	5,02	4,14	4,36
	Panfletos informativos da clínica	4,25	4,37	4,13	4,08	4,02	4,55	4,22	4,34
	Sinalização e informação disponível no exterior da clínica	4,93	4,87	5,00	5,00	5,07	4,93	4,63	5,06
	Disponibilidade de estacionamento	4,82	4,68	4,97	4,24	4,76	5,16	4,95	4,86
Personalização	Facilidade e rapidez para marcar uma consulta	6,24	6,28	6,20	6,32	6,31	6,46	5,91	6,20
	Horários da clínica	6,10	6,19	6,01	6,13	6,00	6,51	5,72	6,14
	Cortesia e simpatia dos profissionais	6,28	6,38	6,19	6,41	6,19	6,44	6,23	6,14
	Localização da clínica	5,89	5,83	5,96	6,11	5,76	6,09	5,44	6,13
	Personalização do atendimento	6,03	6,27	5,78	6,11	5,89	6,21	5,96	5,97
Imagem	Reputação da clínica	6,05	6,17	5,93	6,02	5,72	6,03	6,20	6,34
	Experiência e reputação dos profissionais	6,37	6,45	6,28	6,21	6,11	6,41	6,59	6,50
	Disponibilidade de todos os serviços necessários para os cuidados num único local (consultório, aparelhos de raio-x, laboratório de próteses)	6,39	6,37	6,40	6,30	6,01	6,62	6,31	6,70
	Disponibilidade da clínica para marcação da consulta dentro das minhas necessidades	6,35	6,44	6,25	6,33	6,19	6,45	6,27	6,50
	Aparência física da clínica e dos equipamentos	6,12	6,13	6,11	6,16	5,88	6,24	6,05	6,30
	Aparência eficaz e profissional da equipa	6,12	6,24	5,99	6,16	5,90	6,18	6,00	6,39
Recomendação	Atendimento por profissionais conhecidos/habituais	5,67	5,82	5,52	5,78	5,52	5,55	5,77	5,80
	Recomendação de familiares/amigos	5,85	6,09	5,60	5,60	5,80	5,92	5,94	5,93
Preço	Preço dos serviços	6,19	6,20	6,18	6,41	6,12	6,17	5,93	6,41
	Facilidades de pagamento	5,40	5,43	5,37	5,25	5,39	5,56	4,93	5,90

Avaliação da qualidade

Factores	Dimensões	Total	Género		Idade				
			F	M	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Segurança	Prestação de cuidados de forma precisa e segura	6,49	6,54	6,43	6,63	6,20	6,62	6,49	6,51
	Atualizações regulares dos serviços e equipamentos, de acordo com a evolução científica	6,24	6,30	6,19	6,29	5,98	6,33	6,27	6,39
	Equipa de profissionais especialistas em cada área específica da medicina dentária	6,37	6,39	6,34	6,25	6,12	6,51	6,46	6,49
	Aparência das instalações físicas, equipamentos e materiais	6,12	6,15	6,09	6,11	5,75	6,28	6,19	6,30
	Aparência eficaz e profissional da equipa	6,18	6,21	6,14	6,29	5,78	6,33	6,21	6,33
	Limpeza e desinfeção das instalações e materiais	6,62	6,76	6,48	6,84	6,47	6,67	6,67	6,50
	Conhecimentos e informação clara prestada pelos profissionais	6,26	6,34	6,16	6,37	6,02	6,41	6,20	6,30
Confiança	Ter o livro de reclamações sempre disponível	5,74	5,84	5,64	5,90	5,63	5,92	5,79	5,46
	Estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais e os pacientes	6,36	6,48	6,23	6,40	6,06	6,49	6,43	6,44
	Ter profissionais sempre disponíveis para responder as questões dos pacientes	6,36	6,48	6,23	6,52	6,14	6,41	6,35	6,43
	Climatização e temperatura controlada no interior das instalações	5,67	5,62	5,73	5,65	5,48	5,83	5,57	5,84
	Manter a confidencialidade dos cuidados	6,25	6,42	6,06	6,30	6,04	6,38	6,31	6,21
Tangíveis	Música ambiente nas instalações	4,33	4,33	4,34	3,98	3,93	4,82	4,49	4,34
	Decoração moderna	4,62	4,57	4,68	4,16	4,24	4,94	4,84	4,83
	Disponibilidade de uma página na internet	4,60	4,55	4,64	4,60	4,58	5,03	4,25	4,47
	Cheiro/aromatização agradável nas instalações	5,38	5,47	5,27	5,14	5,11	5,70	5,25	5,64
	Ter uma sala de receção confortável	5,51	5,46	5,55	5,43	5,16	5,57	5,48	5,94
Rapidez e cortesia	Prestação de um serviço rápido	5,93	6,03	5,84	5,92	5,83	5,99	5,85	6,10
	Cortesia e simpatia dos profissionais	6,12	6,18	6,05	6,29	5,78	6,31	5,94	6,33
	Pontualidade no atendimento de acordo com o horário	6,21	6,24	6,16	6,21	5,89	6,36	6,01	6,61

	marcado para as consultas								
Informação	Compreensão e sensibilidade do profissional de saúde	6,29	6,40	6,17	6,54	5,96	6,61	6,30	6,04
	Conhecimentos e informação clara prestada pelos profissionais	6,26	6,34	6,16	6,37	6,02	6,41	6,20	6,30
	Registos clínicos isentos de erros relativos ao processo de cada paciente	6,21	6,39	6,03	6,32	5,92	6,56	6,26	5,99

Ações de fidelização

Factores	Dimensões	Total	Género		Idade				
			F	M	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Descontos	Fazer promoções	5,70	5,91	5,47	5,67	5,70	5,76	5,40	6,00
	Fazer campanhas de prevenção (rastraios) e consultas de diagnóstico gratuitas	5,97	6,17	5,76	6,02	5,86	6,07	5,67	6,29
	Disponer de um cartão de cliente que ofereça descontos	5,57	5,78	5,36	5,48	5,48	5,59	5,35	6,00
Mensagens	Enviar newsletters/informações regulares por email ou por correio	4,65	4,70	4,60	4,37	4,51	5,05	4,54	4,73
	Enviar mensagens de aniversário com felicitações	3,80	3,82	3,78	3,49	3,30	4,06	3,85	4,29
Acompanhamento	Após um tratamento mais invasivo (por exemplo colocação de implantes ou extracções dentárias) contactá-lo para saber como está a recuperar	6,13	6,23	6,02	5,97	5,70	6,38	6,27	6,30
	Disponibilizar um contacto telefónico permanente para qualquer questão que surja após o tratamento	6,24	6,41	6,07	6,19	5,96	6,51	6,40	6,13
	Perguntar a sua opinião sobre os vários aspetos do serviço	5,47	5,62	5,32	5,33	5,33	5,69	5,49	5,47