



Dissertação

Mestrado em Marketing Relacional

**O IMPACTO DA QUALIDADE DA RELAÇÃO, DAS EMOÇÕES
E DA RECOMENDAÇÃO NA LEALDADE: O CASO DO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ELISABETE
CAVADAS**

Ricardo Jorge Oliveira Marques dos Santos Cavadas

Leiria, fevereiro de 2015



Dissertação

Mestrado em Marketing Relacional

**O IMPACTO DA QUALIDADE DA RELAÇÃO, DAS EMOÇÕES
E DA RECOMENDAÇÃO NA LEALDADE: O CASO DO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ELISABETE
CAVADAS**

Ricardo Jorge Oliveira Marques dos Santos Cavadas

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Doutora Alzira Maria Ascensão Marques, Professora da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, fevereiro de 2015

Ao Francisco e ao João
À Ana
Ao Carlos e à Elisabete

Agradecimentos

A vida está sempre a propor-nos desafios. Esta aventura, além de ser um projeto que estava a aguardar há alguns anos, serve para provar que podemos superar-nos e alcançar um patamar de conhecimento que certamente irá desflorar noutros. Tal como adquirido na elaboração desta Tese de Mestrado, nada se pode fazer sozinho. Tive a sorte de ter, no momento certo, o apoio e motivação de algumas pessoas que não posso deixar de agradecer.

À minha orientadora Professora Doutora Alzira Marques, que, pela sua dedicação, disponibilidade, empenho, sentido crítico e de orientação, pelo seu bom humor, pela sua assertividade, pela amizade que foi sendo criada, tornou esta missão um sucesso.

Aos meus filhos Francisco e João, que se viram privados durante muitos fins-de-semana da companhia do Pai, sempre dando carinho e incentivo. Espero que este trabalho lhes sirva de motivação e inspiração na demanda por mais saber.

À Ana, minha esposa e confidente, pela paciência, incentivo, apoio e amor incondicional demonstrado durante todo o projeto.

À minha Mãe, Elisabete, pelo apoio e amor incondicional que sempre demonstrou, a quem tudo agradeço por tudo o que de positivo tem acontecido na minha vida.

Ao meu Pai Carlos e ao meu Avô João, a título póstumo, por ter sido uma promessa que nunca tive a oportunidade de lhes apresentar. Estejam onde estiverem, sei que muito do que está presente neste texto a Vós pertence.

Ao Bruno e o Marco pela amizade e aos seguidores da minha página do *facebook*¹ que tornaram este projeto mais fácil de encarar.

A todos os colaboradores do Laboratório de Análises Clínicas e clientes que se disponibilizaram na aplicação e preenchimento dos inquéritos.

¹ <https://www.facebook.com/tesedocavadas>

Num mercado cada vez mais fragmentado, as empresas do setor da saúde devem olhar para a retenção dos seus clientes como uma prioridade. Mais particularmente, os Laboratórios de Análises Clínicas, por serem um intermediário entre a situação clínica de um cliente e o seu diagnóstico, têm necessariamente que estabelecer relações comerciais fortes, com elevados graus de satisfação, confiança e compromisso, baseadas numa dinâmica relacional e assentes na lealdade à marca. Desta forma, as recomendações assumem-se de maior relevância, importando saber quem mais influencia na escolha deste tipo de serviços. Importa também, tratando-se de um serviço que opera nas necessidades mais básicas do ser humano, a saúde, distinguir qual o estado emocional e de que forma afeta a relação entre o cliente e a empresa.

Para o efeito, importa conhecer a influência da satisfação e da confiança no compromisso e deste na lealdade, bem como a influência da recomendação e das emoções quer no compromisso quer na lealdade. Interessa ainda analisar se a confiança tem influência na satisfação. Assim, com base na informação recolhida através de questionário numa amostra de 233 clientes do Laboratório de Análises Clínicas Elisabete Cavadas (LACEC), estimou-se um modelo de equações estruturais, utilizando o *software Partial Least Squares (PLS)* pelo Smart PLS 2. Os resultados evidenciaram que a confiança explica a satisfação, que a satisfação explica o compromisso e a lealdade e que o compromisso explica, de um modo geral, a lealdade. As recomendações não explicam nem o compromisso nem a lealdade, enquanto as emoções positivas explicam o compromisso e a lealdade.

Os resultados obtidos contribuem para um melhor conhecimento do marketing relacional e para otimizar a sua aplicação no sector da saúde e no LACEC, em particular.

Palavras-chave: Marketing Relacional; Qualidade da Relação; Emoção; Recomendação; Lealdade; PLS.

Abstract

Business enterprises in the health sector must envisage client retention as their priority, due to an ever growing market fragmentation. This is particularly the case for Clinical Test Laboratories, that act as the interface between patients' clinic status and the corresponding diagnosis. So, it is absolutely necessary for them to establish strong commercial links at high satisfaction levels, as well as building trustworthy compromises, based on relational dynamics and set on loyalty to the brand. This way, recommendations assume greater relevance, the issue being about who exerts strong influence when it comes down to choosing this type of service. Also highly relevant is the matter of distinguishing what the emotional status of the client is, and how it may affect his interchange with the laboratory, because it handles basic needs of the human being: his health!

For this matter, it is relevant to find out how satisfaction and trust influence the compromise and how compromise influences client loyalty. Furthermore, it is important to know how big the influence of recommendation and emotions is on compromise and loyalty. Also relevant is the evaluation of trust on satisfaction. Therefore, based on the pieces of info collected in the queries sampled from 233 clients in the *Laboratório de Análises Clínicas Elisabete Cavadas (LACEC)*, a structural equation model was calculated, according *software Partial Least Squares (PLS)* by Smart PLS 2. The results thereof have evinced that trust explains satisfaction; that satisfaction explains compromise and loyalty; and that, overall, compromise explains loyalty. Recommendations by themselves do not explain neither compromise nor loyalty, whereas positive emotions explain compromise and client loyalty to the laboratory.

The results obtained contribute to a better knowledge of relational marketing and to the optimization of its implementation in the health sector activities, this also being specifically true for the LACEC.

Key Words: Relationship Marketing; Relationship Quality; Emotion; Recommendation; Loyalty; PLS.

Índice

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XIII
LISTA DE SIGLAS	XV
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 ENQUADRAMENTO	1
1.2 OBJETO DE ESTUDO	3
1.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA: A LEALDADE NUM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE DOS CLIENTES	5
1.4 OBJETIVOS DO ESTUDO	6
1.5 TIPO DE ESTUDO	7
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 MARKETING RELACIONAL	11
2.2 QUALIDADE DA RELAÇÃO	16
2.2.1 Confiança	17
2.2.2. Satisfação	23
2.2.3. Compromisso	27
2.3 LEALDADE	30
2.3.1. Lealdade comportamental	32
2.3.2. Lealdade atitudinal	33
2.3.3. Processo evolutivo da lealdade	36
2.3.4. Lealdade no setor da saúde	38
2.4 RECOMENDAÇÕES ESPECIALIZADAS: WOM	39
2.5 EMOÇÕES	41

2.6 CONCLUSÃO DO ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	44
3 METODOLOGIA.....	45
3.1 QUADRO CONCEPTUAL: DEDUÇÃO DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	45
3.1.1. Os Determinantes do compromisso.....	46
3.1.2. Os Determinantes da Lealdade.....	48
3.2 O OBJETO DE ESTUDO	51
3.3 RECOLHA DE DADOS.....	52
3.3.1. Definição da amostra.....	53
3.3.2. Caracterização sociodemográfica da amostra	54
3.3.3. Questionário	55
3.3.4. Variáveis e escalas de medição.....	56
3.4 O PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO E AS TÉCNICAS ESTATÍSTICAS.....	58
3.5 RESULTADOS DO ESTUDO DA CONSISTÊNCIA E VALIDADE DAS MEDIDAS.....	58
3.5.1. Análise das escalas	58
3.5.2. Estudo de fiabilidade dos itens e validade convergente e discriminante.....	60
3.6 CONCLUSÃO	63
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65
4.1.1. Os determinantes do compromisso.....	67
4.1.2. Os determinantes da lealdade.....	68
4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
4.2.1. Os determinantes do compromisso.....	70
4.2.2. Os determinantes da lealdade.....	73
4.3 CONCLUSÃO	75
5 CONCLUSÃO.....	77
5.1 SÍNTESE DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS	77
5.2 OS PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DA INVESTIGAÇÃO	82
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	83
6 BIBLIOGRAFIA.....	85
APÊNDICES.....	101
APÊNDICE I – ESTATÍSTICA DA VARIÁVEL IDADE.....	101
APÊNDICE II – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	102
APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO	103

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo geral de investigação	7
Figura 2 - Uma conceptualização de compromisso comportamental	27
Figura 3 - Um modelo de compromisso atitudinal	28
Figura 4 - O Modelo Operacional de Investigação com as respetivas hipóteses teóricas ...	50
Figura 5 - Modelo estrutural	66
Figura 6 - Inquérito	103

Índice de quadros

Quadro 1 - Níveis de Marketing Relacional	13
Quadro 2 - Graus de atitude relativas	34
Quadro 3 - Condições de lealdade	35
Quadro 4 - Número de habitantes abrangidos pelo LACEC	52
Quadro 5 - População alvo	53
Quadro 6 - Composição das variáveis latentes	57
Quadro 7 - Resultados da análise de fiabilidade e validade convergente	62
Quadro 8 - Validade discriminante	63
Quadro 9 – Resumo das hipóteses testadas	76
Quadro 10 - Estatística descritiva Idade	101
Quadro 11 - Caracterização sociodemográfica da amostra	102

Lista de siglas

LAC – Laboratório de Análises Clínicas

LACEC – Laboratório de Análises Clínicas Elisabete Cavadas

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

MRLM – Modelo de Regressão Linear Múltipla

PCPB – Posto de Colheita de Produtos Biológicos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1 Introdução

A mudança de paradigma de um Marketing orientado para as transações para um Marketing orientado para as relações, originou um aumento de pesquisas focadas nas relações cliente-fornecedor (Rust *et al.*, 2004) e no cliente (Leeflang & Wittink, 2000), tendo quase sempre como elemento comum o estudo da lealdade do cliente, que passou a ser um conceito de máxima importância, quer para acadêmicos, quer para *marketers*. O interesse na lealdade é devido à crença da rentabilidade dos clientes leais (Gupta *et al.*, 2004; Reichheld, 2000).

O projeto de investigação que aqui se apresenta insere-se no âmbito do Mestrado de Marketing Relacional do Instituto Politécnico de Leiria e visa estudar o impacto da qualidade da relação, das emoções e da recomendação na lealdade dos clientes. Assim, iniciamos o trabalho fazendo o enquadramento geral da investigação, delimitando o tema e o problema em estudo, prosseguimos com a definição dos objetivos (gerais e específicos) e dos contributos que se esperam obter da investigação e finalmente, será apresentada a estrutura do trabalho.

1.1 Enquadramento

As empresas operam no mercado para gerarem proveitos. Ao longo dos tempos, a aplicação de estratégias de Marketing Tradicional era vista como a forma de as empresas rentabilizarem os seus recursos, ao lutarem pela maior quota de mercado, com o melhor preço e serviços de qualidade. Essas vantagens, atualmente, já não garantem o sucesso. No centro de qualquer empresa de sucesso, está a criação de valor (Reichheld, 2000). Essa criação de valor gera a energia que alberga o negócio como um todo. Os elementos que governam as inter-relações e estados de energia das partículas elementares num negócio (clientes, colaboradores e investidores) são denominados forças de lealdade.

Estas forças são mensuráveis, dada a ligação entre lealdade, valor e proveitos. Desta forma, a lealdade está intimamente ligada à criação de valor. Numa primeira abordagem, a lealdade mede fielmente que o valor foi devidamente distribuído (todos voltam para adquirir mais).

Por outro lado, a lealdade inicia uma série de “efeitos secundários” em cascata, nomeadamente:

1. As receitas e quota de mercado crescem à medida que os clientes fazem compras repetidas e referências;
2. Os custos diminuem, já que as despesas de adquirir e servir novos clientes e substituir os mais antigos diminuem;
3. A retenção de colaboradores aumenta, derivado ao aumento do orgulho e satisfação, criando um ciclo que reforça a retenção do cliente, através da familiaridade e de um melhor serviço. A sua produtividade melhora.

O que se afigura ao gestor de Marketing é a aplicação de estratégias orientadas para o Marketing Relacional, definido de forma basicamente consensual como o desenvolvimento e consequente manutenção de uma relação de carácter duradouro, reciprocamente proveitosa e satisfatória, com os interlocutores estrategicamente mais significativos para a organização (Marques & Coelho, 2004).

Aliado ao que foi descrito, interessa averiguar o grau de qualidade dessa relação e de que forma afeta a lealdade. É um dado adquirido a importância de manter os atuais clientes e torná-los mais valiosos (Berry, 2002). Em Marketing de Serviços, a capacidade da força de vendas em afetar o compromisso e a dependência no fornecedor pode ser determinado largamente pela relação interpessoal que se estabelece com o cliente.

A qualidade da relação serve de indicador para a saúde e futuro bem-estar de relações de longo prazo. Confrontando a incerteza muitas vezes presente em empresas de serviços, a qualidade da relação contribui, por um lado, para um vínculo duradouro oferecendo garantias que irão de encontro às expectativas do cliente (satisfação), e por outro, não distorcendo intencionalmente a informação ou subvertendo os interesses do cliente (confiança) (Crosby *et al.*, 1990). A continuidade de interações e a sua constante construção que a qualidade da relação fornece cria oportunidades para identificar necessidades desconhecidas e propor novas áreas de negócio.

A construção de relações com os clientes existentes pode melhorar a sua rentabilidade através de um aumento da participação da empresa no seu volume de compras (Marques,

2012). Se se aliar a esta premissa o resultado do estudo de Bhattacharjee (2001a), onde se refere que a conquista de novos clientes pode custar cinco vezes mais do que manter os clientes existentes, o estudo da lealdade dos clientes e os fatores (determinantes da lealdade) que a afetam torna-se crucial. São esses determinantes da lealdade, também designados como fontes de valor de cliente, antecedentes ou indutores-chave (Marques, 2012), que criam valor, algo pelo qual os clientes estão dispostos a pagar e que os conduz a preferir a oferta da concorrência (Anderson & Narus, 1998), – assumindo uma importância vital a nível de relacionamentos.

