



## DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FATORES DE FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES NAS CLÍNICAS PRIVADAS DE  
SAÚDE -A PERSPETIVA DOS CLIENTES DA CLÍNICA DE SAÚDE DA  
VITALIDADE

**AUTORA:** Patrícia Carvalho Martins

**ORIENTADOR:** Professor Doutor Ricardo Mena

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ADMINISTRAÇÃO DE MARKETING, JUNHO, 2022



FATORES DE FIDELIZAÇÃO DO CLIENTES NAS CLÍNICAS  
PRIVADAS DE SAÚDE -A PERSPETIVA DOS CLIENTES DA CLÍNICA  
DE SAÚDE DA VITALIDADE

**AUTORA:** Patrícia Carvalho Martins

Dissertação apresentado(a) ao IPAM, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão de Marketing** realizado(a) sob a orientação científica do Professor Doutor **Ricardo Mena**.

## AGRADECIMENTOS

Nesta fase da minha vida, sinto-me extremamente feliz e orgulhosa de mim e imensamente grata ao Universo, a Deus e a todos familiares e amigos, que acreditaram sempre no meu potencial. Agradeço do fundo do coração aos melhores pais do mundo que tornaram este meu sonho possível e que estiveram sempre presentes em todos os momentos da minha caminhada. Agradeço imenso ao melhor coach de Portugal, Ricardo Mendoza, por me ter ajudado a ultrapassar as minhas crenças limitantes e me ter feito acreditar que neste mundo não existem impossíveis. Um especial agradecimento ao meu orientador Ricardo Mena por ter acreditado sempre em mim e por me ter feito crescer um por cento a cada dia. Há um tempo atrás, fui desafiada pelo meu orientador a escrever o meu primeiro artigo de opinião "A Saúde e o Marketing: um longo, mas inevitável percurso rumo à lealdade" publicado no Jornal Médico, bem como, fui igualmente, desafiada a escrever o meu primeiro *paper* científico sobre "Fatores de Fidelização dos Clientes nas Clínicas Privadas de Saúde – A Perspetiva dos Clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade" para a Revista Brasileira de Marketing, pelo que, agradeço do fundo do coração ao meu orientador por tudo o que fez por mim.

Esta vitória é fruto de muita paixão, dedicação, persistência e ação e acima tudo de muita gratidão a todas as pessoas que embarcaram no meu avião chamado vida. Juntos somos mais fortes, juntos venceremos e juntos persistiremos até ao êxito.

## RESUMO

Esta presente investigação teve como objetivo geral (ou foco principal) determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideravam como sendo fidelizadores. Para além disso, de forma a sustentar a resposta ao problema central, estabeleceu-se os seguintes objetivos específicos: avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetavam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tinha impacto na fidelização do cliente; avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente.

Esta presente dissertação recorreu a uma metodologia quantitativa de forma a dar resposta aos objetivos geral e específicos da investigação e desta forma, seguiu uma abordagem dedutiva, através da qual se procedeu a uma multiplicidade de testes de forma a validar as hipóteses de investigação através de uma análise descritiva e de uma análise fatorial e de múltiplos testes de hipóteses nomeadamente, o Teste t de amostras independentes, a análise correlacional de *Spearman* e o Teste de *Kruskal-Wallis*.

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito por questionário a 383 clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade *in loco*, tendo optado por uma amostragem probabilística aleatória simples.

Desta investigação retirou-se por intermédio de uma análise correlacional que, a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade; a satisfação tem impacto positivo na fidelização do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade; o *word of mouth* não tem influência na fidelização do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade. De igual forma, extraiu-se que a satisfação exerce uma influência significativa na fidelização, sendo a variável que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade reconhecem como sendo a mais influente e relevante entre as variáveis explicativas da fidelização.

**Palavra-chave:** Fidelização; Qualidade do Serviço Percebida; Preço Adequado; Satisfação; *Word of Mouth*

## **ABSTRACT**

This present investigation had the general objective (or main focus) to determine which factors the customers of Clínica de Saúde da Vitalidade considered as being loyal. Furthermore, in order to support the answer to the central problem, the following specific objectives were established: to assess whether the perceived quality of service and appropriate price positively affected customer satisfaction; assess whether satisfaction had an impact on customer loyalty; to evaluate the influence of word-of-mouth marketing on customer loyalty.

This present study used a quantitative methodology in order to respond to the general and specific objectives of the investigation and, in this way, followed a deductive approach, through which a multiplicity of tests was carried out in order to validate the research hypotheses through a descriptive analysis and a factor analysis and multiple hypothesis tests, namely the t test of independent samples, the Spearman correlational analysis and the Kruskal-Wallis test.

Data collection was carried out through a questionnaire survey to 383 clients of the Clínica de Saúde da Vitalidade in loco, having chosen a simple random probabilistic sampling.

Through a correlational analysis, it was removed from this investigation that the perceived quality of service and the appropriate price positively affect customer satisfaction at Clínica de Saúde da Vitalidade; satisfaction has a positive impact on customer loyalty at Clínica de Saúde da Vitalidade; word of mouth has no influence on customer loyalty at Clínica de Saúde da Vitalidade. Likewise, it was found that satisfaction has a significant influence on loyalty, being the variable that customers of Clínica de Saúde da Vitalidade recognize as being the most influential and relevant among the variables that explain loyalty.

**Keyword:** Loyalty; Perceived Service Quality; Adequate Price; Satisfaction; Word of Mouth

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>2</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>ABREVIATURAS .....</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA .....	11
1.2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS DA INVESTIGAÇÃO .....	16
1.3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	16
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1. FIDELIZAÇÃO.....	18
2.2. ANTECEDENTES DA FIDELIZAÇÃO .....	25
2.2.1. QUALIDADE DO SERVIÇO PERCEBIDA.....	26
2.2.2. PREÇO ADEQUADO .....	32
2.2.3. SATISFAÇÃO .....	36
2.2.4. WORD OF MOUTH.....	43
<b>3. MODELO DE ANÁLISE.....</b>	<b>48</b>
3.1. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	48
3.2. MODELO CONCEITUAL.....	49
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
4.1. METODOLOGIA QUANTITATIVA.....	51
4.2. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS .....	57
4.2.1. INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO.....	58
4.3. TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	60

4.4. ESTRUTURA E ESCALAS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO .....	63
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS .....</b>	<b>69</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	69
5.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS.....	74
5.2.1. ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS AFIRMAÇÕES QUE CONSTITUEM A QUALIDADE DO SERVIÇO PERCEBIDA .....	74
5.2.2. ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS AFIRMAÇÕES QUE CONSTITUEM O PREÇO ADEQUADO .....	76
5.2.3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS AFIRMAÇÕES QUE CONSTITUEM A SATISFAÇÃO.....	77
5.2.4. ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS AFIRMAÇÕES QUE CONSTITUEM O WORD OF MOUTH .....	79
5.2.5. ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS AFIRMAÇÕES QUE CONSTITUEM A FIDELIZAÇÃO .....	80
5.3. ANÁLISE FATORIAL .....	82
5.4. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES .....	91
<b>6. CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>102</b>
6.1. RECOMENDAÇÕES À CLÍNICA DE SAÚDE DA VITALIDADE.....	106
6.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA .....	109
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO I- INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO II- SPSS OUTPUTS- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO III- SPSS OUTPUTS- TESTE T DE AMOSTRAS INDEPENDENTES</b>	<b>139</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. MODELO CONCEITUAL DA INVESTIGAÇÃO .....	49
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO SEXO .....	69
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDADE .....	70
TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À NACIONALIDADE.....	70
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO LOCAL DE RESIDÊNCIA .....	71
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À SITUAÇÃO PROFISSIONAL .....	71
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO NÍVEL DE ESCOLARIDADE .....	72
TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À DETENÇÃO DE SEGURO DE SAÚDE .....	72
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À NACIONALIDADE DO SEGURO DE SAÚDE .....	72
TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À DETENÇÃO DE SUBSISTEMA DE SAÚDE .....	73
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A IDA À CLÍNICA DE SAÚDE DA VITALIDADE NO ANO DE 2021 .....	73
TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À FREQUÊNCIA DE IDA À CLÍNICA DE SAÚDE DA VITALIDADE NO ANO DE 2021 .....	74
TABELA 12: TESTE KMO, TESTE DE BARTLETT, VARIÂNCIA E VALOR PRÓPRIO PARA A QUALIDADE DO SERVIÇO PERCEBIDA .....	83
TABELA 13: TESTE KMO, TESTE DE BARTLETT, VARIÂNCIA E VALOR PRÓPRIO PARA O PREÇO ADEQUADO .....	83
TABELA 14: TESTE KMO, TESTE DE BARTLETT, VARIÂNCIA E VALOR PRÓPRIO PARA A SATISFAÇÃO ..	84
TABELA 15: TESTE KMO, TESTE DE BARTLETT, VARIÂNCIA E VALOR PRÓPRIO PARA O WORD OF MOUTH .....	84
TABELA 16: TESTE KMO, TESTE DE BARTLETT, VARIÂNCIA E VALOR PRÓPRIO PARA A FIDELIZAÇÃO .	84
TABELA 17: COMUNALIDADE, MÉDIA, DESVIO PADRÃO E MATRIZ DE COMPONENTES DA VARIÁVEL QUALIDADE DO SERVIÇO PERCEBIDA .....	86
TABELA 18: COMUNALIDADE, MÉDIA, DESVIO PADRÃO E MATRIZ DE COMPONENTES DA VARIÁVEL PREÇO ADEQUADO .....	86
TABELA 19: COMUNALIDADE, MÉDIA, DESVIO PADRÃO E MATRIZ DE COMPONENTES DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO.....	87
TABELA 20: COMUNALIDADE, MÉDIA, DESVIO PADRÃO E MATRIZ DE COMPONENTES DA VARIÁVEL WORD OF MOUTH.....	87

TABELA 21: COMUNALIDADE, MÉDIA, DESVIO PADRÃO E MATRIZ DE COMPONENTES DA VARIÁVEL FIDELIZAÇÃO .....	87
TABELA 22: CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE AS VARIÁVEIS .....	88
TABELA 23: VALORES DE ALPHA CRONBACH .....	90
TABELA 24: ANÁLISE DAS DIMENSÕES POR SEXO.....	92
TABELA 25: ANÁLISE CORRELACIONAL: ENTRE A IDADE E OUTRAS VARIÁVEIS .....	93
TABELA 26: AMOSTRAS INDEPENDENTES DO TESTE KRUSKAL-WALLIS .....	94
TABELA 27: ANÁLISE DAS DIMENSÕES POR SITUAÇÃO PROFISSIONAL.....	94
TABELA 28: ANÁLISE CORRELACIONAL: ENTRE O NÍVEL DE ESCOLARIDADE E OUTRAS VARIÁVEIS ....	96
TABELA 29: ANÁLISE DAS DIMENSÕES POR DETENÇÃO DE SEGURO DE SAÚDE .....	97
TABELA 30: ANÁLISE DAS DIMENSÕES POR DETENÇÃO DE SUBSISTEMA DE SAÚDE.....	98
TABELA 31: ANÁLISE DAS DIMENSÕES POR NO ANO DE 2021 RECORREU MAIS DE UMA VEZ À CLÍNICA DE SAÚDE DA VITALIDADE.....	100
TABELA 32: ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE O NÚMERO DE VEZES EM QUE RECORREU À CLÍNICA DE SAÚDE DA VITALIDADE NO ANO DE 2021 E OUTRAS VARIÁVEIS .....	101

## **ABREVIATURAS**

AFE: Análise Fatorial Exploratória

B2C: Business-to-Consumer

eWOM: Electronic Word-of-Mouth

INE: Instituto Nacional de Estatística

KMO: Teste de Kaiser- Meyer- Olkin

PIB: Produto Interno Bruto

SERVQUAL: Serviço de Qualidade

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WOM: Word-of-Mouth

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA

No contexto da atual pandemia, tem vindo a observar-se um significativo aumento da consciencialização e preocupação dos portugueses com a saúde, o que tem gerado novas possibilidades de crescimento para as empresas que prestam serviços de saúde. Cada vez mais, observa-se um crescimento da tendência de consumo de cuidados de prestação de saúde privada em Portugal e mundialmente porque os consumidores procuram um melhor nível de conforto nos serviços de hospitalização bem como uma resposta rápida e eficaz em caso de consultas, cirurgias e tratamentos. Para além disso, os consumidores procuram o acesso a resultados de eminente qualidade na execução de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Além do mais, o setor privado é procurado em particular para suprir lacunas ou superar fragilidades da oferta do setor público pois cada vez mais sente-se a dificuldade do Sistema Nacional de Saúde em suportar o progressivo aumento dos seus custos nomeadamente devido à aplicação de inovações tecnológicas, o progressivo envelhecimento da população, com um baixo número de anos de vida saudável após os 65 anos de idade, associados aos crescentes níveis de expectativas e exigências dos utentes, quanto aos padrões de qualidade dos serviços (Mena & Aguiar, 2016, p. 15). Atualmente é mais ou menos inegável que o crescimento dos custos de saúde por um estilo de vida incorreto (tabagismo, obesidade, consumo exagerado de açúcar, consumo desagregado de álcool e sedentarismo) tem muito mais impacto do que o aumento da longevidade dos seres humanos (Mena & Aguiar, 2016, p. 31). “Atualmente, o SNS atravessa alguns constrangimentos, associados à recuperação económica e às reformas estruturais, pelo que é necessário repensar o modelo do bem-estar social” (Rego & Nunes, 2010 citado por Mateus, 2021, p. 23).

O comprovado crescimento no setor da saúde privada – associado ao meu gosto pessoal pela área - despertou em mim a vontade de dar um contributo para a Clínica de Saúde da Vitalidade, de forma a fazer crescer ainda mais esta entidade de prestação de cuidados

privados de saúde. Assim sendo, a presente dissertação tem como principal objetivo determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores e desta forma por conseguinte dar resposta à Dissertação de Mestrado denominada “Fidelização Dos Clientes Nos Hospitais Privados -A Perspetiva Dos Clientes do Grupo Hospital Particular Do Algarve” de modo a seguir as suas recomendações relativamente a sugestões de investigações futuras para um estudo semelhante com a participação de mais hospitais com tipologias distintas e noutras áreas geográficas, de modo a aferir se as características da fidelização variam tendo em conta a zona geográfica (Gonçalves, 2013).

A Clínica de Saúde da Vitalidade (nome fictício da clínica de forma a preservar os dados e a marca da respetiva organização de saúde) é uma entidade de prestação de cuidados privados de saúde que atua no mercado *business-to-consumer*. Trata-se de uma empresa portuguesa localizada no Norte de Portugal, que se diferencia da concorrência assumindo a qualidade e a inovação como fator distintivo na prestação de cuidados de saúde.

Observa-se atualmente um crescimento exponencial do mercado de saúde privada em Portugal. O mercado de saúde privada em Portugal tem vindo a crescer ao longo dos últimos anos. Em 1999, as consultas médicas privadas representavam apenas 15,6% do total de atendimentos médicos à população, enquanto, em 2019, atingiram os 37,3%. No mesmo sentido, havia 102 hospitais privados em Portugal no ano 1999, número que cresceu para 127 em 2019. Observou-se também um crescimento significativo ao nível do peso das cirurgias, que aumentou de 22,4% em 1999 para 29,8% em 2019, bem como os internamentos, que também cresceram de 15,3% em 1999 para 24,1% em 2019, e o atendimento às urgências, que também passou de 4,2% em 1999 para 17,3% em 2019 (Expresso, 2021).

Em 2017, existiam cerca de 20 mil empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde, que integravam 78 mil pessoas ao serviço e contavam com 5,6 mil milhões de euros de volume de negócios, mais 5% que o volume de negócios registada no ano anterior (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 2019). A área metropolitana de Lisboa e a região do Norte reuniam, em conjunto, 72% das empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde e 79% do volume de negócios (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 2019).

Para além disso, em 2019, a despesa corrente em saúde voltou a crescer em Portugal, tendo-se registado, em termos nominais, uma subida de 5,2%, correspondente a um ritmo bastante superior ao crescimento do PIB (2,2%). Em 2018 e 2019, o crescimento da despesa corrente privada foi mais acentuado do que o da despesa de corrente pública, ao contrário do que tinha acontecido no ano anterior (CUF, 2021).

Em 2020, Óscar Gaspar, presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, estimava que os hospitais privados estavam a crescer 5% ao ano, representando um volume de negócios de 2300 milhões de euros anuais. Segundo este, os hospitais privados serviam anualmente cerca de 4 milhões de portugueses, o que representa mais de um terço das consultas externas/especialidade administradas em Portugal (Jornal de Negócios, 2020).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), atualmente em 2022, em Portugal, o setor privado de saúde encontra-se em pleno crescimento, englobando 127 hospitais privados, 11.600 camas de internamento, 40.000 colaboradores, 338.000 cirurgias, 1.927.000 episódios de urgência, 8.482.200 consultas médicas, e gerando uma atividade de 2050 milhões de euros (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 2022).

Como seria de esperar, o mercado de seguros de saúde acompanhou a tendência de crescimento verificada no mercado de saúde privada, com o número de pessoas seguras a avançar 7% entre 2018 e 2019. O relatório integrado de junho de 2020 registou um aumento de 5% face ao período homólogo, passando de 3.026.714 para 3.178.367 o número de pessoas seguras em Portugal, apesar do contexto de pandemia e de confinamento que marcou grande parte do primeiro semestre do ano (CUF, 2021).

De acordo com o estudo desenvolvido pela McKinsey & Company (2016, p. 1), em 2016, os seguros privados de saúde ultrapassaram 1,3 triliões em receitas globais, um número que está previsto dobrar até 2025 e desta forma, o crescimento de seguros privados de saúde está a ser alimentado por “uma poderosa combinação de tendências seculares” que estão a desencadear um aumento do consumo na saúde nomeadamente o envelhecimento da população, a prevalência das doenças crónicas (relacionadas a fatores comportamentais e ambientais entre outros), o aumento da obesidade e o aumento dos salários estão a contribuir para o crescimento do consumo na saúde. De acordo com o estudo, a população global de pessoas com 65 anos ou mais está a aumentar 3,1% ao ano e provavelmente dobrará de 2010 a 2030. A proporção da população global com salários de classe média (26,5% em 2009) deverá aumentar para 58,8% até 2030.

Atualmente, assiste-se a uma intensa concorrência entre os prestadores de saúde em Portugal. Para além disso, observa-se clientes cada vez mais exigentes e informados, valorizando numa organização de saúde, a tecnologia, a empatia e a confiança. Na área da saúde, a confiança demonstra-se imprescindível em todo o procedimento de prestação do serviço, encontre-se ele em ponto estiver na cadeia de valor porque não nos podemos esquecer que o cliente se depara muitas vezes num ambiente de fragilidade, quer quanto à dissimilitude de conhecimentos (a esmagadora maioria das pessoas não domina a terminologia clínica ou a complexidade de um diagnóstico e não pode avaliar com exatidão o cuidado médico prestado), quer relativamente à própria circunstância de doença, ou pré doença em que o utilizador do serviço se depara (Mena & Aguiar, 2016, p. 67). Estas duas situações de sensibilidade e fragilidade (vulnerabilidade) devem poder ser interpretadas, percebidas e entendidas como uma oportunidade que a entidade prestadora de cuidados de saúde tem de conceber uma relação forte (sustentada) com o seu cliente (Mena & Aguiar, 2016, p. 67). Em Portugal, o preço também é difícil de determinar, pois estamos na presença de um serviço, em que os consumidores não estão acostumados a pagar ou que, então, se ficam pelas taxas moderadoras (Mena & Aguiar, 2016). Desta forma, sabendo que, a relação/relacionamento é a base de todo o processo de prestação de cuidados de saúde, as organizações de saúde devem apostar no marketing relacional que as conduzirá à fidelização e retenção do cliente. O marketing relacional é muito investigado na literatura, mas é um tema relativamente pouco explorado na área da saúde nomeadamente em Portugal devido às características do nosso sistema de saúde. “O nosso sistema de saúde é constituído pelo SNS que permite uma cobertura universal durante todo o ciclo de vida dos cidadãos, apesar de ser complementado por unidades de saúde privadas e sociais” (Barros, 2016; Campos, 2008; Campos & Simões, 2011; Mateus, 2021 p. 21). O objetivo final do marketing relacional é tornar um cliente fiel e, por conseguinte, leal à marca através de frequentes e repetidas compras.

Cada vez mais, a satisfação do consumidor é um problema medular na indústria da saúde pois constata-se um nível de satisfação do cliente na saúde muito inferior às demais indústrias (Mena & Aguiar, 2016, p. 71). “O crescimento das iniciativas de qualidade e dos programas de gestão pela qualidade total têm encorajado os gestores a privilegiar, a medir e a gerir a satisfação dos clientes” (Marques, 2014, p. 81). Desta forma, assistimos a uma maior consciencialização e preocupação das organizações de saúde relativamente à

satisfação dos seus clientes. Não obstante, embora de ser manifesto que os consumidores não satisfeitos mudarão de prestador, tornou-se evidente que, mesmo os satisfeitos o façam (Mena & Aguiar, 2016, p. 125). Existem estudos científicos que demonstram que um consumidor pode até estar satisfeito, mas, se não tiver alcançado a rentabilidade correspondente, buscará outra organização (Berkowitz, 2011; Mena & Aguiar, 2016 p. 125). Segundo Marques (2014, p. 81), “a satisfação tem sido conseguida à custa de consideráveis recursos, mas nem sempre o aumento dos níveis de satisfação dos clientes corresponde a aumentos das vendas, quota de mercado, quota de consumidores ou lucros, isto porque a satisfação não corresponde necessariamente à fidelidade.” A satisfação é um pré-requisito da fidelidade, mas não uma garantia absoluta. Numa perspetiva de marketing, as entidades prestadoras de cuidados de saúde deverão focar-se em não só atrair clientes, como também, desenvolver a sua fidelização. Segundo Mena e Aguiar (2016, p. 127), o valor de conseguir tornar um consumidor leal é múltiplo, nomeadamente compreende uma diminuição nos custos de aquisição; concede lucros superiores; é mais frutífero servi-lo porque tanto o cliente como o colaborador que o atende sabem como interagir; são defensores pois encaminham outras para a organização; estão decididos a pagar mais para se permanecer com o mesmo prestador; são mais transigentes ou estão determinados a atribuir uma segunda oportunidade à organização se houver algum contratempo (Mena & Aguiar, 2016, p. 127). Em qualquer indústria, estabelecer longas relações comerciais com os seus clientes e ganhar a lealdade do cliente deve de ser o foco principal de uma organização pois a retenção do consumidor pode encaminhar-nos a significativos aumentos nos lucros (Webster, 1992). Desta forma, quando se tem uma base de clientes fiéis/leais, há um desencadeamento de resultados muito positivos e interessantes na empresa. Os custos de adquirir um novo cliente são cinco vezes maiores aos de reter um cliente (Berkowitz, 2011; Mena & Aguiar, 2016 p. 131).

Para além disso, hoje em dia, os consumidores apesar de manifestarem competências superiores de curiosidade e de conhecimento, não dominam o que querem comprar pois os mesmos são maioritariamente influenciados pelas comunicações de marketing em múltiplos media, como a televisão, anúncios, publicidade no meio impresso e relações públicas bem como também são influenciados pelo marketing boca a boca (*word-of-mouth*) nomeadamente convencidos pelas opiniões dos amigos e familiares e por fim as decisões dos consumidores são também motivadas pelas experiências passadas que tiveram com

determinadas marcas (Kotler, Kartajaya & Setiawan, 2019). Desta forma, as organizações de saúde devem ter em especial e particular atenção aos seus clientes, uma vez que, acabam por ser a sua principal equipa de vendas pois é na partilha das experiências e da utilização de um serviço ou produto que os clientes fazem, de uns para os outros, a disseminação e propagação da marca e dos serviços (Mena & Aguiar, 2016, p. 72).

Além disso, de este desafio aprofundar minuciosamente o conceito fidelização, exige que outros fatores/antecedentes de fidelização sejam determinados, nomeadamente a qualidade do serviço percebida pelo cliente, o preço adequado, a satisfação e o marketing boca a boca (*word of mouth*) entre outros.

## 1.2.OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS DA INVESTIGAÇÃO

Tendo em consideração a informação apresentada, esta dissertação tem como objetivo geral (ou foco principal) determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores. Para além disso, de forma a sustentar a resposta ao problema central, estabelece-se os seguintes objetivos específicos: avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente; avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente.

## 1.3.ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

De forma a elucidar melhor a apresentação do tema de dissertação, este estudo começará por expor os objetivos geral e específicos que sustentam a investigação. De seguida, explicará a pertinência do tema e procederá a revisão de literatura em torno do foco central desta investigação, bem como procederá a uma exposição da metodologia proposta para a sua realização, seguida de uma análise e discussão de dados. Para terminar, este estudo apresentará as considerações finais consideradas relevantes.

No capítulo seguinte, será apresentada e desenvolvida uma revisão de literatura alusiva aos objetivos específicos acima descritos, onde irá ser apresentada uma diversidade de perspetivas de múltiplos investigadores sobre as principais temáticas que irão responder à problemática desta investigação, tais como: a fidelização; os antecedentes da fidelização; a qualidade do serviço percebida; o preço adequado; a satisfação; e o *word of mouth*.

Posteriormente, serão apresentadas as hipóteses de investigação e o modelo conceitual. Seguidamente, irá ser desenvolvida e explicada de forma detalhada e pormenorizada a metodologia adotada, as respetivas técnicas de recolha de dados, o inquérito por questionário, o tamanho e seleção da amostra e a estrutura e escalas do inquérito por questionário para esta presente investigação. Posteriormente, procedera-se a uma análise e discussão de dados e para terminar, este estudo apresentará as considerações finais consideradas relevantes.

Na seção seguinte, será apresentada uma revisão de literatura alusiva aos objetivos específicos acima descritos.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

A presente secção destina-se à apresentação de uma revisão de literatura a respeito do tema em análise, com o objetivo de estabelecer um enquadramento teórico que servirá de base para o estudo. Nesta secção realiza-se uma apreciação crítica do contributo de diferentes autores para o estudo do problema de investigação formulado, que se inicia com uma abordagem à fidelização, passando pela análise dos antecedentes da fidelização relevantes para o contexto em análise nomeadamente a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação e o *word of mouth* de forma a avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente; avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente.

Na subsecção seguinte, será apresentada a revisão de literatura alusiva à fidelização.

### 2.1. FIDELIZAÇÃO

Apesar da relevância da presente dissertação incidir na fidelização dos clientes alusiva aos serviços de saúde privada (Clínica de Saúde da Vitalidade), tornando-se esta a temática basilar e uma conceção mais peculiar que interessa investigar, a fidelização é uma temática muito ampla que tem consideração uma multiplicidade de investigações nas mais variadas áreas e setores de atividade. Assim sendo, esta revisão de literatura destina uma secção para o conceito de fidelização.

Antes de mais, foram múltiplos os investigadores na área do marketing que no decorrer destas últimas décadas tentaram rigorosamente definir e interpretar o conceito de fidelização dos clientes nomeadamente no que tange à marca (Sahut, Moez & Mutte, 2011). Não obstante Dick e Basu (1994) entendem que as investigações atinentes às conceções de fidelização devem igualmente abarcar a fidelização relativa a fornecedores, serviços, marcas e lojas. A aceção e interpretação do conceito de fidelização do consumidor diverge na literatura uma vez que prevalece uma multiplicidade de abordagens para definir operacionalmente a fidelização à marca (Jacoby & Kyner, 1973). Assim sendo, não se encontra uma conceção (definição) única e concreta do conceito de fidelização.

Frank (1967) e Mc Connell (1968) foram dos primeiros pioneiros (percursores) a definir e determinarem a fidelização dos clientes por intermédio de um comportamento repetitivo de compras. De acordo com Mc Connell (1968), pressupõe que existe fidelização à marca a partir do momento em que consumidor elegeu a mesma marca em quatro testes sucessivos antes de ocorrer qualquer incentivo com vista à mudança de marca e por conseguinte após o incitamento de substituição (mudança) de marca, a fidelização à marca é reestabelecida no momento em que uma marca foi escolhida em três testes consecutivos.

Assim sendo, a abordagem behaviorista decorre quando a fidelização do consumidor é compreendida (percebida) por um comportamento de compra frequente e regular.

Por outro lado, foram múltiplos os críticos no que tange a esta contextualização e abordagem de fidelização dos clientes nomeadamente Day (1969), Dick e Basu (1994) e Jacoby e Kyner (1973) para os quais a fidelização de clientes não se abalizava somente ao comportamento repetitivo de compras, uma vez que, o mesmo pode ser desencadeado por influências (fatores) situacionais tais como falta de alternativas/opções disponíveis, inércia ligada à natureza do serviço, custo muito elevado de mudança ou atratividade de ofertas dos concorrentes (Dick & Basu, 1994). Sob o mesmo ponto de vista, Moliner (2009, p. 78) entende que a fidelização é frequentemente equivocada com o comportamento repetitivo de compra. No entanto segundo este último, existem situações em que o cliente não tem a possibilidade efetiva de escolha em virtude da inexistência de alternativas e sendo assim o mesmo apesar de manifestar um comportamento repetitivo de compra, a sua atitude ou intenção perante o fornecedor pode não ser de fiel (a título ilustrativo, serviços públicos).

Nesta mesma linha de pensamento, Marques (2014) defende que um consumidor pode apresentar um comportamento repetitivo de compra de uma determinada marca ou priorizar (optar) por uma loja por múltiplos motivos que não a fidelidade. A título de exemplo, segundo Marques (2014), pode ser um consistente líder de baixo preço ou ser a única marca à disposição (disponível). Da mesma forma, Kotler et al. (2019, p. 87) entende que um consumidor pode não carecer de recomprar reiteradamente (de forma contínua) uma marca específica (por exemplo, devido a um ciclo de compra mais longo) ou não poder fazê-lo (por exemplo, devido à indisponibilidade em certos locais). Não obstante, se o consumidor se sentir feliz e contente com a marca, encontra-se disposto a recomendá-la mesmo quando não a utiliza regularmente (Kotler et al., 2019, p. 88). Sob o mesmo ponto de vista, Craft (1999 citado por Marques, 2014 p. 82), reconhece que “a fidelidade emocional ou verdadeira

é uma construção psicológica única que não pode ser medida ou gerida simplesmente pelo padrão de comportamento”. Da mesma forma, Sahut et al. (2011) consideram que abordagem behaviorista não é muito bem aceita, em virtude de não atender ao processo cognitivo no qual influencia (interfere) na tomada de decisão de compra de um produto ou serviço.

Na mesma linha de pensamento, Day (1969), Hallowell (1996) e Jacoby e Kyner (1973) concebem o comportamento repetitivo de compra distinto da fidelização à marca. Estes críticos da abordagem behaviorista preconizam que a fidelização à marca se traduz em componentes de atitude e comportamentais. De acordo com Day (1969), a verdadeira conceção de fidelização dos consumidores deve de incorporar uma atitude favorável do cliente perante a marca juntamente com um comportamento repetitivo de compra.

Dentro desta mesma linha de pensamento, a posteriori, num estudo concebido por Dick e Basu (1994), os mesmos estabeleceram quatro condições específicas alusivas à fidelização nomeadamente, a fidelização verdadeira (atitude relativa alta ligada a um elevado comportamento repetitivo de compra), latente (atitude relativa alta associada a um baixo comportamento repetitivo de compra), espúria (atitude relativa baixa ligada a um elevado comportamento repetitivo de compra) e ausência de fidelização (atitude relativa baixa articulada com um baixo comportamento repetitivo de compra) em consequência da força da relação entre atitude relativa de um sujeito perante uma marca e o comportamento repetitivo de compra dessa marca. Posto isso, além da atitude relativa, Dick e Basu (1994), estimam que o comportamento repetitivo de compra pode ser instigado por normas sociais e fatores situacionais.