O Marketing Relacional tem sido considerado o paradigma de Marketing dominante nos últimos anos (Andersen, 2005). Para alguns autores (Bauer *et al.*, 2002; Morgan & Hunt, 1994) a mudança para estratégias de Marketing Relacional, pode ser explicada por:

- a) Uma forte competição devida à globalização crescente;
- b) Rápidos progressos tecnológicos que reduzem a eficácia de estratégias competitivas clássicas;
- c) Custos de marketing elevados;
- d) Tendência na sociedade para o individualismo.

Neste contexto, a dissertação que aqui se apresenta baseia-se no estudo da lealdade e dos seus determinantes, tentando estudar em que medida a qualidade da relação (confiança, satisfação e compromisso), as emoções e a recomendação explicam a lealdade dos clientes, particularmente no setor dos serviços ligados a saúde.

1.2 Objeto de estudo

A saúde não é um bem. A saúde é um estado ou um processo, algumas vezes definido, outras vezes aleatório, no qual a psicologia ocupa um lugar de importância, onde a ética, compaixão, empatia e solidariedade são os valores de referência (Crié & Chebat, 2013). Existem, portanto, importantes diferenças entre o contexto médico e outros contextos de consumo (Kahn *et al.*, 1997). Para Stremersch (2008), o marketing na saúde constitui um novo campo, determinado por características muito específicas.

Desta forma, as organizações que prestam serviços de saúde têm que ter algum cuidado nas práticas de marketing que adotam. Nestas, incluem-se hospitais, clínicas e policlínicas, podendo ser públicas ou privadas, e os prestadores de serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT), tais como diálise, medicina física e reabilitação, radiologia e análises clínicas, entre outros. Estes prestadores servem para dar suporte ao diagnóstico médico e surgiram para colmatar défices de recursos (humanos, físicos e financeiros) no sector público.

Para que se possam prestar serviços de MCDT com as estruturas estatais, terá que existir uma convenção entre o Estado, formalizada entre as Administrações Regionais de Saúde e empresas privadas. A Entidade Reguladora da Saúde (2013, p. 8), órgão que regula o funcionamento das atividades na área da saúde em Portugal, chegou à conclusão que é necessário “rever o modelo de convenções, incluindo a necessidade de aumento de concorrência entre prestadores”. Sendo previsível a entrada de novos *players* no mercado, há que avaliar os recursos existentes para averiguar novas estratégias, que possam passar por alianças, isolamento, saída ou uma (re)orientação para o mercado, entre outras. Desta forma, considerou-se de interesse aplicar a investigação aos utentes² de um serviço de saúde, particularmente aos utentes de Laboratórios de Análises Clínicas.

Assim, e por uma questão de conveniência do investigador, optou-se por realizar um estudo de caso, tendo como objeto de estudo o Laboratório de Análises Clínicas Elisabete Cavadas (LACEC), empresa prestadora de serviços na área de saúde, nomeadamente em MCDT, e como unidade de análise, os seus utentes.

Num mercado caracterizado, até à data, por fortes barreiras à entrada de novos *players*, onde as empresas têm o seu território de atuação bem definido, a concorrência é normalmente feita através de Postos de Colheita de Produtos Biológicos (PCPB). O problema surge com o Decreto-Lei nº 139/2013, fruto do relatório já citado da Entidade Reguladora da Saúde, que acaba com as convenções atuais e redefine o modo de entrada de novos Laboratórios e

² Pessoa que utiliza bens ou serviços públicos ou privados. Utente In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [Consult. 2014-09-30]. Disponível na www: <URL: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/utente;jsessionid=8RPh67qUKOoozHjeJkC0Zw__>.

sua contratualização com o estado. Torna-se então de máxima importância a retenção dos clientes existentes e o estudo dos determinantes de lealdade.

1.3 Formulação do problema: A lealdade num contexto de vulnerabilidade dos clientes

Já foi referido neste texto que existem diferenças importantes entre o contexto médico e outros contextos de consumo, dado que o paciente ou utente não é um consumidor dito “normal”. Tem anseios, medos e expectativas muito específicas, sendo que as racionalidades dos atores e o funcionamento do mercado difere em vários pontos. Para o presente estudo os termos “paciente” e “utente” são idênticos, chamados simplesmente de “clientes”.

Para Crié e Chebat (2013) os indivíduos doentes são vulneráveis, sofrendo com cada experiência, estão assustados e têm falta de controlo sobre o processo dos serviços de saúde. Podem ser altamente emocionais, exigentes e sensíveis. Os clientes, apesar da importância e da especificidade do ambiente regulatório que envolve as empresas do sector da saúde (com os Laboratórios de Análises incluídos), são confrontados com elevados níveis de incerteza e falta de informação sobre a qual se podem basear as suas escolhas racionais. As decisões podem afetar o bem-estar dos clientes, que delegam a utilização de determinado prestador de serviços na área da saúde a um especialista ou líder de opinião, que no presente trabalho são considerados prescritores, papel exercido, normalmente, por um profissional de saúde.

São eles, que através da recomendação especializada, atenuam os estados emocionais e influem na qualidade da relação e consequentemente, na lealdade.

À semelhança de outros estudos (Majumdar *et al.*, 2007), recomendação especializada é analisada neste trabalho no contexto de “líder de opinião”. Inserem-se neste âmbito o médico prescritor, o pessoal de enfermagem e o pessoal administrativo das unidades/empresas de saúde.

Um líder de opinião local pode acelerar a adoção de uma marca/insígnia numa dada comunidade (Chan & Misra, 1990), tendo um papel fundamental na adoção e difusão de novos produtos e serviços (Locock *et al.*, 2001).

Desta forma, a questão de investigação que a dissertação de mestrado aqui apresentada se propõe responder é a seguinte:

Qual a influência da qualidade da relação, das emoções e da recomendação na construção de lealdade?

Esta pergunta geral pode ser desdobrada em perguntas mais específicas e objetivas. Por exemplo, no setor da saúde e na perspectiva dos utentes dos serviços de saúde:

1. a qualidade dos relacionamentos influencia a lealdade?
2. os medos, anseios, e receios têm influência na lealdade?
3. A recomendação tem influência na lealdade?

1.4 Objetivos do estudo

O objetivo geral do estudo será verificar se a qualidade da relação (satisfação, confiança e compromisso), as emoções e a recomendação explicam a lealdade dos clientes do LACEC.

Esquemáticamente, partimos do modelo representado na Figura 1 para testar a seguinte hipótese teórica:

H_T – A qualidade da relação, as emoções e a recomendação têm uma influência positiva na lealdade.

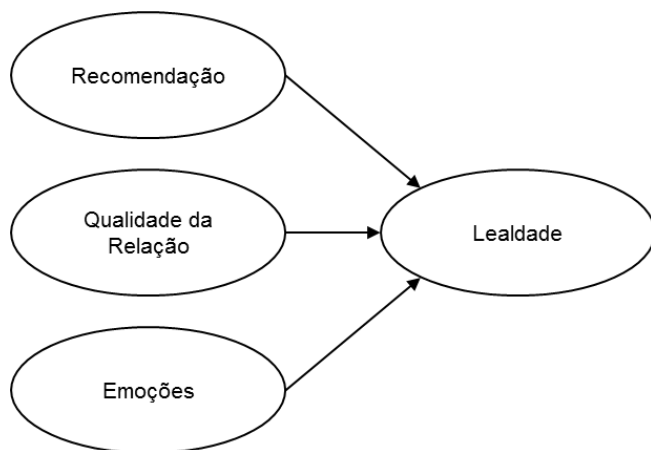


Figura 1 - Modelo geral de investigação
Fonte: Elaboração própria

Desta forma, pretende-se:

- Conhecer as opiniões dos clientes do LACEC
- Identificar, entre as variáveis estudadas, quais aquelas que mais influenciam a lealdade;
- Produzir conclusões que ajudem o LACEC a definir estratégias de Marketing orientadas para a lealdade do cliente.

1.5 Tipo de Estudo

Para atingir os objetivos de estudo e, conseqüentemente, responder à questão de investigação é necessário aplicar a metodologia do trabalho científico. A investigação científica depende de um “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos” (Gil, 2008), para que os seus objetivos sejam atingidos: os métodos científicos. Em suma, é a aplicação de procedimentos e técnicas para a construção do conhecimento, com o propósito de validar a sua utilidade em diferentes âmbitos.

Partindo de leis ou teorias consideradas verdadeiras e indiscutíveis, pode-se prever a ocorrência de casos particulares com base na lógica. É a base do método dedutivo (proposto pelos racionalistas Descartes, Spinoza e Leibniz), que parte do geral, descendo ao particular e que para Gil (2008), “parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica.”.

Baseado em estudos (premissas consideradas verdadeiras e indiscutíveis), que demonstram que a lealdade aumenta com o aumento da qualidade das relações, e.g. (Cannière *et al.*, 2010; Crosby *et al.*, 1990; Lee *et al.*, 2011a; Storbacka *et al.*, 1994), prevê-se que no caso em estudo seja semelhante.

Para que o método descrito seja aplicável, é necessário pesquisar. A pesquisa científica é uma atividade humana, cujo objetivo é conhecer e explicar os fenômenos, fornecendo respostas às questões significativas para a compreensão da natureza (Prodanov & Freitas, 2013).

A pesquisa a desenvolver terá as seguintes características:

- Aplicada - deverá gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos;
- Pesquisa bibliográfica - elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente por artigos científicos, livros, dissertações e teses, devidamente confiáveis e verdadeiros;
- Questionário – interrogação direta da amostra cujo comportamento se deseja conhecer;
- Estudo de caso – recolher e analisar informações sobre perceções dos clientes de uma empresa em particular com o objetivo de estudar alguns aspetos, de acordo com o assunto da pesquisa;
- Quantitativa – formulação de hipóteses e classificar a relação entre as variáveis, para garantir a precisão dos resultados, evitando contradições no processo de análise e interpretação, quantificando-as. Requer utilização de técnicas e ferramentas estatísticas;
- Transversal - avaliações realizadas num único "momento" não existindo um período de seguimento dos indivíduos. Utilizada para descrever associações entre variáveis.

A pesquisa vai ser fundamentada em questionários pessoais e *online*. Após a recolha dos dados, os mesmos irão ser tratados com recurso a *software* específico para análise estatística (SPSS Statistics v.20 e PLS 2.0) para dar suporte à elaboração de índices e cálculos estatísticos, apresentados sob a forma de tabelas, quadros e gráficos.

O tratamento dos dados visa caracterizar a amostra, estudar a consistência e validade do modelo de medidas e estimar o modelo estrutural através de equações estruturais, de forma a testar as hipóteses de estudo.

Com os resultados desta investigação esperamos contribuir para conhecer melhor os clientes da LACEC e ajustar a estratégia de marketing. Espera-se obter um conjunto de contribuições que possam melhorar o conhecimento neste domínio do marketing, e na prática, melhorar o desempenho do marketing da LACEC através de práticas de marketing relacional mais eficazes e socialmente responsáveis.

1.6 Estrutura da Dissertação

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro, faz a introdução do trabalho de investigação, apresenta o tema de dissertação realizada no âmbito do mestrado em marketing relacional, justifica a pertinência do mesmo, contextualizando-o. Identifica a questão e os objetivos de investigação, apresenta o modelo conceptual e explica as características do estudo e identifica as técnicas estatísticas que serão usadas para testar as hipóteses de investigação. Por fim, apresenta a estrutura organizativa da dissertação.

O segundo capítulo, revisão da literatura, tem como conteúdo a identificação do “estado da arte”, através de um amplo levantamento de fontes teóricas (relatórios de pesquisa, livros, artigos científicos, monografias e dissertações), com o objetivo de elaborar a contextualização da pesquisa e a sua base teórica, a qual fará parte do referencial da pesquisa na forma de uma revisão bibliográfica (ou da literatura). Procurar-se-á mostrar até que ponto o tema já foi estudado e discutido na literatura pertinente. É aqui também que serão explicitados os principais conceitos e relações entre eles.

Durante todo o trabalho, todos os conceitos serão alvo de uma revisão bibliográfica, baseada em estudos científicos publicados e em livros de autores devidamente credenciados. A pesquisa na Internet, nomeadamente em *sites* especificados, como a biblioteca *online* b-on, será a fonte primordial, tendo como alternativa bibliotecas públicas para acesso a algumas obras literárias.

O terceiro capítulo apresenta a Metodologia de investigação. Serão explicados em pormenor os métodos de trabalho e pesquisa, nomeadamente a natureza da pesquisa, o método científico utilizado, o objetivo do estudo, a definição da amostra, os procedimentos técnicos da recolha de dados, a abordagem, os critérios de análise e processamento dos dados.

O capítulo quarto, discussão de resultados, apresenta os resultados e a análise e interpretação dos dados obtidos no capítulo anterior. A análise deve ser feita com o intuito de refletir os objetivos da pesquisa e para comparar e confrontar dados e provas com o objetivo de confirmar ou rejeitar as hipóteses ou os pressupostos da pesquisa.

O quinto e último capítulo, conclusão, faz uma síntese dos resultados, tece as considerações finais e identifica as principais contribuições da pesquisa, quer para o desenvolvimento do marketing relacional, quer para o crescimento do LACEC. Concluirá se os objetivos foram atingidos, se as hipóteses foram ou não confirmadas, esclarecendo as razões desse resultado. Identifica as limitações do estudo e sugere novas linhas de investigação dentro da mesma temática.

2 Revisão da Literatura

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura acerca do Marketing Relacional, da lealdade e dos seus antecedentes. Faz uma análise de vários trabalhos académicos que investigam o impacto da qualidade das relações, na vertente satisfação, confiança e compromisso, na lealdade. Finalmente, apresenta as variáveis recomendações especializadas e emoções e o papel que desempenham na qualidade da relação e na lealdade.

2.1 Marketing Relacional

O Marketing Relacional – estratégia para atrair, manter e melhorar relações com o cliente (Berry, 1983) – tem sido considerado o paradigma dominante do Marketing nos últimos anos (Andersen, 2005). Na mesma linha de pensamento, o Marketing Relacional foi definido por Morgan & Hunt (1994, p. 22) como “o estabelecimento, desenvolvimento e manutenção de trocas relacionais bem-sucedidas”.

O axioma³ fundamental do Marketing Relacional, formulado por Sheth e Parvatiyar (1995, p. 256) é, ou deveria ser, que “os clientes gostam de reduzir escolhas envolvendo-se numa relação de lealdade...”, que é refletida na continuidade do apoio e da manutenção de uma ligação contínua no tempo com a empresa. É uma forma de compromisso feita pelos clientes para apoiar determinados produtos, serviços e comerciantes em vez de fazerem pesquisas de mercado. Quando os clientes assumem esse compromisso, realizam compras repetidas com o mesmo comerciante ou compram a mesma marca de produtos ou serviços, renunciando à oportunidade de escolher outros. Desta forma, a redução da escolha é o ponto crucial do comportamento do Marketing Relacional.

Ao contrário do Marketing Transacional, cujo foco são as transações simples com os clientes, o Marketing Relacional tem as suas raízes conceptuais ligadas à construção e sustentação de relacionamentos de longo prazo com os clientes (Narteh *et al.*, 2013) e a mudança para estratégias de Marketing Relacional pode ser explicada por (a) aumento da

³ O termo axioma é utilizado para descrever a crença ou convicção do que constitui um relacionamento.

concorrência devido à globalização, (b) rápidos progressos tecnológicos (que reduzem a eficácia de estratégias clássicas), (c) escalada dos custos de Marketing, ou (d) aumento da tendência na sociedade para o individualismo (Andersen, 2005; Bauer *et al.*, 2002)

De acordo com Hennig-Thurau e Hansen (2000), o conceito de Marketing Relacional é construído sobre três distintas, mas contudo interrelacionadas, abordagens teóricas. A *abordagem em rede* foca-se no carácter interativo de relações no campo do Marketing *Business-to-Business* e está relacionada com a perspectiva inter-organizacional. As empresas são vistas como atores com vários sistemas multifacetados, complexos e de longo prazo chamados de redes de relacionamentos. Outra abordagem, denominada *nova economia institucional*, tenta utilizar teorias económicas para explicar o desenvolvimento e quebra de relacionamentos, nomeadamente as teorias do custo de transação (Backhaus *et al.*, 1996) e de “agência” (Kleinaltenkamp, 1994), as quais olham para o Marketing Relacional como uma questão de fazer corresponder dimensões particulares de relações à situação em estudo com o objetivo de minimizar custos e gerir uma determinada relação. A terceira abordagem, a mais comum nos estudos científicos, e sobre a qual o presente trabalho versa, debruça-se sobre a *perspetiva comportamental dos relacionamentos*. Trata de constructos relacionais, tais como confiança, compromisso e satisfação, a conceptualização e avaliação económica da retenção dos clientes, com a maioria dos esforços nas relações internas.

A abordagem comportamental dos relacionamentos foi a base de trabalho do Modelo do Ciclo de Vida do Relacionamento com o cliente (Grönroos, 1990), que argumenta que uma boa qualidade externa origina clientes satisfeitos, retenção de clientes e rentabilidade, e do Modelo de Rentabilidade da Relação (Storbacka *et al.*, 1994), que liga o valor percebido à satisfação do cliente, à força da relação, à longevidade da relação e à rentabilidade da relação com o cliente.

O Marketing Relacional, além de melhorar a vantagem competitiva das empresas em termos de estarem aptas a oferecer valor ao cliente, aumenta a oportunidade de mercado das empresas e ajuda a atingir altas taxas de retenção de clientes (Ward & Dagger, 2007). É, contudo, realçado por Ravald e Grönroos (1996), que a satisfação e lealdade do cliente são pré-requisitos para que a retenção seja atingida e enquanto não se atingir um estado de

satisfação ou encantamento, o mesmo pode desertar ou alterar desfavoravelmente o comportamento de compra e respetiva lealdade.

A literatura argumenta que a lealdade do cliente tornou-se a “moeda” de mercado do século XXI (Singh & Sirdeshmukh, 2000), dado que custa 5 vezes mais conquistar um novo cliente que reter um existente (Bhattacharjee, 2001a; Pfeifer, 2004), fazendo sentido, então a nível económico, não estar focado somente na aquisição de novos clientes, mas no estabelecimento de estratégias de retenção dos mesmos (Belanche *et al.*, 2013).

Contudo, as empresas não vivem dos relacionamentos. Será que estes trazem benefícios económicos? Segundo o trabalho desenvolvido por Palmatier (2007), a aplicação de estratégias de Marketing Relacional gera resultados positivos, como consequência do aumento da qualidade dos relacionamentos ou da força das relações como um todo, melhorando a confiança, o compromisso e a satisfação. Estes resultados já tinham sido obtidos por Wulf, Odekerken-Schroder e Iacobucci (2001).

No estudo de Palmatier *et al* (2007) há uma divisão do Marketing Relacional em quatro tipologias diferentes, tendo cada uma diferentes abordagens económico-financeiras e sociais, que se apresentam de seguida.

Uma primeira tipologia, baseada nos *tipos de ligações formadas com o cliente* (Berry, 1995; Berry & Parasuraman, 1991), subdivide o Marketing Relacional em três níveis, de acordo com cada ligação, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Níveis de Marketing Relacional

Nível	Ligação Primária	Grau da Customização do Serviço	Potencial para Vantagem Competitiva Sustentável
Um	Financeira	Baixo	Baixo
Dois	Social	Médio	Médio
Três	Estrutural	Médio a alto	Alto

Fonte: adaptado de Berry & Parasuraman (1991)

De acordo com os autores, o nível um assenta em incentivos de preços para assegurar a lealdade dos clientes. O potencial deste nível é baixo, dado que o preço é a variável mais passível de imitar no Marketing Mix.

O nível 2 está relacionado com ligações sociais, baseado na premissa “...muitos encontros em empresas de serviços são também encontros sociais”. A ligação social envolve personalização e customização da relação. Apesar de não poder superar um produto competitivo, uma relação social pode originar lealdade no cliente quando as diferenças competitivas não são fortes, bem como tornar os clientes mais tolerantes a falhas de serviço ou ainda dar à empresa uma oportunidade de responder a entradas de concorrentes.

O nível 3 reside em soluções estruturais para problemas importantes para o cliente. Quando se pode oferecer aos clientes alvo benefícios com valor acrescentado, que são difíceis ou onerosos de obter e que não estão disponíveis em todo o lado, essas soluções estruturais criam uma base forte para manter e melhorar as relações. Se as empresas utilizam também as ligações financeiras e sociais, essas bases são ainda mais fortes, dificultando a entrada de novos competidores. Neste nível, a solução para o problema do cliente é desenhada no sistema de prestação do serviço (e não num gestor individual). A solução para o problema é “estrutural” a assim liga-se o cliente à empresa e não a um indivíduo da empresa que possa no futuro deixar a mesma.

Uma segunda tipologia de Marketing Relacional é baseada nos *tipos de benefícios oferecidos* ao cliente em função de três tipos de serviços: serviços de alto contato customizados e personalizados; serviços de contato moderado semi-customizados e não personalizados; e, ainda, serviços estandardizados de contato moderado (Gwinner *et al.*, 1998). Daqui se conclui que os clientes de relações de longo prazo com empresas de serviços experimentam três tipos de benefícios primários: confiança, sociais e tratamento especial. Estes três tipos de benefícios, que são experimentados para além do serviço base, são mostrados consistentemente ao longo de todos os tipos de relacionamentos. Os autores desta tipologia demonstram ainda que o benefício confiança é o mais importante nos três tipos de serviços, derivado da redução da ansiedade e risco, bem como do aumento da “fé” na idoneidade do prestador de serviços. A relação de longo prazo pode facilitar a redução de escolhas através dos benefícios associados à confiança. Os benefícios sociais são os segundos mais importantes para o consumidor e estão ligados ao reconhecimento pessoal pelos empregados, à familiaridades do cliente com os empregados e ao desenvolvimento de amizades. Curiosamente, neste estudo, o benefício tratamento especial obteve resultados muito

distantes dos outros dois benefícios, na medida em que observou apenas tratamentos especiais não estruturados (e.g. baixa preços ocasionais). O que interessa mesmo ao cliente é a confiança e o relacionamento social.

A terceira tipologia refere-se às *funções servidas ou problemas resolvidos* pelos relacionamentos (Hakansson & Snehota, 2000) ou o “conteúdo de uma relação” (Ford *et al.*, 2003), desenvolvida pelo grupo IMP (Industrial Marketing and Purchasing), orientada para relações *business-to-business*, onde as relações são as unidades principais de análise, tendo como assunção principal o facto de as empresas estarem integradas em rede com outras empresas (relacionamentos), com as quais mantêm relações contínuas e que caracteriza os relacionamentos baseados em três dimensões: ligações entre atores, relações entre empresas e as atividades de rede entre os seus membros (Buttle, 2004).

A quarta e última tipologia tem por base o *relacionamento suportado no “conteúdo”* (Morgan, 2000), e sugere que os antecedentes para a confiança e compromisso (i.e., relacionamento) podem ser capturados pelas áreas económicas, sociais e recursos, onde a cooperação e resultados positivos dependem desses conteúdos, numa progressão económica, recursos e por fim a social.

Na indústria de cuidados médicos, onde se incluem hospitais (privados e públicos), clínicas e policlínicas, consultórios médicos, farmácias e prestadores de meios complementares de diagnóstico, tais como radiologia, medicina física e reabilitação, cardiologia, e análises clínicas, entre outros, mudanças colossais estão a ocorrer. Reformas legislativas, alterações de sistemas e subsistemas de proteção médica, cortes nos custos, novos modelos de cuidados médicos, fusões de grandes empresas, aparecimento espontâneo de novas microempresas, alteraram o paradigma de funcionamento dessa indústria, que passou de uma visão de volume de clientes/faturação para uma visão baseada em cuidados médicos, onde o escrutínio da qualidade e segurança têm um maior peso (Weiss, 2013). O acordar para o marketing em cuidados de saúde, exige a identificação de novas formas de posicionamento, diferenciação e criação de marcas fortes. As empresas deverão estar focadas no paciente, com cada ator a satisfazer simultaneamente *stakeholders* internos e externos, na ética, no profissionalismo, na cooperação interempresarial, nas mudanças de patologias associadas ao seu público-alvo ou população abrangida e ainda na educação e apoio ao paciente (Crié &

Chebat, 2013). Ao fazerem isto de modo contínuo e transparente, as empresas reduzem as escolhas dos clientes, aumentando a lealdade, tal como sugere o já referido axioma do Marketing Relacional. Essa lealdade dos clientes em ambiente clínico (pacientes), permite ao pessoal médico, entre outras, reduzir simultaneamente a deserção dos pacientes (Penchansky, 1986) e os custos de captação de novos pacientes (MacStravic, 1994), sendo este um dos objetivos primordiais de estratégias de Marketing Relacional, que claramente se podem e devem adotar em empresas ligadas à área da saúde.

2.2 Qualidade da Relação

Estudos da lealdade no âmbito das relações cliente-fornecedor são alimentados pela convicção do impacto dos conceitos inerentes à qualidade da relação tais como confiança percebida (Morgan & Hunt, 1994), compromisso (Mark *et al.*, 1999) e satisfação (Zeithaml *et al.*, 1996) no comportamento de compra dos clientes (Reichheld, 1996).

Na revisão da literatura acerca da Qualidade da Relação, não há uma consistência sobre os seus constituintes, conclusão reforçada por Alejandro *et al* (2011). Uma pesquisa cronológica dos estudiosos da matéria revela que Dwyer, Schurr e Oh, (1987) consideram a satisfação, oportunismo e confiança como componentes da Qualidade da Relação. Crosby, Evans e Cowles (1990) consideram apenas confiança e satisfação. Kumar, Scheer e Steenkamp (1995) acrescentaram o conflito, o compromisso, a propensão ou disponibilidade para investir e as expectativas de continuidade, mas não consideram a satisfação. A literatura da Qualidade da Relação refere-se, frequentemente, ao compromisso e à confiança como sendo críticos no estabelecimento/manutenção de relações (*e.g.*: Morgan & Hunt, 1994). Jap (2001) define Qualidade da Relação como um conceito de segunda ordem⁴, que envolve a satisfação, os resultados satisfatórios e a propensão para a continuação da colaboração. Wulf *et al* (2001) também consideram a Qualidade da Relação como um constructo de segunda ordem representado pelo compromisso, confiança e satisfação. Mais recentemente, Palmatier *et al* (2006) conduziram um estudo para descobrir se a Qualidade de Relação era um constructo de primeira⁵ ou segunda ordem e chegaram à conclusão que as consequências do relacionamento são mais fortemente influenciadas pela Qualidade de Relação ao ser

⁴ As covariâncias entre as variáveis observadas são explicadas por dois ou mais níveis de constructos latentes.

⁵ As covariâncias entre as variáveis observadas são explicadas por um único nível de constructo latente.

tratada como um todo em vez de ser tratada como um constructo em separado (primeira ordem).

No presente estudo a Qualidade de Relação é observada de uma forma global multifacetada, e inclui os elementos Confiança, Satisfação e Compromisso.

2.2.1 Confiança

Antes de avançar com a revisão da literatura sobre Confiança, em inglês *Trust*, convém fazer uma tradução dos termos em Inglês para melhor contextualizar o conceito de Confiança. Existem dois vocábulos em Inglês que podem induzir em alguns equívocos que traduzidos para Português significam a mesma coisa, com sentidos diferentes: *Trust* e *Confidence*. No presente trabalho, *Trust* é traduzido como confiança em algo no futuro e implica um sentimento profundo e garantido que é muitas vezes baseado em evidências inconclusivas, resultante de elementos irracionais (e.g. fé). *Confidence* por sua vez significa a crença na competência de outrem ou a confiança no sentido de certeza, ausência de dúvida.