Sob o mesmo ponto de vista, Jacoby e Kyner (1973, p.2) têm em consideração uma aceção de fidelização dos clientes que se converteu até aos dias de hoje numa definição bastante prestigiada e reconhecida, composta por um conjunto de seis condições necessárias e coletivamente suficientes, “*Brand loyalty is (1) the biased (i.e., nonrandom), (2) behavioral response (i.e., purchase), (3) expressed over time, (4) by some decision-making unit, (5) with respect to one or more alternative brands out of a set of such brands, and (6) is function of psychological (decision- making, evaluative) processes*”. “A fidelização é uma resposta comportamental não aleatória, expressa através do tempo por uma unidade de decisão, a uma ou mais marcas face a um conjunto de múltiplas outras marcas e que resulta num processo psicológico evolutivo” (Jacoby & Kyner, 1973, p.2). Desta forma, Jacoby e

Kyner (1973) entendem que a aceção de fidelização dos consumidores requer que o ato de compra decorra em pelo menos dois momentos distintos, não obstante essa mesma fidelização não impõe (não exige) que tomador de decisão de compra seja o mesmo individuo ou conjunto de indivíduos (família, organização) que se desloque ao estabelecimento comercial para comprar ou o individuo que vá usufruir do produto (exemplificando, um marido (tomador de decisão de compra e utilizador) que tem uma vida muito atarefada para ir às compras, solicita à esposa (compradora) para comprar a sua marca de champô). Nesta aceção proferida por Jacoby e Kyner (1973) subentende-se que um consumidor pode ser fiel a uma multiplicidade de marcas. Em simultâneo, Jacoby e Kyner (1973) em oposição a abordagem behaviorista defendida por Frank (1967), defendem que a definição de fidelização do consumidor não pode prescindir das componentes psicológicas e do comportamento repetitivo de compra e por conseguinte o comerciante deve de se preocupar não somente com o comportamento repetitivo de compra, mas também com os motivos subjacentes para tal comportamento de compra.

Sob o mesmo ponto de vista, Jacoby e Chestnut (1978, citado por Dick & Basu, 1994) entendem que a fidelização dos consumidores deve de incorporar os fatores cognitivos de forma a ser gerida e não somente medida. Jacoby e Chestnut (1978, citado por Dick & Basu, 1994) tal como outros críticos à abordagem behaviorista acima referidos, o ato de compreender os fatores subjacentes ao comportamento de compra deve de prevalecer em detrimento do comportamento repetitivo de compra e por conseguinte, a compra não pode ser efetuada ao acaso ou mediante preferência por conveniência. Na perspetiva destes autores, a fidelização não pode ser consagrada unicamente por comportamentos repetitivos de compra sem uma análise mais aprofundada (Jacoby & Chestnut 1978, citado por Dick & Basu, 1994).

Em resumo, tal como referido anteriormente, Day (1969), Dick e Basu (1994) e Jacoby e Kyner (1973) aceitam a componente comportamental, todavia a mesma necessita (carece) de ser complementada pela componente da atitude.

Em alternativa, Dick e Basu, (1994) chegaram a conclusão no seu estudo desenvolvido, que os antecedentes cognitivos, afetivos e conativos da atitude relativa contribuem para a alcançar a fidelização dos consumidores, juntamente com as consequências nomeadamente motivacionais da pesquisa, resistência à contra persuasão e boca a boca. Em contrapartida, Oliver (1997, 1999) e McMullan e Gilmore (2003),

evidenciam também a relevância da integração das dimensões cognitivas, afetivas, conativas, aditando (adicionando aos modelos existentes) a dimensão comportamental (inércia da ação) na aceção de fidelização dos consumidores relativamente a um produto ou serviço.

De acordo com Oliver (1999, p.35), na dimensão (fidelização) cognitiva encontramos na presença de uma fidelização cognitiva ou fundada somente na crença da marca, ou seja, o reconhecimento pode ser sustentado em informações baseadas em experiências recentes ou em conhecimentos anteriores e por conseguinte assentando-se nos aspetos de desempenho da marca. A fidelização neste contexto, será única e exclusivamente assente na cognição referente às características puramente funcionais, nomeadamente os custos/benefícios (Oliver, 1999). Nesta mesma linha de pensamento, Dick e Basu (1994, p. 102), entendem que os antecedentes cognitivos são vistos como aqueles que estão relacionados a determinantes de informações (crenças da marca). Posto isto, de acordo com Oliver (1999, p.37), “a fidelização cognitiva é na verdade uma lealdade fantasma pois é direcionada a custos e benefícios e não à marca”.

De acordo com Oliver (1999), a dimensão (fidelização) afetiva abrange uma vertente cognitiva e afetiva perante a empresa ou a marca bem como um comportamento repetitivo de compra. Nesta fase de fidelização, desenvolve-se “um gosto ou atitude no que tange à marca apoiado em ocasiões de uso cumulativamente satisfatória” (Oliver, 1999, p. 35). Este último, entende que a fidelização afetiva é voltada para a comparabilidade da marca (Oliver, 1999, p.36). Dentro desta mesma linha de pensamento, Dick e Basu (1994, p.102), consideram os antecedentes afetivos, aqueles ligados a estados de sentimentos abarcando a marca e, por conseguinte, estes últimos, acrescentaram antecedentes de fidelização dentro da fase afetiva notadamente de emoções, humores, afeto primário e satisfação.

De acordo com Oliver (1999, p. 35), a fidelização de conação (intenção comportamental) requer um compromisso de recompra específico da marca. Repetidos episódios de efeito positivo para a marca têm impacto nesta mesma fase de fidelização (Oliver, 1999, p. 35). Quando o consumidor se decide em querer recomprar novamente a marca, estamos na presença da fidelização conativa (Oliver, 1999, p. 36). Dentro desta mesma linha de pensamento, McMullan e Gilmore, (2003, p. 234) entendem que “esta etapa se caracteriza pelo nível de compromisso ou intenção de compra do consumidor e pela estabilidade ou consistência das suas crenças (cognições) sobre o produto ou serviço”. Sob

o mesmo ponto de vista, Dick e Basu, (1994, p. 102) entendem os antecedentes conativos como aqueles que estão associados a disposições comportamentais em relação à marca. Em alternativa, Oliva, Oliver e Macmillan (1992, citado por Oliver 1999, p. 37) acreditam que nesta fase de fidelização, um consumidor pode resistir a eventuais episódios de insatisfação em virtude desta etapa encaminhar o consumidor para “um nível mais forte de compromisso de fidelização”.

De acordo com Oliver (1999, p. 36), a fidelização de ação (acrescentada por este último aos modelos existentes) é o compromisso com a ação de recompra. Por outro lado, McMullan e Gilmore (2003) entendem que esta etapa é distinta das restantes etapas, pois abarca o compromisso de superar fatores situacionais que podem interferir num processo de decisão de compra e desta forma, esta fase é definida pela inércia e pelos custos afundados/irrecuperáveis.

Desta forma, Oliver (1997 citado por Oliver 1999 p. 34) considera a fidelização dos clientes como “um profundo compromisso de recomprar um produto ou serviço consistentemente no futuro, apesar de influências situacionais e de esforços de marketing por parte dos concorrentes com potencial para causar mudança de comportamentos (troca de fornecedor).” De acordo com esta definição, a fidelização deve de conter com fatores psicológicos articulados com um comportamento repetitivo de compra que perdura no tempo (Oliver, 1999). Para além disso, este último considera que quando se verifica a existência de possibilidades de trocar por um fornecedor alternativo e o cliente permanece leal e fiel entramos no domínio da fidelização final (Oliver, 1999).

Em contrapartida, Marques (2014, p. 63) acredita que “a verdadeira lealdade não pode ser comprada, tem que ser merecida, sendo construída através de um processo que envolve quatro etapas nomeadamente, conhecimento (o cliente para ser leal tem que ter um conhecimento profundo sobre o produto/marca); experiência (se a experiência do uso da marca for positiva o suficiente, o cliente volta a procurá-la); relação (não se pode ser leal a alguém que não sentimos próximo); fé (os clientes devem de acreditar na marca e no produto)”.

Em alternativa, Ferguson, Paulin e Leiriao (2006, p. 63) entendem que fidelização do cliente compreende um comportamento repetitivo de compra e “recomendações de boca a boca” sobre os produtos ou serviços de uma determinada organização. Dentro desta mesma linha de pensamento, Bendall-Lyon e Powers (2003) entendem que a fidelização engloba a

intenção de um consumidor regressar a uma determinada organização, bem como a vontade de recomendar essa mesma organização a outros. Sob o mesmo ponto de vista, Lonial e Raju (2015, p. 152), a definição da fidelização deve englobar um comportamento primário (frequência e quantidade de compra efetiva) bem como, as intenções de se envolver em um comportamento primário, como compra e outros comportamentos secundários (como encaminhamento de clientes, boca a boca positivo). Dentro desta mesma linha de pensamento, Zhou, Wan, Liu, Feng e Shang, (2017, p. 1) veem a fidelização do paciente como “uma chave para o sucesso dos negócios” para as organizações de saúde e também para os resultados da saúde do paciente. De acordo com estes últimos, pacientes fiéis normalmente regressarão à mesma organização de saúde e por conseguinte, dispersarão uma boca a boca positivo, aconselhando e recomendando a organização de saúde à familiares e amigos (Zhou et al., 2017).

De acordo com Fatima, Malik e Shabbir (2018, p. 2), a fidelização é considerada um fator proeminente para alcançar o sucesso do negócio que só pode ser concebido e sustentado por intermédio da prestação de serviços de melhor qualidade, encaminhando a um grau de satisfação mais elevado. Posto isto, a fidelização do paciente traduz-se numa utilização frequente do serviço de saúde quando o paciente apresenta uma atitude positiva relativamente ao serviço ou ao hospital que presta o serviço (Fatima et al., 2018, p. 9).

Em alternativa, Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) entendem que de acordo com os resultados de um estudo empírico a várias empresas que examina as relações do modelo relativas às intenções comportamentais dos clientes, mostram fortes indícios de serem influenciadas pela qualidade do serviço. Quando a avaliação da qualidade do serviço é considerada elevada por parte de um cliente, as intenções comportamentais do cliente são favoráveis (a título ilustrativo, elogiar a empresa; mostrar preferência pela empresa em relação a outras; aumentar o volume das suas compras; pagar um preço mais elevado), o que fortalece a sua relação com a empresa. Em contrapartida, quando a avaliação da qualidade do serviço percebida pelo cliente for baixa, às intenções comportamentais dos clientes são desfavoráveis (a título ilustrativo, queixas a amigos e agências externas; possibilidade de mudar para os concorrentes; diminuição do volume de compras com a empresa) e a relação é mais suscetível de ser enfraquecida. As intenções comportamentais podem ser vistas como indicadores que sinalizam se os clientes permanecerão ou não com a empresa. (Zeithaml et al., 1996, p. 33). Estes últimos entendem, que as organizações de saúde devem de priorizar

a fidelização, uma vez que, quando uma empresa perde clientes, a mesma terá a necessidade de atrair novos clientes de modo a proceder à sua substituição e desta forma, a substituição tem um custo elevado. Assim sendo, proceder à angariação de novos clientes é dispendiosa pois compreende custos de publicidade, promoção e vendas, bem como despesas operacionais iniciais. Na esmagadora maioria das vezes, os novos clientes são frequentemente não rentáveis durante um período de tempo após a aquisição (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996, p.32).

Em síntese, na “era anterior à conectividade”, a fidelização era geralmente definida como a “retenção e recompra”, em contrapartida, na “era da conectividade”, a fidelização é definida “como a disposição para defender uma marca” (Kotler et al., 2019, p. 87). Posto isto, portanto, de forma muito sucinta e breve, tendo em consideração a esmagadora maioria dos investigadores expostos nesta mesma seção destinada ao conceito de fidelização nomeadamente Bendall- Lyon e Powers (2003), Craft (1999), Day (1969), Dick e Basu (1994), Fatima, Malik e Shabbir (2018), Ferguson, Paulin e Leiriao (2006), Hallowell (1996), Jacoby e Chestnut (1978), Jacoby e Kyner (1973), Kotler, Kartajaya e Setiawan (2019), Lonial e Raju (2015), Marques (2014), Moliner (2009), Oliver (1999), Sahut, Moez e Mutte (2011), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) e Zhou, Wan, Liu, Feng e Shang (2017) entendem que a verdadeira conceção (definição) de fidelização dos consumidores deve de incorporar uma atitude favorável do cliente perante a marca juntamente com um comportamento repetitivo de compra.

Na subseção seguinte, será apresentada uma revisão de literatura alusiva aos antecedentes da fidelização.

## 2.2.ANTECEDENTES DA FIDELIZAÇÃO

A literatura tem procurado empenhar-se na investigação alusiva aos antecedentes e processos que contribuem para a fidelização dos clientes atendendo às múltiplas e variadas definições do conceito de fidelização dos consumidores, de forma a compreender as variáveis explicativas da mesma, no entanto atualmente ainda não foram desvendados todos os antecedentes de fidelização (Sahut et al., 2011).

Dick e Basu (1994) reconhecem quatro dimensões ou antecedentes de fidelização dentro da fase cognitiva nomeadamente acessibilidade, confiança, centralidade e clareza, quatro dimensões ou antecedentes de fidelização dentro da fase afetiva notadamente a

satisfação, estados sensoriais/humores, emoções e afeto primário e finalmente para terminar apontam três dimensões ou antecedentes de fidelização dentro da fase conativa designadamente, os custos de mudança, custos afundados e expectativas.

De acordo com estudo desenvolvido por Moliner (2009), os principais antecedentes de fidelização são a confiança e a satisfação.

De acordo com o estudo desenvolvido por Anbori, Ghani, Yadav, Daher e Su (2010), os antecedentes chave para alcançar a fidelização do paciente são a confiabilidade, a garantia, a empatia e os custos. E deste estudo também se retirou que a tangibilidade e a capacidade de resposta desempenham um papel menor na fidelização dos pacientes.

Em suma, posto isto, este estudo se enfatizará somente nos antecedentes pertinentes para a investigação de forma a ir de encontro com os seus objetivos específicos e desta forma, esta presente dissertação determina subcapítulos destinados aos antecedentes de fidelização de forma a ir de encontro com os seus objetivos específicos nomeadamente, a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação e o *word of mouth*.

Na subsecção seguinte, será apresentada uma revisão de literatura alusiva à qualidade do serviço percebida.

### 2.2.1. Qualidade do Serviço Percebida

Nos últimos trinta anos, no âmbito da literatura em marketing, a qualidade do serviço percebida tem sido considerada uma das poucas temáticas que se tem expandido nas investigações académicas (Fatima, Malik & Shabbir, 2018).

Existem inúmeras provas das vantagens em investir na qualidade dos serviços, no entanto existem alguns executivos de múltiplas empresas que ficam relutantes em investir em melhorias dos serviços sem provas sólidas da sua consistência financeira (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996). De acordo com estes últimos, mais importante que perceber a relação entre a qualidade dos serviços e a lucratividade é focar-se em compreender a relação entre a qualidade dos serviços e as intenções de compra (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996).

Do mesmo modo de que a generalidade dos serviços, a avaliação da qualidade do serviço percebida no setor da saúde é complexa de medir em virtude das suas características peculiares de intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade (Conway & Willcocks, 1997). Por sua vez, segundo Eiriz e Figueiredo (2005) entendem que as avaliações da

qualidade do serviço percebida no setor da saúde suscitam problemas em virtude do tamanho do serviço, complexidade e especialização dentro das organizações de saúde. Por outro lado, Naidu (2009, p. 377) entende que os serviços de saúde são difíceis de avaliar porque os valores de credibilidade são elevados.

As organizações devem de dar especial relevo à qualidade do serviço, uma vez que é, a atividade estratégica mais relevante relativamente aos prestadores de serviços, de forma, a obterem vantagem competitiva e desta forma devem de apostar na medição e melhoria da mesma (Lee & Yom, 2007). Atualmente, prestar serviços de saúde de alto padrão aos pacientes tornou-se impreterível em virtude de os clientes apresentarem crescentes níveis de expetativas e exigências, quanto aos padrões de qualidade do serviço (Padma, Rajendran & Lokachari, 2010). Na perspetiva de Kondasani e Panda (2015, p. 453), a qualidade do serviço desperta interesse para os investigadores de marketing dos serviços uma vez que uma elevada qualidade do serviço pode contribuir para a diferenciação de uma organização de saúde no que tange aos seus concorrentes e também pode ajudar a alcançar uma vantagem competitiva sustentável e desta forma aumentar a sua eficiência.

Sob o ponto de vista de Naidu (2009, p. 377), não existe um consenso sobre como a saúde deve de ser avaliada. Há quem entenda que a mesma deve de ser avaliada pelas perceções dos pacientes e em contrapartida há quem considere que a mesma deve de ser avaliada por especialistas.

Na perspetiva de Gronroos (1984) considera a qualidade do serviço percebida como um processo de avaliação, em que o cliente compara as suas expetativas com as suas observações efetuadas relativas ao serviço (suas perceções do serviço). Gronroos (1982 citado por Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985) entende que existem dois tipos de qualidade, nomeadamente a qualidade técnica (é o que o cliente está efetivamente a receber do serviço) e a qualidade funcional (que envolve a forma como o serviço é entregue). Dentro desta mesma linha de pensamento, Aagja e Garg (2010) entendem que a qualidade do serviço no âmbito hospitalar é a diferença entre as expetativas que o cliente tem relativamente ao hospital que presta o serviço e as perceções do que o cliente tem do mesmo.

Da mesma forma, de acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), a qualidade do serviço percebida resulta da diferença entre o serviço previsto ou esperado (expetativas do cliente) e o serviço percebido, ou seja, o desempenho real do serviço (perceções do cliente).

Em contrapartida, de acordo com Sharma (2017), não existe uma definição única e concreta do termo “qualidade”. “Uma definição simples de qualidade dos cuidados de saúde é a arte de conseguir fazer a coisa certa, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa e tendo os melhores resultados possíveis” (Sharma, 2017, p. 76). Qualidade é uma palavra que se refere a “um padrão de algo” que se compara com “um padrão *premium*” e é medida em termos de desvios desse “padrão *premium*” (Sharma, 2017, p. 76).

De acordo com Baker e Crompton (2000), a qualidade do serviço tem impacto no valor percebido, na satisfação do cliente e nas intenções comportamentais nomeadamente no boca a boca, na recomendação pessoal, na disposição para pagar mais e na fidelização. Da mesma forma, Moliner (2009, p. 78) entende que a qualidade do serviço percebida é um antecedente de valor, de satisfação e de intenções comportamentais, em contrapartida o valor é um antecedente da satisfação e das intenções comportamentais. Os precursores da intenção são, portanto, a satisfação, o valor e a qualidade do serviço percebida.

No estudo desenvolvido por Sharma (2017), descobrimos que existe uma relação positiva entre a qualidade dos objetos (procedimentos clínicos efetuados nos hospitais e precisão dos diagnósticos feitos por médicos) e a satisfação dos pacientes, verifica-se também uma relação positiva entre a qualidade do processo (tempos de espera) e a satisfação do paciente e observa-se igualmente uma relação positiva entre a qualidade da infraestrutura (competência, habilidades, experiência, tecnologia, atitudes, motivações e garantias) e a satisfação geral do paciente bem como também a existência de uma relação positiva entre a qualidade de interação (informações trocadas e intercâmbio financeiro e social) e a satisfação do paciente. Em contrapartida nesse estudo extraímos que não existe uma relação positiva entre a qualidade da atmosfera (capacidade de resposta dos médicos, enfermeiros e outros funcionários, atmosfera sincera e empática que os pacientes recebem durante o tratamento) e a satisfação do paciente. Dentro da mesma linha de pensamento, Fatima et al. (2018), de acordo com o seu estudo desenvolvido, consideram que uma melhor qualidade dos serviços de saúde (ambiente físico, ambiente amigável ao cliente, capacidade de resposta, comunicação, privacidade e segurança) tende a gerar satisfação e fidelidade entre os pacientes, ou seja, estas variáveis estão positivamente relacionadas entre si. De acordo com estes últimos, entendem que a satisfação do paciente é bastante utilizada para determinar a qualidade do serviço em organizações de saúde (Fatima et al., 2018).

Segundo Dick e Basu (1994, p. 108), a qualidade do serviço percebida é considerada como “um fator determinante da satisfação” com iminentes repercussões para o comportamento repetitivo de compra. Sob o mesmo ponto de vista, Naidu (2009, p. 366) acredita que a qualidade do serviço percebida tem impacto na satisfação do paciente, o que, por conseguinte, afeta positivamente o comportamento do paciente tal como a fidelização. De acordo com Naidu (2009, p. 372), a qualidade está positivamente correlacionada com a satisfação bem como a qualidade do serviço percebida e a fidelização estão significativamente interligadas. Dentro desta mesma linha de pensamento, Loveman (1998) entende que existe uma relação positiva entre a qualidade do serviço percebida e a satisfação do cliente (Naidu, 2009, p. 374). Sob o mesmo ponto de vista, Shabbir, Malik e Malik (2016) na sua investigação desenvolvida, retiraram que a percepção da qualidade dos serviços de saúde está positivamente relacionada com a satisfação e fidelização dos pacientes.

No entendimento do estudo elaborado por Yesilada e Direktor (2010, p. 969), a dimensão da tangibilidade dos hospitais públicos parece não exercer influência significativa sobre a satisfação em virtude de serem serviços de saúde gratuitos ao invés, a confiabilidade e a empatia exercem impacto sobre a satisfação dos clientes dos hospitais públicos e privados. Em contrapartida, a tangibilidade nos hospitais privados é vista como uma prioridade em virtude de os clientes pagarem pelo serviço que recebem. Deste estudo, extraiu-se também que é imprescindível que os hospitais privados proporcionem serviços de alta qualidade com o preço certo para maximizar a satisfação do paciente e desta forma para alcançar a fidelização e proceder à recomendação do hospital a outras pessoas.

Em alternativa, no estudo desenvolvido por Meesala e Paul (2018), constaram que a confiabilidade e a capacidade de resposta têm impacto na satisfação do paciente, ao invés, a empatia, tangibilidade e a segurança não afetam a satisfação do paciente. Posto isto, uma dedução importante pode ser feita com base neste estudo, ou seja, a segurança, a empatia e a tangibilidade são dimensões da qualidade do serviço com pouca relevância para os pacientes, uma vez que nos países em desenvolvimento como a Índia, os pacientes dependem muito do seu médico assistente. Para além disso, a satisfação do paciente está diretamente relacionada com a fidelização dos pacientes ao hospital. Estes últimos, acreditam que as organizações devem apostar numa entrega de serviço de alta qualidade, uma vez que, a mesma é a chave para o sucesso no serviço das indústrias (Meesala & Paul, 2018).

Na perspectiva de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), no seu estudo desenvolvido, conceberam uma escala denominada *SERVQUAL* de modo a medir a qualidade do serviço percebida e desta forma, mencionaram cinco variáveis (dimensões) contidas (subjacentes) que orientam a avaliação da qualidade geral do serviço, notadamente, a tangibilidade (instalações físicas, equipamentos do hospital, aparência do pessoal), a confiabilidade (capacidade para executar o serviço prometido de forma confiável e precisa), a capacidade de resposta (disposição para ajudar os clientes, prestar serviço rápido e marcar serviço rapidamente), a garantia (conhecimento e cortesia dos funcionários e suas capacidades de inspirar confiança e segurança) e a empatia (comportamento da equipa, cuidado e atenção individualizada que a organização oferece aos seus clientes).

Desta forma, existem investigadores nomeadamente Babakus e Mangold (1992) que defendem que a escala de *SERVQUAL* é confiável e válida no ambiente hospitalar, em contrapartida existem autores como Vandamme e Leunis (1993) que entendem que a mesma não pode ser generalizada para os serviços hospitalares ou os serviços de saúde devido à singularidade dos serviços oferecidos. Por outro lado, temos Lim e Tang (2000), que desenvolveram um estudo no hospital de Singapura em que modificaram a escala de *SERVQUAL* com seis dimensões, notadamente, a tangibilidade, a confiabilidade, a garantia, a capacidade de resposta, a empatia e a acessibilidade.

Na perspectiva de Parasuraman et al. (1985), a confiabilidade abrange nomeadamente a precisão de faturação, manter corretamente os registos, entregar o serviço ao cliente no momento prometido. Desta forma, a empresa deve de honrar as suas promessas. Por outro lado, Dick e Basu (1994, p. 108) acreditam que a confiança com um prestador (fornecedor) de serviços traduz-se frequentemente numa mais-valia para alcançar a fidelização dos clientes bem como, recordar os consumidores de compras passadas (por intermédio de correspondências periódicas), e dos potenciais custos de mudança (por intermédio “de programas inovadores de acumulação de pontos”), pode ser essencial (fundamental) para construir ou manter a fidelização dos clientes.

De acordo com o estudo desenvolvido pela Accenture (2019), as pessoas que apresentam confiança em seus prestadores de saúde são muito mais propensas a ficar e a recomendá-los a amigos e familiares. A confiança é “um fator chave para a retenção” (Accenture, 2019, p. 4). Os “*trusters*” (consumidores confiáveis) são “extremamente propensos” a permanecer com a sua seguradora (Accenture, 2019, p. 4). Nesse estudo,

constatou-se que no total, 71% dos “*trusters*” definitivamente permaneceriam se tivessem a oportunidade de mudar de operadora, enquanto apenas 26% dos “*neutral*” (consumidores neutros) o fariam. Além disso, apenas 7% dos “*distrusters*” (consumidores desconfiados) definitivamente ficariam. Em contraparte, 59% dos “*distrusters*” definitivamente ou provavelmente mudariam. A análise da Accenture (2019) desvenda que a confiança tem um impacto de 64% maior na probabilidade de um consumidor ficar do que a vontade de recomendar. Posto isto, este estudo também evidencia que a confiança também tem mais que o dobro do impacto de estar extremamente satisfeito. Posto isto, a grande prioridade dos prestadores de saúde deve de ser em converter os consumidores neutros em consumidores confiáveis (Accenture, 2019).

Para além disso, Parasuraman et al. (1985), no seu estudo desenvolvido encontraram uma multiplicidade de determinantes da qualidade do serviço, tal como referido anteriormente mais acima, nomeadamente a acessibilidade e a facilidade de contacto, ou seja, o serviço ser facilmente acessível por telefone, espera de tempo para receber o serviço, instalações do serviço. Neste estudo também exploraram as competências e conhecimentos necessários para executar o serviço (conhecimento e habilidade do pessoal de contacto, conhecimento e habilidade do pessoal de apoio operacional). Para além disso, este estudo também refere a cortesia, respeito, consideração e simpatia do pessoal de contacto (incluindo rececionistas e operadores telefónicos). Outro antecedente da qualidade do serviço é a comunicação que consiste em manter os clientes informados numa linguagem que eles possam compreender e ouvir, nomeadamente explicar o serviço em si, explicar quanto é que o serviço vai custar, assegurar ao consumidor que o problema será tratado. Nesta investigação também se fala da credibilidade que abrange a confiança e a honestidade. E para terminar também se aborda a segurança que se refere à ausência de perigo, ao risco e às dúvidas, ou seja, a segurança física (não ser assaltado), financeira e de confidencialidade (relações com a empresa serem privadas).

Em síntese, portanto, de forma muito sucinta e concisa, tendo em conta a esmagadora maioria dos investigadores expostos no subcapítulo dedicado à qualidade do serviço percebida nomeadamente de acordo com Baker e Crompton (2000), Dick e Basu (1994), Fatima, Malik e Shabbir (2018), Loveman (1998), Meesala e Paul (2018), Moliner (2009), Naidu (2009), Shabbir, Malik e Malik (2016), Sharma (2017), Yesilada e Direktor (2010) consideram que a qualidade do serviço percebida afeta positivamente a satisfação do cliente.

Na subseção seguinte, será apresentada uma revisão de literatura alusiva ao preço adequado.

### 2.2.2.Preço Adequado

A relação entre o preço e a satisfação tem sido largamente estudada nas áreas dos produtos, contudo reconhecem-se algumas lacunas de conhecimento na área dos serviços, nomeadamente na área da saúde (Wu & Lu, 2018).

Uma multiplicidade de cientistas entendem que o preço do serviço é o único elemento do *marketing mix* que traz receitas para uma empresa (Virvalaite, Saladiene & Skindaras, 2009).

Múltiplos investigadores do marketing realçam a escassa existência de pesquisas teóricas e empíricas relativas à relação entre o preço e a fidelização dos clientes, não obstante, grande parte dos teóricos do marketing entendem que o preço é o fator mais importante, determinando a satisfação e a fidelização dos clientes, pois se os clientes estimam o valor do serviço obtido, geralmente pensam no preço, ou seja, na perspetiva deles, a satisfação depende da qualidade do serviço, do preço e de outros fatores (Virvalaite, Saladiene & Skindaras, 2009). Estes últimos, Virvalaite, Saladiene e Skindaras (2009) entendem ainda que a satisfação e a equidade (justiça) dos preços influenciam diretamente a fidelização dos clientes, bem como a justiça do preço determina a aceitação do preço (Virvalaite et al., 2009, p.101). Sob o mesmo ponto de vista, Bei e Chiao (2001) entendem que quando os consumidores percebem que o preço de um serviço ou produto é razoável, é provável que eles manifestem a intenção de repetir o comportamento de compra, ao invés se os consumidores não sentirem que os seus sacrifícios valem a pena, eles podem não fazer a compra novamente, apesar de se encontrarem satisfeitos com o produto ou o serviço. Posto, isto, a justiça do preço está positivamente associada à fidelização do cliente (Martín-Consuegra, Molina e Esteban, 2007). Dentro da mesma linha de pensamento, Martín-Consuegra, Molina e Esteban (2007) entendem que o preço-valor do serviço, a qualidade do serviço e o atendimento ao cliente têm impacto na satisfação e fidelização do cliente e que a justiça percebida dos preços é considerada um antecedente da satisfação e da fidelização do cliente.

No estudo desenvolvido por Martín-Consuegra, Molina e Esteban (2007), extraiu-se que a satisfação e a fidelização do cliente são dois importantes antecedentes da aceitação do

preço e desta forma, de acordo com o ponto de vista de Martín-Consuegra, Molina e Esteban (2007) entendem que o aumento do preço do serviço é mais aceitável para os clientes que estejam fiéis e satisfeitos. Posto isto, os gestores das empresas devem ter em consideração que a aceitação do preço depende da satisfação e da fidelização (Martín-Consuegra et al., 2007). A investigação científica realizada por estes últimos, comprova a existência de uma relação positiva entre as mudanças na satisfação do cliente e a aceitabilidade do aumento do preço do serviço, e desta forma, a satisfação do cliente está positivamente associada à aceitação do preço (Martín-Consuegra et al., 2007). Martín-Consuegra et al. (2007, p. 461) entendem que a “alta fidelização à marca mantém o consumidor mais focado nos benefícios da marca e menos focado no preço, sendo assim, a fidelização do cliente está positivamente associada à aceitação do preço”. Em contrapartida, de acordo com Virvalaite et al. (2009, p. 99), “embora essas afirmações sejam justificadas empiricamente apenas em parte, não está claro o quanto a aceitação do aumento do preço pode ser explicada pela satisfação e fidelização”. No entanto segundo, Martín-Consuegra et al. (2007), quanto maior for a justiça do preço percebida, a satisfação e a fidelização do cliente, maior será a aceitação do preço (Martín-Consuegra et al., 2007).

No ponto de vista de Ravald e Gronroos (1996), entendem que o valor de cada transação efetuada se apresenta com uma dimensão de grande importância durante os primeiros estágios de um relacionamento, no entanto, quando se transita para estágios mais maduros de relacionamento, o que passa a prevalecer é a qualidade do relacionamento. Desta forma, acredita-se posto isto, que o valor percebido de uma compra é um antecedente da qualidade do relacionamento. Assim sendo, o valor percebido resulta de uma comparação entre a contribuição de uma compra, ou seja, o receber e o dar. De acordo com Ravald e Gronroos (1996), tal não se pode confundir com a satisfação que deriva de uma comparação entre a expectativa de valor (antes da compra) e o valor percebido (após a compra). Por outro lado, Moliner (2009) acredita que o valor percebido é um antecedente da satisfação e desta forma, o valor percebido de um hospital influencia positivamente a satisfação do paciente com o hospital. Para além disso, este último enfatiza que o valor percebido de um hospital influencia direta e positivamente a confiança do paciente no hospital (Moliner, 2009, p. 82). Em alternativa, Singh e Sirdeshmukh (2000), entendem que o valor percebido tem impacto na confiança, mas não influencia diretamente a fidelização. Em contrapartida, de acordo com Anbori et al. (2010, p. 314), os custos apresentam-se como um dos principais determinantes

para a fidelização dos pacientes e sendo assim, os “gestores e administradores dos hospitais privados” devem ter especial atenção na determinação e fixação dos “preços razoáveis” em comparação com o serviço prestado nas organizações de saúde. Desta forma, existem alguns estudos que demonstram que o preço da prestação dos cuidados de saúde é um grande obstáculo para muitas pessoas que desejam e pretendem usufruir dos serviços de saúde de uma determinada organização de saúde privada.