Desta forma, considera-se que existe confiança (*trust*) quando uma parte crê na competência (*confidence*) da outra parte no que toca a fiabilidade e integridade, sendo uma variável mediadora chave (Morgan & Hunt, 1994)⁶ ou um “ingrediente necessário” (Ganesan, 1994) para o desenvolvimento de relacionamentos de sucesso. Foi descrita por Deshpande, Zaltman e Moorman (1993) como “a vontade de recorrer a alguém no qual se tem crença”. Outros autores definiram confiança em termos de comportamento (Dwyer *et al.*, 1987), valores partilhados (Morgan & Hunt, 1994), objetivos comuns (Wilson, 1995), incerteza (Crosby *et al.*, 1990), ação com resultados positivos (Anderson & Narus, 1984) e fazer e manter promessas (Bitner, 1995). Agustin e Singh (2005, p. 97) definiram a confiança como “as crenças de um consumidor num vendedor para que este entregue o serviço prometido”.

Mayer, Davis, & Schoorman (1995, p. 712) definiram-na como “a disposição de uma parte em ser vulnerável às ações de outra parte, baseada nas expectativas que a outra parte irá

⁶ “We conceptualize trust as existing when one party has confidence in an exchange partner's reliability and integrity”

desempenhar uma ação particular importante para o ‘crente’”, ou seja, o fato de um indivíduo confiar noutra pessoa torna-o vulnerável e dependente às ações desta (Moorman *et al.*, 1992).

De todas as visões anteriores, pode-se concluir que a confiança pode ser analisada de duas perspectivas (Belanche *et al.*, 2013). Por um lado, pode ser considerada como um componente comportamental que é associado a uma disposição ou desejo de confiar em outrem (Geyskens *et al.*, 1996; Kumar *et al.*, 1995). Por outro, a confiança pode ser analisada como um componente cognitivo que reflete o resultado de uma avaliação que uma parte faz da credibilidade e boa vontade da outra parte (Doney & Cannon, 1997; Mayer *et al.*, 1995).

Em contexto médico, as atitudes de confiança são direcionadas tanto por motivações e intenções como são por resultados (Holmes & Rempel, 1989). Claro que aqueles que confiam esperam um bom resultado, mas a confiança tem uma característica diferente quando se acredita que a outra pessoa tem os melhores interesses, diferindo assim do termo *confidence*, na medida em que há uma implicação de antevisão de resultados positivos (Govier, 1992). Quando essa confiança assume que o indivíduo em quem se confia é benevolente e cuidador, toma uma forma emocional, que se estende para além de meras expectativas baseadas numa objetiva avaliação de risco. Por esta razão, é possível confiar num profissional de saúde inexperiente mas muito cuidadoso ou desconfiar de alguém altamente competente mas indiferente (Hall *et al.*, 2001). Esta componente emocional da confiança é especialmente evidenciada em contexto médico. A extraordinária força da confiança nos médicos não pode ser sempre justificada por uma avaliação de evidências. Pode surgir como um mecanismo de resposta ao *stress* criado pela doença. Os pacientes necessitam de acreditar e muitas vezes acreditam que o “poder dos médicos e da medicina é maior do que realmente é” (Parsons, 1951). Estas expectativas exageradas podem ter benefícios reais, aumentando a eficiência do tratamento, ativando sistemas autoimunes ou produzindo respostas placebo. Contudo, expectativas excessivamente otimistas podem dar origem a um sentimento de traição, quando não são atingidas (Mechanic, 1998). Assim, uma das características da confiança é que a sua violação tende a produzir uma reação emocional de revolta ou indignação em vez de um mero desapontamento na falha de alcançar resultados esperados (Lagenspetz & Akademi, 1992). Este componente emocional/moral existe porque os pressupostos feitos não são baseados unicamente no desempenho e competência, mas também nas motivações e intenções.

A confiança pode então comportar-se de diferentes modos no decurso de uma relação. Pode ter um *ciclo retroalimentado*⁷ no qual a confiança pode ser altamente reforçada ou rapidamente deteriorada através de espirais de expectativas que influenciam as percepções das experiências (Murray *et al.*, 1996). Pode também ter um efeito *precipício*, no qual a confiança é construída num momento, mas é rapidamente ultrapassada pela real confiabilidade, originando um declínio ou mesmo um sentimento de traição (Thorne & Robinson, 1988). Hall *et al.* (2001) referem ainda que a confiança pode atingir o estado estável, no qual existe um equilíbrio entre expectativas e experiências subjetivas.

É importante para o presente trabalho, distinguir os possíveis significados de *desconfiança*, que da revisão bibliográfica resultaram três diferentes. O primeiro designa desconfiança como simplesmente um baixo nível ou ausência de confiança, que captura um sentido de agnosticismo (não confia porque não controla o processo racional) ou falta de familiaridade, mas não desconfiança ativa (Hall *et al.*, 2001). Govier (1992) observa a desconfiança como o oposto de confiança, ou seja, ter visões pessimistas e ansiosas de motivações e resultados esperados. Estas duas visões podem ser medidas numa mesma escala, sendo impossível serem simultaneamente confiança e desconfiança. Existe uma visão mais complexa de desconfiança, na qual é possível existir simultaneamente confiança e desconfiança. Bigley e Pearce (1998) viram a desconfiança como um substituto ou um complemento da confiança, em vez de uma atitude oposta. É a desconfiança em forma de prudência ou cautela, que gera precaução e verificação, resumida na máxima “confia mas verifica”, que pode substituir a confiança ou pode reforçar a mesma se as experiências iniciais forem positivas.

Sendo um dos benefícios da aplicação de estratégias de Marketing Relacional, a confiança no fornecedor do serviço reduz a ansiedade e aumenta o conforto, na medida em que o cliente sabe com o que pode contar (Reichheld, 1996).

A confiança reside então na interação que envolve as dimensões confiabilidade, durabilidade e integridade entre, pelo menos, duas partes que mutuamente acreditam que as ações de uma

⁷ Do inglês “feedback loop” no original

parte são dedicadas ao interesse e benefício da outra parte no relacionamento (Peppers & Rogers, 2004).

Na área clínica, no entanto, as dimensões de confiança foram alvo de vários estudos (Govier, 1992; Hall *et al.*, 2001; Mayer *et al.*, 1995), que embora diferindo em alguns aspetos, tinham as seguintes dimensões em comum: fidelidade, competência, honestidade, confidencialidade e confiança global.

A *fidelidade* é zelar pelos melhores interesses do paciente e não tirar vantagem da sua vulnerabilidade. Isto pode ser expresso através de tomar conta do paciente e respeitar, evitando conflitos de interesses (entre médicos, instituições de saúde, outros pacientes e outros atores). Os interesses médicos incluem os económicos, profissionais e pessoais.

Competência significa evitar erros e produzir os melhores resultados possíveis. Os erros podem ser cognitivos (*e.g.* de julgamento) ou técnicos (*e.g.* de execução). Como a maioria dos pacientes tem dificuldade em aceder a competências técnicas diretamente, as suas visões de competência são fortemente influenciadas pelas competências interpessoais do médico (comunicações e trato com o paciente). Cuidados médicos competentes implicam a recolha precisa do histórico clínico e fornecer ao paciente a informação que necessita para que o seu tratamento seja eficaz (comunicação). Essas competências comunicacionais incluem linguagem corporal, como o tipo de olhar, forma de estar, entre outros e são relevantes para a confiança, já que influenciam como os pacientes percebem a competência do especialista médico, o tratamento e outras características pessoais.

A dimensão *honestidade* implica dizer a verdade e evitar falsidades intencionais. A desonestidade pode incluir mentiras, meias-verdades, ou engano pelo silêncio e pode atingir vários atores: o próprio médico (não admitindo erros), o paciente ou a família deste (dando falsas esperanças ou acionando efeitos placebo) ou uma instituição (encobrendo processos). A honestidade pode estar relacionada com outras dimensões, como por exemplo admitir pouco conhecimento (competência) ou expor uma situação de conflito de interesses (fidelidade). Paradoxalmente, uma alta honestidade pode diminuir a confiança noutras dimensões, que podem ter o efeito “rede” na incerteza global da confiança.

A *confidencialidade* é a dimensão que envolve a proteção e utilização apropriada de informação sensível ou privada. As potenciais fontes de falhas incluem a débil manutenção de dados (registos médicos não controlados), divulgação a terceiros não autorizados (familiares), discussões entre os colaboradores e falta de controlo em redes informáticas.

A última dimensão, *confiança global*, tem duas vertentes. A primeira é englobar os interesses que têm fortes ligações das outras dimensões e que não sejam exclusivas de uma só. A confiança global tem, na sua génese, algo que não se consegue medir nem é sujeito a análise, a “alma da confiança”. Esta dimensão global destina-se a capturar o aspeto mais abrangente ou holístico, que em medicina, está relacionado com as considerações médicas do paciente como um todo, física e psicologicamente, no tratamento de uma doença, sendo a segunda vertente da confiança global.

Para além dos cinco vetores que caracterizam a confiança, a maioria dos pacientes, em termos clínicos, deseja uma relação forte com o seu médico (Love *et al.*, 2000; Safran, 2003), sendo que essa relação é crítica (Leisen & Hyman, 2004). A vulnerabilidade e dependência de estar doente, a necessidade de revelar informação pessoal e a enorme importância do serviço, torna a procura – e manutenção – de um “bom médico” uma prioridade do cliente. Os mesmos autores referem que os médicos evocam a confiança e respeito dos pacientes, ouvindo-os, desenvolvendo um conhecimento pessoal acerca deles, explicando claramente e sem rodeios as situações clínicas, tratando-os como parceiros, mostrando compaixão e sendo cuidadosos. A falha de um serviço médico pode ser altamente problemática ou mesmo fatal. Como os pacientes não têm o conhecimento para avaliar com exatidão a *performance* do seu médico (Mayer *et al.*, 1995), devem confiar que este é competente e motivado para proteger os seus interesses (Swan *et al.*, 1999). Da mesma forma, pacientes com alto grau de confiança tendem a perdoar um erro médico, com a desculpa que o médico, pelo menos, tinha boas intenções ou se esforçou ao máximo (Ben Sira, 1980)

A confiança é então inseparável da vulnerabilidade, na medida em que não há necessidade de confiança na ausência de vulnerabilidade. Quanto maior o risco, maior o potencial para confiar ou desconfiar. A confiança é dita por vezes como criadora de vulnerabilidade, tal como numa relação íntima, mas a vulnerabilidade é primária e inevitável em medicina, sendo razoável pensar que a confiança surge das condições de vulnerabilidade (Hall *et al.*, 2001).

Considerando a vulnerabilidade profunda criada pela doença ou tratamentos invasivos, a confiança nos especialistas médicos devem ter uma força ou resiliência notáveis (Pellegrino & Thomasma, 1993). Os céticos sobre a confiança nos especialistas médicos sugerem que o aumento da vulnerabilidade gera menor confiança (Pellegrino *et al.*, 1991). Contudo, paradoxalmente, o contrário parece acontecer na realidade: dado que a confiança surge da necessidade dos pacientes por um especialista médico, quanto maior o sentimento de vulnerabilidade, maior o potencial para a confiança. Isto explica porque alguns pacientes vêm os seus médicos como “semideuses, imbuídos de poderes sobre-humanos”(Katz, 1984).

Pacientes que entram numa nova relação com alto grau de confiança são mais propensos a terem resultados positivos, os quais constroem a confiança futura, que dá origem a maiores expectativas e satisfação em futuros encontros, ou seja, é um círculo virtuoso. Caso haja a criação pontual de confiança com um médico, mas que se estende para além da confiabilidade do médico, existe o efeito precipício. O estado estável é alcançado quando existe um equilíbrio entre as expectativas e as experiências (subjetivas) com os atos médicos (Hall *et al.*, 2001).

Os diferentes significados de desconfiança ajudam a explicar porque é que a confiança não é limitada a um único paciente mas é consistente com diferentes personalidades e estilos de comunicação. Alguns fornecedores de serviço de saúde acreditam que a confiança é fomentada apenas pelo estilo de comunicação condescendente ou paternalista (Sherlock, 1986). Isto pode ser válido para alguns pacientes, mas a visão mais complexa de desconfiança mostra que pacientes desconfiados podem ter confiança.

De referir ainda, segundo Thorne e Robinson (1988), que as dimensões da confiança no profissional de saúde diferem consoante a gravidade do problema de saúde. Do ponto de vista do paciente, a confiança total é impossível de manter em contexto de doença crónica. O tipo de confiança depende dos profissionais de saúde darem cumprimento ao seu papel de curarem a enfermidade. No caso de doença aguda, é assumido que os pacientes podem ajudar-se a si próprios, entregando-se a tratamentos dos profissionais médicos. Novos pacientes e os seus prestadores de cuidados médicos assumem que as mesmas regras são aplicadas em caso de doença crónica. Parece claro que tal estado mental origina angústia e insatisfação nos pacientes.

Em muitas categorias de produtos ou serviços, os clientes podem não saber o resultado antes da compra do produto ou da experimentação do serviço. Uma vez que muitos desses serviços contém elementos de qualidade em que os clientes acreditam existir *a priori*, muitos deles não conseguem discernir a *performance* do serviço mesmo depois de o utilizar. Para este tipo de serviços, a confiança do consumidor é essencial. Os benefícios dessa confiança incluem uma redução de estados e percepções de ansiedade, “fé” no fornecedor do serviço, para além do cliente saber com o que pode contar. Quando os consumidores sentem estes benefícios relacionados com a confiança, a sua satisfação tende a aumentar no longo prazo (Chiou, 2006).

É neste tipo de serviços que o LACEC se enquadra., onde a confiança precede a satisfação. De acordo com o modelo proposto por Sirdeshmukh *et al.* (2002), a (pré)confiança é um antecedente da satisfação, que por sua vez é subordinada da lealdade. Mais recentemente, Chu *et al.* (2012) desenvolveram um modelo no qual a confiança tem um impacto na satisfação, que é de seguida estudada mais em pormenor.

2.2.2. Satisfação

De acordo com a Teoria da *Desconfirmação* das Expectativas (Oliver, 1980), a satisfação é o resultado de um processo de comparação entre uma *performance* percebida aquando da utilização de um produto ou serviço e as expectativas iniciais e os sentimentos relacionados com a experiência de consumo anterior à compra. De uma forma geral, a satisfação é determinada pelo grau nas quais as expectativas anteriores são confirmadas (Bhattacharjee, 2001b). Se olharmos para a definição de qualidade percebida de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1998), onde se afirma que a qualidade percebida é uma forma de atitude que resulta da comparação das expectativas com *performance*, chega-se à conclusão que existe alguma confusão nos dois conceitos. Vários autores fazem a distinção. Para Bahia, Paulin e Perrien (2000), na qualidade percebida as expectativas devem ser entendidas como o que a empresa deve oferecer ou o que o cliente deve esperar, enquanto na satisfação as expectativas devem estar relacionadas com o desempenho específico da transação ou o que o cliente pode esperar do serviço.