No ponto de vista de Wu e Lu (2018), quando o preço do serviço é baixo desencadeia-se um aumento da satisfação do paciente, em contrapartida quando o preço do serviço é elevado fomenta-se o inverso. A qualidade do serviço percebida pelo cliente e o preço são os principais fatores que influenciam a satisfação do cliente. No entanto, avaliar o preço no marketing dos serviços nomeadamente para os cuidados de saúde, normalmente demonstra-se mais complexo e difícil do que nos produtos tangíveis. Os consumidores têm por hábito antes de tomarem decisões considerarem o preço como um sinal de qualidade do produto/serviço quando se deparam perante algumas hesitações, nomeadamente para aquelas incertezas com “alta dispersão na qualidade” (Wu & Lu, 2018, p. 78). Quando os vendedores se apresentam capazes de reduzir o risco percebido e atrair a confiança, os consumidores estão dispostos a pagar preços mais elevados aos vendedores. Desta forma, existem provas que demonstram que reduções significativas de preço por vezes não contribuem para a retenção dos consumidores e pode até vir a afastar eventualmente alguns consumidores, pois os mesmos podem entender e interpretar a quebra do preço como um indício de má qualidade. Desta forma, como manifestação da qualidade, o preço mais alto apresenta qualidades mais alta, o que resulta em maior satisfação uma vez que a satisfação é um indicador externo da qualidade (Wu & Lu, 2018, p. 78). Da mesma forma, no ponto de vista de McConnell (1968), na ausência de provas tangíveis sobre a avaliação da qualidade, os consumidores devem de depender do preço como indicador da qualidade. Devido à intangibilidade do serviço, as empresas podem apresentar uma maior dificuldade em compreender e entender como os consumidores percebem a qualidade dos seus serviços (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

Em contrapartida, existem investigações científicas que demonstram um efeito negativo entre o preço e a satisfação dos clientes na área dos serviços, uma vez que segundo “esta perspetiva negativa baseada na teoria da economia dos custos de transação, o preço é um indicador do sacrifício feito e afeta negativamente a satisfação” (Wu & Lu, 2018, p. 79).

Posto isto, os consumidores medem o seu sacrifício antes de tomarem decisões e além disso, os consumidores têm um preço de referência que consideram “razoável e aceitável” (Wu & Lu, 2018, p. 79). Desta forma, os consumidores aceitam preços dentro do seu intervalo de preço, mas em contrapartida rejeitam preços que ultrapassem o seu limite estabelecido. Desta forma, quando os preços dos serviços estabelecidos forem muito elevados os pacientes vão se sentirem incomodados, e conseqüentemente, poderá vir a resultar numa diminuição da sua satisfação (Wu & Lu, 2018, p. 79). Assim sendo, com o estudo desenvolvido por Wu e Lu (2018) extraímos uma correção não linear entre o preço do serviço online e a satisfação do paciente considerando o preço tanto como um sinal de qualidade do serviço como um indicador de sacrifício.

Sob o ponto de vista de Moliner (2009, p. 91), nos hospitais privados, os “custos monetários e a qualidade do serviço são fundamentais enquanto num hospital público, todas as dimensões do valor percebido são igualmente importantes, embora a função dos custos não monetários (lista e filas de espera) se destaque”. Isto faz sentido, uma vez que, um paciente de um hospital privado efetua um pagamento direto ao hospital, enquanto no hospital público esse pagamento é executado de forma indireta por meio da tributação (Moliner, 2009). Da mesma forma, num estudo desenvolvido por Ahmed, Tarique e Arif (2017, p. 6), chegaram à conclusão de que os pacientes de hospitais privados percebem o desempenho da qualidade dos serviços de saúde de forma mais positiva em comparação com os pacientes dos hospitais públicos. Para além disso, “embora os gerentes dos hospitais privados de Bangladesh cobrem mais do que seus colegas dos hospitais públicos, os pacientes do hospital privado estão mais satisfeitos e são mais fiéis em comparação com os pacientes do hospital público” uma vez que, os funcionários dos hospitais privados garantem que sejam prestados serviços de saúde de qualidade.

Em síntese, portanto, de forma muito sucinta e breve, tendo em conta a esmagadora maioria dos investigadores expostos no subcapítulo dedicado ao preço adequado nomeadamente de acordo com Martín-Consuegra, Molina e Esteban (2007), Moliner (2009), Virvalaite, Saladiene e Skindaras (2009), Wu e Lu (2018) entendem que o preço adequado dos serviços de saúde afeta positivamente a satisfação do cliente.

Na subseção seguinte, será apresentada uma revisão de literatura alusiva à satisfação.

### 2.2.3.Satisfação

Segundo Marques (2014), para uma empresa ter o potencial de conquistar relações de longo prazo tem de dar prevalência à satisfação do cliente, uma vez que clientes satisfeitos têm tendência a comprar produtos ou serviços ao mesmo fornecedor. Uma única experiência insatisfatória, muito improvavelmente não vai influir uma longa e satisfatória relação do cliente. No entanto, uma organização que disponha de clientes insatisfeitos poderá vir a fomentar consequências consideráveis, podendo chegar a ser avassaladoras (Marques, 2014).

A satisfação do cliente trata-se de uma avaliação específica da prestação geral do serviço, e desta forma, deve de ser avaliada com base na experiência durante o processo de entrega do serviço (Astuti & Nagase, 2014). Dentro da mesma linha de pensamento, de acordo com a definição proferida por Marques (2014, p. 80), “a satisfação geral é uma avaliação global baseada nas compras totais e na experiência de consumo de um bem ou serviço ao longo do tempo. Corresponde ao grau com que o consumidor se sente realizado ao julgar quão bem as características de uma oferta (bem ou serviço) proporcionaram ou estão a proporcionar prazer pelo seu consumo ou utilização”.

Segundo Plichon (1999 citado por Lichtlé, Llosa & Plichon., 2002, p.24), “a satisfação pode ser definida como um estado psicológico proveniente de um processo de avaliação afetiva e cognitiva que ocorre durante uma transação específica”.

Na perspetiva de Sahut et al. (2011), o antecedente primário da fidelização na perspetiva transacional é a satisfação. Segundo estes investigadores, “um elevado grau de satisfação atua como um estímulo que impede o consumidor de comparar ofertas a cada compra e, portanto, de buscar informações pertinentes sobre a qualidade e os preços de outros produtos” (Sahut et al., 2011, p. 266).

Oliver (1980) proporcionou no seu estudo desenvolvido um modelo que expressa a satisfação do consumidor em função da expectativa e da desconfirmação da expectativa. Segundo este autor, a satisfação pode ser vista em função do nível de expectativa (adaptação) e perceções de desconfirmação. Para além disso, o mesmo acredita que a satisfação por sua vez, influencia a mudança de atitude e a intenção de compra. Desta forma, segundo esta mesma linha de pensamento, a esmagadora maioria dos académicos e profissionais acreditam que a satisfação e a fidelização dos consumidores estão inerentemente correlacionadas (Oliver, 1999). No entanto, a satisfação não se traduz totalmente em

fidelização, ainda que os consumidores fiéis se encontrem mais predispostos a se encontrarem mais particularmente satisfeitos (Oliver, 1999).

Dentro desta mesma linha de pensamento, de acordo com Marques (2014), atualmente um dos ativos mais relevantes das organizações é a lealdade assente numa autêntica e progressiva satisfação. Com efeito, existem estudos empíricos que demonstram a existência de uma correlação positiva entre a satisfação do consumidor com um determinado produto (bem ou serviço) e a sua lealdade ao fornecedor. Esses estudos desenvolvidos também desvendam que a qualidade dos serviços é um determinante da satisfação dos clientes. A satisfação pode não se traduzir em lealdade, mas é “um pré-requisito incontornável” (Marques, 2014, p. 82). Sob o mesmo ponto de vista, de acordo com Fatima et al. (2018), a satisfação do paciente está positivamente relacionada com a fidelização do paciente e por conseguinte a satisfação ajuda a conceber a fidelização entre os pacientes. Dentro desta mesma linha de pensamento, Shabbir, Malik e Malik (2016) na sua investigação desenvolvida, retiraram que a satisfação do paciente está positivamente relacionada com a fidelização do paciente bem como a satisfação do paciente medeia a relação entre a qualidade do serviço percebida da saúde e a fidelização do paciente. Da mesma forma, de acordo com estudo realizado por Kessler e Mylod (2011, p. 272), existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação e a fidelização do paciente, todavia, o resultado obtido é “relativamente pequeno em magnitude”. Posto isto, também se retira desta mesma investigação que a satisfação pode ser considerada um antecedente menos importante da fidelização para os clientes que se encontrem em “final de vida” (Kessler & Mylod, 2011, p. 272).

Sob o mesmo ponto de vista, segundo Oliver (1999), a satisfação é estabelecida como sendo um requisito imprescindível para alcançar a fidelização. Oliver (1997 citado por Oliver 1999, p. 41) defende que “*Satisfaction is fairly temporal post usage state for one-time consumption or a repeatedly experienced state for ongoing consumption that reflects how the product or service has fulfilled its purpose*”. “A satisfação é um estado relativamente temporal de pós uso alusivo de um consumo único ou um estado repetidamente experimentado relativo à um consumo contínuo que reflete como o produto ou o serviço cumpriu com o seu propósito”. Do ponto de vista da definição proferida por Oliver (1999), deve de ficar tangível que a satisfação e a fidelização são dois conceitos distintos. No entanto, no estudo efetuado por Oliver (1999, p. 33) demonstra que a satisfação é um “passo

necessário na formação da fidelização”. No entanto, à medida que a fidelização começa a se conceber por meio de outros fatores, a satisfação se torna menos considerável (Oliver, 1999).

Em contrapartida, existem investigadores que acreditam que o consumidor frequentemente manifesta intenção de descobrir novos produtos ou serviços apesar do elevado grau de satisfação, o que segundo esses investigadores, a satisfação não assegura automaticamente um comportamento repetitivo de compra (Sahut et al., 2011). Sob o mesmo ponto de vista, Lonial e Raju (2015, p. 152) entendem que a satisfação do cliente nem sempre é considerada um “pré-requisito necessário” para alcançar a fidelização do cliente e por vezes, a fidelização pode ser estabelecida mais por intermédio de atributos específicos. Posto isto, às vezes a fidelização é elevada mesmo quando a satisfação geral é baixa e vice-versa. Segundo estes últimos, não se demonstra suficiente as organizações “satisfazerem meramente os seus clientes” em virtude de muitas das vezes os clientes apresentam “níveis de satisfação relativamente altos” e estarem dispostos (inclinados) a trocar de fornecedor (Lonial & Raju, 2015, p. 153). Dentro desta mesma linha de pensamento, existem nomeadamente alguns investigadores que acreditam que a satisfação não tem a capacidade de se converter em lealdade sem a presença de outros fatores, particularmente, “a determinação pessoal” e “o suporte social” (Marques, 2014, p. 82). Desta forma uma empresa pode ser confrontada com consumidores com uma elevada satisfação, mas sem fidelização, ou seja, consumidores infíeis (Marques, 2014).

Em alternativa, de acordo com Deming (1986 citado por Oliver, 1999, p. 33) considera que não se demonstra suficiente ter clientes que estão “meramente satisfeitos”. Na mesma linha de pensamento, Jones e Sasser (1995 citado por Oliver 1999, p. 33) comentaram que “meramente satisfazer clientes que têm a liberdade de fazer escolhas não é suficiente para mantê-los fiéis” Estes últimos entendem que existe uma acentuada diferença de fidelização “entre clientes meramente satisfeitos” e “clientes totalmente satisfeitos” e posto isto, tendo a possibilidade de optar por outra escolha, os clientes vão desviar-se no momento em que não estão completamente satisfeitos (Jones & Sasser, 1995, p.1).

De acordo com Lichtlé, Ilsoa e Plichon (2002, p. 24), a esmagadora maioria dos investigadores nomeadamente Woodruff, Cadotte e Jenkins (1983) e Westbrook (1987) entendem que a satisfação é caracterizada como “um continuum unidimensional que se opõe a dois polos extremos nomeadamente o polo positivo (muito satisfeito) e polo negativo (muito insatisfeito)”. Para Woodruff et al. (1983, p. 296), um consumidor antes de proceder

à compra e à utilização da marca, o mesmo vai conceber (criar) expectativas relativamente ao seu desempenho em uma determinada situação de uso. Após a utilização da marca, o consumidor vai proceder a uma comparação entre o desempenho real percebido o desempenho esperado. Desta forma, o resultado obtido será de confirmação quando o desempenho real percebido for igual ao desempenho esperado. Caso o desempenho real percebido exceda as expectativas, estaremos perante um resultado de desconfirmação positiva e caso o desempenho real percebido fique aquém das expectativas, estaremos na presença de um resultado de desconfirmação negativo. Assim sendo, segundo estes autores, a confirmação/desconfirmação leva-nos para uma reação emocional denominada de satisfação ou insatisfação (Woodruff et al., 1983, p. 296). Sob o mesmo ponto de vista, Bitner (1990) considera que se as expectativas do consumidor excederem o desempenho, desencadeia-se uma insatisfação, mas ao invés, se as expectativas forem concedidas ou se o desempenho ultrapassar efetivamente as expectativas, instiga-se uma satisfação. Nesta mesma linha de pensamento, Sharma (2017) tendo em consideração o seu estudo desenvolvido, a satisfação está positivamente relacionada com a fidelização dos clientes. De acordo com Sharma (2017, p. 77) a satisfação é uma resposta à diferença entre o que os clientes esperam e o que eles finalmente recebem. Segundo este autor, a satisfação do paciente é concebida para “responder às opiniões e as necessidades dos pacientes e por meio da melhoria contínua do sistema de qualidade do serviço” (Sharma, 2017, p. 77). Da mesma forma, de acordo com Shabbir et al. (2017 citado por Fatima et al., 2018, p. 7) a satisfação do paciente resulta da diferença entre a qualidade do serviço percebida e a qualidade do serviço esperada.

Dentro desta mesma linha de pensamento Zhou et al. (2017, p. 6) entendem que a satisfação do paciente se traduz “num sentimento favorável/desfavorável experimentado pelos pacientes com base em sua avaliação da conformidade entre as suas expectativas e o desempenho das organizações de saúde”. Zhou et al. (2017) com o seu estudo, entenderam que a fidelização do paciente pode ser influenciada positivamente pela satisfação, qualidade, valor, imagem da marca hospitalar, confiança, compromisso (comprometimento) e comportamento da cidadania organizacional. Em contrapartida, existem vários estudos desenvolvidos que demonstram que a satisfação do paciente não teve uma “relação direta significativa” com a fidelização do paciente no setor da saúde em virtude da provável existência “de barreiras de troca” e desta forma, os pacientes mesmo insatisfeitos não mudarão de organização de saúde (Zhou et al., 2017, p. 7).

No entendimento de Moliner (2009, p. 80), a satisfação resulta de uma comparação entre as “diferentes transações” executadas e “as expectativas anteriores”. Se como consequência dessas experiências o nível de satisfação for baixo, o nível de comprometimento com o estabelecimento também será baixo. Quando o paciente experimenta um aumento em sua satisfação com o hospital, o seu comprometimento também aumenta, quer seja na componente afetiva ou cognitiva. Posto isto, a satisfação do paciente com o hospital influencia direta e positivamente o compromisso do paciente com aquele hospital (Moliner, 2009). Do estudo desenvolvido por Moliner (2009), também se retirou que quanto maior for a satisfação do paciente com um determinado hospital, maior será a confiança gerada no paciente e desta forma, desencadeará-se uma relação direta entre estas duas variáveis. Ao invés se a satisfação do paciente for baixa, tal terá repercussão na confiança do mesmo. Posto isto, a satisfação do paciente com o hospital influencia direta e positivamente a confiança do paciente naquele hospital (Moliner, 2009).

Segundo Kotler (citado por Marques, 2014, p. 81), se o desempenho percebido ficar aquém das expectativas criadas, o cliente fica insatisfeito; se corresponder às expectativas, fica satisfeito; se exceder, o cliente fica encantado. Desta forma, segundo este último, mais do que satisfazer o cliente, é fundamental encantá-lo.

Por outro lado, Miller (1976 citado em Woodruff et al., 1983), considera que não existe somente o desempenho esperado, mas também o desempenho merecido, o desempenho ideal, bem como, o desempenho mínimo tolerável. Deste mesmo modo, Morris (1976 citado em Woodruff et al., 1983, p. 296) vem também pôr em causa a teoria apresentada por Woodruff et al. (1983), ao defender que existem normas culturais que as pessoas utilizam para aferir o desempenho de um produto (por exemplo casas devem de ter o número adequado de quartos, conforme ditado pela composição familiar). Segundo este último autor, a satisfação deriva do grau em que o desempenho percebido corresponde à norma (Woodruff et al., 1983, P. 296).

Em alternativa, de acordo com Lichtlé et al. (2002, p. 24), existem alguns investigadores em marketing nomeadamente, Swan e Combs, (1976) e Maddox (1981), que qualificam a “satisfação em bidimensional visto que os fatores que desencadeiam a satisfação são diferentes e independentes dos que gerem a insatisfação”, uma vez que, segundo Maddox (1981, p. 97), um individuo pode se sentir simultaneamente muito satisfeito e muito insatisfeito.

Em contrapartida no ponto de vista de Lichtlé et al. (2002, p. 24), existem também alguns investigadores em marketing acreditam que “a satisfação é unidimensional, no entanto a função de contribuição de determinados elementos relativos à satisfação é não linear”.

Em alternativa na perspetiva de Marques (2014, p. 81), a satisfação do consumidor decorre à volta de quatro componentes que podem estar presentes e interligadas numa oferta: o bem, o serviço, o prestador de serviço e o fabricante. Além disso, a satisfação está também ligada a variáveis interpessoais, com ênfase para o desempenho do interlocutor, privilegiado do cliente na empresa, bem como a outras variáveis associadas à relação propriamente dita.

Segundo Marques (2014), medir a satisfação dos clientes proporciona a uma organização entender melhor as necessidades dos seus clientes, bem como permite vir a explorar melhor o que se manifesta mais relevante e fundamental para eles. Desta forma, “os índices de satisfação do cliente”, quando devidamente aplicados e utilizados, revelam uma multiplicidade de informações nomeadamente acerca da satisfação do cliente, retenção e qualidade percebida, mas também disponibilizam informações acerca dos fatores que influenciam a satisfação (Marques, 2014, p. 82).

No entendimento de Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996, p. 33), os clientes que permanecem com uma empresa por um longo período de anos porque estão satisfeitos com o serviço são mais propensos que os clientes a curto prazo a comprar serviços adicionais e a difundir favoravelmente a comunicação boca a boca. Dentro desta mesma linha de pensamento, de acordo com o estudo desenvolvido por Chaniotakis e Lymperopoulos (2009) entendem que os pacientes quanto mais satisfeitos estiverem com o seu hospital, mais eles estão dispostos a manifestar a boca a boca positivo. Para além disso, neste estudo também se retirou que a empatia (dimensão da qualidade do serviço) demonstra ser uma importante variável no modelo uma vez que, é a única das dimensões da qualidade do serviço que tem impacto direto na boca a boca e também tem impacto em quase todas as outras dimensões da qualidade do serviço, excetuando a confiabilidade. Posto isto, quanto mais empatia (dimensão da qualidade do serviço) os pacientes percebem que a equipa demonstra para eles, maior é a intenção de usar a boca a boca positivo (Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009, p. 238).

De acordo com Naidu (2009, p. 366), a satisfação do paciente é “um constructo de saúde multidimensional” influenciado por uma multiplicidade de variáveis. Os fatores que

determinam a satisfação do paciente foram apontados por Naidu (2009, p. 377), nomeadamente a produção da qualidade dos cuidados de saúde prestados, a acessibilidade, os custos, o carinho (ser atencioso), a comunicação, a tangibilidade bem como o papel e comportamento do médico. Este último evidencia também a importância da aparência e do conforto do quarto de um hospital bem como os fatores sociodemográficos pois desempenham um papel significativo na determinação das percepções do paciente (Naidu, 2009, p. 378). Por outro lado, Woodside, Frey e Daly (1989) consideram que as admissões, o compromisso, os cuidados de enfermagem, a comida, os serviços de limpeza e os serviços técnicos são fatores primários desencadeadores da satisfação do paciente. Em alternativa, Andaleeb (1988) acredita que uma boa comunicação com o paciente (de forma a diminuir as incertezas), um bom comportamento da equipa com o paciente, umas boas instalações físicas (limpeza, equipamento moderno, sensação geral de que o hospital está em boas condições físicas) contribuem para a satisfação do paciente. No entanto, segundo este último, a percepção de custos hospitalares elevados desencadeia uma satisfação ínfima do paciente (Andaleeb, 1988). Por outro lado, Boshoff e Gray (2004) entendem que a equipa de enfermagem, os honorários e as refeições exercem impacto positivo sobre a satisfação do paciente, não obstante, a administração, a receção e os serviços de televisão não demonstram terem impacto na satisfação do cliente. Em alternativa, Mortazavi, Kazemi, Shirazi e Azizabadi (2009), de acordo com seu estudo desenvolvido chegaram à conclusão de que a satisfação geral do paciente é afetada maioritariamente pelos cuidados de enfermagem, refeição, quarto do paciente bem como a admissão e os serviços administrativos. Posto isto, ainda descobriram que a satisfação geral do paciente e a fidelização estão positivamente correlacionadas.

Em síntese, portanto, de forma muito sucinta e resumida, tendo em consideração a esmagadora maioria dos investigadores expostos no subcapítulo dedicado à satisfação nomeadamente no ponto de vista de Chaniotakis e Lymperopulos (2009), Fatima, Malik e Shabbir (2018), Kessler e Mylod (2011), Marques (2014), Moliner (2009), Mortazavi, Kazemi, Shirazi e Azizabadi (2009), Oliver (1980), Oliver (1999), Shabbir, Malik e Malik (2016), Sahut, Moez e Mutte (2011), Sharma (2017), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) e Zhou, Wan, Liu, Feng e Shang (2017) entendem que a satisfação afeta positivamente a fidelização do cliente.

Na subseção seguinte, será apresentada uma revisão de literatura alusiva ao *Word of Mouth*.

#### 2.2.4. Word of Mouth

O *word of mouth (WOM)* positivo pode ser tido em conta por uma multiplicidade de profissionais de marketing como, porventura uma das mais obsoletas formas de comunicação na área do marketing (Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009).

A evolução e a propagação da internet desencadearam o surgimento de uma nova forma de marketing boca a boca (*WOM*): O marketing boca a boca eletrónico (*eWOM*), considerado um dos meios informais de comunicação social mais influentes entre os consumidores, as empresas e a população em geral (Huete-Alcocer, 2017, p. 1).

Katz e Lazarsfeld (1966 citado por Huete-Alcocer, 2017, p. 1) apresentaram uma das primeiras definições do *word of mouth*, considerando que se trata “de uma troca de informações de marketing entre os consumidores de tal forma que desempenha um papel fundamental na formação do seu comportamento e na mudança de atitudes em relação a produtos e serviços”. Em alternativa, Arndt (1967, citado por Huete-Alcocer, 2017, p.1) vê o *word of mouth* como “uma ferramenta de comunicação de pessoa para pessoa, entre um comunicador e um recetor, que percebe a informação recebida sobre uma marca, produto ou serviço como não comercial”. Por outro lado, de acordo com Helm e Schlei (1998, citado por Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009, p. 229), o *WOM* refere-se “a comunicações verbais (positivas ou negativas) entre o consumidor real ou potencial e outras pessoas, como o fornecedor do produto ou serviço, os especialistas independentes, a família e amigos”.

Huete-Alcocer (2017, p. 3), no seu estudo desenvolvido, estabelece uma distinção entre o *WOM* e o *eWOM*. Este último, considera o *WOM* “como diálogos e conversas pessoais em tempo real” ao invés do *eWOM* que consiste na partilha de informações que não são privadas e que podem ser vistas por vezes por pessoas anónimas que não se conhecem umas as outras e tais comentários perduram no tempo. Assim sendo, o marketing boca a boca tradicional (*WOM*) é “o meio mais antigo para partilhar opiniões sobre produtos e serviços e aquele com maior probabilidade de influenciar o comportamento do consumidor, devido à alta confiabilidade e credibilidade transmitida por familiares e amigos” (Huete-Alcocer, 2017, p. 3). Sob o mesmo ponto de vista de acordo com Daugherty e Hoffman (2014), o *WOM* é largamente tido em consideração como um dos fatores mais influentes que

afetam o comportamento do consumidor. Dentro desta mesma linha de pensamento de acordo com Gremler e Brown (1999), os potenciais clientes de serviços manifestam confiança e preferência por uma comunicação pessoal de *word of mouth (WOM)* uma vez que, é percebida como sendo a mais confiável, independente e não comercial e desta forma, proveniente de uma fonte confiável e experiente.

Em contrapartida, de acordo com Hussain, Ahmed, Jafar, Rabnawaz e Jianzhou (2017), os consumidores utilizam o *eWOM* mais para reduzir o risco na tomada de decisões.

Embora seja unânime que todos investigadores admitam que as expectativas são fatores determinantes nas avaliações de pós compra, em contrapartida alguns deles adotam uma posição diferente no que tange ao processo de desconfirmação da expectativa (Oliver, 1980, p. 460).

Segundo Oliver (1980 citado por Dick & Basu, 1994, p. 107), “a comunicação espontânea de pós compra exercida pelos consumidores (*word of mouth*) resulta da satisfação/insatisfação do consumo por parte dos consumidores”. Dentro desta mesma linha de pensamento, Westbrook (1987) acredita que as experiências emocionais marcantes vão estimular os consumidores a se incluírem em conversas de boca-a-boca. Desta mesma forma, Dick e Basu (1994, p. 107) entendem que ainda que a força da relação entre atitude relativa de um individuo perante uma marca e o comportamento repetitivo de compra dessa marca aparentam mediar a comunicação de pós compra, certos antecedentes (emoções e humor) podem comportarem-se como “facilitadores”. Sob o mesmo ponto de vista, Zeithaml e Bitner (2000 citado por Naidu, 2009, p. 367) entendem que os clientes satisfeitos apresentam mais predisposição a manifestar e expressar intenções comportamentais de forma positiva (elogiar e mostrar preferência por uma empresa aos outros) que se demonstram propícias para o sucesso a longo prazo de uma organização de saúde. Dentro desta mesma linha de pensamento, Ennew, Banerjee e Li (2000) entendem que clientes satisfeitos vão manifestar comentários positivos, o que, por conseguinte, podem vir a desencadear um aumento do volume de compras, ao invés, clientes insatisfeitos vão promover comentários negativos, o que podem vir subsequentemente a diminuir o volume de compras. Desta mesma forma, Gremler e Brown (1996) consideram que clientes que manifestam a vontade de expressar comentários de boca a boca positivos apresentam mais tendência a tornarem-se clientes fiéis. Posto isto a boca a boca pode apresentar “benefícios em termos de retenção e aquisição” (Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009, p. 230). De acordo com estes últimos, a boca a boca

proporciona aos consumidores a capacidade de fazer escolhas mais informadas, contribuindo assim para uma diminuição dos “riscos percebidos” inerentes a um determinado comportamento de compra (Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009, p. 230). No mesmo ponto de vista, Lovelock, Vandermerwe e Lewis (1996 citado por Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009) entendem que a satisfação do cliente e a qualidade do serviço percebida fomentam o *WOM* positivo.

De acordo com Berry e Parasuraman (1991 citado por Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009) entendem que o *WOM* é particularmente crítico para o sucesso das organizações de saúde. Dentro desta mesma linha de pensamento, de acordo com Naidu (2009, p. 376), as preocupações com a segurança do paciente podem afastar os clientes da utilização dos serviços de um determinado hospital em virtude do *word of mouth* negativo. Ao invés as percepções da qualidade dos serviços de saúde são antecedentes para a satisfação do paciente, que por sua vez decidem se os pacientes são fiéis aos prestadores de cuidados de saúde e tal resulta em comportamentos positivos, como recomendar serviços de saúde para amigos e parentes (Naidu, 2009, p. 377). Da mesma forma, Strasser, Schweikhart, Welch e Burge (1995 citado por Naidu, 2009, p.366) acreditam que o boca a boca negativo pode custar aos hospitais uma avultada perda de receitas ao longo da vida de um paciente.

De acordo com Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996), um consumidor pode manifestar intenções comportamentais favoráveis nomeadamente um *feedback* positivo, recomendar e permanecer fiel e estar disposto a pagar mais, em contrapartida, um consumidor pode manifestar intenções comportamentais desfavoráveis notadamente um *feedback* negativo, mudar para outra organização e reclamar para as agências externas e subsequentemente reduzir os negócios celebrados com uma empresa. Dentro desta mesma linha de pensamento, Rayo-Vela e Casamassima (2011) entendem que clientes mais satisfeitos com um determinado produto ou serviço encontram-se mais predispostos a se tornarem em representantes fiéis por meio do *eWOM* positivo.

Na perspectiva de Ferguson, Paulin e Leiriao (2006, p. 59), “no contexto de muitos serviços de saúde, a fidelização por meio do comportamento repetitivo de compra não é pertinente, enquanto a fidelização por meio da recomendação do *word of mouth* positivo pode ser uma ferramenta de marketing poderosa”. Estes últimos entendem que as avaliações realizadas pelos pacientes relativamente à qualidade e à satisfação geral do serviço encontram-se significativamente relacionadas com níveis progressivos do *word of mouth*,

para recomendar o hospital a potenciais pacientes. Desta forma, elevados níveis de satisfação são imprescindíveis para criar “verdadeiros embaixadores” de uma organização de serviços (Ferguson et al., 2006, p. 60). De acordo com Ferguson et al. (2006, p. 61), o *word of mouth* positivo dos funcionários também desperta interesse para o processo de “recrutamento de novos funcionários e no relacionamento com múltiplos grupos importantes de influência”. As referências de profissionais, em que um profissional encaminha um cliente para outro profissional são correntes nas mais diversas áreas, financeiras, jurídicas e médicas. Por outro lado, terceiros que não sejam considerados profissionais de uma determinada organização (familiares, amigos e colegas) podem ser “intervenientes” do *word of mouth* entre os atuais, potenciais e antigos clientes (Ferguson et al., 2006, p. 61).

Por outro lado, de acordo com Bearden, Netemeyer e Teel (1989, p. 473), no seu estudo desenvolvido, procederam ao desenvolvimento de uma escala para avaliar e medir a suscetibilidade do consumidor à influência interpessoal. A suscetibilidade à influência interpessoal é “uma característica geral que varia de pessoa para pessoa e que a capacidade de influência relativa de uma pessoa numa situação tende a ter uma relação positiva significativa com a sua capacidade de influência numa série de outras situações sociais” (Bearden, Netemeyer & Teel, 1989, p. 473). Existem estudos que demonstram que algumas pessoas são consistentemente recetivas à influência social (a título ilustrativo, pessoas com baixa autoestima tendem a ser mais facilmente influenciadas), enquanto outras pessoas são sistematicamente resistentes (Bearden, Netemeyer & Teel, 1989, p. 474). De acordo com Deutsch e Gerard (1955), a influência interpessoal se manifesta através de influências normativas ou informativas. De acordo com estes últimos, a influência informativa é vista como uma tendência para aceitar a informação dos outros como uma evidência da realidade. A influência informativa pode ocorrer de duas formas uma vez que os indivíduos podem procurar informação a partir de conhecimentos ou fazer inferências com base na observação do comportamento dos outros (Park & Lessig, 1977). A influência informativa (*WOM*) afeta os processos de decisão dos consumidores relativamente às avaliações e seleções de produtos/serviços (Bearden, Netemeyer & Teel, 1989, p. 474).

Em síntese, portanto, de forma sucinta e breve, tendo em consideração a esmagadora maioria dos investigadores expostos no subcapítulo dedicado ao *word of mouth* nomeadamente de acordo com Bearden, Netemeyer e Teel (1989), Chaniotakis e Lymperopoulos (2009), Daugherty e Hoffman (2014), Ennew, Banerjee e Li (2000),

Ferguson, Paulin e Leiriao (2006), Gremler e Brown (1996), Huete-Alcocer (2017), Naidu (2009), Rayo–Vela e Casamassima (2011), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) entendem que o *word of mouth* tem influência na fidelização do cliente.

Em conclusão, tendo em consideração os múltiplos estudos acima anteriormente referenciados e aprofundados na revisão de literatura, retira-se da mesma de que a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente, a satisfação tem impacto na fidelização do cliente e o *word of mouth* tem influência na fidelização do cliente. Posto isto, importa referir que esta presente investigação relativamente à metodologia, procederá à aplicação e à adoção de quatro grandes e pertinentes estudos referidos na revisão crítica de literatura nomeadamente, Bearden, Netemeyer e Teel (1989), Moliner (2009), Oliver (1980), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996).

No capítulo seguinte, serão tratadas as hipóteses de investigação e o modelo de análise.

### 3. MODELO DE ANÁLISE

A presente secção destina-se à apresentação das hipóteses de investigação e do modelo conceitual a respeito do tema em análise.

Na subsecção seguinte, serão apresentadas as hipóteses de investigação.

#### 3.1. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Na revisão da literatura temos a oportunidade de descobrir e explorar uma multiplicidade de artigos e teorias sobre investigações empíricas apresentadas e defendidas por uma multiplicidade de investigadores. Após terminar a revisão da literatura deve-se prosseguir para uma aplicação dessa literatura de forma a deduzir uma hipótese, ou um conjunto de hipóteses, a serem testadas na parte empírica. Assim sendo, “a hipótese faz uma ponte entre a parte teórica e a parte empírica da investigação”. Por conseguinte, a hipótese deve de justificar o trabalho da parte empírica da investigação (Hill & Hill, 2016, p. 21).

Na perspetiva de Oliveira e Ferreira (2014, p. 86) definem as hipóteses de investigação como “uma descrição textual das relações entre as variáveis ou os conceitos representados graficamente, definindo de forma lógica as relações que se pensa existirem entre as variáveis”. As hipóteses numa abordagem quantitativa, identificam a existência de uma relação de efeito positivo ou negativo de uma variável sobre a outra (variável independente e variável dependente) ou uma relação de influência sobre as variáveis (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 86).

Em síntese, tendo em conta os estudos acima anteriormente referenciados e aprofundados na revisão de literatura, apresentam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H1- A qualidade do serviço percebida pelo cliente afeta positivamente a sua satisfação.
- H2- O preço adequado dos serviços de saúde afeta positivamente a satisfação do cliente.
- H3- A satisfação afeta positivamente a fidelização do cliente.
- H4- O *word of mouth* afeta positivamente a fidelização do cliente.

Na subsecção seguinte, será apresentado o modelo conceitual.

### 3.2. MODELO CONCEITUAL

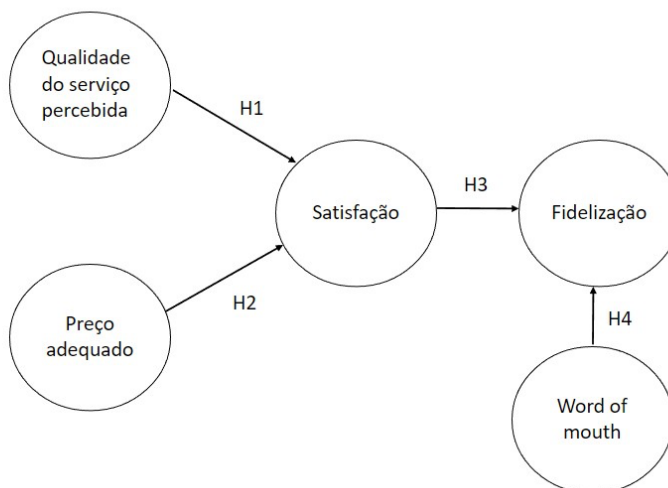
No entendimento de Oliveira e Ferreira (2014, p. 79), independentemente do projeto de investigação em causa, qualquer estudo deverá de começar por uma “questão de partida” de modo a chegar a uma resposta ou solução. Assim sendo, o modelo de análise ou modelo conceitual representa essa solução.

Oliveira e Ferreira (2014, 79) definem o modelo de análise ou modelo conceitual como um “esquema orientador da conceção teórica que identifica os aspetos que influenciam a situação que está a ser investigada e organiza de forma lógica e integradora as diversas variáveis e a dinâmica da situação a ser investigada”.

Desta forma, tendo em consideração o conhecimento adquirido por meio da pesquisa e investigação de trabalhos e estudos científicos anteriores concebe-se por intermédio das “descobertas e conclusões destes estudos científicos prévios” o seguinte modelo de análise (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 79):

**Figura 1.** Modelo Conceitual da Investigação

Modelo de análise



Fonte: autoria própria

Portanto, como se pode constatar, tendo em conta o modelo conceitual apresentado, a confiança e a empatia não são estudadas de forma direta nesta investigação, embora sejam

consideradas por uma multiplicidade de investigadores como uns dos antecedentes da fidelização. Não obstante, neste estudo optou-se por considerar a confiança e a empatia como um dos antecedentes da qualidade do serviço percebida de maneira que a investigação se encontre em conformidade com a teoria defendida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

Em síntese, o modelo de análise tem como função “orientar a construção de métodos e das técnicas de pesquisa e a recolha de dados, bem como orientar a forma como os dados serão analisados e interpretados” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 80).

Em suma, tal como referido anteriormente, tendo em conta os estudos acima anteriormente referenciados e aprofundados na revisão de literatura, apresenta-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H1- A qualidade do serviço percebida pelo cliente afeta positivamente a sua satisfação.
- H2- O preço adequado dos serviços de saúde afeta positivamente a satisfação do cliente.
- H3- A satisfação afeta positivamente a fidelização do cliente.
- H4- O *word of mouth* afeta positivamente a fidelização do cliente.

No capítulo seguinte, serão tratadas a metodologia a adotar, as técnicas de recolha de dados, o inquérito por questionário, o tamanho e seleção da amostra bem como, a estrutura e escalas do inquérito por questionário a utilizar para a realização desta investigação.

## 4. METODOLOGIA

A presente secção destina-se à apresentação da metodologia a respeito do tema em análise. Nesta secção será apresentada uma metodologia quantitativa de forma a avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente; avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente. A presente secção também se destina à apresentação das técnicas de recolha de dados, do inquérito por questionário, do tamanho e seleção da amostra bem como, da estrutura e escalas do inquérito por questionário.

Na subsecção seguinte, será apresentada a metodologia quantitativa da presente investigação.

### 4.1. METODOLOGIA QUANTITATIVA

Tendo em consideração o conhecimento adquirido por meio da pesquisa e investigação de trabalhos e estudos científicos anteriores concebe-se por intermédio das descobertas e conclusões destes estudos científicos prévios um modelo conceitual previamente apresentado que permite determinar as hipóteses de investigação, e, por conseguinte, testar a partir de uma amostra concebida pelos clientes que usufruem dos serviços de saúde prestados pela Clínica de Saúde da Vitalidade.

Neste subcapítulo será justificada a decisão do tipo de metodologia escolhida.

Assim sendo, numa pesquisa de investigação, é possível optar por três tipos de abordagens, que podem ser classificadas, nomeadamente, de qualitativas, quantitativas ou a junção das duas ou seja mista (Oliveira & Ferreira, 2014). Dentro desta mesma linha de pensamento, Pearce (2012) entende que existe o paradigma construtivista ou qualitativo, o quantitativo ou positivista e o recente paradigma, o qual se advoga o uso da pesquisa de métodos mistos. Sob o mesmo ponto de vista, Onwuegbuzie e Leech (2005) defendem a existência destas três mesmas abordagens.

De acordo com Dawson (2002) entende que todas as metodologias apresentam os seus pontos específicos fortes e fracos pelo que tem de se ultrapassar o debate existente entre

a metodologia qualitativa e quantitativa, uma vez que não existe uma metodologia melhor do que outra ou uma mais científica do que outra. Dawson (2002) entende que na escolha da metodologia, o investigador deve seguir os seus instintos. E desta forma, as palavras usadas também são de extrema importância para determinar se a metodologia adotada é quantitativa ou qualitativa (Dawson, 2002).

No ponto de vista de Oliveira e Ferreira (2014, p. 89), a abordagem quantitativa, de origem positivista, define-se por “favorecer o desenvolvimento de pesquisas orientadas para a procura de factos e/ou causas dos fenómenos; afirma-se, por isso, como uma abordagem objetiva” e para além disso, a abordagem quantitativa “favorece a dedução, isto é, a partir de pressupostos gerais aplica-os a uma realidade concreta e particular” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 89). Em alternativa, Hamilton (2003, citado por Everest, 2014, p. 8) defende que a pesquisa quantitativa consiste “em coletar dados numéricos, fazer observações e medições dos fenómenos que podem ser submetidos a análises estatísticas repetidas e replicadas pelo mesmo ou por outros pesquisadores em condições semelhantes”. Sob o mesmo ponto de vista, Raupp e Beuren (2006, p. 92) entendem que diferentemente da pesquisa qualitativa, “a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento de dados. Esse procedimento não é tão profundo na busca do conhecimento da realidade dos fenómenos, uma vez que se preocupa com o comportamento geral dos acontecimentos”. Da mesma forma, no entendimento de Everest (2014, p. 9), a pesquisa quantitativa é útil e benéfica para testar e validar teorias, hipóteses de teste e proceder à replicação dos resultados, bem como, permite fazer previsões quantitativas e para além disso trata-se de uma pesquisa menos demorada. Este último considera ainda que as descobertas são independentes do investigador, contudo a abordagem quantitativa não fornece respostas para perguntas do tipo “porque” e “como” (Everest, 2014, p. 9).

Em alternativa, Dawson (2002, p. 15) considera que a pesquisa quantitativa gera estatísticas por meio de uso de pesquisas de levantamento em larga escala, usando métodos como questionários ou entrevistas estruturadas. Segundo este último, este tipo de pesquisa atinge muitas mais pessoas e de forma muito mais rápida do que a pesquisa qualitativa. Dentro desta mesma linha de pensamento, de acordo com Saunders, Lewis e Thornhill (2009, p. 151), a abordagem quantitativa é predominantemente usada como sinónimo de qualquer técnica de coleta de dados (como questionário) ou procedimento de análise de

dados (como gráficos ou estatísticas) ou procedimento de análise de dados (como categorização de dados).

No entendimento de Richardson (1999, citado por Raupp & Beuren, 2006, p. 92), a abordagem quantitativa caracteriza-se “pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como a percentual, a média, o desvio-padrão, às mais complexas, como o coeficiente de correlação, a análise de regressão etc.”. Assim sendo, a capacidade dos investigadores quantitativos em reduzir dados a números é considerado como o principal ponto forte da abordagem quantitativa na área da saúde. (Curry, Shield & Wetle, 2006, citado por Everest, 2014).

Outra abordagem possível numa pesquisa de investigação é a abordagem qualitativa de origem construtivista que é determinada por Oliveira e Ferreira (2014, p. 90), como sendo uma abordagem que “advoga que os fenômenos são melhor compreendidos quando enquadrados no contexto em que ocorrem e deste modo, o foco incide na compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas próprias ações” e é desta forma considerada “uma abordagem interpretativa e subjetiva, que privilegia a indução, ou seja, a explicação de fenômenos particulares como forma de perceber o geral”. Em alternativa, Dawson (2002) entende, que as pesquisas qualitativas (pesquisa-ação, etnografia, pesquisa feminista e teoria fundamentada) exploram atitudes, comportamentos e experiências. Desta forma, Saunders et al. (2009, p. 151) entendem que a abordagem qualitativa é usada predominantemente como sinónimo de qualquer técnica de coleta de dados (como entrevista) ou procedimento de análise de dados (como categorização de dados) que gere ou use dados não numéricos.

No entendimento de Augusto (2014, p. 2), considera que por vezes, parece que estar do lado das metodologias quantitativas implica, tão só, preferir usar inquéritos e análises estatísticas para investigar a realidade, e que estar do lado das metodologias qualitativas significa optar por histórias de vida ou entrevistas em profundidade. Desta forma, a pesquisa e a metodologia não podem ser confundidas com as técnicas de investigação, nem são estas que definem a natureza da pesquisa (Augusto, 2014, p. 2). E sendo assim, não se pode escolher uma metodologia por uma mera questão de preferência, ao invés, a escolha terá de estar relacionada com as questões que o investigador coloca, com a natureza do que se pretende conhecer, com o tipo de respostas que espera providenciar (Augusto, 2014, p. 2). Desta forma, a opção por uma metodologia quantitativa ou qualitativa tem de estar de acordo

tanto com os objetivos da pesquisa como com os atributos dos objetos em estudo (Augusto, 2014, p. 2). Dentro desta mesma linha de pensamento, Dawson (2002) entende que a metodologia de pesquisa é diferente dos métodos de pesquisa (ferramentas usadas para coletar dados como questionários, entrevistas).

Assim sendo, o desenvolvimento e a elaboração deste trabalho de investigação, cujo foco central é determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores, será adequada e determinante a aplicação de uma metodologia quantitativa, uma vez que, este estudo pretende “estabelecer e provar as relações entre as variáveis que são definidas de forma operacional, isto é, de forma a poderem ser quantificadas direta ou indiretamente” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 89), uma vez que se pretende avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente e avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente. Desta forma o que se pretende nesta investigação é proceder a uma mensuração que é considerada uma característica fundamental da abordagem quantitativa (Oliveira & Ferreira, 2014).

Por outro lado, Hill e Hill (2016) consideram que para que a teoria possa prosseguir, as ciências sociais fazem-se valer de dois tipos de abordagem nomeadamente o processo indutivo e o processo dedutivo. Em complemento, Saunders, Lewis e Thornhill, (2009) referem que uma investigação pode seguir uma abordagem dedutiva ou indutiva ou então optar por uma abordagem mista ou seja combinando a dedução e a indução dentro da mesma investigação.

A abordagem dedutiva (teoria do teste), envolve o desenvolvimento de uma teoria que é submetida a um teste rigoroso (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009). Segundo Saunders, Lewis e Thornhill (2009), a dedução possui várias características importantes, nomeadamente passa da teoria para os dados, procura explicar as relações causais entre as variáveis, procede a uma coleta de dados quantitativos e aplica controles para garantir a validade dos dados e procede à operacionalização de conceitos para garantir clareza de definição. Para além disso, trata-se de uma abordagem altamente estruturada e verifica-se uma independência do investigador do que está sendo investigado, e demonstra-se necessário selecionar amostras de tamanho suficiente para generalizar as conclusões (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009, p. 127). Em contrapartida, o processo indutivo é um

processo de generalização em que observações específicas (dados empíricos) são utilizadas para criar uma teoria (Hill & Hill, 2016, p. 26).

Neste caso, a investigação em causa vai seguir uma abordagem dedutiva uma vez que, a mesma desenvolve uma teoria e hipótese (hipóteses) e desenvolve uma estratégia de pesquisa para testar a hipótese (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009, p.124). Nesta investigação não se aplica uma abordagem indutiva pois neste caso não se desenvolve uma teoria em função dos resultados da análise dos dados obtidos por intermédio da coleta de dados (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009, p. 124).

Para além disso, importa referir que existe uma multiplicidade de métodos de pesquisa, nomeadamente o experimental, o bibliográfico, o documental, o estudo de caso, a investigação-ação, o extensivo, o de levantamento e o etnográfico (Oliveira & Ferreira, 2014). Dentro desta mesma linha de pensamento, Saunders et al. (2009) entendem que existem uma multiplicidade de estratégias de pesquisa nomeadamente, o experimental, o *survey*, o estudo de caso, a pesquisa-ação, a teoria fundamentada, a etnografia e a pesquisa de arquivo. Segundo estes últimos, nenhuma estratégia de pesquisa é inerentemente superior ou inferior a qualquer outra. A estratégia de pesquisa deve de ser escolhida em função das questões de pesquisa e objetivos, da dimensão do conhecimento existente, da quantidade de tempo e de outros recursos disponíveis, bem como dos seus próprios fundamentos filosóficos (Saunders et al., 2009).

Em alternativa, Gil (2008) entende que em função do objetivo geral da pesquisa, existem três grupos de pesquisa, nomeadamente as pesquisas exploratórias, as pesquisas descritivas e as pesquisas explicativas. Dentro desta mesma linha de pensamento, Saunders et al. (2009) consideram que existem três principais métodos de pesquisa na literatura nomeadamente as pesquisas exploratórias, as descritivas e as explicativas.

Por outro lado, Dos Santos (2016, p. 5) entende que existem dois grandes “grupos de delineamentos” nomeadamente, o grupo que se apoia em informações impressas (procedentes de livros, revistas, documentos impressos ou eletrônicos), e o grupo que recorre a informações obtidas por intermédio de pessoas ou experimentos. Desta forma, temos o primeiro grupo que se sobressai pela pesquisa bibliográfica e documental e o segundo grupo, realça-se pela pesquisa experimental nomeadamente a pesquisa *ex-post facto*, o levantamento, o estudo de caso, a pesquisa-ação e a pesquisa participante (Dos Santos, 2016, p. 5). Em contrapartida, Raupp e Beuren (2006) agruparam as tipologias de delineamentos

de pesquisas em três categorias nomeadamente a pesquisa quanto aos objetivos, que contempla a pesquisa exploratória, descritiva e explicativa, a pesquisa quanto aos procedimentos, que aborda o estudo de caso, o levantamento, a pesquisa bibliográfica, a documental, a participante e a experimental e a pesquisa quanto à abordagem do problema, que compreende a pesquisa qualitativa e a quantitativa.

De acordo com a perspectiva defendida por Oliveira e Ferreira (2014, p. 94) e tendo em conta que este trabalho de investigação tem como intuito compreender o efeito de uma ou várias variáveis, desenvolvendo procedimentos de recolha de informação em que se assegura o controlo de sujeitos, ambiente e variáveis manifesta-se pertinente a aplicação do método experimental. De acordo com Oliveira e Ferreira (2014, p. 103), definem os métodos experimentais como uma observação direta baseada no estudo de fenómenos naturais ou sociais, mediante o uso dos sentidos do investigador, com ou sem ajuda de aparatos técnicos. Dentro da mesma linha de pensamento de acordo com Dos Santos (2016, p. 7), a pesquisa experimental, também denominada de pesquisa empírica, faz-se valer de um experimento (modelo da realidade pesquisada) para testar e validar hipóteses. Nesta pesquisa, estabelece-se um objeto de estudo, identifica-se que variáveis participam e/ou interferem no processo, verifica-se a existência (ou não) de relações de dependência entre as variáveis, e, em uma outra etapa (geralmente denominada de pesquisa aplicada), analisa-se a sua aplicabilidade prática, ou seja, de que modo esta pesquisa pode ser utilizada para interferir na realidade (Dos Santos, 2016, p. 7). Segundo Dos Santos (2016, p. 8), tal como anteriormente referido, defende também no âmbito da pesquisa experimental o levantamento que tem como característica principal a interrogação direta de pessoas sobre um determinado assunto, por meio de um questionário. Desta forma, os dados coletados são convertidos em números que, após serem analisados e avaliados, fomentam conclusões que são generalizadas para todo o universo da pesquisa (Dos Santos, 2016, p. 8).

Em contrapartida, de acordo com a perspectiva de Saunders et al. (2009), manifesta-se pertinente a aplicação de uma pesquisa explicativa uma vez que estamos na presença de um estudo que estabelece relações causais entre as variáveis. Sob o mesmo ponto de vista, tendo em consideração, o agrupamento efetuado por Raupp e Beuren (2006) relativamente às tipologias de delineamentos de pesquisas, este trabalho de investigação enquadrar-se-ia numa pesquisa explicativa tendo em conta os seus objetivos e caberá também na categoria

do experimental tendo em conta os procedimentos por fim encaixara-se igualmente num paradigma quantitativo devido a abordagem do problema.

Em suma, para o desenvolvimento e a elaboração deste trabalho de investigação, cujo foco central é determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores, será adequada e pertinente a aplicação de uma metodologia quantitativa, uma vez que, este estudo pretende avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente e avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente e desta forma será também adequado seguir uma abordagem dedutiva uma vez que, a mesma desenvolve uma teoria e hipótese (hipóteses) e desenvolve uma estratégia de pesquisa para testar a hipótese (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009, p.124). Para além disso, tendo em consideração, o agrupamento efetuado por Raupp e Beuren (2006) relativamente às tipologias de delineamentos de pesquisas, este trabalho de investigação enquadra-se numa pesquisa explicativa, tendo em conta os seus objetivos e caberá também na categoria do experimental tendo em conta os seus procedimentos.

Na subseção seguinte, serão tratadas as técnicas de recolha de dados.

## 4.2.TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

“Após a fase inicial de escolha do objetivo de uma pesquisa (pesquisa exploratória ou descritiva ou explicativa), segue-se uma outra fase, em que nós teremos que escolher os procedimentos técnicos e/ou metodológicos para efetivamente conduzir a pesquisa” (Dos Santos, 2016, p. 5).

Gil (2008), entende que o elemento mais preponderante da fase de delineamento é a coleta de dados. Dentro desta mesma linha de pensamento, Oliveira e Ferreira (2014, p. 109) entendem que a recolha de dados é considerada como uma das fases imprescindíveis do processo de pesquisa, “no caminho do problema à solução”. Não obstante, o tipo de dados a recolher resulta, maioritariamente, dos métodos de pesquisa escolhidos. O teste da solução avançada no modelo de análise estabelece-se por intermédio da observação (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 109).

A variedade de ferramentas que possibilitam recolher dados da realidade é muito heterogénea. Uma classificação simples, sugerida por Bravo (2001, citado por Oliveira & Ferreira, 2014), divide as ferramentas em três grupos nomeadamente de observação direta

(simples ou experimental), de observação documental e de observação com recurso a inquérito (entrevista, questionário, *focus group*).

Em suma, esta presente investigação adotará um inquérito por questionário de forma a avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente e avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente.

Na subsecção seguinte, será tratado o inquérito por questionário.

#### 4.2.1. Inquérito por Questionário

De forma a proceder à recolha de dados dos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade para tentar determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores, esta investigação recorrerá e aplicará e desta forma procederá ao envio dos inquéritos por questionário para os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade. Assim sendo, no decorrer desta investigação, estabeleceu-se um contacto com a Diretora de Operações e o Diretor-Geral da Clínica de Saúde da Vitalidade e, por conseguinte, foi informado por parte dos mesmos que os inquéritos por questionários teriam de ser feitos *in loco*, na Clínica de Saúde da Vitalidade, sendo que a logística (horário, local) seriam combinados com as equipas da Clínica de Saúde da Vitalidade caso houvesse luz verde por parte da mesma.

E desta forma, de maneira a obter consentimento para a realização deste estudo e consequentemente ser validado internamente, foi solicitado uma entrevista com a Diretora de Operações e o Diretor-Geral da Clínica de Saúde da Vitalidade, procedendo à partilha da memória descritiva da tese, bem como a descrição dos inquéritos que se pretende realizar aos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade (objetivos, formato de recolha de informação, etc.). E foi informado que durante a recolha de dados, se deve assegurar o cumprimento de todas as regras relacionadas com a proteção de dados pessoais, previstas no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Assim sendo, antes de distribuir e aplicar os inquéritos por questionário na Clínica de Saúde da Vitalidade de forma a minimizar a existência de eventuais erros de amostragem e de medição procedera-se à aplicação de um pré teste (e revisão) a uma quinzena de amigos e familiares que sejam clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade.

O inquérito deve de ser percebido como “uma forma de questionar ou interrogar os sujeitos ou protagonistas dos acontecimentos ou factos em estudo”. O formato da interrogação pode variar entre o inquérito por questionário, por entrevista ou por focus group (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 111). Dentro desta mesma linha de pensamento, de acordo com Ghigliione e Matalon (2001, citado por Oliveira & Ferreira, 2014), o inquérito por questionário pode ser determinado como uma interrogação particular relativa a uma situação abrangendo indivíduos, com o propósito de generalizar. Em alternativa Oliveira e Ferreira (2014, p. 112) consideram o inquérito por questionário “uma técnica de recolha de dados rigorosamente padronizada, tanto no texto das questões e das repostas como na sua ordem, de maneira a garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos”. A finalidade do inquérito por questionário consiste em alcançar de forma sistemática e ordenada informação sobre uma determinada população a investigar, ou seja, aquilo que “fazem, pensam, opinam, sentem, aprovam ou desaprovam, os motivos dos seus atos” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 112).

De acordo com Dawson (2002, p. 31), existem três tipos básicos de questionário nomeadamente o fechado, aberto ou uma combinação de ambos. O questionário fechado é utilizado para gerar estatísticas em pesquisas quantitativas. Os questionários fechados podem ser usados para “descobrir quantas pessoas usam um serviço”. Ao invés, os questionários abertos são usados em pesquisas qualitativas, embora alguns investigadores quantificam as respostas durante a fase de análise. Os questionários abertos podem ser usados para “descobrir o que as pessoas pensam sobre um serviço”. No entanto, muitos investigadores têm a tendência a usar uma combinação de perguntas abertas e fechadas. Muitos questionários iniciam com uma sequência de perguntas fechadas, com caixas para assinalar ou escalas para classificar e terminam com uma seção de perguntas abertas para respostas mais detalhadas (Dawson, 2002, p. 31).

Para além disso, de acordo com Saunders et al. (2009, p. 362) entendem que existem questionários autoaplicáveis (geralmente preenchidos pelos respondentes) e questionários aplicados pelo entrevistador (registados pelo entrevistador com base na resposta de cada entrevistado). Desta forma, os questionários autoaplicáveis são distribuídos eletronicamente usando a internet (questionários mediados pela internet), ou intranet (questionários mediados pela intranet) ou enviados aos respondentes que os devolvem pelo correio após o preenchimento (questionários por correio) ou entregues à mão a cada inquirido e recolhidos

posteriormente (entrega e recolha de questionários). Para além disso, Saunders et al. (2009) reconhecem existir questionários preenchidos por telefone (conhecidos como questionários telefónicos).

De forma a dar resposta à dissertação de Mestrado denominada de “Fidelização dos Clientes nos Hospitais Privados- A Perspetiva dos Clientes do Grupo Hospital Particular do Algarve” e de modo a seguir as recomendações relativamente à sugestões de investigações futuras para um estudo semelhante com a participação de mais hospitais com tipologias distintas e noutras áreas geográficas, de modo a aferir se as características da fidelização variam tendo em conta a zona geográfica (Gonçalves, 2013), optou-se por seguir parte de questionário já existente, desenvolvido por Gonçalves (2013), adaptado (e não replicado) com algumas alterações efetuadas ou seja, tirando proveito das questões relacionadas com a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação e a fidelização, mas acrescentando ao presente estudo, novas questões no que tange ao *word of mouth*.

Em suma, tendo em conta o objetivo principal desta investigação, manifesta-se o mais adequado e pertinente adotar um inquérito por questionário e desta forma a investigação contará com um inquérito por questionário compreendendo uma multiplicidade de perguntas fechadas. O inquérito por questionário será distribuído e preenchido pelos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade *in loco* (nas instalações da Clínica de Saúde da Vitalidade) durante os meses de abril e maio de 2022 de forma a determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores.

Na subseção seguinte, será tratado o tamanho e seleção da amostra.

#### 4.3.TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

De acordo com Hill e Hill (2016), qualquer que seja a investigação empírica a mesma requer uma recolha de dados. Hill e Hill (2016, p. 41) definem os dados como “informação na forma de observações, ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de entidades”. Nas ciências sociais é bastante corrente denominarmos estas entidades por “casos da investigação”. Os casos podem ser pessoas singulares, famílias, empresas, concelhos, ou qualquer tipo de entidade para a qual o investigador manifesta intenção de extrair conclusões com base na informação concedida. Desta forma, denominamos de população ou universo ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende extrair as devidas conclusões (Hill & Hill, 2016, p. 41).

Desta forma, esta investigação tem uma dimensão do Universo de 75000 clientes de acordo com o objetivo da investigação (determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores), uma vez que é o objetivo de investigação que define a natureza e a dimensão do Universo (Hill & Hill, 2016, p. 42). Em contrapartida, por vezes, ocorre, que o investigador não dispõe de tempo e de recursos suficientes para recolher e analisar dados para cada um dos casos do Universo pelo que, neste caso em concreto só é viável ter em consideração uma parte dos casos que compõem o Universo no qual denominamos de amostra (Hill & Hill, 2016, p. 42).

No entendimento de Hill e Hill (2016, p. 28) definem a amostra de casos “como o grupo de casos utilizado numa investigação empírica”. De acordo com estes últimos, é importante ter em conta a dimensão da amostra utilizada (número de casos) e o tipo de amostra, ou seja, saber se amostra foi uma amostra por “conveniência”, uma “amostra aleatória simples”, uma “amostra estratificada”.

De acordo com Dawson (2002, p. 48), existem dois tipos principais de amostra nomeadamente as amostras de probabilidade e as amostras intencionais. Nas amostras probabilísticas, todas as pessoas, dentro da população de pesquisa tem uma probabilidade (oportunidade) específica de serem selecionadas. Este tipo de amostras é usado quando o investigador pretende explicar, prever ou generalizar para toda a população de pesquisa. Somente dentro das amostras aleatórias, os participantes têm a mesma probabilidade (oportunidade) de serem selecionados. (Dawson, 2002). Ao invés, as amostras intencionais são usadas se a generalização não for o objetivo (Dawson, 2002). Dentro dessa mesma linha de pensamento, Saunders et al. (2009, p. 213) consideram que existem dois tipos de técnicas de amostragem nomeadamente a amostragem probabilística ou representativa e a amostragem não probabilística ou de julgamento. Com as amostras de probabilidade, a oportunidade, ou a probabilidade, de cada caso ser selecionado da população é conhecida e geralmente é igual para todos os casos. Ao invés, para as amostras não probabilísticas, a probabilidade de cada caso ser selecionado da população total não é conhecida e é impossível responder às questões de pesquisa ou abordar objetivos que exijam inferências estatísticas sobre as características da população. Sob o mesmo ponto de vista, Hill e Hill (2016, p. 45) reconhecem que os métodos para escolher uma amostra podem ser agregados em duas famílias nomeadamente os métodos de amostragem causal (métodos probabilísticos) e métodos de amostragem não causal (métodos não probabilísticos).

De acordo com Hill e Hill (2016, p. 45), os métodos de amostragem causal são “preferíveis quando o investigador pretende extrapolar (generalizar) com confiança para o Universo os resultados obtidos a partir da amostra”. “A utilização deste método tem duas grandes vantagens tais como demonstrar a representatividade da amostra e estimar (estatisticamente o grau de confiança) com o qual as conclusões tiradas da amostra se aplicam ao universo”. Em contrapartida, Hill e Hill (2016, p. 49), consideram que “os métodos de amostragem não causal não são aconselháveis quando se pretende extrapolar para o Universo os resultados e conclusões obtidos com a amostra, mas podem ser úteis no início de uma investigação (testar as primeiras versões de um questionário)”.

Os métodos mais correntes de amostra causal são nomeadamente a amostragem aleatória simples, a amostragem sistemática, a amostragem por cluster, a amostragem multi-estápica, e abordagem multi-fásica (Hill & Hill, 2016).

Os métodos mais comuns de amostragem não-causal são nomeadamente a amostragem por conveniência e a amostragem por quotas (Hill & Hill, 2016, p. 49).

Relativamente ao tamanho da amostra, na perspetiva de Dawson (2002), depende do tipo de pesquisa. Para uma pesquisa quantitativa de grande escala, demonstra-se necessário considerar um maior número de pessoas do que nas pequenas pesquisas qualitativas. Numa pesquisa quantitativa, quanto maior for a amostra, mais exatos e corretos serão os resultados. No entanto é preciso ter consciência das não respostas e desta forma, pode se tornar necessário escolher uma proporção maior da população de pesquisa.