Oliver (1993) define a satisfação como sendo uma realização que proporciona prazer, onde o cliente sente uma sensação de realização de uma necessidade, desejo ou objetivo e que é essa realização que proporciona a sensação de prazer. Sendo a dimensão afetiva muito característica da satisfação, esta pode ser o elemento chave que a distingue da qualidade percebida. A diferença entre qualidade percebida e satisfação sugerida por Anderson e Sullivan (1993) é baseada no tempo em que são estabelecidas, sendo que a satisfação é uma experiência pós-consumo e a qualidade percebida refere-se à avaliação global do serviço prestado. Na mesma corrente temporal, a ideia predominante é que a qualidade percebida tende a ser estável ao longo do tempo, enquanto a satisfação está ligada a uma transação específica (Parasuraman *et al.*, 1998). É o fator tempo que cria a confusão entre os dois conceitos (Bahia *et al.*, 2000). A dimensão afetiva da satisfação diminui ao longo do tempo o que a torna idêntica a uma atitude global e similar à qualidade percebida.

Por vezes surge também a confusão entre confiança e satisfação. É também o fator tempo que as distingue. A confiança refere-se a uma avaliação prospectiva, orientada para o futuro. Em contraste, a satisfação refere-se a um acumular de avaliações de um ou mais eventos passados. Outro elemento que as distingue é o fato da confiança ser uma atitude dirigida à característica pessoal e personalidade do indivíduo em quem se confia, sendo que a satisfação não requer motivações, sendo mais efêmera e sujeita a rápidas revisões baseadas nas diferentes experiências (Murray *et al.*, 1996).

O estudo da satisfação inicia-se com (Hunt, 1977) onde, na sua teoria cognitiva, define a satisfação como um fenómeno que se segue a uma experiência e que consiste na avaliação dessa experiência em particular. Assim, a satisfação não é apenas uma parte agradável da experiência, mas um julgamento de que a experiência é no mínimo, tão boa quanto a esperada. Deste modo, a satisfação representa uma avaliação de uma emoção e não a emoção em si. Mais tarde, Oliver (1993) argumenta que a satisfação pode incluir uma dimensão cognitiva, mas que isso é apenas o resultado das emoções geradas pelo elemento surpresa num evento em particular. De acordo com o modelo afetivo, o indivíduo avalia o serviço não só pelos atributos racionais mas também por elementos subjetivos, como sentimentos e aspirações, ou seja, a satisfação é o resultado de uma avaliação pós-consumo, que contém elementos cognitivos e afetivos (Oliver, 1999). A satisfação com um relacionamento, não fosse este um trabalho que aborda a qualidade da relação, é um estado positivo afetivo,

resultante da avaliação de vários aspetos de funcionamento de uma empresa (Anderson & Narus, 1990) ou ainda, como referem Palmatier *et al.* (2006), um estado afetivo ou emocional em relação a uma relação, tipicamente avaliada cumulativamente durante o período de relacionamento.

Diz-se que um cliente está satisfeito, quando a avaliação de um serviço excede as suas expectativas e insatisfeito quando fica aquém das mesmas. Quando avaliam um serviço, as expectativas são então o padrão de comparação. Isto é baseado na assunção de que os clientes têm expectativas pré-compra no que diz respeito aos serviços.

Vários autores consideram existir dois tipos de satisfação. O primeiro, denominado por *atributo satisfação*, refere-se à satisfação cognitiva com um produto específico ou com os atributos de um serviço (Chiou, 2006). Westbrook (1981) propôs que a satisfação com um serviço de retalho é uma acumulação de avaliações separadas de satisfações com o pessoal, o ambiente, os produtos ou outros fatores. O segundo tipo de satisfação é a denominada *satisfação total* ou a satisfação acumulada ao longo do tempo, como resultado de uma agregação de experiências (Parasuraman *et al.*, 1994). Foi definida por Oliver (1997) como um *preenchimento agradável*⁸ e é considerado uma resposta afetiva. Na mesma linha de pensamento, Crosby, Evans e Cowles (1990) definiram a *satisfação da relação* como o estado afetivo ou emocional durante uma relação, tipicamente com avaliações cumulativas ao longo das transações.

De forma a compreender o âmbito e importância da satisfação do cliente em contexto clínico, há que atender a vários fatores. No setor da saúde, o termo qualidade é multifacetado. Em relação à satisfação do cliente, a qualidade vista da perspetiva médica ou clínica, é geralmente julgada pelos resultados clínicos. A qualidade da perspetiva do cliente de saúde, é raramente julgada tendo por base qual a organização que tem a melhor qualidade clínica, do mesmo modo que “as companhias aéreas não ganham a lealdade dos seus clientes no campo de quem tem os maiores registos de segurança” (Lee, 2004). Continuando a mesma analogia do autor, a maioria das companhias aéreas mostram registos de segurança similares. Na indústria da saúde, a maior parte dos clientes vêem os resultados clínicos como “a

⁸ Do inglês “pleasurable fulfillment” no original

competência do seu médico que não iria colocá-los nas mãos de pessoas incompetentes ou em ambiente inseguro”. Os clientes determinam a qualidade da forma como são tratados enquanto pessoas e não como são tratados pela sua situação clínica específica (Lee, 2004).

As organizações respondem de duas formas à visão de qualidade dos seus clientes: através de avaliação da qualidade (medida analítica dos elementos importantes da qualidade dos cuidados de saúde) e melhoria da qualidade (processo utilizado para melhorar a distribuição dos serviços de saúde de forma a fazer corresponder às necessidades e expectativas dos clientes) (Barton, 2003). A qualidade no sector da saúde é representada como a satisfação total durante e a seguir ao serviço de saúde. A qualidade age como um indicador de satisfação baseada nas experiências individuais, enquanto se recebe cuidados médicos, como por exemplo conforto, dignidade, privacidade, segurança, entre outros (Shi & Singh, 2005).

Safavi (2006) mostrou no seu estudo que a satisfação com os serviços hospitalares se ficou a dever, em ordem de importância, à dignidade e respeito, à rapidez e eficiência, ao conforto, à comunicação e à informação e apoio emocional. As quatro qualidades selecionadas pelos clientes foram a capacidade de comunicação médica, a capacidade de resposta dos funcionários, conforto e limpeza e capacidades de comunicação do pessoal de apoio e enfermeiros.

Existem muitas evidências na literatura que sugerem que clientes satisfeitos são:

1. Mais propensos a ser leais (Bendall-Lyon & Powers, 2004; Gummeras *et al.*, 2004);
2. Menos propensos a reclamar (Shemwell *et al.*, 1998);
3. Mais propensos a recomendar o seu médico/prestador de serviço de saúde (Bendall-Lyon & Powers, 2004; Hausman, 2004);
4. Mais propensos a cumprir o tratamento médico e farmacêutico (Cho *et al.*, 2004).

Dado que o atributo satisfação é um antecedente da satisfação total (Chiou, 2006), no presente trabalho a satisfação total será a variável em estudo, denominada somente de satisfação.

A confiança, juntamente com a satisfação, são os antecedentes do compromisso (Belanche *et al.*, 2013; Cater & Zabkar, 2009; Fullerton, 2011), que estudamos de seguida.

2.2.3. Compromisso

Vários autores têm utilizado o termo compromisso de dois modos diferentes. Uma linha de autores encara o compromisso como “a ligação de um indivíduo a atos comportamentais” (Kiesler, 1971). O termo *compromisso comportamental* é utilizado para descrever esta conceptualização e é descrito quando uma ação (incluindo uma decisão) é distinta, livre, relativamente irrevogável e com esforço associado e tal ação é considerada como que influenciadora no futuro de forma consistente (Brockner & Shaw, 1979; Kiesler, 1971). Para melhor entender este conceito, atente-se na Figura 2:

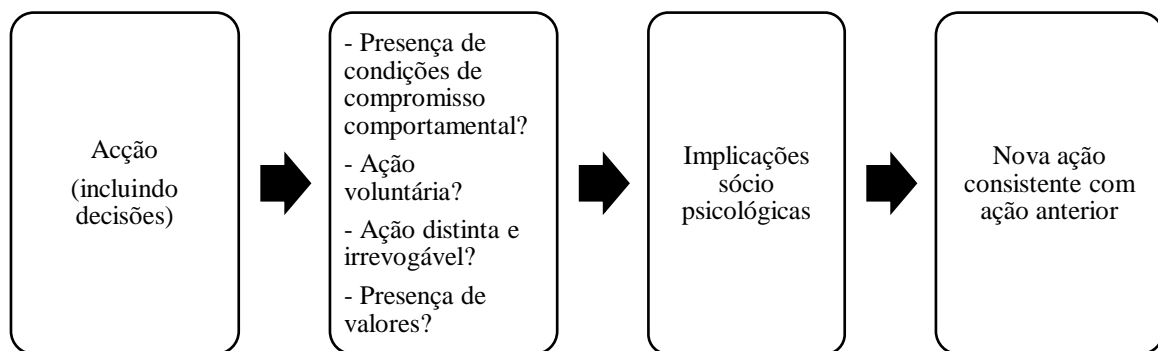


Figura 2 - Uma conceptualização de compromisso comportamental
Fonte: adaptado de Overton & MacVicar (2008)

A *performance* de um aumento do número de atos consonantes ou não desviantes, fortalece o compromisso comportamental na linha de ação. Acrescente-se a este fato o grau de compromisso comportamental que é influenciado pela “natureza pública do ato”⁹ e contexto social.

Outros autores definiram compromisso como uma *atitude* própria dos indivíduos em relação a um determinado objeto ou a força das suas crenças numa posição ou no decurso de uma ação (Katzew & Wang, 1994), a que se chamou compromisso atitudinal (Figura 3):

⁹ Do inglês “publicness of the act” no texto original

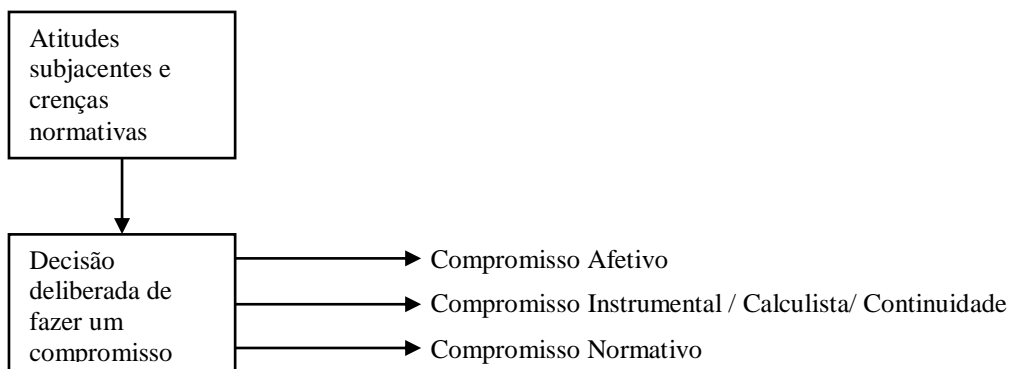


Figura 3 - Um modelo de compromisso atitudinal
 Fonte: adaptado de Overton & MacVicar, (2008)

Compromisso pode então ser definido como um desejo duradouro de manter um relacionamento que é considerado importante e valioso (Moorman *et al.*, 1992; Wilson, 1995). Dwyer, Schurr e Oh (1987) definiram compromisso como uma promessa implícita ou explícita na continuidade da relação entre parceiros. Uma parte comprometida numa relação é motivada para a manter e irá servir esse propósito (Morgan & Hunt, 1994).

Nos últimos anos 15 anos do estudo de Marketing Relacional, o entendimento de compromisso evoluiu significativamente (Fullerton, 2011). Desde a definição, algo limitada, de Morgan e Hunt em 1994, é hoje em dia reconhecido como algo mais complexo e que inclui múltiplos componentes. Da abordagem “quanto mais melhor”, onde os estudos se focavam essencialmente no constructo do compromisso orientado para a identificação do que faz ligar um cliente à empresa (Morgan & Hunt, 1994), assumindo que era melhor para uma empresa ter mais clientes comprometidos, passou-se para uma abordagem multidimensional que inclui vários componentes (Kumar *et al.*, 1995), nomeadamente o compromisso afetivo, o compromisso instrumental/calculista/continuidade (chamado neste trabalho de calculista) e o compromisso normativo, que têm diferentes influências no Marketing Relacional.

O *compromisso afetivo* é definido como a medida em que uma parte identifica com ligações e sentimentos positivos uma outra parte (Bansal *et al.*, 2004; Fullerton, 2003). Quando um indivíduo tem um compromisso afetivo por uma empresa, ele está envolvido e gosta de estar afiliado com a mesma (Allen & Meyer, 1990). Clientes com compromissos fortes identificam, confiam e estão mais emocionalmente ligados com a marca ou organização do que os não comprometidos (Evanschitzky *et al.*, 2006). Em algumas ocasiões os clientes irão

expressar “amor” por uma marca ou um prestador de serviço (Fullerton, 2003). Noutras ocasiões consideram-se como estando num tipo amigável de relacionamento com o seu prestador de serviço (Jones *et al.*, 2008; Price & Arnould, 1999). Compromisso afetivo é então o estado psicológico que liga o cliente a um parceiro que é baseado em identificação e ligação. Indiscutivelmente, é o estado psicológico básico que explica as mais eficazes relações de marketing (Fullerton, 2011).