No entendimento de Hill e Hill (2016, p. 53), para determinar o tamanho da amostra podemos optar por três tipos de abordagens nomeadamente o “caminho do esforço mínimo”, a estimação por meio das “Regras do polegar” (*Rules of thumb*) e a estimação por meio da “análise da potência” (*power analysis*). Em alternativa, de acordo com Dawson (2002), nas pesquisas quantitativas, os investigadores podem se fazer valer de métodos estatísticos de forma a escolher o tamanho da amostra necessária.

Assim sendo neste presente estudo, o investigador tenciona é analisar os dados da amostra, tirar conclusões, e extrapolar as conclusões para o Universo, mas tal implica escolher uma amostra representativa, ou seja, a amostra e o Universo têm de ser muito semelhantes em termos de características relevantes ao estudo. Por outras palavras, “uma amostra ideal deve de ser o microcosmo do Universo” (Hill & Hill, 2016, p. 42).

Em síntese, nesta investigação em específico, a população alvo é concebida por pessoas que recorrem e usufruem dos serviços de saúde prestados pela Clínica de Saúde da Vitalidade, ou seja, os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade (75000 clientes). Esta investigação irá recorrer a uma técnica de amostragem causal (probabilística) uma vez que nesta investigação procura-se extrapolar (generalizar) com confiança para o Universo os resultados obtidos a partir da amostra e sendo assim, a amostra será escolhida por intermédio de uma amostragem aleatória simples uma vez que se pretende que “quando se retirar uma amostra de  $n$  casos diferentes a partir de um Universo com  $N$  casos, todas as amostras possíveis de tamanho  $n$  devem ter a mesma probabilidade de serem retiradas do Universo e para além disso, cada um dos  $N$  casos do Universo terem a mesma probabilidade de ser incluído na amostra retirada” (Hill & Hill, 2016, p. 45). Assim sendo, nesta presente investigação de forma a obter o tamanho da amostra necessário, recorrer-se-á ao *Raosoft* (uma calculadora do tamanho da amostra), aplicando uma margem de erro de 5% e um nível (intervalo) de confiança de 95% (Raosoft, 2004). Desta forma, esta presente investigação contará com um tamanho de amostra de 383 clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade.

Na subseção seguinte, será tratada a estrutura e escalas do inquérito por questionário.

#### 4.4. ESTRUTURA E ESCALAS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Posteriormente, para cada variável da presente investigação, tendo em consideração as questões e instrumentos utilizados no inquérito por questionário pertencente à dissertação de Mestrado denominada de “Fidelização Dos Clientes nos Hospitais Privados- A Perspetiva dos Clientes do Grupo Hospital Particular do Algarve” serão apresentadas as questões e escalas a aplicar para proceder a uma medição de uma multiplicidade de variáveis em estudo, de modo a seguir as recomendações relativas às sugestões de investigações futuras para um estudo semelhante com a participação de mais hospitais com tipologias distintas e noutras áreas geográficas, de modo a aferir se as características da fidelização variam tendo em conta a zona geográfica (Gonçalves, 2013).

Assim sendo, de forma há existir uma maior coerência e conformidade em termos comparativos entre estas duas investigações (a investigação do Hospital Particular do Algarve e a investigação da Clínica de Saúde da Vitalidade), optou-se por seguir parte de questionário já existente, desenvolvido por Gonçalves (2013), adaptado e não replicado (indo aos autores e fontes originais escolhidas por Gonçalves, 2013) com algumas alterações

efetuadas, ou seja, tirando proveito das questões relacionadas com a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação e a fidelização mas acrescentando à presente investigação, novas questões no que tange ao *word of mouth*.

As afirmações a adotar para proceder a uma medição da variável da qualidade do serviço percebida são:

1.1 A Clínica de Saúde da Vitalidade estava bem organizada.

1.2 A qualidade global do serviço manteve-se durante todo o contacto com a Clínica de Saúde da Vitalidade.

1.3 O nível de qualidade do serviço da Clínica de Saúde da Vitalidade foi aceitável quando comparado com outros hospitais ou clínicas.

1.4 Os colaboradores da Clínica da Saúde da Vitalidade foram sempre corteses e amigáveis.

1.5 A equipa médica da Clínica de Saúde da Vitalidade acertou no diagnóstico e no tratamento.

As afirmações acima expostas alusivas à qualidade do serviço percebida foram extraídas e adaptadas do estudo desenvolvido por Moliner (2009, p.84), que avalia os antecedentes da fidelização nos serviços de saúde, mais especificamente em dois hospitais espanhóis. O objetivo do estudo desenvolvido por Moliner (2009) é justificar o papel central desempenhado pela perceção do valor de pós-compra e qualidade de relacionamento na explicação dos comportamentos/intenções de fidelização. Moliner (2009), no seu estudo desenvolvido recorreu a uma seleção de amostra aleatória constituída por pacientes com mais de 18 anos de idade e que aguardavam atendimento num dos dois hospitais acima citados e que tivessem recorrido aos serviços externos e/ou de hospitalização de qualquer um destes dois hospitais pelo menos três vezes nos últimos dois anos. Segundo Moliner (2009), de forma a medir o valor funcional percebido, recorreu à aplicação da Escala de *GLOVAL* que através de 16 itens mede as instalações, a qualidade do produto/serviço, o profissionalismo da equipa e os custos económicos. No entanto, na presente investigação, apenas nos interessa retirar a variável da qualidade do serviço percebida e a variável dos custos económicos. Segundo Moliner (2009), a confiabilidade composta por todas as escalas à nível individual é satisfatória, apontando para a variável da qualidade do serviço percebida

do hospital um alfa de *cronbach* de 0,86. De forma a medir a variável da qualidade do serviço percebida adotou-se nesta presente dissertação uma escala de *Likert* de 7 pontos (1=discordar totalmente e 7= concordar totalmente).

As afirmações a adotar para proceder a uma medição da variável do preço adequado são:

2.1 O preço que paguei valeu a pena pelo serviço que me foi prestado na Clínica de Saúde da Vitalidade.

2.2 O custo do serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade não foi elevado.

2.3 O serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade foi adequado pelo que paguei.

As afirmações acima expostas alusivas ao preço adequado foram extraídas e adaptadas do estudo desenvolvido por Moliner (2009, p. 84), que avalia os antecedentes da fidelização nos serviços de saúde, mais especificamente em dois hospitais espanhóis. Tal como referido anteriormente, segundo Moliner (2009), a confiabilidade composta por todas as escalas a nível individual é satisfatória, apontando para a variável do preço adequado um alfa de *cronbach* de 0,91. De forma a medir a variável do preço adequado adotou-se na presente dissertação uma escala de *Likert* de 7 pontos (1=discordar totalmente e 7= concordar totalmente).

As afirmações a adotar para proceder a uma medição da variável da satisfação são:

3.1 Fiquei satisfeito(a) com a minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade.

3.2 A minha visita à Clínica de Saúde da Vitalidade alterou para melhor a minha perspetiva sobre os hospitais ou clínicas privadas.

3.3 A minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade foi acertada.

3.4 Sinto-me mal em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.

3.5 Procedi bem em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.

3.6 Não estou contente por ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.

As afirmações acima expostas alusivas à variável da satisfação, foram extraídas e adaptadas do estudo desenvolvido por Oliver (1980, p. 463), que avalia a satisfação no serviço da saúde, mais especificamente na área da vacinação. O objetivo principal do estudo desenvolvido por Oliver (1980) foi proporcionar um teste mais substancial e simultâneo da relação entre a expectativa, a desconformação, a satisfação e os critérios tradicionais de atitude e intenção de compra do que tem sido realizado até à data. De forma a medir a variável da satisfação adotou-se na presente dissertação uma escala de *Likert* de 7 pontos (1=discordar totalmente e 7= concordar totalmente) constituída por 6 itens de conteúdo emocional nomeadamente de satisfação total do inquirido, de arrependimento, de felicidade e sentimentos gerais sobre a decisão de recorrer ou não à Clínica de Saúde da Vitalidade. O coeficiente de confiabilidade alfa desta escala sobre todas as matérias foi de 0,82.

As afirmações a adotar para proceder a uma medição da variável do *word of mouth* são:

- 4.1 Para assegurar que escolho a clínica ou hospital adequado, reparo com frequência no que os outros escolhem e usam.
- 4.2 Se tenho pouco experiência acerca de uma clínica ou hospital, tendo a questionar os meus amigos.
- 4.3 Recolho com frequência informação junto de outras pessoas antes de escolher uma clínica ou hospital.
- 4.4 Recorro com frequência à opinião de amigos ou familiares para me aconselharem na escolha de uma clínica ou hospital.

As afirmações acima expostas alusivas ao *word of mouth* foram extraídas e adaptadas do estudo desenvolvido por Bearden, Netemeyer e Teel (1989, p. 477). O estudo desenvolvido por estes últimos tinha como objetivo desenvolver uma escala para avaliar e medir a suscetibilidade do consumidor perante as influências interpessoais, abordando duas dimensões notadamente, a normativa (para a variável de conformidade de grupo) e a informacional (para a variável do *word of mouth*). Por conseguinte, apesar da variável normativa resultar numa correlação mais forte com a suscetibilidade do consumidor face a influências interpessoais em prejuízo da variável informacional, esta presente investigação optou por esta última variável (variável informacional) em vez da variável normativa de

modo a enriquecer e diferenciar a própria investigação da Dissertação de Mestrado denominada de “Fidelização dos Clientes nos Hospitais Privados- A Perspetiva dos Clientes do Grupo Hospital Particular do Algarve” que optou pela dimensão normativa (variável da conformidade de grupo). As afirmações acima referidas são relativas somente à dimensão informacional. A escala apresenta um alfa *Cronbach* de 0.82. De forma a medir a variável do *word of mouth* (dimensão informacional) adotou-se na presente dissertação uma escala de *Likert* de 7 pontos (1=discordar totalmente e 7= concordar totalmente) constituída por cinco itens informativos.

As afirmações a adotar para proceder a uma medição da variável da fidelização são:

5.1 Transmito informações positivas acerca da Clínica de Saúde da Vitalidade a outras pessoas.

5.2 Recomendo a Clínica de Saúde da Vitalidade a pessoas que procuram o meu conselho.

5.3 Encorajo familiares e amigos a recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade.

5.4 Considero a Clínica de Saúde da Vitalidade a primeira escolha quando necessito de serviços de saúde.

5.5 Pretendo recorrer a esta clínica no futuro.

As afirmações acima expostas alusivas à variável da fidelização foram extraídas e adaptadas do estudo desenvolvido por Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996, p. 38), que avalia os antecedentes da fidelização na área dos serviços nomeadamente a qualidade do serviço percebida, adaptando-as ao contexto hospitalar. De acordo com Zeithaml et al. (1996), mais importante de que perceber a relação entre a qualidade dos serviços e a lucratividade é focar-se em compreender a relação entre a qualidade dos serviços e as intenções comportamentais. A escala da fidelização é constituída por 5 itens de intenções comportamentais favoráveis com uma excelente consistência interna. Desta forma, segundo Zeithaml et al. (1996), a confiabilidade da escala é considerada excelente, apontando para a variável da fidelização um alfa de *cronbach* que vai de 0,93 a 0.94 nas quatro empresas que foram objeto de estudo para Zeithaml et al. (1996). De forma a medir a variável da fidelização adotou-se na presente dissertação uma escala de *Likert* de 7 pontos (1=discordar totalmente e 7= concordar totalmente).

Em suma, assim sendo, tendo em conta o objetivo principal desta investigação, manifesta-se o mais adequado e pertinente adotar um inquérito por questionário e desta forma, a investigação contará com um inquérito por questionário dividido em duas partes, uma parte dividida em cinco subgrupos com o objetivo de avaliar a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação, o *word of mouth* e a fidelização dos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade e outra parte destinada à caracterização dos inquiridos (características sociodemográficas) no que diz respeito ao sexo, à idade, à nacionalidade, ao local de residência, à situação profissional, ao nível de escolaridade, à detenção de seguro ou subsistema de saúde, e à frequência com que recorreu à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021 compreendendo uma multiplicidade de perguntas fechadas de forma a avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente; avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente de modo a determinar quais os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores. Desta forma, procedeu-se à adoção e à aplicação dos estudos realizados por Bearden, Netemeyer e Teel (1989), Moliner (2009), Oliver (1980), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) para a implementação das questões e escalas a adotar e a incorporar nesta presente investigação. Assim sendo, de forma a medir as múltiplas variáveis em estudo adotou-se na presente dissertação uma escala de *Likert* de 7 pontos para cada uma das variáveis em investigação (1=discordar totalmente e 7= concordar totalmente).

Apresentadas a metodologia, técnicas de recolha de dados, inquérito por questionário, tamanho e seleção da amostra e estrutura e escalas do inquérito por questionário, no capítulo seguinte serão expostos a análise e discussão de dados.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Na presente seção serão analisadas de forma calculosa as respostas provenientes dos inquéritos por questionário realizados a 383 clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade. Neste ponto será concebida a caracterização da amostra, com o objetivo de compreender verdadeiramente que tipo de inquiridos estão expostos nas amostras. Posteriormente, proceder-se-á a uma análise descritiva das frequências, tendo como base as questões proferidas na metodologia, com o intuito de entender quais as respostas mais escolhidas pelos inquiridos, seguida de uma análise fatorial realizada no *SPSS*, bem como, de uma multiplicidade de testes de hipóteses, nomeadamente, o Teste t de amostras independentes, a análise correlacional de *Spearman* e Teste de *Kruskal-Wallis*.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Podemos afirmar, através da consulta das tabelas apresentadas *infra*, que a maioria dos inquiridos são do sexo feminino (56,4%), enquanto os restantes são do sexo masculino (43,6%).

**Tabela 1:** Distribuição da amostra quanto ao sexo

		Sexo	
		Frequência	Percentagem válida
Válido	Feminino	216	56,4
	Masculino	167	43,6
	Total	383	100,0

Relativamente à idade, podemos constatar, através da tabela que se segue, que grande parte dos inquiridos se situam na classe de idades entre os 35-44 (24,8%), seguida da classe de idades entre os 45-54 (21,7%), seguida da classe de idades entre os 55-64 (17,8%), seguida da classe de idades de mais de 65 anos (15,1%), seguida da classe de idades entre os 25-34 (12,3%) e da classe de idades entre os 18-24 (8,4%).

**Tabela 2:** Distribuição da amostra quanto à idade

		<b>Idade</b>	
		Frequência	Percentagem válida
Válido	18-24 anos	32	8,4
	25-34 anos	47	12,3
	35-44 anos	95	24,8
	45-54 anos	83	21,7
	55-64 anos	68	17,8
	Mais de 65 anos	58	15,1
	<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à nacionalidade, podemos constatar, através da tabela que se segue, que a esmagadora maioria dos inquiridos são de nacionalidade portuguesa (94,8%) seguida de outras nacionalidades (5,2%).

**Tabela 3:** Distribuição da amostra quanto à nacionalidade

		<b>Nacionalidade</b>	
		Frequência	Percentagem válida
Válido	Portuguesa	363	94,8
	Outra	20	5,2
	<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao local de residência, podemos constatar, através da tabela que se segue, que grande parte dos inquiridos residem no Norte de Portugal (82,5%), seguida do Centro de Portugal (9,9%), seguida Sul de Portugal (4,2%), seguida de fora de Portugal (2,6%) e seguida do Arquipélago da Madeira ou Açores (0,8%).

**Tabela 4:** Distribuição da amostra quanto ao local de residência

		<b>Local de residência</b>	
		Frequência	Percentagem válida
Válido	Norte de Portugal	316	82,5
	Centro de Portugal	38	9,9
	Sul de Portugal	16	4,2
	Arquipélago da Madeira ou Açores	3	,8
	Fora de Portugal	10	2,6
	<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito à situação profissional, podemos compreender, por meio da tabela que se apresenta abaixo, que: 52,2% dos inquiridos corresponde a trabalhadores por conta de outrem; 17,5% dos inquiridos trabalham por conta própria; apenas 6,8% dos inquiridos encontram-se desempregados; 7,0% corresponde a estudantes; e por fim, 16,4% dos inquiridos alegam estarem reformados.

**Tabela 5:** Distribuição da amostra quanto à situação profissional

		<b>Situação profissional</b>	
		Frequência	Percentagem válida
Válido	Trabalhador por conta de outrem	200	52,2
	Trabalhador por conta própria	67	17,5
	Desempregado	26	6,8
	Estudante	27	7,0
	Reformado	63	16,4
	<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

No que concerne o nível de escolaridade que caracteriza a amostra, podemos afirmar, por intermédio da tabela que se segue, que: 7,3% correspondem a inquiridos com o 4º ano de escolaridade; 3,7% correspondem a inquiridos com o 6ºano de escolaridade; 7,0% correspondem a inquiridos com 9ºano de escolaridade; 26,1% correspondem a inquiridos com o 12º ano de escolaridade; 55,9% correspondem a inquiridos com o ensino superior.

**Tabela 6:** Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade

		Frequência	Percentagem válida
Válido	4º ano	28	7,3
	6º ano	14	3,7
	9º ano	27	7,0
	12º ano	100	26,1
	Ensino superior	214	55,9
	Total	383	100,0

No que concerne a detenção de seguro de saúde que caracteriza a amostra, podemos afirmar, por intermédio da tabela que se segue, que: 74,4% correspondem a inquiridos com seguro de saúde, seguido de 25,6% dos inquiridos sem seguro de saúde. Dos inquiridos que possuem seguro de saúde, 97,5 % são detentores de um seguro de saúde português e apenas 2,5% dos inquiridos são detentores de um seguro de saúde estrangeiro.

**Tabela 7:** Distribuição da amostra quanto à detenção de seguro de saúde

		Frequência	Percentagem válida
Válido	Sim	285	74,4
	Não	98	25,6
	Total	383	100,0

**Tabela 8:** Distribuição da amostra quanto à nacionalidade do seguro de saúde

		Frequência	Percentagem válida
Válido	Português	278	97,5
	Estrangeiro	7	2,5
	Total	285	100,0
Omisso	99	98	
Total		383	

No que concerne a detenção de um subsistema de saúde, que caracteriza a amostra, podemos afirmar, por intermédio da tabela que se segue, que: 65,3% correspondem a inquiridos sem qualquer tipo de subsistema de saúde, seguido de 34,7% dos inquiridos com um subsistema de saúde.

**Tabela 9:** Distribuição da amostra quanto à detenção de subsistema de saúde

**Possui subsistema de saúde?  
(ADM, ADSE, SAD-GNR, SAD-PSP,  
SNS etc.)**

		Frequência	Percentagem válida
Válido	Sim	133	34,7
	Não	250	65,3
	Total	383	100,0

No que concerne a frequência à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021, que caracteriza a amostra, podemos afirmar, por intermédio da tabela que se segue, que: 53,3% correspondem a inquiridos que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021, seguido de 46,7% dos inquiridos que não recorram à clínica no ano de 2021. Para além disso, por intermédio da tabela que se segue mais abaixo, podemos extrair que a esmagadora maioria dos inquiridos recorreram entre 3 a 5 vezes (43,1%) à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021; seguido de inquiridos que recorreram à clínica 2 vezes (28,4%) e mais de 5 vezes (28,4%).

**Tabela 10:** Distribuição da amostra quanto a ida à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021

**No ano de 2021 recorreu mais  
de uma vez à Clínica de Saúde da  
Vitalidade?**

		Frequência	Percentagem válida
Válido	Sim	204	53,3
	Não	179	46,7
	Total	383	100,0

**Tabela 11:** Distribuição da amostra quanto à frequência de ida à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021

**Se respondeu sim, quantas vezes?**

		Frequência	Percentagem válida
Válido	2 vezes	58	28,4
	3 a 5 vezes	88	43,1
	Mais de 5 vezes	58	28,4
	Total	204	100,0
Omisso	99	179	
Total		383	

## 5.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS

### 5.2.1. Análise descritiva das frequências das afirmações que constituem a qualidade do serviço percebida

Tal como referido supra, o cálculo da variável da qualidade do serviço percebida do consumidor (cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade) tem como base as seguintes afirmações do inquérito por questionário:

1.1 A Clínica de Saúde da Vitalidade estava bem organizada.

1.2 A qualidade global do serviço manteve-se durante todo o contacto com a Clínica de Saúde da Vitalidade.

1.3 O nível de qualidade do serviço da Clínica de Saúde da Vitalidade foi aceitável quando comparado com outros hospitais ou clínicas.

1.4 Os colaboradores da Clínica da Saúde da Vitalidade foram sempre corteses e amigáveis.

1.5 A equipa médica da Clínica de Saúde da Vitalidade acertou no diagnóstico e no tratamento.

Desta forma, procedemos à análise das frequências correspondentes às respostas às perguntas acima expostas. Começando por examinar e explorar as respostas da amostra à questão número 1.1, podemos constatar, com apoio nas tabelas em anexo II, que: 47% dos

inquiridos concordam totalmente que a Clínica de Saúde da Vitalidade estava bem organizada; seguido de 34,5% dos inquiridos que apenas concordam; seguido de 14,9% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 2,9% dos inquiridos que nem concordam nem discordam e seguido de 0,8% dos inquiridos que discordam pouco.

Analisando agora a pergunta número 1.2, podemos confirmar que: a grande maioria dos inquiridos (49,6%) concordam totalmente que a qualidade global do serviço se manteve durante todo o contacto com a Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 37,6% dos inquiridos que concordam; seguido de 9,4% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 2,3% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 0,8% que discordam pouco; seguido de 0,3% dos inquiridos que discordam.

Averiguando agora as respostas à pergunta número 1.3, analisadas pelas tabelas retratadas em anexo II, podemos conferir que: a grande maioria dos inquiridos (53,5%) concordam totalmente que o nível de qualidade do serviço da Clínica de Saúde da Vitalidade foi aceitável quando comparado com outros hospitais ou clínicas; seguido de 31,3% que concordam; seguido de 9,1% que concordam pouco; seguido de 5,2% que nem concordam nem discordam; seguido de 0,8% dos inquiridos que discordam pouco.

Quanto à pergunta número 1.4, podemos retirar, a partir das tabelas expostas em anexo II, as seguintes considerações: a esmagadora maioria dos inquiridos (70,8%) concordam totalmente que os colaboradores da Clínica de Saúde da Vitalidade foram sempre corteses e amigáveis; seguido de 20,6% dos inquiridos que concordam; seguido de 6,8% que concordam pouco; seguido de 1,0% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido 0,5% que discordam pouco; seguido de 0,3% dos inquiridos que discordam.

Examinado as frequências das respostas à pergunta número 1.5, podemos considerar, com base nas tabelas que se apresentam em anexo II que: grande maioria dos inquiridos (53,8%), concordam totalmente que a equipa médica da Clínica de Saúde da Vitalidade acertou no diagnóstico e no tratamento; seguido de 20,4% que concordam; seguido de 16,7% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 7,6% que concordam pouco; seguido de 1% que discordam pouco; seguido de 0,5% dos inquiridos que discordam.

## 5.2.2. Análise descritiva das frequências das afirmações que constituem o preço adequado

Tal como referido supra, o cálculo da variável do preço adequado (cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade) tem como base as seguintes afirmações do inquérito por questionário:

2.1 O preço que paguei valeu a pena pelo serviço que me foi prestado na Clínica de Saúde da Vitalidade.

2.2 O custo do serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade não foi elevado.

2.3 O serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade foi adequado pelo que paguei.

Desta forma, procedemos à análise das frequências correspondentes às respostas às perguntas acima expostas. Começando por examinar e explorar as respostas da amostra à questão número 2.1, podemos constatar, com apoio nas tabelas em anexo II, que: 39,2% dos inquiridos concordam totalmente que o preço que pagaram valeu a pena pelo serviço que lhes foi prestado na Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 27,7% dos inquiridos que apenas concordam; seguido de 16,7% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 13,6% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 1,0% dos inquiridos que discordam totalmente; seguido de 1,0% que discordam pouco e seguido de 0,8% dos inquiridos que discordam.

Analisando agora a pergunta número 2.2, podemos confirmar que: 25,1% dos inquiridos concordam que o custo do serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade não foi elevado; seguido de 24,3% dos inquiridos que concordam totalmente; seguido de 19,8% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 19,1% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 6,0% que discordam pouco; seguido de 3,4% que discordam; seguido de 2,3% dos inquiridos que discordam totalmente.

Averiguando agora as respostas à pergunta número 2.3, analisadas pelas tabelas retratadas em anexo II, podemos conferir que: 32,9% dos inquiridos concordam totalmente que o serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade foi adequado pelo que pagaram;

seguido de 32,1% que concordam; seguido de 15,9% que concordam pouco; seguido de 15,7% que nem concordam nem discordam; seguido de 2,6% que discordam pouco; seguido de 0,5% que discordam; seguido de 0,3% que discordam totalmente.

### 5.2.3. Análise descritiva das frequências das afirmações que constituem a satisfação

Tal como referido supra, o cálculo da variável da satisfação do consumidor (cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade) tem como base as seguintes afirmações do inquérito por questionário:

3.1 Fiquei satisfeito(a) com a minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade.

3.2 A minha visita à Clínica de Saúde da Vitalidade alterou para melhor a minha perspetiva sobre os hospitais ou clínicas privadas.

3.3 A minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade foi acertada.

3.4 Sinto-me mal em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.

3.5 Procedi bem em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.

3.6 Não estou contente por ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.

Desta forma, procedemos à análise das frequências correspondentes às respostas às perguntas acima expostas. Começando por examinar e explorar as respostas da amostra à questão número 3.1, podemos constatar, com apoio nas tabelas em anexo II, que: 56,7% dos inquiridos concordam totalmente que ficaram satisfeitos com a sua decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 28,7% dos inquiridos que apenas concordam; seguido de 9,1% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 3,4% dos inquiridos que nem concordam nem discordam e seguido de 1,0% dos inquiridos que discordam pouco; seguido de 0,5% que discordam; seguido de 0,5% dos inquiridos discordam totalmente.

Analisando agora a pergunta número 3.2, podemos confirmar que: 30,0% dos inquiridos concordam totalmente que a sua visita à Clínica de Saúde da Vitalidade alterou para melhor a sua perspetiva sobre os hospitais ou clínicas privadas; seguido de 25,8% dos

inquiridos que concordam; seguido de 23,2% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 15,4% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 3,4% que discordam pouco; seguido de 1,6% que discordam; seguido de 0,5% dos inquiridos que discordam totalmente.

Averiguando agora as respostas à pergunta número 3.3, analisadas pelas tabelas retratadas em anexo II, podemos conferir que: a grande maioria dos inquiridos (51,2%) concordam totalmente que a sua decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade foi acertada; seguido de 29,5% que concordam; seguido de 11,0% que concordam pouco; seguido de 6,3% que nem concordam nem discordam; seguido de 1,0% que discordam pouco; seguido de 0,5% discordam; seguido de 0,5% dos inquiridos que discordam totalmente.

Quanto à pergunta número 3.4, podemos retirar, a partir das tabelas expostas em anexo II, as seguintes considerações: a esmagadora maioria dos inquiridos (86,7%) discordam totalmente que se sentem mal por terem recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 7,6% dos inquiridos que discordam; seguido de 2,6% que nem concordam nem discordam; seguido de 1,0% que concordam pouco; seguido de 0,8% de concordam; seguido de 0,8% dos inquiridos que concordam totalmente e seguido de 0,5% dos inquiridos que discordam pouco.

Examinado as frequências das respostas à pergunta número 3.5, podemos considerar, com base nas tabelas que se apresentam em anexo II que: grande maioria dos inquiridos (57,2%), concordam totalmente que procederam bem em terem recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 30,5% que concordam; seguido de 7,3% que concordam pouco; seguido de 3,1% que nem concordam nem discordam; seguido de 1% que discordam pouco; seguido de 0,5% que discordam totalmente; seguido de 0,3% dos inquiridos que discordam.

Quanto à pergunta número 3.6, podemos retirar, a partir das tabelas expostas em anexo II, as seguintes considerações: a esmagadora maioria dos inquiridos (85,1%) discordam totalmente que não se sentem contentes em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 8,1% dos inquiridos que discordam; seguido de 3,9% que nem

concordam nem discordam; seguido de 1,8% que concordam pouco; seguido de 0,8% que concordam totalmente; seguido de 0,3% dos inquiridos que concordam.

#### 5.2.4. Análise descritiva das frequências das afirmações que constituem o word of mouth

Tal como referido supra, o cálculo da variável do *word of mouth* (cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade) tem como base as seguintes afirmações do inquirido por questionário:

4.1 Para assegurar que escolho a clínica ou hospital adequado, reparo com frequência no que os outros escolhem e usam.

4.2 Se tenho pouco experiência acerca de uma clínica ou hospital, tendo a questionar os meus amigos.

4.3 Recolho com frequência informação junto de outras pessoas antes de escolher uma clínica ou hospital.

4.4 Recorro com frequência à opinião de amigos ou familiares para me aconselharem na escolha de uma clínica ou hospital.

Desta forma, procedemos à análise das frequências correspondentes às respostas às perguntas acima expostas. Começando por examinar e explorar as respostas da amostra à questão número 4.1, podemos constatar, com apoio nas tabelas em anexo II, que: 39,7% dos inquiridos discordam totalmente que para assegurar que escolhem a clínica ou hospital adequado, reparam com frequência no que os outros escolhem e usam; seguido de 12,5% dos inquiridos nem concordam nem discordam; seguido de 12,3% dos inquiridos que concordam; seguido de 12,0% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 8,6% dos inquiridos que discordam; seguido de 8,1% concordam totalmente; seguido de 6,8% dos inquiridos que discordam pouco.

Analisando agora a pergunta número 4.2, podemos confirmar que: 22,5% dos inquiridos concordam totalmente que se têm pouca experiência acerca de uma clínica ou hospital tendem a questionar os seus amigos; seguido de 21,9% dos inquiridos que

discordam totalmente; seguido de 20,9% dos inquiridos que concordam; seguido de 14,9% dos inquiridos concordam pouco; seguido de 8,1% que nem concordam nem discordam; seguido de 6,5% que discordam; seguido de 5,2% dos inquiridos que discordam pouco.

Averiguando agora as respostas à pergunta número 4.3, analisadas pelas tabelas retratadas em anexo II, podemos conferir que: 23,0% dos inquiridos concordam que recolhem com frequência informação junto de outras pessoas antes de escolher uma clínica ou hospital; seguido de 21,4% que concordam totalmente; seguido de 17,2% que concordam pouco; seguido de 16,7% que discordam totalmente; seguido de 10,7% que nem concordam nem discordam; seguido de 7,6% discordam; seguido de 3,4% dos inquiridos que discordam pouco.

Quanto à pergunta número 4.4, podemos retirar, a partir das tabelas expostas em anexo II, as seguintes considerações: 25,8% dos inquiridos concordam que recorrem com frequência à opinião de amigos ou familiares para se aconselharem na escolha de uma clínica ou hospital; seguido de 21,9% dos inquiridos que concordam totalmente; seguido de 16,7% que discordam totalmente; seguido de 15,9% que concordam pouco; seguido 9,4% que nem concordam nem discordam; seguido de 5,7% que discordam pouco; seguido de 4,4% dos inquiridos que discordam.

#### 5.2.5. Análise descritiva das frequências das afirmações que constituem a fidelização

Tal como referido supra, o cálculo da variável da fidelização (cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade) tem como base as seguintes afirmações do inquirido por questionário:

- 5.1 Transmito informações positivas acerca da Clínica de Saúde da Vitalidade a outras pessoas.
- 5.2 Recomendo a Clínica de Saúde da Vitalidade a pessoas que procuram o meu conselho.
- 5.3 Encorajo familiares e amigos a recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade.

5.4 Considero a Clínica de Saúde da Vitalidade a primeira escolha quando necessito de serviços de saúde.

5.5 Pretendo recorrer a esta clínica no futuro.

Desta forma, procedemos à análise das frequências correspondentes às respostas às perguntas acima expostas. Começando por examinar e explorar as respostas da amostra à questão número 5.1, podemos constatar, com apoio nas tabelas em anexo II, que: 49,6% dos inquiridos concordam totalmente que transmitem informações positivas acerca da Clínica de Saúde da Vitalidade a outras pessoas; seguido de 29,0% dos inquiridos que concordam; seguido de 11,0% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 7,6% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 1,3% dos inquiridos que discordam pouco; seguido de 1,3% dos inquiridos que discordam totalmente; seguido de 0,3% dos inquiridos que discordam.

Analisando agora a pergunta número 5.2, podemos confirmar que: 50,4% dos inquiridos concordam totalmente em recomendarem a Clínica de Saúde da Vitalidade a pessoas que procuram o seu conselho; seguido de 32,9% dos inquiridos que concordam; seguido de 9,4% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 5% dos inquiridos que nem concordam nem discordam; seguido de 1,3% que discordam pouco; seguido de 0,5% que discordam; seguido de 0,5% dos inquiridos que discordam totalmente.

Averiguando agora as respostas à pergunta número 5.3, analisadas pelas tabelas retratadas em anexo II, podemos conferir que: 45,4% dos inquiridos concordam totalmente em encorajar familiares e amigos a recorrerem à Clínica de Saúde da Vitalidade; seguido de 26,9% que concordam; seguido de 14,1% que concordam pouco; seguido de 8,9% que nem concordam nem discordam; seguido de 2,3% que discordam pouco; seguido de 1,3% que discordam totalmente; seguido de 1,0% que discordam.

Quanto à pergunta número 5.4, podemos retirar, a partir das tabelas expostas em anexo II, as seguintes considerações: 27,2% dos inquiridos concordam totalmente que consideram a Clínica de Saúde da Vitalidade a primeira escolha quando necessitarem de serviços de saúde; seguido de 23,8% dos inquiridos que concordam pouco; seguido de 17,2%

que concordam; seguido de 16,7% que nem concordam nem discordam; seguido 5,7% que discordam pouco; seguido de 5,0% que discordam; seguido de 4,4% que discordam totalmente.

Examinado as frequências das respostas à pergunta número 5.5, podemos considerar, com base nas tabelas que se apresentam em anexo II que: 49.9% dos inquiridos concordam totalmente que pretendem recorrer a esta clínica no futuro; seguido de 32,6% que concordam; seguido de 8,4% que concordam pouco; seguido de 5,7% que nem concordam nem discordam; seguido de 1,6% que discordam pouco; seguido de 1,0% que discordam; seguido de 0,8% que discordam totalmente.

### 5.3. ANÁLISE FATORIAL

Nesta presente subsecção efetuou-se o tratamento de dados alcançados por intermédio do inquérito por questionário realizado e aplicado a 383 clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade, tendo em primeira instância se procedido à codificação dos dados no *Excel* e seguidamente no *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 28)*.

Desta forma, primeiramente antes de se dedicar ao desenvolvimento e execução dos testes de hipóteses, e, por conseguinte, análise e discussão de dados obtidos, demonstra-se impreterível examinar a qualidade e a adequabilidade da base de dados concebida, assim como a fiabilidade das escalas adotadas e aplicadas.

Assim sendo, recorre-se à Análise Fatorial Exploratória (AFE) que é considerada “um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observadas, simplificando os dados através da redução num número de variáveis necessárias para os descrever” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 519).

O *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)* e o teste de *Bartlett* são “dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 520).

O *KMO* varia entre zero e um, e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O *KMO* perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de 0 indicam que a análise fatorial

pode não ser uma boa ideia, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis. *Kaiser* classifica os valores do *KMO* como se retratam: análise fatorial muito boa (*KMO* 1-0,9); análise fatorial boa (*KMO* 0,8-0,9); análise fatorial média (*KMO* 0,7-0,8); análise fatorial razoável (*KMO* 0,6-0,7); análise fatorial má (*KMO* 0,5-0,6); análise fatorial inaceitável (*KMO* < 0,5) (Pestana & Gageiro, 2014, p. 520).

O teste de esfericidade de Bartlett, “analisa a hipótese de a matriz das correlações ser a matriz de identidade  $H_0: \Pi=1$ , cujo determinante é igual a 1, contra a hipótese alternativa de ser diferente da matriz identidade  $H_a: \Pi \neq 1$ . Este teste requer que os dados provenham de uma população normal multivariada e é muito sensível à sua violação. O valor do teste depende muito do tamanho da amostra, levando a rejeitar  $H_0$  em grandes amostras mesmo que as correlações sejam pequenas, pelo que se torna preferível usar o *KMO*” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 521).

**Tabela 12:** Teste *KMO*, Teste de Bartlett, variância e valor próprio para a qualidade do serviço percebida

Itens	1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem ( <i>KMO</i> )	0,809
Teste de esfericidade de Bartlett	<,001
% de Variância	54,641
Valor próprio	2,732

**Tabela 13:** Teste *KMO*, Teste de Bartlett, variância e valor próprio para o preço adequado

Itens	2.1; 2.2; 2.3
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem ( <i>KMO</i> )	0,708
Teste de esfericidade de Bartlett	<,001
% de Variância	79,893
Valor próprio	2,397

**Tabela 14:** Teste KMO, Teste de Bartlett, variância e valor próprio para a satisfação

Itens	3,1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem (KMO)	0,818
Teste de esfericidade de Bartlett	0,000
% de Variância	64,727
Valor próprio	3,884

**Tabela 15:** Teste KMO, Teste de Bartlett, variância e valor próprio para o word of mouth

Itens	4.1; 4.2; 4.3; 4.4
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem (KMO)	0,790
Teste de esfericidade de Bartlett	<,001
% de Variância	71,347
Valor próprio	2,854

**Tabela 16:** Teste KMO, Teste de Bartlett, variância e valor próprio para a fidelização

Itens	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem (KMO)	0,853
Teste de esfericidade de Bartlett	<,001
% de Variância	70,524
Valor próprio	3,526

Relativamente ao valor de *KMO* da qualidade do serviço percebida apresenta uma análise fatorial boa uma vez que o *KMO* apresenta um valor de 0,809. E no que diz respeito ao valor de *KMO* do preço adequado apresenta uma análise fatorial média uma vez que o *KMO* apresenta um valor de 0,708. E no que concerne o valor de *KMO* da satisfação apresenta uma análise fatorial boa uma vez que o *KMO* apresenta um valor de 0,818. E no que tange o valor de *KMO* do *word of mouth* apresenta uma análise fatorial média uma vez que o *KMO* apresenta um valor de 0,790. E em relação ao valor de *KMO* da fidelização apresenta uma análise fatorial boa uma vez que o *KMO* apresenta um valor de 0,853. E no

que tange o valor relativo ao teste de esfericidade de *Bartlett* observa-se um nível de significância menor que 0,05 em todas as componentes presentes em estudo. Assim sendo, com a realização dos testes *KMO* e de esfericidade de *Bartlett* obtiveram-se valores que permitiram a análise fatorial da escala.

Como se pode verificar nas tabelas expostas mais acima, agrupamos os vários itens em cinco componentes (variáveis) nomeadamente a qualidade do serviço percebida; o preço adequado; a satisfação, o *word of mouth* e a fidelização. Com os dados representados nas tabelas mais acima, constatamos que os *scores* criados no *SPSS* estão teoricamente bem justificados uma vez que a componente qualidade do serviço percebida explica 54,641% da variabilidade original dos cinco itens (1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5); a componente preço adequado explica 79,893% da variabilidade original dos três itens (2.1; 2.2; 2.3); a componente satisfação explica 64,727% da variabilidade original dos seis itens (3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6); a componente *word of mouth* explica 71,347% da variabilidade original dos quatro itens (4.1; 4.2; 4.3; 4.4); a componente fidelização explica 70,524% da variabilidade original dos cinco itens (5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5). Assim sendo, tendo em conta que em geral consideram-se significativos os loadings maiores ou iguais a 0,5 por serem pelo menos responsáveis por 25% da variância (Pestana & Gageiro, 2014, p. 524), constata-se com base nas tabelas acima apresentadas que neste caso a análise fatorial explica mais de metade da variância dos dados em todas as componentes (variáveis).

No que diz respeito ao valor próprio, de acordo com o critério de *Kaiser* deve-se escolher os fatores cujos valores próprios tenham uma variância explicada superior a 1 (Pestana & Gageiro, 2014, p. 521). Tendo em conta as tabelas retratadas mais acima, observa-se nomeadamente na componente da qualidade do serviço percebida, um valor próprio de 2,732; na componente do preço adequado um valor próprio de 2,397; na componente da satisfação um valor próprio de 3,884; na componente do *word of mouth* um valor próprio de 2,854 e na componente da fidelização um valor próprio de 3,526.

Assim sendo, quanto a análise fatorial, todas as variáveis que compõem a escala foram admitidas, na medida em que apresentam cargas fatoriais elevadas.

A matriz das comunalidades instrui “sobre a proporção de variâncias de cada variável explicada pelos fatores retidos, quando se usa o algoritmo de extração das componentes principais (AFCP). O seu complemento aritmético representa a proporção de variância única

da variável, ou a parte não explicada pelos fatores comuns. A matriz das comunalidades informa sobre a variância de cada variável explicada pelas restantes variáveis, quando o método de extração é diferente do das componentes principais” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 522).

“A matriz das componentes antes da rotação mostra os coeficientes ou pesos (*loadings*) que correlacionam as variáveis para cada fator retido. A proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores designa-se na AFPC por comunalidade, exibindo na tabela *Communalities do IBM-SPSS* o valor antes (*initial*) e após a extração do número desejado de fatores (*extraction*). Os valores estimados das comunalidades após a extração das componentes variam entre 0 e 1. São iguais a 0 quando os fatores comuns não explicam nenhuma variância da variável e iguais a 1 quando explicam toda a sua variância. Enquanto a matriz das comunalidades na AFPC mostra a percentagem da variância de cada variável explicada conjuntamente pelos fatores retidos, já a matriz das componentes antes da rotação, explica a correlação por variável em cada fator retido” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 523).

**Tabela 17:** Comunalidade, média, desvio padrão e matriz de componentes da variável qualidade do serviço percebida

Item	Comunalidade	Média	Desvio Padrão	Matriz de componentes
1.1	0,625	6,24	0,865	0,791
1.2	0,749	6,32	0,834	0,865
1.3	0,634	6,32	0,899	0,797
1.4	0,483	6,59	0,746	0,695
1.5	0,240	6,08	1,207	0,490

**Tabela 18:** Comunalidade, média, desvio padrão e matriz de componentes da variável preço adequado

Item	Comunalidade	Média	Desvio Padrão	Matriz de componentes
2.1	0,827	5,81	1,282	0,909
2.2	0,714	5,22	1,516	0,845
2.3	0,856	5,74	1,199	0,925

**Tabela 19:** Comunalidade, média, desvio padrão e matriz de componentes da variável satisfação

Item	Comunalidade	Média	Desvio Padrão	Matriz de componentes
3.1	0,752	6,33	0,998	0,867
3.2	0,377	5,49	1,348	0,614
3.3	0,780	6,20	1,069	0,883
3.3	0,551	6,71	0,945	0,742
3.5	0,771	6,37	0,950	0,878
3.6	0,653	6,67	0,983	0,808

**Tabela 20:** Comunalidade, média, desvio padrão e matriz de componentes da variável word of mouth

Item	Comunalidade	Média	Desvio Padrão	Matriz de componentes
4.1	0,466	3,18	2,169	0,683
4.2	0,786	4,40	2,269	0,887
4.3	0,788	4,59	2,127	0,888
4.4	0,814	4,69	2,109	0,902

**Tabela 21:** Comunalidade, média, desvio padrão e matriz de componentes da variável fidelização

Item	Comunalidade	Média	Desvio Padrão	Matriz de componentes
5.1	0,664	6,12	1,176	0,815
5.2	0,831	6,22	1,039	0,912
5.3	0,746	5,96	1,288	0,864
5.4	0,573	5,11	1,676	0,757
5.5	0,712	6,17	1,136	0,844

Tendo em conta as tabelas acima retratadas, observa-se que todas variáveis têm uma forte relação com os fatores retidos, conforme valores elevados das *Extraction Communalities*, excetuando os itens 1.4 e 1.5 na componente da qualidade do serviço percebida; o item 3.2 na componente da satisfação; o item 4.1 na componente do *word of*

*mouth* uma vez que esses itens apresentam valores inferiores a 0,5. No entanto apesar do valor fatorial fraco dos itens 1.4; 1.5; 3.2; 4.1 os mesmos não foram retirados da investigação, uma vez que estes últimos itens já foram aplicados e validados em estudos e investigações anteriores.

A matriz das correlações, é “uma matriz simétrica, mede a associação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação linear R de *Pearson*. Lembra-se que quanto mais perto de 1 ou de -1 se situar este coeficiente, maior será em média a associação linear entre as variáveis” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 521).

As correlações significativas ao nível sig devem ter uma probabilidade inferior a (sig/nº correlações), conforme correção de *Bonferroni* (Pestana & Gageiro, 2014, p. 521).

**Tabela 22:** Correlação de Pearson entre as variáveis

	Qualidade do serviço percebida	Preço adequado	Satisfação	Word of mouth	Fidelização
Qualidade do serviço percebida	1	0,481**	0,682**	0,040	0,650**
Preço adequado		1	0,561**	-0,087	0,521**
Satisfação			1	-0,060	0,771**
Word of mouth				1	0,059
Fidelização					1

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Desta tabela podemos extrair que a variável *word of mouth* não está relacionada com nenhuma das outras variáveis. Daqui podemos também retirar que onde se verifica uma correlação mais forte é entre a variável satisfação e a variável fidelização uma vez que apresenta um coeficiente de correlação linear R de *Pearson* de 0,771 (correlação positiva moderada) e tal significa que existe uma associação linear positiva uma vez que  $0 \leq R \leq +1$

e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido ou seja quanto maior for o nível de satisfação do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade maior será o seu grau de fidelização. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Desta tabela retratada mais acima, podemos também verificar de seguida que a variável qualidade do serviço percebida e a variável satisfação apresentam um coeficiente de correlação linear R de Pearson 0,682 (correlação positiva moderada), e tal significa que existe uma associação linear positiva uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido ou seja quanto maior for a qualidade do serviço percebida pelo cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade, maior será o seu grau de satisfação. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Além disto, verifica-se também por intermédio da tabela acima apresentada que a variável da qualidade do serviço percebida e a variável fidelização apresenta um coeficiente de correlação linear R de Pearson de 0,650 (correlação positiva moderada), e tal significa que existe uma associação linear positiva uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido ou seja, quanto maior for a qualidade do serviço percebida pelos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade, maior será o seu grau de fidelização. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Para além disso, constata-se também por intermédio da tabela acima representada que a variável preço adequado e a variável satisfação apresentam um coeficiente de correlação linear R de Pearson de 0,561 (correlação positiva moderada), e tal significa que existe uma associação linear positiva uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido ou seja, quanto mais adequado for o preço, maior será o grau de satisfação do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Daqui também se verifica que a variável preço adequado e a variável fidelização apresentam um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de 0,521 (correlação positiva moderada) e tal significa que existe uma associação linear positiva uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido, ou seja, quanto mais adequado for o preço, maior será o grau de fidelização do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Por fim observa-se entre a variável qualidade do serviço

percebida e a variável preço adequado um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de 0,481 (correlação positiva fraca) e tal significa que existe uma associação linear positiva uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido, ou seja, quando aumenta a qualidade do serviço percebida, aumenta o preço adequado. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747).

Em síntese, a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; a satisfação tem impacto positivo na fidelização do cliente; o *word of mouth* não tem influência na fidelização do cliente.

Além da análise descritiva de frequências de respostas e da Análise Fatorial Exploratória (AFE), pretende-se para esta presente investigação avaliar a consistência interna dos fatores que concebem o instrumento em estudo.

Assim sendo, “a análise da consistência interna dos fatores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos.” “Isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 531).

“O Alpha de Cronbach é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica.” Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna: muito boa (alpha superior a 0,9); boa (alpha entre 0,8 e 0,9); razoável (alpha entre 0,7 e 0,8); fraca (alpha entre 0,6 e 0,7); inadmissível (alpha < 0,6) (Pestana & Gageiro, 2014, p. 531).

**Tabela 23:** Valores de Alpha Cronbach

Variável	Alpha Cronbach	Número de itens
Qualidade do serviço Percebida	0,756	5
Preço adequado	0,864	3
Satisfação	0,876	6
Word of mouth	0,862	4
Fidelização	0,879	5

Nesta tabela apresentam-se os valores de *Alpha de Cronbach* por componente. O coeficiente *Alpha de Cronbach* para a qualidade do serviço percebida apresenta uma consistência interna razoável e válida (0,756). O coeficiente *Alpha de Cronbach* para o preço adequado apresenta uma consistência interna boa e válida (0,864). O coeficiente *Alpha de Cronbach* para a satisfação apresenta uma consistência interna boa e válida (0,876). O coeficiente *Alpha de Cronbach* para o *word of mouth* apresenta uma consistência interna boa e válida (0,862). O coeficiente *Alpha de Cronbach* para a fidelização apresenta uma consistência interna boa e válida (0,879). Desta forma, verificamos que o valor de *Alpha Cronbach* mais elevado corresponde à componente fidelização e o mais baixo à componente qualidade do serviço percebida.

#### 5.4. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Após a verificação das hipóteses principais (objetivos específicos) presentes em estudo em que constatamos através de uma análise de correlação de *Pearson* (ver tabela 22) entre as diversas variáveis em estudo que, nomeadamente, a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; a satisfação tem impacto positivo na fidelização do cliente; o *word of mouth* não tem influência na fidelização do cliente, considerou-se pertinente e interessante de forma a enriquecer o próprio estudo, proceder a outros testes de hipóteses nomeadamente com as variáveis sociodemográficas, o sexo, a idade, a situação profissional, o nível de escolaridade, a detenção de seguro de saúde, a detenção de subsistema de saúde e a frequência com que recorreu à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021.

Relativamente ao sexo efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um teste t de amostras independentes (ver anexo III) para comparar as dimensões entre o sexo uma vez que, ambos os grupos (sexo feminino e sexo masculino) têm uma dimensão amostral superior a 30 onde foram analisadas as diferenças nas dimensões entre os dois sexos,

constatando-se com base na tabela infra que em nenhuma delas existe uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino e o sexo masculino.

**Tabela 24:** Análise das dimensões por sexo

**Análise das dimensões por sexo**

	Sexo	Média	Desvio Padrão	p
Qualidade do serviço percebida	Feminino	6,35	,64	0,157
	Masculino	6,26	,68	
Preço adequado	Feminino	5,61	1,20	0,728
	Masculino	5,57	1,17	
Satisfação	Feminino	6,34	,85	0,237
	Masculino	6,24	,81	
Word of mouth	Feminino	4,22	1,90	0,920
	Masculino	4,20	1,72	
Fidelização	Feminino	5,99	1,06	0,108
	Masculino	5,82	1,04	

De igual forma como se pode constatar tendo em conta a tabela 24 os valores das médias para cada dimensão (qualidade do serviço percebida; preço adequado; satisfação; *word of mouth*; e fidelização) são semelhantes entre o sexo feminino e o sexo masculino e por aplicação do Teste t de amostras independentes concluímos que não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa ao nível das diferentes dimensões (qualidade do serviço percebida; preço adequado; satisfação; *word of mouth*; fidelização) entre o sexo feminino e o sexo masculino uma vez que o valor p (prova) é maior que 0,05 em todas as dimensões.

Relativamente à idade efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um teste de correlação de *Spearman* para correlacionar as dimensões com a idade uma vez que a idade é uma variável ordinal (está em categorias) e constatou-se que com base na tabela mais abaixo que não há correlação nem entre a variável sociodemográfica idade e a variável qualidade do serviço percebida, nem entre a variável idade e a variável preço adequado. No entanto observa-se entre a variável idade e a variável *word of mouth*, um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de -0,188 e tal significa que existe uma associação linear negativa uma vez que  $-1 \leq R \leq 0$  e desta forma significa que em média os aumentos numa das variáveis corresponde a diminuições na outra, ou seja, quanto maior for a idade, menor

será o *word of mouth*. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação negativa (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Também se verifica entre a variável idade e a variável fidelização, um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de 0,177 e tal significa que existe uma associação positiva linear uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido, ou seja, quanto maior for a idade maior será a fidelização. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Para além disso, também se verifica entre a variável idade e a variável satisfação, um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de 0,118 e tal significa que existe uma associação positiva linear uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido, ou seja, quanto maior for a idade maior será a satisfação. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747).

Em síntese retira-se daqui que os jovens priorizam muito mais o *word of mouth* em detrimento da população mais idosa uma vez apresentam uma maior facilidade em divulgar e promover o *word of mouth* entre eles com recurso às novas tecnologias. E para além disso, daqui também se retira que a população mais jovem é uma população menos satisfeita e menos fiel uma vez que é uma população mais exigente e informada, procurando com muita facilidade novas opções.

**Tabela 25:** Análise correlacional: entre a idade e outras variáveis

	Idade
Qualidade do serviço percebida	0,076
Preço adequado	-0,003
Satisfação	0,118*
Word of mouth	-0,188**
Fidelização	0,177**

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (a extremidades).

No que concerne a situação profissional efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um teste de *Kruskal-Wallis* para comparar as dimensões segundo a situação profissional após se ter verificado que não se cumpria o pressuposto da normalidade (ver anexo III) para

a aplicação de um teste paramétrico (Anova). Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões presentes em estudo (qualidade do serviço percebida, preço adequado, satisfação, *word of mouth* e fidelização). Desta forma, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões acima referidas em função do tipo de situação profissional. Ao fazer o teste de *Kruskal-Wallis* verificou-se uma retenção da hipótese nula relativamente em todas as dimensões, o que, por conseguinte, não existe uma diferença estatisticamente significativa da qualidade do serviço percebida, do preço adequado, da satisfação, *do word of mouth* e da fidelização em função dos diferentes tipos de situações profissionais.

**Tabela 26:** Amostras independentes do teste Kruskal-Wallis

<b>Sumarização de Teste de Hipótese</b>				
	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição da Qualidade do serviço percebida é igual nas categorias de Situação profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,611	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição do Preço adequado é igual nas categorias de Situação profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,205	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição da Satisfação é igual nas categorias de Situação profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,231	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição do Word of mouth é igual nas categorias de Situação profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,127	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição da Fidelização é igual nas categorias de Situação profissional.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,147	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

**Tabela 27:** Análise das dimensões por situação profissional

**Análise das dimensões por situação profissional**

Situação profissional		Qualidade do serviço percebida	Preço adequado	Satisfação	Word of mouth	Fidelização
Trabalhador por conta de outrem	Média	6,28	5,52	6,23	4,40	5,82
	Desvio Padrão	,64	1,14	,84	1,75	1,08
Trabalhador por conta própria	Média	6,33	5,84	6,31	4,12	5,93
	Desvio Padrão	,73	1,22	,95	1,92	1,14
Desempregado	Média	6,42	5,55	6,40	3,76	5,96
	Desvio Padrão	,61	1,48	,96	1,95	1,04
Estudante	Média	6,30	5,69	6,32	4,41	5,89
	Desvio Padrão	,71	1,08	,80	1,55	1,08
Reformado	Média	6,36	5,52	6,42	3,82	6,20
	Desvio Padrão	,65	1,20	,62	1,93	,83

Ao nível da escolaridade, efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um teste de correlações de *Spearman* para correlacionar as dimensões com o nível de escolaridade uma vez que a escolaridade é uma variável ordinal. Verificou-se que entre a variável escolaridade e a variável qualidade do serviço percebida, um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de -0,142 e tal significa que existe uma associação negativa linear uma vez que  $-1 \leq R \leq 0$  e desta forma significa que em média os aumentos numa das variáveis corresponde a diminuições na outra, ou seja, quanto maior for a escolaridade menor será a qualidade do serviço percebida. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação negativa (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Daqui também se retirou que existe entre a variável escolaridade e a variável *word of mouth* um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de 0,139, e tal significa que existe uma associação positiva linear uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido, ou seja, quanto maior for o nível de escolaridade, maior será a divulgação do *word of mouth*. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Além disso, verificou-se que entre a variável escolaridade e a variável fidelização, um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de -0,221 e tal significa que existe uma associação negativa linear uma vez que  $-1 \leq R \leq 0$  e desta forma significa que em média os aumentos numa das variáveis corresponde a diminuições na outra, ou seja, quanto maior for a escolaridade menor será a fidelização. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação negativa (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747). Por fim, observou-se que entre a variável escolaridade e a variável satisfação, um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de -0,196 e tal significa que existe uma associação negativa linear uma vez que  $-1 \leq R \leq 0$  e desta forma significa que em média os aumentos numa das variáveis corresponde a diminuições na outra, ou seja, quanto maior for a escolaridade menor será a satisfação. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação negativa (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747).

Desta forma, justifica-se uma vez que, quanto maior for o nível de escolaridade de um cliente de um hospital ou clínica, maior será sua exigência e rigor uma vez que não se vão satisfazer e contentar com pouco. Ou seja, a população com o 12º ano ou o ensino superior é a priori uma população mais bem informada e com um maior conhecimento o que se traduz numa população mais exigente, logo menos satisfeita e menos fiel e que apresenta

critérios mais rigorosos na percepção da qualidade do serviço, em contrapartida a população com um nível de escolaridade mais elevado, é uma população que prioriza o *word of mouth*.

**Tabela 28:** Análise correlacional: entre o nível de escolaridade e outras variáveis

	Escolaridade
Qualidade do serviço percebida	-0,142**
Preço adequado	-0,055
Satisfação	-0,196**
Word of mouth	0,139**
Fidelização	-0,221**

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Relativamente à variável detenção de seguro de saúde, efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um Teste t de amostras independentes (ver anexo III) para comparar as dimensões entre a detenção de seguro de saúde uma vez que, ambos os grupos (detenção de seguro de saúde e não detenção de seguro de saúde) têm uma dimensão amostral superior a 30 onde foram analisadas as diferenças nas dimensões entre os grupos. Extraiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no que tange à detenção do seguro de saúde para a dimensão qualidade do serviço percebida bem como para a dimensão satisfação e a dimensão *word of mouth* e a dimensão fidelização, em contrapartida, constata-se através do Teste t de amostras independentes que existe apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível do preço adequado (0,003, ver tabela 29 ) uma vez o valor de p é inferior a 0,05 e que a média para os clientes que possuem seguro de saúde é de 5,70 e para os clientes que não detêm de seguro de saúde, a média é de 5,26 ou seja verifica-se uma diferença no preço adequado entre os clientes que possuem seguro de saúde e os que não possuem seguro de saúde. Daqui também se verifica que a média mais elevada se encontra nos clientes que possuem seguro de saúde.

**Tabela 29:** Análise das dimensões por detenção de seguro de saúde

**Análise das dimensões por detenção de seguro de saúde**

	Possui seguro de saúde?	Média	Desvio Padrão	p
Qualidade do serviço percebida	Sim	6,31	,62	0,985
	Não	6,31	,76	
Preço adequado	Sim	5,70	1,12	0,003
	Não	5,26	1,31	
Satisfação	Sim	6,28	,79	0,523
	Não	6,34	,95	
Word of mouth	Sim	4,21	1,79	0,969
	Não	4,21	1,92	
Fidelização	Sim	5,87	1,04	0,131
	Não	6,06	1,09	

No que tange à variável detenção do subsistema de saúde, efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um Teste t de amostras independentes (ver anexo III) para comparar as dimensões entre a detenção de subsistema de saúde uma vez que, ambos os grupos (detenção de subsistema de saúde e não detenção de subsistema de saúde) têm uma dimensão amostral superior a 30 onde foram analisadas as diferenças nas dimensões entre os grupos. Extraíu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no que tange à detenção de subsistema de saúde para a dimensão qualidade do serviço percebida, a satisfação, o *word of mouth* e a fidelização, em contrapartida constata-se através do Teste t de amostras independentes que existe apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível do preço adequado (0,002, ver tabela 30 ) uma vez que o valor p (valor prova) é inferior a 0,05 e que a média para clientes que possuem subsistema de saúde é de 5,33 e para os clientes que não detêm de subsistema de saúde, a média é de 5,73 ou seja verifica-se uma diferença no preço adequado entre os clientes que possuem subsistema de saúde e os que não possuem subsistema de saúde. Daqui também se verifica que a média mais elevada se encontra nos clientes que não possuem subsistema de saúde. Daqui pode-se justificar este resultado uma vez que os clientes que não possuem subsistema de saúde são na esmagadora maioria das vezes detentores de seguro de saúde e os clientes que possuem subsistemas de saúde são na grande maioria das vezes, clientes que vêm pelo Sistema Nacional de Saúde, somente para fazerem exames e análises clínicas à Clínica de Saúde da Vitalidade, estando isentos do

pagamento de taxas moderadas pelo que nem concordam nem discordam no que tange ao preço ser adequado.

**Tabela 30:** Análise das dimensões por detenção de subsistema de saúde

**Análise das dimensões por detenção de subsistema de saúde**

	Possui subsistema de saúde? (ADM, ADSE, SAD-GNR, SAD-PSP, SNS etc.)	Média	Desvio Padrão	p
Qualidade do serviço percebida	Sim	6,28	,74	0,545
	Não	6,32	,61	
Preço adequado	Sim	5,33	1,15	0,002
	Não	5,73	1,18	
Satisfação	Sim	6,21	,95	0,173
	Não	6,34	,76	
Word of mouth	Sim	4,32	1,85	0,412
	Não	4,16	1,80	
Fidelização	Sim	5,90	1,06	0,800
	Não	5,93	1,05	

No que diz respeito à frequência com que os clientes recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021, efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um Teste t de amostras independentes (ver anexo III) para comparar as dimensões entre no ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade, uma vez que, ambos os grupos (no ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade e no ano de 2021 não recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade ) têm uma dimensão amostral superior a 30 onde foram analisadas as diferenças nas dimensões entre os grupos. Extraiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas no que tange à frequência com que os clientes recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021 para a dimensão da qualidade do serviço percebida e para a dimensão do preço adequado e para a dimensão da satisfação e para a dimensão do *word of mouth* e para a dimensão da fidelização, ou seja constata-se através do Teste t de amostras independentes que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível da qualidade do serviço percebida (0,006 ver tabela 31), uma vez que a média para os clientes que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é mais elevada ou seja de 6,40 e a média para os clientes que não recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é de 6,21. Além disso, constata-se através do Teste t de amostras independentes que

existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível do preço adequado ( $<0,001$  ver tabela 31), uma vez que a média para os clientes que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é mais elevada, ou seja, de 5,86 e a média para os clientes que não recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é de 5,29. Além disso, constata-se através do Teste t de amostras independentes que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível da satisfação ( $<0,001$  ver tabela 31), uma vez que a média para os clientes que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é mais elevada ou seja de 6,44 e a média para os clientes que não recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é de 6,12. Além disso, constata-se através do Teste t de amostras independentes que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível do *word of mouth* (0,005 ver tabela 31), uma vez que a média para os clientes que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é mais baixa, ou seja, de 3,97 e a média para os clientes que não recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é mais elevada de 4,49. Além disso, constata-se através do Teste t de amostras independentes que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível da fidelização ( $<0,001$  ver tabela 31), uma vez que a média para os clientes que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é mais elevada, ou seja, de 6,21 e a média para os clientes que não recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 é de 5,59.

Em síntese, a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação e a fidelização são maiores para os clientes que vieram mais do que uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021 ao invés o *word of mouth* é menor para os clientes que vieram mais do que uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021.