O *compromisso calculista* induz uma linha de ação consistente, dado que um indivíduo espera obter uma recompensa específica ou aprovação e deseja evitar punições ou desaprovações (Kelman, 1958). Decorre das limitações estruturais que ligam as partes e refletem algum tipo de motivações negativas para a continuidade das relações (Geyskens *et al.*, 1996). É causado pela redução ou mudanças de custos (Anderson & Weitz, 1992) e pode surgir quando não existem alternativas atrativas para a relação estabelecida (Gustafsson *et al.*, 2005), ou seja, uma parte estará comprometida com outra porque o valor dos recursos investidos nessa relação poderia decrescer substancialmente se uma das partes escolhesse terminar essa relação e começar outra. O *compromisso calculista* é então o estado psicológico que é ativado quando os clientes são confrontados com custos de mudança económicos ou psicológicos e como resultado percebido de poucas alternativas fora da relação existente.

O *compromisso normativo* ou de *obrigação* (Allen & Meyer, 1990) reflete a força que liga um cliente ao prestador devido a uma obrigação percebida (Bansal *et al.*, 2004). Esta atitude é desenvolvida no princípio da internalização de pressões normativas que são utilizadas antes e após o relacionamento. Indivíduos que agem moralmente sentem que “têm” que agir de uma certa forma porque é essa a sua obrigação ou dever (Etzioni, 1988). Kumar *et al.* (1994) afirmaram que uma empresa normativamente comprometida continua uma relação porque sente que o deve fazer por imperativos morais e Bansal *et al.* (2004) definem *compromisso normativo* como a medida na qual um cliente se sente obrigado a fazer negócio com uma organização.

Quando um indivíduo está normativamente comprometido com uma organização, sente que a continuidade em estar envolvido com a mesma é a coisa certa a fazer. O *compromisso normativo* está assente no conceito de reciprocidade (Cialdini, 2001), que na sua essência

diz que um indivíduo se sente obrigado a apoiar determinadas organizações que fornecem produtos e/ou serviços que são importantes para ele. Isto é feito através de apelos a valores como a família, comunidade e/ou nacionais, criando legitimidade. Indiscutivelmente, estes tipos de apelos constroem compromisso normativo dado que as organizações tentam criar um cliente que se sinta obrigado a pagar um ato de boa vontade. Mas mais que um ato de boa vontade, pode criar uma situação de obrigação em dívida.

Sabe-se então que o compromisso é influenciado quer pelo grau de satisfação quer pelo grau de confiança. Ruyter, Wetzels e Bloemer (1998) chegaram à conclusão que o compromisso (afetivo) afeta positivamente as intenções dos clientes na continuação de uma relação e Gounaris (2005) verificou que o mesmo compromisso além de criar intenções positivas, mantém e fortalece essa relação. Kumar, Hibbard e Stern (1994) estabeleceram que esse tipo de compromisso é a influência mais favorável na intenção de permanecer numa relação. Na generalidade, pode-se afirmar que o compromisso tem uma influência positiva na lealdade. Mais especificamente, em ambiente clínico, a situação repete-se (Kim *et al.*, 2008), podendo inferir-se que o compromisso dos clientes influencia positivamente a lealdade a um laboratório de análises clínicas.

Vimos assim, que a confiança a satisfação e o compromisso, constituem, no seu todo, aquilo que na literatura se denomina por qualidade da relação (Alejandro *et al.*, 2011; Cannière *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2011a; Storbacka *et al.*, 1994; Walter *et al.*, 2003) e tem capacidade para explicar a lealdade do cliente a uma marca. A lealdade, baseada numa genuína e progressiva satisfação, que é hoje um dos ativos mais importantes das empresas (Marques, 2012).

2.3 Lealdade

O termo lealdade é difícil de definir, dado que, como já visto, existem muitos tipos de lealdade. Do ponto de vista atitudinal, é definida como um desejo profundo de manter uma relação com um fornecedor em particular, um produto ou uma marca (Czepiel & Gimore, 1987). Esse desejo de manter uma relação profunda e duradoura pode ser confundido com o compromisso. Recorde-se que o compromisso se refere a ligações económicas, emocionais e/ou psicológicas que os clientes podem ter em relação a marcas, produtos ou serviços, sendo

que essas ligações são os antecedentes da lealdade, uma vez que são um dos mecanismos fundamentais de avaliação, pelos quais o cliente determina se e por que quer ter uma relação leal com uma marca ou empresa.

Hawkins e Vel (2013, p. 126) citam Jacoby e Chestnut referindo que a lealdade atitudinal induz “a predisposição para uma marca como uma função de processos psicológicos. Estes incluem preferência atitudinal e compromisso em relação à marca, produto ou serviço”. Os mesmos autores são citados inúmeras vezes na revisão bibliográfica levada a cabo, e definem lealdade como “a resposta comportamental (compra) com determinada tendência, expressa ao longo do tempo, baseada em tomadas de decisão, respeitante a uma ou mais marcas alternativas de um conjunto alargado de marcas e é uma função de processos psicológicos” (Narteh *et al.*, 2013, p. 217).

Jones e Sasser (1995) definem a lealdade do cliente como o sentimento de ligação ou de afeto do cliente em relação aos empregados de uma organização, aos produtos que vende ou aos serviços que presta. A lealdade também é definida por Ruyter, Wetzels e Bloemer (1998) como uma atitude do cliente, caracterizada pela repetição do padrão de compra, acompanhada de disposição mais favorável do cliente em relação à organização, produto ou serviço relativamente à concorrência. Outro autor constantemente citado é Oliver (1999, p. 34), que define lealdade como “a manutenção de um profundo compromisso em recomprar um produto/serviço preferido, consistentemente no futuro, originando, assim, compras repetidas da marca ou mesmo conjunto de marcas, sem a preocupação com influências situacionais e esforços de marketing com potencial para causar mudanças de comportamento”¹⁰. Mais recentemente, Hur, Park e Kim (2010) definiram a lealdade como a recompra contínua de determinado produto ou serviço preferido, independentemente das opções alternativas ou dos esforços de marketing tendentes a induzir a mudança para os concorrentes.

As definições de Jacoby e Chestnut (1987) e Oliver (1999) são muito semelhantes, e agrupam de certo modo as dos outros autores citados, na medida em que focam o

¹⁰ “[...] a deeply held commitment to rebuy or repatronize a preferred product/service consistently in the future, thereby causing repetitive same-brand or same brand-set purchasing, despite situational influences and marketing efforts having the potential to cause switching behavior.”

comportamento (compra ou recompra com alto grau de probabilidade), o espaço temporal (longo), baseadas em tomadas de decisão (padrão de compra), oportunidade de escolha entre alternativas (uma ou mais marcas entre um leque alargado) e os processos psicológicos associados (avaliações constantes).

A lealdade dos clientes envolve primariamente comprar¹¹, de uma forma regular (ou repetitiva) e recomendar (word-of-mouth - WOM) acerca de uma organização e dos seus produtos ou serviços.

Até finais da década de 70, a lealdade era vista de uma forma comportamental, sob a forma de compra repetida. Jacoby e Chestnut (1978) ao enveredarem pelo estudo do significado psicológico em vez do comportamental (compra repetida), chegaram à conclusão que não se pode inferir lealdade somente por padrões de compra repetitivas sem análises adicionais. São esses componentes e essas razões e respetivas análises que se pretende estudar.

Existem então duas formas de ver a lealdade: através dos comportamentos e das atitudes dos clientes.

2.3.1. Lealdade comportamental

A *lealdade comportamental* foi o primeiro tipo de lealdade estudada e tinha como base de estudo, entre outros, a proporção, a probabilidade e sequência de compra e foi criticada por Jacoby e Chestnut (1978) por somente abarcar os proveitos estáticos. As definições até então utilizadas, baseadas essencialmente na compra repetida, não permitiam compreender os fatores que estavam por detrás da mesma e eram insuficientes para explicar como a lealdade era desenvolvida e/ou modificada (Dick & Basu, 1994). Um cliente pode-se envolver em compras repetidas por razões de conveniência, melhor serviço ou altos custos de mudança, contudo, não significa uma ligação emocional com a marca ou prestador de serviço. Embora seja considerada um tipo de lealdade, se é suficiente para considerar um cliente “leal” é um ponto discutível (Hawkins & Vel, 2013).

¹¹ Do inglês “patronize” no original. Das várias traduções possíveis, o autor considerou ser esta a que melhor se inseria no tema em estudo.

Hawkins e Vel (2013), citando Brown (1952), classificaram a lealdade em quatro categorias: (1) Exclusiva – onde o cliente apenas compra num local para um determinado produto, (2) Dividida – o cliente utiliza vários fornecedores para um determinado produto, (3) Instável – onde as mudanças surgem da deserção de outros fornecedores e (4) Sem Lealdade – onde o cliente não demonstra qualquer comportamento de lealdade. Lipstein (1959) e Kuehn (1962) definiram a lealdade como a probabilidade de recompra de um produto ou serviço. Dependendo de como essa probabilidade é determinada, isso pode ser enganador em termos de representação lealdade real. Poderia somente identificar tendências e propensão, não tendo em conta as razões pelas quais um cliente compra repetidamente. Alguns autores foram então críticos às abordagens de lealdade, na medida em que não aprofundavam suficientemente as razões da lealdade (Day, 1969; Jacoby & Chestnut, 1978). Surgia a abordagem atitudinal de lealdade.

2.3.2. Lealdade atitudinal

A *lealdade atitudinal* é mais relevante em termos de compreensão das motivações do cliente e de assegurar a existência de uma lealdade “intensa”, a qual “é importante quando a competição emerge ou quando o nível de serviço baixa, e uma empresa tem mais hipótese agarrar esses clientes do que aqueles são leais, apenas a nível comportamental” (Hawkins & Vel, 2013, p. 127).

Uma *atitude* é vista por Dick & Basu (1994) como uma função de avaliação de um objeto. Fundamentalmente, representa uma associação entre um objeto e uma avaliação e reflete a posição desse objeto ao longo de uma favorabilidade contínua no tempo. As atitudes têm sido relacionadas com comportamento, embora seja importante realçar que se pode manter uma atitude favorável a uma marca, produto ou serviço, mas não os comprar em várias ocasiões, por causa de comparações ou de uma força atitudinal maior em direção a outras marcas. Os mesmos autores chamaram a essas atitudes, *atitudes relativas*, sendo a sua natureza fornecer indicações mais fortes de compras repetidas, do que uma atitude sobre uma marca, produto ou serviço de forma isolada. Duas dimensões, o grau de força atitudinal e o grau de diferenciação atitudinal, parecem ser a base da atitude relativa de um indivíduo em relação a uma entidade, que podem ser cruzadas originando as seguintes condições:

Quadro 2 - Graus de atitude relativas

		Diferenciação atitudinal	
		Não	Sim
Força atitudinal	Forte	Atitude relativa baixa	Atitude relativa maior
	Fraca	Atitude relativa menor	Atitude relativa alta

Fonte: adaptado de Dick & Basu (1994)

Atitudes que são positivas podem variar de fracas a fortes dependendo da avaliação individual. Na decisão de compra, a percepção individual de diferenças entre marcas é crítica, originando uma atitude relativa alta quando um significativo diferencial atitudinal é percebido. Da mesma forma, uma atitude relativa é maior quando a entidade é associada com uma forte atitude e é claramente diferenciada na mente do cliente das outras associadas com atitudes fracas. Uma atitude que é fraca (embora positiva) mas diferenciada da concorrência traduz-se numa atitude relativa alta e pode contribuir também para a lealdade. Por outro lado, uma forte atitude acoplada a pouca diferenciação percebida pode originar lealdade a várias marcas na medida em que as alternativas são vistas como satisfatórias. Pode ser o caso, por exemplo, de clientes que têm atitudes positivas iguais perante a Pepsi e a Coca-Cola com a escolha entre elas baseadas em fatores situacionais tais como o seu posicionamento na prateleira no ponto de venda. Uma atitude positiva mas fraca aliada a uma não diferenciação percebida origina uma atitude relativa menor, com a compra a ser possivelmente menos frequente variando de ocasião para ocasião, baseado em influências não atitudinais. Cruzando os conceitos prévios de atitude relativa com dois níveis de compra repetida (alta e baixa), chega-se a quatro condições específicas relacionadas com a lealdade:

Quadro 3 - Condições de lealdade

		Repetição de Compra	
		Alta	Baixa
Atitude relativa	Alta	Lealdade	Lealdade latente
	Baixa	Lealdade espúria	Sem lealdade

Fonte: adaptado de Dick & Basu (1994)

A condição “*Sem lealdade*”, produto do relacionamento de uma baixa atitude relativa com uma baixa repetição de compra, significa ausência de lealdade. Pode indicar que um novo produto foi colocado no mercado ou a empresa tem dificuldades para comunicar vantagens competitivas (o que explica a baixa repetição de compra) ou a dinâmica de um mercado específico, onde as marcas são vistas como similares. Neste caso, os gestores devem enveredar os seus esforços para aumentar a compra repetida, já que se veem impossibilitados de aumentar a atitude relativa, ou seja, dirigir-se para a “*lealdade espúria*”. Este tipo de condição, determinada por uma baixa atitude relativa acompanhada por alta repetição de compra, é caracterizada por influências não atitudinais. É similar à noção de inércia, na qual o cliente percebe pequenas diferenças nas marcas, produtos ou serviços, numa categoria de pouco envolvimento. A compra repetida é baseada em fatores situacionais, tais como: a familiaridade, a posição na prateleira ou as promoções.

Alta atitude relativa conjugada com baixa repetição de compra, a *lealdade latente*, é considerada uma grande preocupação para os marketers (Dick & Basu, 1994). As influências não atitudinais (normas subjetivas e efeitos situacionais) são pelo menos iguais, senão mais influentes que as atitudes, na determinação de comportamentos de compra. Dado que criar uma atitude relativa ainda mais elevada seria muito caro e pouco suscetível de alterar a lealdade latente, os esforços da gestão devem ser orientados para uma abordagem radical de eliminação das restrições normativas/situacionais de uma forma eficaz.

A *lealdade* significa uma correspondência favorável entre atitude relativa (alta) e repetição de compra (alta). É a mais preferida das quatro condições e será sobre ela que o presente

estudo versa, sendo que qualquer referência a lealdade será entendida com lealdade atitudinal.