**Tabela 31:** Análise das dimensões por no ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade

**Análise das dimensões por no ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade**

	No ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade?	Média	Desvio Padrão	p
Qualidade do serviço percebida	Sim	6,40	,63	0,006
	Não	6,21	,67	
Preço adequado	Sim	5,86	1,13	<,001
	Não	5,29	1,18	
Satisfação	Sim	6,44	,66	<,001
	Não	6,12	,96	
Word of mouth	Sim	3,97	1,95	0,005
	Não	4,49	1,62	
Fidelização	Sim	6,21	,82	<,001
	Não	5,59	1,19	

No que se refere, à variável alusiva ao número de vezes com que recorreu à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021 efetuou-se um teste de hipóteses, procedeu-se a um teste de correlações de *Spearman* para correlacionar as dimensões com “se respondeu sim, quantas vezes”, uma vez que a variável “se respondeu sim, quantas vezes” é uma variável ordinal. Daqui retirou-se que existe entre a variável “se respondeu sim, quantas vezes” e a variável preço adequado um coeficiente de correlação linear de R de Pearson de 0,184, e tal significa que existe uma associação positiva linear uma vez que  $0 \leq R \leq +1$  e desta forma, significa que em média as variáveis variam no mesmo sentido, ou seja, quanto mais vezes o cliente vai à Clínica de Saúde da Vitalidade, mais vai achar o preço adequado. Em termos gráficos, a reta ajustada às observações tem inclinação positiva (Pestana & Gageiro, 2014, p. 747).

Em suma, os clientes que vieram com mais frequência à Clínica de Saúde da Vitalidade são os que consideram o preço mais adequado.

**Tabela 32:** Análise correlacional entre o número de vezes em que recorreu à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021 e outras variáveis

	Número de vezes em que recorreu à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021
Preço adequado	0,184**

\*\* . A Correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Relativamente à última questão do inquérito por questionário “A sua opinião é muito importante, agradeço sugestões que queira partilhar relativamente a algum ponto que não tenha sido abordado no inquérito por questionário”. Desta pergunta foi extraído que o tempo de espera na receção para o *check-in e check-out* se apresenta como um principal problema para os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade (posto rápido poderia ser a solução para o problema). Para além disso, retirou-se também desta questão o seguinte: a sala de espera deveria de ser mais espaçosa; a Clínica de Saúde da Vitalidade apresenta uma longa lista de espera com determinados médicos; proposta de novas instalações noutras cidades nomeadamente em Lisboa; sugestão de alteração urgente de horário de funcionamento; sugestão de melhoria ao nível da organização dos corredores; estacionamento pago que deveria de ser gratuito e observa-se uma falha no sistema de pagamento uma vez que não dá para pagar com cartão multibanco; maior sensibilidade com os pacientes; sugestão de fazer diagnóstico (análises e exames na hora); proposta de *check-in* online para admissão e marcação de consultas; recomendação de serviço de urgência (pediatria e adultos); observação de preço elevado; sugestão de ter mais acordos com seguros e subsistemas de saúde; sugestão de melhoramento no atendimento telefónico; proposta de sistema de senhas nas salas para as pessoas se orientarem; recomendação de substituição de laboratório; observação de escadas sem apresentação; sugestão de melhoramento das redes sociais; observação de falta de sinalização fora da Clínica de Saúde da Vitalidade; proposta de atendimento para a fisioterapia, ou seja, ter uma senha específica; observação de desorganização e tempo de espera na radiologia.

## 6. CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Ao longo da dissertação foram múltiplos os desafios que tive de superar, já que nem sempre é fácil encontrar uma problemática de estudo, justificar a pertinência do tema e determinar os objetivos geral e específicos da investigação e de seguida dedicar uma seção à revisão de literatura a respeito do tema em análise, com o objetivo de estabelecer um enquadramento teórico e posteriormente proceder à construção de um modelo conceitual simultaneamente com as suas hipóteses de investigação e a posteriori dedicar uma seção à apresentação da metodologia a respeito do tema em análise de forma a avaliar se a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente; avaliar se a satisfação tem impacto na fidelização do cliente; avaliar a influência do *word of mouth* na fidelização do cliente.

Após a apresentação dos resultados, procede-se agora à sua discussão, através de uma comparação com outros estudos nomeadamente com uma Dissertação de Mestrado denominada “Fidelização Dos Clientes Nos Hospitais Privados – A Perspetiva Dos Clientes do Grupo Hospital Particular do Algarve” de modo a seguir as suas recomendações relativamente a sugestões de investigações futuras para um estudo semelhante com a participação de mais hospitais com tipologias distintas e noutras áreas geográficas, de modo a aferir se as características da fidelização variam tendo em conta a zona geográfica (Gonçalves, 2013), embora com alguma escassez para a temática do *word of mouth* (variável acrescentada à presente investigação em substituição da variável conformidade com o grupo e da variável inércia/custos de mudança).

Da análise dos resultados desta presente investigação, verifica-se que relativamente ao sexo, a amostra é maioritariamente do sexo feminino (56,4%). As idades dos inquiridos estão maioritariamente compreendidas entre os 35-64 anos. A nacionalidade dos inquiridos é maioritariamente portuguesa. Verifica-se ainda uma heterogeneidade nas variáveis nomeadamente, no local de residência, verificando uma percentagem de 82,5% dos inquiridos que residem no Norte de Portugal; na situação profissional, verificando uma percentagem de 52,2% dos inquiridos que trabalham por conta de outrem; no nível de escolaridade, sendo predominante na amostra, indivíduos com o ensino superior, verificando

uma percentagem de 55,9%; na detenção de seguro de saúde verificando uma percentagem de 74,4% dos inquiridos com seguro de saúde; na frequência à Clínica de Saúde da Vitalidade no ano de 2021, verificando 53,3% dos inquiridos que recorreram à Clínica de Saúde da Vitalidade mais do que uma vez no ano de 2021 e 43,1% que recorreram entre 3-5 vezes.

Desta investigação retirou-se também por intermédio de uma análise correlacional de *Pearson* que, a qualidade do serviço percebida e o preço adequado afetam positivamente a satisfação do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade; a satisfação tem impacto positivo na fidelização do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade; o *word of mouth* não tem influência nem na qualidade do serviço percebida, nem no preço adequado, nem na satisfação, nem na fidelização do cliente da Clínica de Saúde da Vitalidade. De igual forma, extraiu-se que a satisfação exerce uma influência significativa na fidelização, sendo a variável que os clientes desta entidade de prestação de cuidados privados de saúde reconhecem como sendo a mais influente e relevante entre as variáveis explicativas da fidelização. Da mesma forma, a presente investigação demonstra que a qualidade do serviço percebida e o preço adequado são dois antecedentes importantes da satisfação e da fidelização dos clientes desta Clínica, o que, por conseguinte, corrobora a esmagadora maioria dos estudos apresentados e desenvolvidos na seção destinada à revisão de literatura desta presente investigação.

Para além disso, de forma a tornar este trabalho de investigação mais interessante e pertinente, recorreu-se a uma aplicação de uma diversidade de testes de hipóteses com as múltiplas variáveis sociodemográficas presente em estudo. E desta forma, com base numa análise correlacional de *Spearman* para a variável idade, retirou-se daqui, que os jovens priorizam muito mais o *word of mouth* em detrimento da população mais idosa, uma vez que, apresentam uma maior facilidade em divulgar e promover o *word of mouth* entre eles com recurso às novas tecnologias. Por conseguinte, daqui se pode justificar nesta presente investigação, a ausência de influência do *word of mouth* na fidelização, uma vez que, a amostra é maioritariamente concebida por inquiridos com idades compreendidas entre os 35-64 anos e somente 8,4% dos inquiridos têm idades compreendidas entre os 18-24 anos e apenas 12,3% dos inquiridos com idades compreendidas entre os 25-34 anos. Em contrapartida, este estudo é beneficiado por estar concebido por uma amostra de inquiridos com idades menos jovens, ou seja, maioritariamente dos 35-64 anos, uma vez que, estes

últimos, são inquiridos mais satisfeitos e fiéis com a Clínica de Saúde da Vitalidade em detrimento da população mais jovem que se apresenta como sendo uma população menos satisfeita e menos fiel uma vez que é uma população mais exigente e informada, procurando com muita facilidade novas opções.

Com base na aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* verificou-se que, a situação profissional não tem influência em nenhuma das dimensões presentes em estudo (qualidade do serviço percebida, preço adequado, satisfação, *word of mouth* e fidelização).

Desta presente investigação com base numa análise correlacional de *Spearman*, observou-se que os clientes com um maior nível de escolaridade apresentam um menor grau de satisfação e fidelização. Desta forma, justifica-se, uma vez que, quanto maior for o nível de escolaridade de um cliente de um hospital ou de uma clínica, maior será seu rigor e exigência, uma vez que, esses inquiridos não se vão satisfazer e contentar com pouco. Ou seja, a população com um grau de ensino equivalente ao 12º ano ou ao nível do ensino superior é a priori uma população mais bem informada e com um maior conhecimento o que se traduz numa população mais exigente, logo menos satisfeita e menos fiel e na qual, apresenta critérios mais rigorosos na percepção da qualidade do serviço, em contrapartida, a população com um nível de escolaridade mais elevado, é uma população que prioriza o *word of mouth*.

Deste estudo observa-se também que os clientes detentores de seguros de saúde desta entidade de prestação de cuidados privados de saúde tendem a considerar o preço praticado pela Clínica como sendo adequado, o que se justifica uma vez que, uma grande parte das suas despesas de saúde são comparticipadas pelas companhias de seguros, ficando a seu cargo um valor muito pouco significativo, embora os pagamentos sejam feitos de forma indireta através de prémios de seguros anuais.

Deste trabalho científico também se constata que clientes detentores de subsistemas de saúde desta entidade de prestação de cuidados privados de saúde tendem a não considerar o preço como sendo adequado, o que a partida parece ser contraproducente, no entanto, daqui pode justificar-se este resultado, uma vez que, os clientes que não possuem subsistema de saúde são na esmagadora maioria das vezes detentores de seguro de saúde e os clientes que possuem subsistemas de saúde são na grande maioria das vezes, clientes que vêm pelo Sistema Nacional de Saúde, somente para fazerem exames e análises clínicas a esta entidade

de prestação de cuidados privados de saúde, estando isentos do pagamento de taxas moderadas pelo que nem concordam nem discordam no que tange ao preço ser adequado.

Além do mais, neste estudo observa-se que a qualidade do serviço percebida, o preço adequado, a satisfação e a fidelização são maiores para os clientes que vieram mais do que uma vez à Clínica no ano de 2021, ou seja, corrobora-se o estudo desenvolvido por Fatima, Malik e Shabbir (2018) uma vez que estes últimos consideram a fidelização do paciente numa utilização frequente do serviço de saúde quando o paciente apresenta uma atitude positiva relativamente ao serviço ou ao hospital que presta o serviço (Fatima et al., 2018, p. 9), ao invés *o word of mouth* é menor para os clientes que vieram mais do que uma vez à Clínica no ano de 2021.

De igual forma, desta investigação verifica-se que os clientes que vieram com mais frequência à Clínica são os que consideram o preço como sendo o mais adequado.

As implicações deste trabalho de investigação passam pela importância da avaliação da satisfação dos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado de forma a criar uma base de clientes fiéis. E desta forma, observamos que os clientes desta clínica se encontram particularmente satisfeitos (média de 6,2937, ver anexo II) no entanto, a Clínica de Saúde da Vitalidade deve apostar os seus esforços numa melhoria da fidelização dos clientes desta organização de saúde, uma vez, que a média da fidelização da Clínica de Saúde da Vitalidade é de apenas de 5,9164 (ver anexo II).

Em síntese, verifica-se que características da fidelização não variam tendo em conta a zona geográfica (uma vez que a Clínica de Saúde da Vitalidade que se encontra localizada no Norte de Portugal apresenta as mesmas características da fidelização que o Grupo Hospital Particular do Algarve) e que os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo fidelizadores são nomeadamente a satisfação, seguida da qualidade do serviço percebida e seguida do preço adequado. Do mesmo modo, os fatores que os clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade consideram como sendo os antecedentes da satisfação são notadamente a fidelização, seguida da qualidade do serviço percebida e por fim seguida do preço adequado. E por outro lado, tal como referido anteriormente, os inquiridos mais jovens, com um nível de escolaridade mais elevado e que não recorreram no ano de 2021 mais de uma vez à Clínica, apresentam-se, como inquiridos mais exigentes e informados, sendo mais rigorosos na perceção da qualidade do serviço percebida (pelo que

a Clínica de Saúde da Vitalidade deve direcionar os seus esforços para a qualidade do serviço prestado embora a qualidade do serviço percebida apresenta uma média de 6,3091, (ver anexo II), sendo de igual forma inquiridos menos satisfeitos e por conseguinte menos fiéis à Clínica de Saúde da Vitalidade pelo que a clínica deve de concentrar os seus esforços para estes últimos (jovens com nível de escolaridade mais elevado) uma vez que estes são o futuro desta entidade de prestação de cuidados privados de saúde.

## 6.1.RECOMENDAÇÕES À CLÍNICA DE SAÚDE DA VITALIDADE

Tal como referido anteriormente, a média de fidelização dos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade é relativamente baixa, uma vez que, é de apenas de 5,9164 (ver anexo II) apesar da média de satisfação dos clientes desta clínica se situar nos 6,2937 (ver anexo II) e a média da qualidade do serviço percebido se situar nos 6,3091 (ver anexo II), pelo que achei interessante e pertinente apresentar uma multiplicidade de recomendações à Clínica de Saúde da Vitalidade, tendo por base os resultados obtidos (por intermédio do inquérito por questionário) e a minha experiência na clínica.

Relativamente à dimensão do *Word of mouth* (apresenta uma média relativamente baixa de 4,2128, ver anexo II), esta entidade de prestação de cuidados privados de saúde não deve de descartar e sendo assim deve de dar igual importância a esta dimensão, apesar desta última não estar relacionada com as principais variáveis em estudo em consequência da amostra ser representada maioritariamente por inquiridos mais idosos (35-64 anos), no entanto destaca-se o *word of mouth* para os inquiridos mais jovens e com um nível de escolaridade mais elevado, pelo que a clínica deve de concentrar os seus esforços para estes últimos (jovens com nível de escolaridade mais elevado), uma vez que, estes são o futuro desta organização de saúde.

Para além disso, a clínica deve de apostar na manutenção e celebração de contratos de parcerias com as várias companhias de seguros de forma a ter uma base de clientes que considerem o preço como sendo adequado (uma vez que, o preço adequado apresenta uma média de 5,5909, ver anexo II) o que conseqüentemente, desencadeie uma base de clientes satisfeitos e por conseguinte uma base de clientes fiéis.

No decorrer desta presente investigação teve-se a oportunidade de dialogar e conversar com grande parte dos inquiridos da Clínica de Saúde da Vitalidade e constatou-se que a esmagadora maioria deles recorre à clínica nomeadamente, pelo serviço de excelência de ortopedia, e outros pelo corpo clínico (recorrem somente à clínica porque querem ser seguidos e tratados por um determinado médico) e para além disso, muitos deles, optam pela clínica somente para fazerem análises e exames médicos. Assim sendo, recomendo à Clínica de Saúde da Vitalidade que aposte fortemente no *employer branding*, uma vez que, constatei através de uma multiplicidade de abordagens aos clientes da clínica que grande parte deles recorrem a esta organização de saúde pelo corpo clínico (recorrem somente à Clínica de Saúde da Vitalidade porque querem ser seguidos e tratados por um determinado médico) pelo que deve a clínica desenvolver estratégias de *employer branding* (a título ilustrativo, proporcionar formação de desenvolvimento pessoal e profissional aos seus colaboradores, atividades de team building entre outras) de forma a preservar os seus atuais profissionais de saúde uma vez que, tendo por base uma diversidade de testemunhos dos clientes que só recorrem à Clínica de Saúde da Vitalidade para serem seguidos por um determinado médico e alegam que, quando, o seu médico deixar de colaborar com esta clínica deixam de serem clientes da Clínica de Saúde da vitalidade.

Para além disso, ao nível da comunicação/promoção, recomendo à clínica que aposte também fortemente no marketing digital, nomeadamente na melhoria das redes sociais (recorrer à influencers nomeadamente atletas de futebol que promovam a marca da Clínica de Saúde da Vitalidade nas redes sociais, de forma a angariar novos clientes) e na criação de uma app (de modo a conseguir fazer o check-in online para admissão e marcação de consultas) e de um blog da clínica que se dedique à criação e desenvolvimento de conteúdos relacionados com a saúde e bem-estar, onde exista uma interação da marca Clínica de Saúde da Vitalidade com os seus atuais e potenciais clientes. De forma a atrair novos clientes (e manter os atuais), o blog deve proceder à criação de conteúdos sobre temas relacionados com a saúde, tais como: desporto e exercício físico; receitas e alimentação; yoga, pilates e meditação; ensino e educação; sugestões de filmes, livros e músicas (que possam transformar positivamente a vida dos seus clientes). Para além disso, sugiro a esta entidade de prestação de cuidados privados de saúde que aposte no envio de newsletters mensais aos clientes registados na Clínica de Saúde da Vitalidade, de forma a promover a divulgação dos serviços da clínica e partilhar artigos com temas relacionados com a saúde e bem-estar. Para além

disso, recomendo à clínica que proceda regularmente ao envio de questionários aos seus clientes de modo a recolher informações sobre a experiência dos mesmos em relação ao serviço prestado. Por outro lado, a Clínica de Saúde da Vitalidade deve também de promover o lançamento de vários tutoriais para o *Youtube* relacionados com a saúde e bem-estar (a título ilustrativo: cuidados para ter uma boa higiene oral entre outros) de forma a ter uma maior interação com os seus atuais e potenciais clientes. Para além disso, é importante esta entidade de prestação de cuidados privados de saúde proceder ao desenvolvimento de eventos (exemplo: celebração de datas especiais nomeadamente o dia da Clínica de Saúde da Vitalidade e o Dia da Criança etc.; corridas) e rastreios gratuitos para os seus clientes.

Para além disso, ao nível do marketing relacional, sugiro à Clínica de Saúde da Vitalidade que desenvolva um cartão de saúde que permita aceder à clínica com preços especiais e também sugiro à clínica que ofereça um *check-up* e cupões de descontos via email para os clientes mais fiéis, na semana do seu aniversário. E para além disso, recomendo de igual forma à clínica que desenvolva um modelo de recompensas, atribuindo pontos por cada ida à Clínica de Saúde da Vitalidade, de forma a incentivar a compra de serviços da Clínica de Saúde da Vitalidade e recompensar os clientes fiéis. Ao fim de um determinado número de pontos acumulados pelo cliente, proporcionar uma consulta gratuita de nutrição, psicologia, medicina dentária ou medicinas alternativas nomeadamente acupuntura de forma a ter uma base de clientes fiéis e por conseguintes leis a esta entidade prestadora de cuidados privados de saúde, ou seja, terem uma base de clientes que recorrem à Clínica de Saúde da Vitalidade sempre que necessitarem de cuidados de saúde (em todas as especialidades médicas) uma vez que somente 27,2% dos inquiridos concordam totalmente que consideram a Clínica de Saúde da Vitalidade a primeira escolha quando necessitarem de serviços de saúde; 23,8% dos inquiridos que concordam pouco; 17,2 % que concordam, 16,7% que nem concordam nem discordam; 5,7% que discordam pouco; 5% que discordam e 4,4% que discordam totalmente.

Ao nível dos serviços, tendo em conta os *feedbacks* que fui recolhendo in loco, sugiro a esta entidade de prestação de cuidados privados de saúde que alargue a rede da Clínica de Saúde da Vitalidade, nomeadamente a proceder à construção de novas Clínicas nomeadamente em Lisboa bem como recomendo também a criação de um serviço de urgência (pediatria e adultos). Para além disso, apercebi-me que um dos principais problemas para os clientes desta clínica passa pelo tempo de espera na receção para o *check-*

*in e check-out* pelo que a criação de um posto rápido de forma a reduzir o tempo de espera no *check-in e check-out* poderia ser a solução para o problema.

Em suma, de acordo com Fatima, Malik e Shabbir (2018, p. 2), a fidelização é considerada um fator proeminente para alcançar o sucesso do negócio que só pode ser concebido e sustentado por intermédio da prestação de serviços de melhor qualidade, encaminhando a um grau de satisfação mais elevado, o que, por conseguinte, a clínica deve de concentrar os seus esforços, nomeadamente, em estratégias de marketing relacional e digital de forma a ter uma base de clientes fiéis e por conseguintes leais à marca da Clínica de Saúde da Vitalidade.

## 6.2.LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

Como limitações há a considerar o facto de a definição da população ser apresentada pela Clínica de Saúde da Vitalidade e não por um organismo oficial, o que, por conseguinte, pode desencadear dúvidas relativamente à representatividade da amostra, já que os dados podem não estarem completos e podem não irem de encontro com totalidade da população que recorreu a esta entidade de prestação de cuidados privados de saúde (Gonçalves, 2013, p. 55). Outra limitação é também o facto de a amostra ser representada maioritariamente por inquiridos mais velhos e tal pode limitar os resultados do estudo, uma vez que, os inquiridos mais jovens priorizam mais o *word of mouth* e neste caso como houve uma amostra pouco significativa de inquiridos jovens resultou numa provável ausência de correlação de *word of mouth* com as outras variáveis.

Recomenda-se que em investigações futuras um estudo similar possa resultar com a colaboração de mais clínicas ou hospitais com tipologias distintas e noutras áreas geográficas (diferentes do Algarve e do Norte de Portugal), de forma a verificar se a característica de fidelização varia tendo em conta a zona geográfica (Gonçalves, 2013, p. 56). Sugere-se também a utilização de técnicas de recolhas de dados distintas das usadas aqui nomeadamente, entrevistas, focus group entre outras, de forma a proceder a uma comparação com os resultados da presente investigação. Recomenda-se também que se investigue o impacto de outras dimensões na fidelização nomeadamente a confiança, a empatia, a imagem da marca e para além disso, que se desenvolva estudos com amostras mais homogéneas

nomeadamente ao nível da idade de forma a avaliar se o *word of mouth* tem influência na fidelização dos clientes mais jovens (uma vez que já se verificou a não correlação para os clientes mais idosos).

Em suma, esta dissertação relativamente às variáveis explicativas da satisfação e da fidelização, ou seja, a qualidade do serviço percebida e o preço adequado, corrobora a Dissertação de Mestrado denominada “Fidelização Dos Clientes Nos Hospitais Privados – A Perspetiva Dos Clientes do Grupo Hospital Particular do Algarve” e a esmagadora maioria dos estudos científicos apresentados e desenvolvidos na seção dedicada à revisão de literatura nomeadamente Moliner (2009), Oliver (1980), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996). Em contrapartida, no que tange ao *word of mouth* não se verifica o estudo desenvolvido por Bearden, Netemeyer e Teel (1989), uma vez que não se verifica uma influência do *word of mouth* (interferência informativa) na fidelização (no comportamento dos consumidores) dos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagia, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), 60-83. <https://doi.org/10.1108/17506121011036033>
- Accenture. (2019). Intelligent payer: Consumer trust in healthcare. Retrieved January 16, 2022, from <https://www.accenture.com/us-en/insights/health/consumer-trust-healthcare>
- Ahmed, S., Tarique, K. M., & Arif, I. (2017). Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(5), 477-488. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2017-0004>
- Anbori, A., Ghani, S.N., Yadav, H., Daher, A.M., & Su, T.T. (2010). Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 310-315. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq029>
- Andaleeb, S.S. (1988). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), 181-187. <https://doi.org/10.1108/09526869810231541>
- Ardnt, J. (1967). Role of product-related conversations in the diffusion of a new product. *Journal of Marketing Research*, 4(3), 291-295. <https://doi.org/10.1177/002224376700400308>
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada. (2019). Banco de Portugal revela crescimento gradual das empresas prestadoras de cuidados de saúde. Retrieved November 27, 2021, from <http://aphp-pt.org/banco-de-portugal-revela-crescimento-gradual-das-empresas-prestadoras-de-cuidados-de-saude/>
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada. (2022). Website da APHP. Retrieved January 29, 2022, from <http://aphp-pt.org>

Astuti, H.J., & Nagase, K. (2014). Patient loyalty to healthcare organizations: Relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2), 39-56. Retrieved from [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as\\_sdt=0%2C5&q=Patient+Loyalty+to+Healthcare+Organizations%3A+Relationship+Marketing+and+Satisfaction&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Patient+Loyalty+to+Healthcare+Organizations%3A+Relationship+Marketing+and+Satisfaction&btnG=)

Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. *In Forum Sociológico, Série II, 24*, 73-77, CESNOVA. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1073>

Babakus, E., & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855/>

Baker, D.A., & Crompton, J.L. (2000). Quality, satisfaction, and behavioral intentions. *Annals of Tourism Research*, 27 (3), 785-804. [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(99\)00108-5](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(99)00108-5)

Barros, P. (2016). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Bearden, W.O., Netemeyer, R.G., & Teel, J.E. (1989). Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence. *Journal of Consumer Research*, 15(4), 473-481. <https://doi.org/10.1086/209186>

Bei, L.T., & 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. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/143f32c2397741c88eb49abacf11694c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=46531>

Bendall-Lyon, D., & Powers, T.L. (2003). The influence of mass communication and tone on satisfaction and loyalty. *Journal of Services Marketing*, 17(6), 589-608. <https://doi.org/10.1108/08876040310495627>

Berkowitz, E.N. (2011). *Essentials of Health Care Marketing*. Ontário, Canada: Jones & Bartlet, LLC.

Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54(2), 69-82.  
<https://doi.org/10.1177%2F002224299005400206>

Boshoff, C., & Gray, B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, 35(4), 27-37. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10520/EJC22267>

Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O Fio Condutor*. Lisboa: Almedina.

Campos, A.C., & Simões, J. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.

Chaniotakis, I.E., & Lympelopoulos, C. (2009). Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *Managing Service Quality: An International Journal*, 19 (2), 229-242. <https://doi.org/10.1108/09604520910943206>

Conway, T., & Willcocks, S. (1997). The role of expectations in the perceptions of healthcare quality: developing a conceptual model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10 (3), 131-140. <https://doi.org/10.1108/09526869710167058>

CUF. (2021). Relatório integrado 2020. Retrieved June 12, 2021, from [https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/documents/2021-05/CUF\\_RI\\_2020\\_PT\\_FINAL.pdf](https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/documents/2021-05/CUF_RI_2020_PT_FINAL.pdf)

Daugherty, T., & Hoffman, E. (2014). eWOM and the importance of capturing consumer attention within social media. *Journal of Marketing Communications*, 20(1-2), 82-102.  
<https://doi.org/10.1080/13527266.2013.797764>

Dawson, C. (2002). *Practical Research Methods: A User-Friendly Guide to Mastering Research*. How to Books.

Day, G.S. (1969). A two-dimensional concept of brand loyalty. *Journal of Advertising Research*, 9(3), 29-35. Retrieved from [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-51565-1\\_26](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-51565-1_26)

Deutsch, M., & Gerard, H.B. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 629-636. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0046408>

Dick, A. S., & Basu, K. (1994). Customer loyalty: Toward an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2), 99-113. <https://doi.org/10.1177%2F0092070394222001>

Dos Santos, C. J. G. (2016). Tipos de pesquisa. *Oficina da Pesquisa*, 1-10. Retrieved from [https://www.academia.edu/9695417/Disciplina\\_Metodologia\\_Cient%C3%ADfica\\_TIPOS\\_DE\\_PESQUISA\\_A\\_PESQUISA\\_EXPLORAT%C3%93RIA?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover\\_page](https://www.academia.edu/9695417/Disciplina_Metodologia_Cient%C3%ADfica_TIPOS_DE_PESQUISA_A_PESQUISA_EXPLORAT%C3%93RIA?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover_page)

Eiriz, V., & Figueiredo, J.A. (2005). Quality evaluation in health care services-based customer provider relationships. *International Journal of Health Care*, 18(6), 404-412. <https://doi.org/10.1108/09526860510619408>

Ennew, C.T., Banerjee, A.K., & Li, D. (2000). Managing word of mouth communication: empirical evidence from India. *International Journal of Bank Marketing*, 18(2), 75-83. <https://doi.org/10.1108/02652320010322985>

Everest, T. (2014). Resolving the qualitative-quantitative debate in healthcare research. *Medical Practice and Reviews*, 5(1), 6-15. <https://doi.org/10.5897/MPR.2013.0107>

Expresso. (2021). Consultas nos hospitais privados duplicaram em 20 anos. Retrieved June 12, 2021, from <https://expresso.pt/sociedade/2021-04-06-Consultas-nos-hospitais-privados-duplicaram-em-20-anos-6c010c20>

Fatima, T., Malik, S.A., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems.

*International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195-1214.  
<https://doi.org/10.1108/IJQRM-02-2017-0031>

Ferguson, R.J., Paulin, M., & Leiriao, E. (2006). Loyalty and positive word-of-mouth: patients and hospital personnel as advocates of a customer-centric health care organization. *Health Marketing Quarterly*, 23(3), 59-77. <https://doi.org/10.1080/07359680802086174>

Frank, R. E. (1967). Correlates of buying behavior for grocery products. *Journal of Marketing*, 31(4), 48-53. <https://doi.org/10.1177%2F002224296703100410>

Gil, A. C. (2008). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5ª edição. São Paulo: Atlas.

Gonçalves, F.M.R.R. (2013). Fidelização dos clientes nos hospitais privados: A perspectiva dos clientes do grupo Hospital Particular do Algarve (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Economia). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.1/4177>

Gremler, D.D., & Brown, S.W. (1996). Service loyalty: its nature, importance, and implications. *Advancing Service Quality: A Global Perspective*, 5(1), 171-181. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/242451313\\_Service\\_Loyalty\\_Its\\_Nature\\_Importance\\_and\\_Implications](https://www.researchgate.net/publication/242451313_Service_Loyalty_Its_Nature_Importance_and_Implications)

Gremler, D.D., & Brown, S.W. (1999). The loyalty ripple effect: appreciating the full value of customers. *International Journal of Service Industry Management*, 10(3), 271-293. <https://doi.org/10.1108/09564239910276872>

Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>

Hallowell, R. (1996). The relationships of consumer satisfaction, customer loyalty and profitability: An empirical study. *International Journal of Service Industry Management*, 7(4), 27-42. <https://doi.org/10.1108/09564239610129931>

Hill, M.M., & Hill, A. (2016). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.

Huete-Alcocer, N. (2017). A literature review of word of mouth and electronic word of mouth: Implications for consumer behavior. *Frontiers in Psychology*, 8, 1256. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01256>

Hussain, S., Ahmed, W., Jafar, R.M.S., Rabnawaz, A., & Jianzhou, Y. (2017). eWOM source credibility, perceived risk, and food product customer's information adoption. *Computers in Human Behavior*, 66, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.034>

Jacoby, J., & Kyner, D.B. (1973). Brand loyalty vs repeat purchasing behavior. *Journal of Marketing Research*, 10 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1177/002224377301000101>

Jones, T. O., & Sasser, W.E. (1995). Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*, 73 (6), 88-99. Retrieved from [https://ilearn.fife.ac.uk/pluginfile.php/105408/mod\\_resource/content/1/Why\\_Satisfied\\_Customer\\_Defect%5B1%5D.pdf](https://ilearn.fife.ac.uk/pluginfile.php/105408/mod_resource/content/1/Why_Satisfied_Customer_Defect%5B1%5D.pdf)

Jornal de Negócios. (2020). Óscar Gaspar: hospitais privados estão a crescer 5 % ao ano. Retrieved June 12, 2021, from <https://www.jornaldenegocios.pt/multimedia/negocios-tv/detalhe/oscar-gaspar-hospitais-privados-estao-a-crescer-5-ao-ano>

Kessler, D.P., & Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 266-273. <https://doi.org/10.1108/09526861111125570>

Kondasani, R.K.R., & Panda, R.K. (2015). Customer perceived service quality, satisfaction, and loyalty in Indian private healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(5), 452- 467. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2015-0008>

Kotler, P., Kartajaya, H., Setiawan, I. (2019). *Marketing 4.0: Mudança do Tradicional para o Digital*. Coimbra: Conjuntura Actual Editora.