2.3.3. Processo evolutivo da lealdade

Analisadas as formas de lealdade e as suas definições, convém entender como se deteta a verdadeira lealdade. Para tal é necessário avaliar as opiniões (crenças), afetos e intenções dentro da atitude tradicional do cliente. As três fases de tomada de decisão devem-se focar numa preferência a uma marca, se a verdadeira lealdade existir. Dessa forma, as classificações dos atributos da marca (crenças) devem ser preferíveis a ofertas competitivas, essa “informação” deve coincidir com uma preferência afetiva (atitude) à marca e o cliente deve ter uma vontade consciente ou uma alta intenção (conação) em comprar determinada marca em detrimento das alternativas (Oliver, 1999).

Pode-se entender, pelo estudo de Oliver (1997), que um cliente pode-se tornar leal em cada fase atitudinal, em relação a diferentes elementos do desenvolvimento da estrutura da atitude. De acordo com a teoria cognitiva-afetiva-conativa (Oliver, 1997) os clientes tornam-se, então, leais num primeiro momento, no sentido cognitivo, seguido do afetivo, que precede a forma conativa e finalmente numa forma comportamental descrita como inércia de ação (*action inertia*).

A primeira fase da lealdade, *lealdade cognitiva*, indica que o cliente prefere uma marca entre um conjunto de marcas. A cognição pode ser baseada num conhecimento anterior ou numa experiência recente, baseada essencialmente no conhecimento do preço, funcionalidade e outras características da marca, produto ou serviço. No entanto, o cliente encontra-se ainda num estado superficial de lealdade. Se a transação é rotineira e se não se vai ao encontro das expectativas do cliente, a profundidade da lealdade não vai além da *performance* do produto ou serviço. Se a satisfação é assegurada, ela torna-se parte da experiência do cliente e começam-se a formar ligações afetivas.

Na segunda fase do desenvolvimento de lealdade, *lealdade afetiva*, existe uma preferência ou uma atitude positiva perante o produto ou serviço de determinadas marcas, desenvolvido pela acumulação de utilizações satisfatórias. Isto reflete a dimensão “agradável” da definição

de satisfação – preenchimento agradável – descrito anteriormente. O compromisso nesta fase é descrito como lealdade afetiva e encontra-se na cabeça do cliente sob a forma de cognição e afeto. A lealdade exibida está relacionada com o grau de afeto, sendo vulnerável por ações de insatisfação induzidas, novo posicionamento da concorrência, por procura e experimentação voluntária de outras marcas e por uma deterioração da *performance*. O desejável é que o cliente seja leal a um nível ainda mais profundo.

Surge então a *lealdade conativa*, influenciada por episódios repetidos de afetos positivos em relação à marca. A conação, por definição, implica um compromisso de recompra à marca. A lealdade conativa é então um estado de lealdade que contém um “compromisso profundo”, referenciado na definição de lealdade. Contudo, este compromisso está relacionado com a intenção de recomprar e pode ter as mesmas características da motivação, i.e., “boas intenções”, que podem ficar somente por aí, não levando à ação, originadas por mensagens competitivas, cupões promocionais e promoções em pontos de venda estratégicos da concorrência e por uma deterioração da *performance*.

A *lealdade inércia de ação* é baseada nos mecanismos pelos quais as “boas intenções¹²” referenciadas na lealdade conativa são transformadas prontamente e com boa vontade em ações. Esses mecanismos, ou “controle de ação”, propõem que esteja presente um desejo adicional de forma a ultrapassar obstáculos que possam evitar a ação. A sequência “boa intenção” → compra → desejo adicional, se for repetida no tempo, desenvolve a ação inerte, que facilita a recompra.

“Transformadas prontamente e com boa vontade” valida a definição proposta, podendo ser lida como “um profundo compromisso em recomprar uma marca de um produto/serviço preferido, consistentemente no futuro”, enquanto o “ultrapassar de obstáculos” encontra a sua correspondência na definição em “sem a preocupação com influências situacionais e esforços de marketing com potencial para causar mudanças de comportamento”. É desta forma que se considera que, de todas as definições, é a de Oliver (1999) melhor significado dá ao conceito de lealdade.

¹² O desejo de recomprar pode ser encarado como uma ação pensada antecipadamente mas não concretizada

2.3.4. Lealdade no setor da saúde

No setor dos serviços, é mais provável que a lealdade ocorra se o serviço tem associado um elevado grau de complexidade, se envolve uma série de interações, se os clientes são inexperientes ou têm falta de conhecimentos profundos e se a necessidade futura é variável e imprevisível (Crosby *et al.*, 1990). Em contraste com o que foi descrito, Kotler e Keller (2009) sugerem que a lealdade será mais difícil de atingir em situações nas quais o envolvimento do cliente (i.e., o compromisso psicológico e emocional) é elevado e o contato com o fornecedor do serviço não é muito frequente. É provável que isto seja verdadeiro para a maioria dos clientes de serviços de saúde. MacStravic (1994) notou as dificuldades em ir ao encontro das expectativas dos pacientes em cuidados de saúde porque os médicos, em contraste com outros serviços, não podem simplesmente aceder a todas as solicitações e a todas as expectativas dos pacientes. Lovelock (1987) notou que manter clientes regulares satisfeitos é complicado, dada a sua tendência em desenvolver expectativas mais elevadas ao longo do tempo.

E são precisamente estas as condições que existem em ambiente médico (*e.g.* hospital, clínica de saúde, consultório) ou em qualquer prestador de serviços de meios complementares de diagnóstico (onde se incluem os Laboratórios de Análises). Desta forma, consideram-se as condições e variáveis existentes em ambiente médico as mesmas que ocorrem em Laboratórios de Análises. Para que se diferencie no estudo, os clientes de serviços médicos são chamados de pacientes.

A verdadeira lealdade pode gerar WOM que pode atrair novos pacientes e produzir atitudes cognitivas e afetivas positivas para com o serviço médico. Explicar como a lealdade médico-paciente é gerada, requer examinar os antecedentes da lealdade do cliente que, de acordo com a revisão da literatura aqui apresentada, são o compromisso, a confiança e a satisfação. Havendo quem acrescente a reputação do médico (Torres *et al.*, 2009). A presença e o melhoramento destes fatores não só geram, mas mantêm o processo de formação de lealdade do paciente. A lealdade pode ser gerada e mantida criando pacientes satisfeitos que confiem nos médicos, o mesmo se pode afirmar em relação aos especialistas clínicos, onde se incluem os farmacêuticos analistas. Pacientes que confiam são a base para pacientes comprometidos à medida que se tornam leais a longo prazo. Pacientes leais ajudam os especialistas médicos

a formar melhores diagnósticos, a reduzir a deserção de outros pacientes, a desenvolver carteiras de pacientes mais eficientes e a reduzir custos de aquisição de novos pacientes.

2.4 Recomendações Especializadas: WOM

Em vários contextos do setor médico, a lealdade do cliente pela “compra” repetida por vezes não é importante nem desejável. Veja-se o caso da cirurgia, onde cada “compra” repetida (à mesma patologia) pode ser encarada como uma falha de serviço. A evidência da lealdade que convém realçar é o grau pelo qual o paciente se torna defensor, apóstolo ou parceiro e consequentemente se envolve numa comunicação passa-a-palavra (Word-of-Mouth - WOM) resultando na aquisição de novos pacientes (Ferguson *et al.*, 2007).

Ferguson *et al.* (2007, p. 65), referem ainda que os defensores de uma empresa são “aqueles que ativamente expõem as virtudes de uma organização a outros; estes clientes estão tão contentes com a organização que voluntariamente se envolvem numa publicidade WOM” e que podem exibir comportamentos de parceria, tais como referências de negócios, fazendo publicidade e servindo como órgãos consultivos. A comunicação WOM aplica-se melhor à gestão e marketing em empresas de serviços do que a empresas de produtos, dado que em contexto de serviço a lealdade é mais suscetível de ser merecida, enquanto em contexto de produto é mais suscetível de ser “comprada” (Edvarsson *et al.*, 2000). Os serviços têm maiores características associadas à aceitação como verdadeiro ou válido, são inerentemente intangíveis, difíceis de standardização e muitas vezes envolvem riscos substanciais, sem garantias nem “provas de compra” (Bansal & Voyer, 2000; Zeithaml & Bitner, 1996). WOM positivo é extremamente valioso para organizações de serviços, especialmente se os canais de comunicação são informais e o serviço é complexo e difícil de avaliar (Money *et al.*, 1998). Tudo isto é fruto do WOM positivo de clientes, podendo alargar-se o conceito aos clientes internos (colaboradores, fornecedores, stakeholders, etc.)

Os indivíduos muitas vezes procuram conselhos de outros antes de tomarem decisões, especialmente de alguém com mais conhecimento de causa (Sniezek & Van Swol, 2001). Pesquisas em tomadas de decisão, baseadas em dar e receber conselhos, definiram no geral, *conselho* como uma recomendação específica sobre o que o tomador da decisão deve fazer (Harvey & Fischer, 1997). Dalal e Bonaccio (2010), baseados em vários estudos, dividem

os conselhos em quatro tipos, sendo que um primeiro tipo é suportado no argumento de que uma recomendação a favor de um curso de ação em particular – “recomenda para” - representa somente uma face de um constructo mais alargado. Um outro tipo é a recomendação contra um curso particular de ação – “recomenda contra”. Um terceiro tipo de conselho é o fornecimento de “informação” sobre uma ou mais alternativas, sem o apoio explícito de nenhuma delas. Um quarto e último tipo de conselho envolve o processo pelo qual a decisão é tomada. Assim, o comunicador pode fornecer apoio direcionado para ajudar o tomador da decisão a decidir – “suporte à decisão”.

Estes tipos de conselhos podem muitas vezes ser acompanhados por um suporte socio emocional de forma a reconhecer a importância e dificuldade de tomar uma decisão. Este tipo de assistência é disponibilizado pelo comunicador com o objetivo de ajudar os tomadores da decisão a regular as angústias emocionais aumentando a autoeficácia da decisão e fornecendo aceitação e um sentimento de pertença (Horowitz *et al.*, 2001). Desta forma, a experiência de quem dá conselhos deve ser um fator importante no julgamento da decisão (em seguir ou não o conselho). Esses julgamentos são mais suscetíveis de serem aceites de conselheiros experientes do que de principiantes (Harvey & Fischer, 1997).

Quando os clientes tomam decisões acerca de prestadores de cuidados de saúde a utilizar, confiam mais em recomendações WOM e referências (Bates & Gawande, 2000). A experiência do comunicador WOM pode trazer mais ênfase do que outras fontes de informação devido ao grau de similaridade entre o beneficiário e o comunicador e à ausência de motivos financeiros da parte do comunicador (Oliver, 1997). Os potenciais clientes deste tipo de serviços têm confiança e uma preferência por uma comunicação WOM pessoal dado que percebem como mais credível, confiável, independente e não comercial vinda de uma fonte de confiança e experiente (Curasi & Kennedy, 2002; Edvarsson *et al.*, 2000). Por várias razões, o WOM positivo é especialmente importante em serviços profissionais e em particular em serviços médicos, que se caracterizam por um alto envolvimento pessoal (onde os resultados são muito importantes), por os pacientes perceberem o risco e incerteza com a possibilidade de consequências adversas e ainda pela dificuldade em avaliar a qualidade técnica dos profissionais de saúde e reconhecer que a informação para a tomada de decisão é complexa. A WOM positiva de uma fonte credível e experiente pode reduzir estes

desconfortos de dissonância cognitiva originados pelas características descritas associadas a serviços médicos (Buttle, 1998).

Assim, a confiança no comunicador WOM pode ser um importante fator na aceitação do conselho. Relembre-se aqui as noções de confiança já referidas, especificamente as de (Mayer *et al.*, 1995) e de (Moorman *et al.*, 1992). Os indivíduos geralmente decidem confiar noutros quando confrontados com situações de incerteza (Sniezek & Van Swol, 2001). Se um indivíduo tem a certeza acerca de uma situação, não há a necessidade de confiar e tornar-se vulnerável a outros. Por esse motivo, a incerteza é um antecedente da decisão de confiar noutro (Mayer *et al.*, 1995) e confiar noutro indivíduo atua como uma forma de reduzir a incerteza (Sniezek & Van Swol, 2001).

Desta forma, é de prever que os conselhos ou recomendações especializadas tenham um impacto positivo na lealdade.

Uma outra teoria, refere que a confiança dos pacientes no seu especialista médico pode influenciar a sua confiança num hospital e planos de saúde afiliados, bem como em recomendações de outros fornecedores de serviço na área da saúde. Isto, pode ser explicado pelo efeito de halo¹³ (Gray, 1997). Este tipo de confiança é denominada de “confiança cega”.

2.5 Emoções

Na revisão de literatura sobre satisfação (da relação) foi referido, que a mesma é um estado afetivo ou *emocional* em relação a um relacionamento. É largamente aceite pela comunidade científica, que os níveis de satisfação e intenções comportamentais de longo prazo são influenciadas pelas emoções, durante as etapas de pré-consumo, consumo e pró-consumo (Martin *et al.*, 2008; Oliver, 1997). Mattila (2001) notou que os clientes emocionalmente ligados tendem a investir mais nos seus relacionamentos. É essa ligação emocional que vai para além dos cinco *drivers* (valor, satisfação, altos custos de mudança, encantamento do cliente e investimento na relação) e que cria a lealdade atitudinal (Park *et al.*, 2006).

¹³ A influência de uma avaliação global de uma pessoa nas avaliações de vários indivíduos, que podem alterar percepções (Nisbett & Wilson, 1977)

Mas afinal o que é uma emoção? De que forma é que influencia o consumo?

A definição de emoção tem sido alvo de várias abordagens, cada uma com um foco em diferentes manifestações ou componentes. Martin e Palmer (2008, p. 226), citando Desmet (2003) referem que “não existe uma solução empírica para o debate sobre qual componente é suficiente ou necessário para definir emoção”. Sugere que uma emoção pode ser tratada como “um fenómeno multifacetado”, consistindo de reações comportamentais, reações expressivas, reações fisiológicas e sentimentos subjetivos. Das várias definições encontradas na literatura a que melhor se enquadra no presente trabalho foi proposta por Bourne e Russo (1998, p. 364), que definem emoção como “um estado interno subjetivo que tem componentes biológicas, cognitivas e sociais, onde uma exposição súbita a estímulos dá origem a um estado de estimulação positivo ou negativo, que provoca uma análise cognitiva, a qual provoca uma reação fisiológica que conduz a um sentimento que é descrito como emoção.