Lee, M.A., & Yom, Y.H. (2007). A comparative study of patients and nurses perceptions of the quality of nursing services, satisfaction, and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 545-555. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.006>

- Lichtlé, M.C., Llosa, S., & Plichon, V. (2002). La contribution des différents éléments d'une grande surface alimentaire à la satisfaction du client. *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 17 n°4 23-34. <https://doi.org/10.1177%2F076737010201700402>
- Lim, P.C., & Tang, N.K. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7), 290-299. <https://doi.org/10.1108/09526860010378735>
- Lonial, S., & Raju, P.S. (2015). Impact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in healthcare context. *Leadership in Health Services*, 28(2), 149-166. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2013-0045>
- Loveman, G.W. (1998). Employee satisfaction, customer loyalty, financial performance: an empirical examination of the service profit chain in retail banking. *Journal of Service Research*, 1(1), 18-31. <https://doi.org/10.1177%2F109467059800100103>
- Maddox, R.N. (1981). Two factors theory and consumer satisfaction: replication and extension. *Journal of Consumer Research*, 8(1), 97-102. <https://doi.org/10.1086/208845>
- Marques, A. (2014). *Marketing Relacional: Como Transformar a Fidelização de Clientes numa Vantagem Competitiva*. Lisboa: Edições Sílabo. 2ª edição.
- Martín-Consuegra, D., Molina, A., & Esteban, Á. (2007). Na integrated model of price, satisfaction, and loyalty: an empirical analysis in the service sector. *Journal of Product & Brand Management*, 16(7), 459-468. <https://doi.org/10.1108/10610420710834913>
- Mateus, D. (2021). *Gestão Liderança e Cultura Organizacional para Gestores Hospitalares*. Coimbra: Edições Almedina.
- McConnell, J.D. (1968). The development of brand loyalty: An experimental study. *Journal of Marketing Research*, 5(1), 13-19. <https://doi.org/10.1177%2F002224376800500101>
- McKinsey & Company. (2016). Global private payors: A trillion-euro growth industry. Retrieved January 18, 2022, from <https://healthcare.mckinsey.com/global-private-payors-trillion-euro-growth-industry/>

McMullan, R., & Gilmore, A. (2003). The conceptual development customer loyalty measurement: A proposed scale. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis of Marketing*, 11(3), 230-243. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jt.5740080>

Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2016.10.011>

Mena, R., Aguiar, P. (2016). *Healthcare Marketing*. Lisboa: Texto Editores.

Moliner, M.A. (2009). Loyalty, perceived value, and relationship quality healthcare services. *Journal of Service Management*, 20(1), 76-97. <https://doi.org/10.1108/09564230910936869>

Mortazavi, S., Kazemi, M., Shirazi, A., & Azizabadi, A. (2009). The relationships between patient satisfaction and loyalty in the private hospital industry. *Iranian Journal of Public Health*, 38(3), 60-69. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/252305135\\_The\\_Relationships\\_between\\_Patient\\_Satisfaction\\_and\\_Loyalty\\_in\\_The\\_Private\\_Hospital\\_Industry](https://www.researchgate.net/publication/252305135_The_Relationships_between_Patient_Satisfaction_and_Loyalty_in_The_Private_Hospital_Industry)

Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health care Quality Assurance*, 22(4), 366-381. <https://doi.org/10.1108/09526860910964834>

Oliva, T.A., Oliver, R.L., & MacMillan, I.C. (1992). A catastrophe model for developing service satisfaction strategies. *Journal of Marketing*, 56 (3), 83-95. <https://doi.org/10.1177%2F002224299205600306>

Oliveira, E.R., & Ferreira, P. (2014). *Métodos de Investigação – Da interrogação à Descoberta Científica*. Vida Económica.

Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469. <https://doi.org/10.1177%2F002224378001700405>

Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction. A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York, NY: McGraw -Hill.

Oliver, R. L. (1999). Whence customer loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33-44. <https://doi.org/10.1177%2F00222429990634s105>

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2005). Taking the “Q” out of research: Teaching research methodology courses without the divide between quantitative and qualitative paradigms. *Quality and Quantity*, 39 (3), 267-295. <https://doi.org/10.1007/s11135-004-1670-0>

Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P.S. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. *Benchmarking: An International Journal*, 17(6), 807-841. <https://doi.org/10.1108/14635771011089746>

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41-50. <https://doi.org/10.1177%2F002224298504900403>

Park, C.W., & Lessig, V. P. (1977). Students and housewives: Differences in susceptibility to reference group influence. *Journal of Consumer Research*, 4(2), 102-110. <https://doi.org/10.1086/208685>

Pearce, L. D. (2012). Mixed methods inquiry in sociology. *American Behavioral Scientist*, 56(6), 829-848. <https://doi.org/10.1177%2F0002764211433798>

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Raosoft. (2004). Sample size calculator. Retrieved March 8, 2022, from <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

Raupp, F.M., & Beuren, I.M. (2006). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática. São Paulo: Atlas, 76-

97. Retrieved from  
[https://www.academia.edu/9577024/Cap\\_3\\_Como\\_Elaborar?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover\\_page](https://www.academia.edu/9577024/Cap_3_Como_Elaborar?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover_page)

Ravald, A., & Gronroos, C. (1996). The value concept and relationship marketing. *European Journal of Marketing*, 30(2), 19-30. <https://doi.org/10.1108/03090569610106626>

Rego, G., & Nunes, R. (2010). *Gestão da Saúde*. Lisboa: Editora Prata & Rodrigues.

Royo-Vela, M., & Casamassima, P. (2011). The influence of belonging to virtual brand communities on consumers 'affective commitment, satisfaction, and word-of-mouth advertising: The Zara case. *Online Information Review*, 35(4), 517-542. <https://doi.org/10.1108/14684521111161918>

Sahut, J. M., Moez, K., Mutte, J.L. (2011). Satisfaction et fidélisation aux services d'internet Banking, quelle influence sur la fidélité à la banque? *Revue Management & Avenir*, 47(7). 260-280. DOI 10.3917/mav.047.0260. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-7-page-260.htm>

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. Pearson Education.

Shabbir, A., Malik, S.A., & Malik, S.A. (2016). Measuring patients 'healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(5), 1-29. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-06-2014-0074>

Sharma, V. (2017). Patient satisfaction and brand loyalty in health-care organizations in India. *Journal of Asia Business Studies*, 11(1), 73-87. <https://doi.org/10.1108/JABS-09-2015-0157>

Singh, J., & Sirdeshmukh, D. (2000). Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgments. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 150-167. <https://doi.org/10.1177%2F0092070300281014>

Swan, J.E., & Combs, L.J. (1976). Product performance and consumer satisfaction: A new concept: An empirical study examines the influence of physical and psychological dimensions of product performance on consumer satisfaction. *Journal of Marketing*, 40 (2), 25-33. <https://doi.org/10.1177%2F002224297604000206>

Vandamme, R., & Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3),30-49. <https://doi.org/10.1108/09564239310041661>

Virvalaite, R., Saladiene, V., & Skindaras, D. (2009). The relationship between price and loyalty in services industry. *Engineering Economics*, 63(3). Retrieved from <https://www.inzeko.ktu.lt/index.php/EE/article/view/11654>

Webster Jr, F. E. (1992). The changing role of marketing in the corporation. *Journal of Marketing*, 56 (4), 1-17. <https://doi.org/10.1177%2F002224299205600402>

Westbrook, R.A. (1987). Product/consumption-based affective responses and post purchase processes. *Journal of Marketing Research*, 24(3), 258-270. <https://doi.org/10.1177%2F002224378702400302>

Woodruff, R.B., Cadotte, E.R., & Jenkins, R.L. (1983). Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 20(3), 296-304. <https://doi.org/10.1177%2F002224378302000308>

Woodside, A.G., Frey, L.L., & Daly, R.T. (1989). Liking service quality, customer satisfaction and behavior intention. *Marketing Health Services*, 9(4), 5-17. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Arch-Woodside/publication/12994830\\_Linking\\_service\\_quality\\_customer\\_satisfaction\\_and\\_behavioral\\_intention/links/02bfe511d22fc27ffc000000/Linking-service-quality-customer-satisfaction-and-behavioral-intention.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Arch-Woodside/publication/12994830_Linking_service_quality_customer_satisfaction_and_behavioral_intention/links/02bfe511d22fc27ffc000000/Linking-service-quality-customer-satisfaction-and-behavioral-intention.pdf)

Wu, H., & Lu, N. (2018). Service provision, pricing, and patient satisfaction in online health communities. *International Journal of Medical Informatics*, 110, 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.11.009>

Yesilada, F., & Direktor, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business management*, 4(6), 962-971. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Figen-](https://www.researchgate.net/profile/Figen-Yesilada/publication/285893392_Health_care_service_quality_A_comparison_of_public_and_private_hospitals/links/616e8ea625467d2f005aecf5/Health-care-service-quality-A-comparison-of-public-and-private-hospitals.pdf)

[Yesilada/publication/285893392\\_Health\\_care\\_service\\_quality\\_A\\_comparison\\_of\\_public\\_and\\_private\\_hospitals/links/616e8ea625467d2f005aecf5/Health-care-service-quality-A-comparison-of-public-and-private-hospitals.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Figen-Yesilada/publication/285893392_Health_care_service_quality_A_comparison_of_public_and_private_hospitals/links/616e8ea625467d2f005aecf5/Health-care-service-quality-A-comparison-of-public-and-private-hospitals.pdf)

Zeithaml, V.A., Berry, L.L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60 (2), 31-46. <https://doi.org/10.1177/002224299606000203>

Zhou, W.J., Wan, Q.Q., Liu, C.Y., Feng, X.L., & Shang, S.M. (2017). Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 442-449. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx058>

## ANEXO I- INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Fatores de Fidelização dos Clientes nas Clínicas Privadas de Saúde -A perspectiva dos Clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade 01/06/22, 11:39

### Fatores de Fidelização dos Clientes nas Clínicas Privadas de Saúde -A perspectiva dos Clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade

No âmbito do Mestrado em Gestão de Marketing no IPAM, encontro-me a fazer uma dissertação sobre o Fatores de Fidelização dos Clientes nas Clínicas Privadas de Saúde -A Perspetiva dos Clientes da Clínica de saúde da Vitalidade

Assim, preciso da sua ajuda para conseguir obter as respostas necessárias para o desenvolvimento do meu trabalho de investigação. Este desenrola-se em torno dos fatores de fidelização dos clientes da Clínica de Saúde da Vitalidade. Por isso, peço por favor apenas 5 minutos do seu tempo para responder este inquérito por questionário de forma anónima.

A sua opinião faz a diferença!  
Muito grata pela sua disponibilidade!

Patrícia Martins - email: [patricia.martins@windowslive.com](mailto:patricia.martins@windowslive.com)

**\*Obrigatório**

#### Características da Clínica de Saúde da Vitalidade

De seguida são apresentadas afirmações que têm como objetivo avaliar o seu nível de concordância ou discordância face características que se pretendem avaliar nesta investigação. As afirmações expostas abaixo são relativas à Clínica de Saúde da Vitalidade. A escala de medida apresentada inclui sete níveis distintos, tal como apresentado abaixo, no qual o nível 1 equivale a discordo totalmente, o nível 2 equivale a discordo, o nível 3 equivale a discordo pouco, o nível 4 corresponde a nem concordo, nem discordo, o nível 5 equivale a concordo pouco, o nível 6 equivale a concordo e o nível 7 equivale a concordo totalmente, pelo que deve assinalar aquele que melhor exprime o seu nível de concordância.

1. A Clínica de Saúde da Vitalidade estava bem organizada. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

<https://docs.google.com/forms/d/16wR9TVMnr6rKDPQORfbdvuuNCHAIGXdKQT9PyOWiKZo/printform> Página 1 de 12

2. A qualidade global do serviço manteve-se durante todo o contacto com a Clínica de Saúde da Vitalidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

3. O nível de qualidade do serviço da Clínica de Saúde da Vitalidade foi aceitável quando comparado com outros hospitais ou clínicas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

4. Os colaboradores da Clínica de Saúde da Vitalidade foram sempre corteses e amigáveis. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

5. A equipa médica da Clínica de Saúde da Vitalidade acertou no diagnóstico e no tratamento.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

6. O preço que paguei valeu a pena pelo serviço que me foi prestado na Clínica de Saúde da Vitalidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

7. O custo do serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade não foi elevado. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

8. O serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade foi adequado pelo que paguei. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

9. Fiquei satisfeito (a) com a minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

10. A minha visita à Clínica de Saúde da Vitalidade alterou para melhor a minha perspetiva sobre os hospitais ou clínicas privadas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

11. A minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade foi acertada. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

12. Sinto-me mal em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

13. Procedi bem em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

14. Não estou contente por ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

15. Para assegurar que escolho a Clínica ou Hospital adequado, reparo com frequência no que os outros escolhem e usam.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

16. Se tenho pouca experiência acerca de uma clínica ou hospital, tendo a questionar os meus amigos.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

17. Recolho com frequência informação junto de outras pessoas antes de escolher uma clínica ou hospital.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

18. Recorro com frequência à opinião de amigos ou familiares para me aconselharem na escolha de uma clínica ou hospital.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

19. Transmito informações positivas acerca da Clínica de Saúde da Vitalidade a outras pessoas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

20. Recomendo a Clínica de Saúde da Vitalidade a pessoas que procuram o meu conselho. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

21. Encorajo familiares e amigos a recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

22. Considero a Clínica de Saúde da Vitalidade a primeira escolha quando necessito de serviços de saúde.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

23. Pretendo recorrer a esta Clínica no futuro. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

#### Caracterização do cliente

De seguida, deve de assinalar as suas características sociodemográficas, preenchendo o escalão ou a característica em que se encontra.

24. Sexo \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino  
 Masculino

25. Idade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 18-24 anos
- 25-34 anos
- 35-44 anos
- 45-54 anos
- 55-64 anos
- Mais de 65 anos

26. Nacionalidade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Portuguesa
- Outra

27. Local de residência \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Norte de Portugal
- Centro de Portugal
- Sul de Portugal
- Arquipélago da Madeira ou Açores
- Fora de Portugal

28. Situação profissional \*

Marcar apenas uma oval.

- Trabalhador por conta de outrem
- Trabalhador por conta própria
- Desempregado
- Estudante
- Reformado

29. Nível de escolaridade \*

Marcar apenas uma oval.

- 4º ano
- 6º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Ensino superior

30. Possui seguro de saúde? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

31. Se respondeu sim, o seguro é?

Marcar apenas uma oval.

- Português
- Estrangeiro

32. Possui subsistema de saúde? (ADM, ADSE, SAD-GNR, SAD-PSP, SNS etc.) \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

33. No ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

34. Se respondeu sim, quantas vezes?

Marcar apenas uma oval.

2 vezes

3 a 5 vezes

Mais de 5 vezes

35. A sua opinião é muito importante, agradeço sugestões que queira partilhar relativamente algum ponto que não tenha sido abordado no inquérito por questionário.

---

---

---

---

---

Muito grata pelo tempo que despendeu a responder a este inquérito por questionário.

## ANEXO II- SPSS OUTPUTS- ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS

### A Clínica de Saúde da Vitalidade estava bem organizada.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo pouco	3	,8	,8	,8
	Nem concordo nem discordo	11	2,9	2,9	3,7
	Concordo pouco	57	14,9	14,9	18,5
	Concordo	132	34,5	34,5	53,0
	Concordo totalmente	180	47,0	47,0	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

### A qualidade global do serviço manteve-se durante todo o contacto com a Clínica de Saúde da Vitalidade.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo	1	,3	,3	,3
	Discordo pouco	3	,8	,8	1,0
	Nem concordo nem discordo	9	2,3	2,3	3,4
	Concordo pouco	36	9,4	9,4	12,8
	Concordo	144	37,6	37,6	50,4
	Concordo totalmente	190	49,6	49,6	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

### O nível de qualidade do serviço da Clínica de Saúde da Vitalidade foi aceitável quando comparado com outros hospitais ou clínicas.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo pouco	3	,8	,8	,8
	Nem concordo nem discordo	20	5,2	5,2	6,0
	Concordo pouco	35	9,1	9,1	15,1
	Concordo	120	31,3	31,3	46,5
	Concordo totalmente	205	53,5	53,5	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

### Os colaboradores da Clínica de Saúde da Vitalidade foram sempre corteses e amigáveis.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Discordo	1	,3	,3	,3
	Discordo pouco	2	,5	,5	,8
	Nem concordo nem discordo	4	1,0	1,0	1,8
	Concordo pouco	26	6,8	6,8	8,6
	Concordo	79	20,6	20,6	29,2
	Concordo totalmente	271	70,8	70,8	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**A equipa médica da Clínica de Saúde da Vitalidade acertou no diagnóstico e no tratamento.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	2	,5	,5	,5
	Discordo pouco	4	1,0	1,0	1,6
	Nem concordo nem discordo	64	16,7	16,7	18,3
	Concordo pouco	29	7,6	7,6	25,8
	Concordo	78	20,4	20,4	46,2
	Concordo totalmente	206	53,8	53,8	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**O preço que paguei valeu a pena pelo serviço que me foi prestado na Clínica de Saúde da Vitalidade.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	4	1,0	1,0	1,0
	Discordo	3	,8	,8	1,8
	Discordo pouco	4	1,0	1,0	2,9
	Nem concordo nem discordo	64	16,7	16,7	19,6
	Concordo pouco	52	13,6	13,6	33,2
	Concordo	106	27,7	27,7	60,8
	Concordo totalmente	150	39,2	39,2	100,0
Total	383	100,0	100,0		

**O custo do serviço prestado pela Clínica de Saúde da vitalidade não foi elevado.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	9	2,3	2,3	2,3
	Discordo	13	3,4	3,4	5,7
	Discordo pouco	23	6,0	6,0	11,7
	Nem concordo nem discordo	76	19,8	19,8	31,6
	Concordo pouco	73	19,1	19,1	50,7
	Concordo	96	25,1	25,1	75,7
	Concordo totalmente	93	24,3	24,3	100,0
Total	383	100,0	100,0		

**O serviço prestado pela Clínica de Saúde da Vitalidade foi adequado pelo que paguei.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	,3	,3	,3
	Discordo	2	,5	,5	,8
	Discordo pouco	10	2,6	2,6	3,4
	Nem concordo nem discordo	60	15,7	15,7	19,1
	Concordo pouco	61	15,9	15,9	35,0
	Concordo	123	32,1	32,1	67,1
	Concordo totalmente	126	32,9	32,9	100,0
Total	383	100,0	100,0		

**Fiquei satisfeito (a) com a minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	,5	,5	,5
	Discordo	2	,5	,5	1,0
	Discordo pouco	4	1,0	1,0	2,1
	Nem concordo nem discordo	13	3,4	3,4	5,5
	Concordo pouco	35	9,1	9,1	14,6
	Concordo	110	28,7	28,7	43,3
	Concordo totalmente	217	56,7	56,7	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**A minha visita à Clínica de Saúde da Vitalidade alterou para melhor a minha perspetiva sobre os hospitais ou clínicas privadas.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	,5	,5	,5
	Discordo	6	1,6	1,6	2,1
	Discordo pouco	13	3,4	3,4	5,5
	Nem concordo nem discordo	89	23,2	23,2	28,7
	Concordo pouco	59	15,4	15,4	44,1
	Concordo	99	25,8	25,8	70,0
	Concordo totalmente	115	30,0	30,0	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**A minha decisão em recorrer à Clínica de Saúde da vitalidade foi acertada.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	,5	,5	,5
	Discordo	2	,5	,5	1,0
	Discordo pouco	4	1,0	1,0	2,1
	Nem concordo nem discordo	24	6,3	6,3	8,4
	Concordo pouco	42	11,0	11,0	19,3
	Concordo	113	29,5	29,5	48,8
	Concordo totalmente	196	51,2	51,2	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Sinto-me mal em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	332	86,7	86,7	86,7
	Discordo	29	7,6	7,6	94,3
	Discordo pouco	2	,5	,5	94,8
	Nem concordo nem discordo	10	2,6	2,6	97,4
	Concordo pouco	4	1,0	1,0	98,4
	Concordo	3	,8	,8	99,2
	Concordo totalmente	3	,8	,8	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Procedi bem em ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	,5	,5	,5
	Discordo	1	,3	,3	,8
	Discordo pouco	4	1,0	1,0	1,8
	Nem concordo nem discordo	12	3,1	3,1	5,0
	Concordo pouco	28	7,3	7,3	12,3
	Concordo	117	30,5	30,5	42,8
	Concordo totalmente	219	57,2	57,2	100,0
Total	383	100,0	100,0		

**Não estou contente por ter recorrido à Clínica de Saúde da Vitalidade.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	326	85,1	85,1	85,1
	Discordo	31	8,1	8,1	93,2
	Nem concordo nem discordo	15	3,9	3,9	97,1
	Concordo pouco	7	1,8	1,8	99,0
	Concordo	1	,3	,3	99,2
	Concordo totalmente	3	,8	,8	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Para assegurar que escolho a Clínica ou Hospital adequado, reparo com frequência no que os outros escolhem e usam.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	152	39,7	39,7	39,7
	Discordo	33	8,6	8,6	48,3
	Discordo pouco	26	6,8	6,8	55,1
	Nem concordo nem discordo	48	12,5	12,5	67,6
	Concordo pouco	46	12,0	12,0	79,6
	Concordo	47	12,3	12,3	91,9
	Concordo totalmente	31	8,1	8,1	100,0
Total	383	100,0	100,0		

**Se tenho pouca experiência acerca de uma clínica ou hospital, tendo a questionar os meus amigos.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	84	21,9	21,9	21,9
	Discordo	25	6,5	6,5	28,5
	Discordo pouco	20	5,2	5,2	33,7
	Nem concordo nem discordo	31	8,1	8,1	41,8
	Concordo pouco	57	14,9	14,9	56,7
	Concordo	80	20,9	20,9	77,5
	Concordo totalmente	86	22,5	22,5	100,0
Total	383	100,0	100,0		

**Recolho com frequência informação junto de outras pessoas antes de escolher uma clínica ou hospital.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	64	16,7	16,7	16,7
	Discordo	29	7,6	7,6	24,3
	Discordo pouco	13	3,4	3,4	27,7
	Nem concordo nem discordo	41	10,7	10,7	38,4
	Concordo pouco	66	17,2	17,2	55,6
	Concordo	88	23,0	23,0	78,6
	Concordo totalmente	82	21,4	21,4	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Recorro com frequência à opinião de amigos ou familiares para me aconselharem na escolha de uma clínica ou hospital.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	64	16,7	16,7	16,7
	Discordo	17	4,4	4,4	21,1
	Discordo pouco	22	5,7	5,7	26,9
	Nem concordo nem discordo	36	9,4	9,4	36,3
	Concordo pouco	61	15,9	15,9	52,2
	Concordo	99	25,8	25,8	78,1
	Concordo totalmente	84	21,9	21,9	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Transmito informações positivas acerca da Clínica de Saúde da Vitalidade a outras pessoas.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	1,3	1,3	1,3
	Discordo	1	,3	,3	1,6
	Discordo pouco	5	1,3	1,3	2,9
	Nem concordo nem discordo	29	7,6	7,6	10,4
	Concordo pouco	42	11,0	11,0	21,4
	Concordo	111	29,0	29,0	50,4
	Concordo totalmente	190	49,6	49,6	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Recomendo a Clínica de Saúde da Vitalidade a pessoas que procuram o meu conselho.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	,5	,5	,5
	Discordo	2	,5	,5	1,0
	Discordo pouco	5	1,3	1,3	2,3
	Nem concordo nem discordo	19	5,0	5,0	7,3
	Concordo pouco	36	9,4	9,4	16,7
	Concordo	126	32,9	32,9	49,6
	Concordo totalmente	193	50,4	50,4	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Encorajo familiares e amigos a recorrer à Clínica de Saúde da Vitalidade.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	1,3	1,3	1,3
	Discordo	4	1,0	1,0	2,3
	Discordo pouco	9	2,3	2,3	4,7
	Nem concordo nem discordo	34	8,9	8,9	13,6
	Concordo pouco	54	14,1	14,1	27,7
	Concordo	103	26,9	26,9	54,6
	Concordo totalmente	174	45,4	45,4	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Considero a Clínica de Saúde da Vitalidade a primeira escolha quando necessito de serviços de saúde.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	17	4,4	4,4	4,4
	Discordo	19	5,0	5,0	9,4
	Discordo pouco	22	5,7	5,7	15,1
	Nem concordo nem discordo	64	16,7	16,7	31,9
	Concordo pouco	91	23,8	23,8	55,6
	Concordo	66	17,2	17,2	72,8
	Concordo totalmente	104	27,2	27,2	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Pretendo recorrer a esta Clínica no futuro.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	,8	,8	,8
	Discordo	4	1,0	1,0	1,8
	Discordo pouco	6	1,6	1,6	3,4
	Nem concordo nem discordo	22	5,7	5,7	9,1
	Concordo pouco	32	8,4	8,4	17,5
	Concordo	125	32,6	32,6	50,1
	Concordo totalmente	191	49,9	49,9	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

**Análise descritiva das variáveis**

	Média	Desvio padrão
Qualidade do serviço percebida	6,3091	,65737
Preço adequado	5,5909	1,18715
Satisfação	6,2937	,83182
Word of mouth	4,2128	1,82140
Fidelização	5,9164	1,05270

## ANEXO III- SPSS OUTPUTS- TESTE T DE AMOSTRAS INDEPENDENTES

### Teste t de amostras independentes para o sexo

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias							
		Z	Sig.	t	df	Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
Qualidade do serviço percebida	Variâncias iguais assumidas	,305	,581	1,417	381	,079	,157	,09584	,06765	-,03717	,22885
	Variâncias iguais não assumidas			1,407	346,952	,080	,160	,09584	,06813	-,03816	,22984
Preço adequado	Variâncias iguais assumidas	,000	,983	,349	381	,364	,728	,04270	,12247	-,19809	,28350
	Variâncias iguais não assumidas			,350	361,519	,363	,727	,04270	,12205	-,19731	,28272
Satisfação	Variâncias iguais assumidas	,337	,562	1,184	381	,119	,237	,10144	,08567	-,06700	,26988
	Variâncias iguais não assumidas			1,192	365,792	,117	,234	,10144	,08507	-,06585	,26872
Word of mouth	Variâncias iguais assumidas	2,498	,115	,101	381	,460	,920	,01897	,18792	-,35053	,38847
	Variâncias iguais não assumidas			,102	371,452	,459	,919	,01897	,18558	-,34595	,38388
Fidelização	Variâncias iguais assumidas	,007	,932	1,613	381	,054	,108	,17463	,10825	-,03821	,38746
	Variâncias iguais não assumidas			1,616	359,649	,053	,107	,17463	,10804	-,03783	,38709

### Testes de Normalidade para a situação profissional

Situação profissional	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.	
Qualidade do serviço percebida	Trabalhador por conta de outrem	,138	200	<,001	,902	200	<,001
	Trabalhador por conta própria	,183	67	<,001	,848	67	<,001
	Desempregado	,197	26	,011	,855	26	,002
	Estudante	,183	27	,020	,854	27	,001
	Reformado	,174	63	<,001	,872	63	<,001
Preço adequado	Trabalhador por conta de outrem	,158	200	<,001	,931	200	<,001
	Trabalhador por conta própria	,172	67	<,001	,856	67	<,001
	Desempregado	,164	26	,071	,862	26	,002
	Estudante	,168	27	,048	,899	27	,013
	Reformado	,163	63	<,001	,901	63	<,001
Satisfação	Trabalhador por conta de outrem	,179	200	<,001	,806	200	<,001
	Trabalhador por conta própria	,235	67	<,001	,699	67	<,001
	Desempregado	,267	26	<,001	,615	26	<,001
	Estudante	,284	27	<,001	,764	27	<,001
	Reformado	,173	63	<,001	,854	63	<,001
Word of mouth	Trabalhador por conta de outrem	,149	200	<,001	,922	200	<,001
	Trabalhador por conta própria	,096	67	,200*	,937	67	,002
	Desempregado	,113	26	,200*	,936	26	,111
	Estudante	,137	27	,200*	,943	27	,141
	Reformado	,103	63	,094	,935	63	,003
Fidelização	Trabalhador por conta de outrem	,137	200	<,001	,884	200	<,001
	Trabalhador por conta própria	,173	67	<,001	,852	67	<,001
	Desempregado	,164	26	,070	,860	26	,002
	Estudante	,171	27	,042	,862	27	,002
	Reformado	,178	63	<,001	,855	63	<,001

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Teste t de amostras independentes para a detenção de seguro de saúde

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias							
		Z	Sig.	t	df	Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
Qualidade do serviço percebida	Variâncias iguais assumidas	2,841	,093	-,019	381	,493	,985	-,00143	,07708	-,15299	,15012
	Variâncias iguais não assumidas			-,017	144,400	,493	,987	-,00143	,08487	-,16917	,16631
Preço adequado	Variâncias iguais assumidas	7,655	,006	3,220	381	<,001	,001	,44219	,13734	,17214	,71224
	Variâncias iguais não assumidas			2,986	148,872	,002	,003	,44219	,14810	,14954	,73484
Satisfação	Variâncias iguais assumidas	,194	,660	-,640	381	,261	,523	-,06236	,09748	-,25403	,12931
	Variâncias iguais não assumidas			-,584	145,625	,280	,560	-,06236	,10670	-,27324	,14853
Word of mouth	Variâncias iguais assumidas	,678	,411	,039	381	,485	,969	,00828	,21357	-,41164	,42820
	Variâncias iguais não assumidas			,037	158,554	,485	,970	,00828	,22123	-,42865	,44521
Fidelização	Variâncias iguais assumidas	,056	,813	-1,514	381	,065	,131	-,18633	,12307	-,42830	,05564
	Variâncias iguais não assumidas			-1,479	161,706	,071	,141	-,18633	,12598	-,43510	,06244

**Teste t de amostras independentes para a deteção de subsistema de saúde**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias							
		Z	Sig.	t	df	Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
Qualidade do serviço percebida	Variâncias iguais assumidas	1,131	,288	-,606	381	,272	,545	-,04280	,07061	-,18163	,09604
	Variâncias iguais não assumidas			-,573	230,734	,283	,567	-,04280	,07464	-,18986	,10427
Preço adequado	Variâncias iguais assumidas	,268	,605	-3,133	381	<,001	,002	-,39467	,12597	-,64234	-,14699
	Variâncias iguais não assumidas			-3,158	275,453	<,001	,002	-,39467	,12498	-,64070	-,14863
Satisfação	Variâncias iguais assumidas	4,197	,041	-1,365	381	,087	,173	-,12171	,08918	-,29705	,05362
	Variâncias iguais não assumidas			-1,279	225,068	,101	,202	-,12171	,09513	-,30918	,06575
Word of mouth	Variâncias iguais assumidas	,033	,855	,822	381	,206	,412	,16067	,19557	-,22385	,54519
	Variâncias iguais não assumidas			,815	263,152	,208	,416	,16067	,19719	-,22760	,54894
Fidelização	Variâncias iguais assumidas	,016	,899	-,253	381	,400	,800	-,02866	,11312	-,25107	,19376
	Variâncias iguais não assumidas			-,253	267,970	,400	,801	-,02866	,11333	-,25179	,19448

**Teste t de amostras independentes para no ano de 2021 recorreu mais de uma vez à Clínica de Saúde da Vitalidade**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias							
		Z	Sig.	t	df	Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
Qualidade do serviço percebida	Variâncias iguais assumidas	,841	,360	2,787	381	,003	,006	,18602	,06674	,05481	,31724
	Variâncias iguais não assumidas			2,775	366,561	,003	,006	,18602	,06703	,05421	,31784
Preço adequado	Variâncias iguais assumidas	2,072	,151	4,832	381	<,001	<,001	,57106	,11817	,33871	,80342
	Variâncias iguais não assumidas			4,819	369,668	<,001	<,001	,57106	,11851	,33802	,80411
Satisfação	Variâncias iguais assumidas	10,923	,001	3,810	381	<,001	<,001	,31897	,08372	,15436	,48359
	Variâncias iguais não assumidas			3,722	309,552	<,001	<,001	,31897	,08571	,15033	,48762
Word of mouth	Variâncias iguais assumidas	16,181	<,001	-2,774	381	,003	,006	-,51299	,18492	-,87659	-,14940
	Variâncias iguais não assumidas			-2,808	379,895	,003	,005	-,51299	,18272	-,87226	-,15373
Fidelização	Variâncias iguais assumidas	16,061	<,001	6,024	381	<,001	<,001	,62139	,10315	,41857	,82421
	Variâncias iguais não assumidas			5,884	309,590	<,001	<,001	,62139	,10560	,41361	,82917