No geral, estes sentimentos são fortes e incontrolláveis, desencadeados por eventos externos (Haksever *et al.*, 2000). Na mesma linha de pensamento, Sheth, Mittal e Newman (1999, p. 356) afirmam que as “emoções são a consciência da ocorrência de alguns estímulos fisiológicos seguidos de uma resposta comportamental, com uma avaliação consciente de ambos”. Quando o envolvimento afetivo com um objeto ou uma decisão é alto, os clientes experimentam fortes reações emocionais a estímulos, que podem influenciar as atitudes. Nestes casos, os sentimentos agem como fontes de informação que são utilizadas para avaliar o estímulo e conduzir à formação de uma atitude. Para além disso, os sentimentos são mais propensos a ter um papel fundamental na formação de uma atitude quando “encaixam” ou são vistos como relevantes para o produto ou serviço a serem adquiridos (Hoyer & McInnis, 2001).

Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999) reforçam esta ideia, definindo emoção como um estado mental imediatamente disponível que surge a partir de avaliações cognitivas de eventos ou pensamentos, com características fenomenológicas, acompanhada de processos fisiológicos, muitas vezes expressos fisicamente, como gestos, postura ou expressões faciais, podendo resultar em ações específicas para afirmar ou lidar com a emoção, dependendo da sua natureza e significado para o indivíduo. O ser humano é uma criatura instintivamente de

emoções. Os processos afetivos são normalmente operacionalizados como emoções e sentimentos que estão relacionados com ações (Wrightsman & Sanford, 1975).

O cliente, como ser humano, procura experiências emocionais positivas evitando as negativas. Na sua essência, emoções positivas podem ser descritas como motivações de aproximação e as negativas como motivações de afastamento (evitar). Essa procura sugere que as emoções possam ser classificadas em reativas (reação a um determinado estímulo) ou direcionadas a um objetivo (quando o cliente conscientemente procura uma determinada experiência) (Liljander & Bergenwall, 2002). De fato, referem os autores citados, que os serviços, caracterizados por emoções direcionadas a um objetivo, são particularmente importantes dado que as emoções experimentadas constituem o maior resultado desse serviço. Acresce ainda, que diferentes grupos de clientes reagem com emoções diferentes ao mesmo serviço e dada a sua variabilidade, a qualidade do serviço percebida (satisfação) e as emoções experimentadas podem variar de um serviço para outro.

As emoções relacionadas com o consumo têm sido recorrentemente focadas em vários estudos (Alford & Sherrell, 1996; Bagozzi *et al.*, 1999; Dubé & Menon, 2000; Foxall & Greenley, 1999; Izard, 1977; White & Yu, 2005) e referenciadas como sendo indicadores de lealdade (Yu & Dean, 2001), de satisfação (Mano & Oliver, 1993) e de intenções comportamentais (Morris *et al.*, 2002). As emoções referem-se então ao conjunto de respostas ocorridas durante a experiência de consumo (Westbrook & Oliver, 1991). Altos níveis de satisfação podem incluir emoções positivas e negativas (Arnould & Price, 1993), as quais implicam que se deve considerar examinar as emoções positivas e negativas separadamente (Dubé & Menon, 2000).

No campo médico, vários estudos das emoções dos pacientes focaram-se essencialmente nas emoções negativas, nomeadamente na ansiedade e depressão, dado o fato das amostras se debruçarem sobre doentes crónicos e intervencionados cirurgicamente com alto grau de risco. A maioria desses estudos demonstrou que o estado emocional dos pacientes influencia comportamentos relacionados com a saúde e a satisfação com cuidados médicos. Em concreto, altos níveis de emoções negativas, tais como a depressão e ansiedade, são associados a mais resultados negativos (Dubé *et al.*, 1996).

Vinagre e Neves (2008), estudaram separadamente o efeito das emoções positivas e negativas na satisfação, obtidas através do modelo DES-II¹⁴, adaptado de Izard (1977), determinaram que as emoções positivas em contexto clínico são o “interesse” e “prazer”, enquanto as emoções negativas são a “angústia”, o “medo”, o “desgosto” e a “vergonha”. No mesmo estudo ficou demonstrado que as emoções positivas influenciam positivamente a satisfação e as negativas influenciam negativamente.

2.6 Conclusão do enquadramento teórico

O utente de um serviço de saúde não é considerado um cliente típico: tem anseios e expectativas muito específicos e quando se trata da sua saúde, estará sempre predisposto a uma segunda opinião ou avaliação médica, tornando o trabalho de marketing de empresas que atuam neste mercado muito específico, fazendo com que a lealdade seja o objetivo primordial. Atuando sobre agentes influenciadores, como médicos, enfermeiros, amigos, entre outros, minimizando emoções negativas e aumentando as positivas, é na qualidade da relação, constituída pela satisfação, pela confiança e pelo compromisso que todos os esforços devem recair.

Muitos estudos foram realizados sobre o relacionamento entre as variáveis descritas, mas poucos no setor dos serviços de saúde. Interessa ao investigador entender quais os elementos que originam uma alta taxa de retenção de clientes. Esse entendimento permitirá repensar estratégias de marketing para estabelecer relações de sucesso (duradouras e com ganhos para ambas as partes) entre o cliente e o LACEC. Se o cliente se sentir atraído e envolvido pela empresa, é provável que recomende, diminua anseios na utilização dos serviços, aumente a sua confiança, satisfação e compromisso, ou seja, seja um cliente leal.

Para confirmarmos as expectativas, prosseguimos com um estudo empírico, mas antes apresentamos as bases metodológicas no próximo capítulo.

¹⁴ *Diferencial Emotions Scale II*

3 Metodologia

Neste capítulo apresentam-se as grandes linhas orientadoras do estudo empírico realizado, ou seja, a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa, com a apresentação dos métodos de trabalho e pesquisa, nomeadamente a natureza da pesquisa, o método científico utilizado, a definição da amostra, os procedimentos técnicos da recolha de dados, a abordagem, os critérios de análise e processamento dos dados. Nesse sentido, começa-se por deduzir as hipóteses de investigação a partir do quadro concetual da investigação, apresenta-se o objeto de estudo com a caracterização da amostra, apresenta-se o questionário aplicado, descrevendo-se as medidas utilizadas para cada variável e a composição final das mesmas, depois de realizado o estudo da sua consistência e validade.

3.1 Quadro conceptual: Dedução das hipóteses de investigação

A partir da revisão da literatura iremos deduzir as hipóteses de investigação. Começamos por suportar teoricamente as hipóteses que visam verificar se a qualidade da relação, as recomendações e as emoções têm capacidade para explicar a lealdade, dimensões que se pretendem ver desenvolvidas pelo marketing relacional.

Dado o cenário de incerteza político e económico aliado à entrada de novos *players* no mercado, por força da abertura de novas convenções, torna-se essencial ao LACEC manter os clientes conquistados ao longo de mais de 40 anos de atividade. Tal como já referido, a lealdade do cliente tornou-se a “moeda” de mercado do século XXI (Singh & Sirdeshmukh, 2000), dado que custa 5 vezes mais adquirir um novo cliente que reter um existente (Bhattacharjee, 2001a; Pfeifer, 2004), fazendo sentido, a nível económico, não estar focado somente na aquisição de novos clientes, mas no estabelecimento de estratégias de retenção dos mesmos (Belanche *et al.*, 2013). Se o LACEC tiver noção dos fatores que levam os seus clientes a serem leais, pode desenvolver estratégias e adotar técnicas de marketing para potenciar a sua retenção de forma duradoura, com valor acrescentado para ambas as partes, LACEC e cliente.

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho consiste em identificar as variáveis determinantes da lealdade. Pretende-se investigar o impacto da Qualidade da Relação, sob a forma de confiança, satisfação e compromisso, na lealdade. Para além do estudo desse impacto, interessa ao investigador compreender de que forma o estado emocional e a recomendação influenciam o compromisso e a lealdade. Tendo em conta a revisão da literatura efetuada, definiram-se as hipóteses de investigação a seguir apresentadas, separando os determinantes do compromisso e da lealdade.

3.1.1. Os Determinantes do compromisso

Vários estudos foram ao encontro de que a confiança precede o compromisso (*e.g.* (Delgado-Ballester & Munuera-Aleman, 2001; Halliday, 2003; Morgan & Hunt, 1994; Peppers & Rogers, 2004). Em ambiente clínico, Berry *et al.* (2008) relacionaram confiança com o compromisso na relação médico-paciente de forma a “melhorar a nossa compreensão da relação médico-paciente”. Desta forma é de prever que a confiança do paciente afete direta e positivamente o compromisso com o médico ou especialista de saúde. Assim, por analogia, formulámos a seguinte hipótese de investigação:

H₁: A Confiança dos clientes no LACEC tem uma influência positiva no seu Compromisso (a) afetivo, (b) calculista e (c) normativo.

A satisfação e o compromisso têm sido, tradicionalmente, interligados no Marketing Relacional (Bauer *et al.*, 2002). Mais precisamente, a satisfação reflete o estado afetivo positivo em relação aos resultados obtidos com o relacionamento (Ganesan, 1994), que favorece uma orientação a longo prazo dado que é razoável pensar que as partes irão obter os mesmos benefícios da sua colaboração no futuro, ou seja, a satisfação favorece o compromisso numa relação (Belanche *et al.*, 2013; Cater & Zabkar, 2009; Fornell, 1992). É de prever, então, que a satisfação tenha uma influência positiva no compromisso, em ambiente clínico, nomeadamente num Laboratório de Análises Clínicas. Nesse sentido, formulámos a hipótese de investigação seguinte:

H₂: A Satisfação dos clientes do LACEC tem uma influência positiva no Compromisso (a) afetivo, (b) calculista e (c) normativo.

De acordo com Sniezek e Van Swol (2001), quando confrontados com situações de incerteza, tão características dos ambientes clínicos, os indivíduos geralmente decidem confiar noutros, sendo essa incerteza um antecedente da decisão de confiar (Mayer *et al.*, 1995). É de prever desta forma que os conselhos ou recomendações tenham um efeito positivo, aumentando por sua vez o compromisso.

Desta forma, a seguinte hipótese é formulada:

H₃: A Recomendação tem uma influência positiva no Compromisso (a) afetivo, (b) calculista e (c) normativo.

Da revisão da literatura, constata-se que se devem examinar as emoções positivas e negativas separadamente (Dubé & Menon, 2000), e o seu efeito no compromisso. Desta forma, e segundo estudo de Vinagre e Neves (2008), é de supor que um cliente do LACEC com emoções positivas esteja mais predisposto a assumir compromissos, ao contrário do que tem emoções negativas. Nesse contexto formulámos a seguinte hipótese:

H₄: As emoções influenciam o compromisso (a) afetivo, (b) calculista e (c) normativo.

Todavia, tal como verificado na revisão da literatura, as emoções têm um impacto antagónico, dependente da sua natureza. Desta forma, a hipóteses H₄ foi desdobrada nas seguintes:

H_{4.A}: As emoções positivas influenciam positivamente o compromisso (i) afetivo, (ii) calculista e (iii) normativo.

H_{4.B}: As emoções negativas influenciam negativamente o compromisso (i) afetivo, (ii) calculista e (iii) normativo.

3.1.2. Os Determinantes da Lealdade

Vários autores chegaram à conclusão que a lealdade atitudinal é resultado da confiança (Chaudhuri & Holbrook, 2001; Chiou, 2006; Morgan & Hunt, 1994). É de prever então que a confiança afete direta e positivamente a lealdade (Buttle & Burton, 2002; Moorman *et al.*, 1993), pelo que a seguinte hipótese foi formulada:

H₅: A Confiança dos clientes do LACEC tem uma influência positiva na Lealdade.

Elevados níveis de satisfação conduzem a maior lealdade do cliente (Homburg *et al.*, 2005). Mais especificamente, no setor da saúde, Lei e Jolibert (2012), chegaram à mesma conclusão, o que pode indiciar que o mesmo possa ocorrer em Laboratórios de Análises Clínicas, pelo que formulámos a seguinte hipótese de investigação:

H₆: A Satisfação dos clientes do LACEC tem uma influência positiva na Lealdade.

Confrontados com situações de incerteza, tão características dos ambientes clínicos, os indivíduos geralmente decidem confiar noutros, sendo essa incerteza um antecedente da decisão de confiar (Mayer *et al.*, 1995; Sniezek & Van Swol, 2001). É de prever desta forma que os conselhos ou recomendações tenham um efeito positivo, aumentando a confiança dos pacientes, aumentando por sua vez a lealdade. A confiança dos pacientes no seu especialista médico, pode influenciar a sua confiança num hospital e planos de saúde afiliados, bem como noutros fornecedores de serviços na área da saúde (Hall *et al.*, 2001). O já referido efeito de halo pode explicar esta relação. É de crer, desta forma, que as recomendações influenciem positivamente a lealdade, formulando a seguinte hipótese:

H₇: A Recomendação tem uma influência positiva na Lealdade.

As emoções, positivas e negativas, devem ser examinadas separadamente (Dubé & Menon, 2000), para se avaliar e o seu efeito na lealdade. Desta forma, e segundo estudo de (Vinagre e Neves (2008), é de supor que um cliente do LACEC com emoções positivas esteja mais predisposto a manter uma relação, aumentando a lealdade, o contrário se passando com as

emoções negativas. Consequentemente, formulámos uma hipótese geral, que desdobrámos em função da natureza das emoções:

H₈: As emoções influenciam a lealdade

H_{8.A}: As emoções positivas influenciam positivamente a lealdade

H_{8.B}: As emoções negativas influenciam negativamente a lealdade

O compromisso afeta positivamente as intenções dos clientes na continuação de uma relação (Ruyter *et al.*, 1998) e que para além de criar intenções positivas, mantém e fortalece essa relação (Gounaris, 2005). É esse tipo de compromisso que mais influência tem na intenção de permanecer numa relação, e assim, ter uma influência positiva na lealdade (Kumar *et al.*, 1994). Em ambiente clínico, Kim *et al.* (2008) chegaram à mesma conclusão, podendo prever-se que o compromisso influencia positivamente a lealdade nos clientes do LACEC, pelo que formulámos a seguinte hipótese:

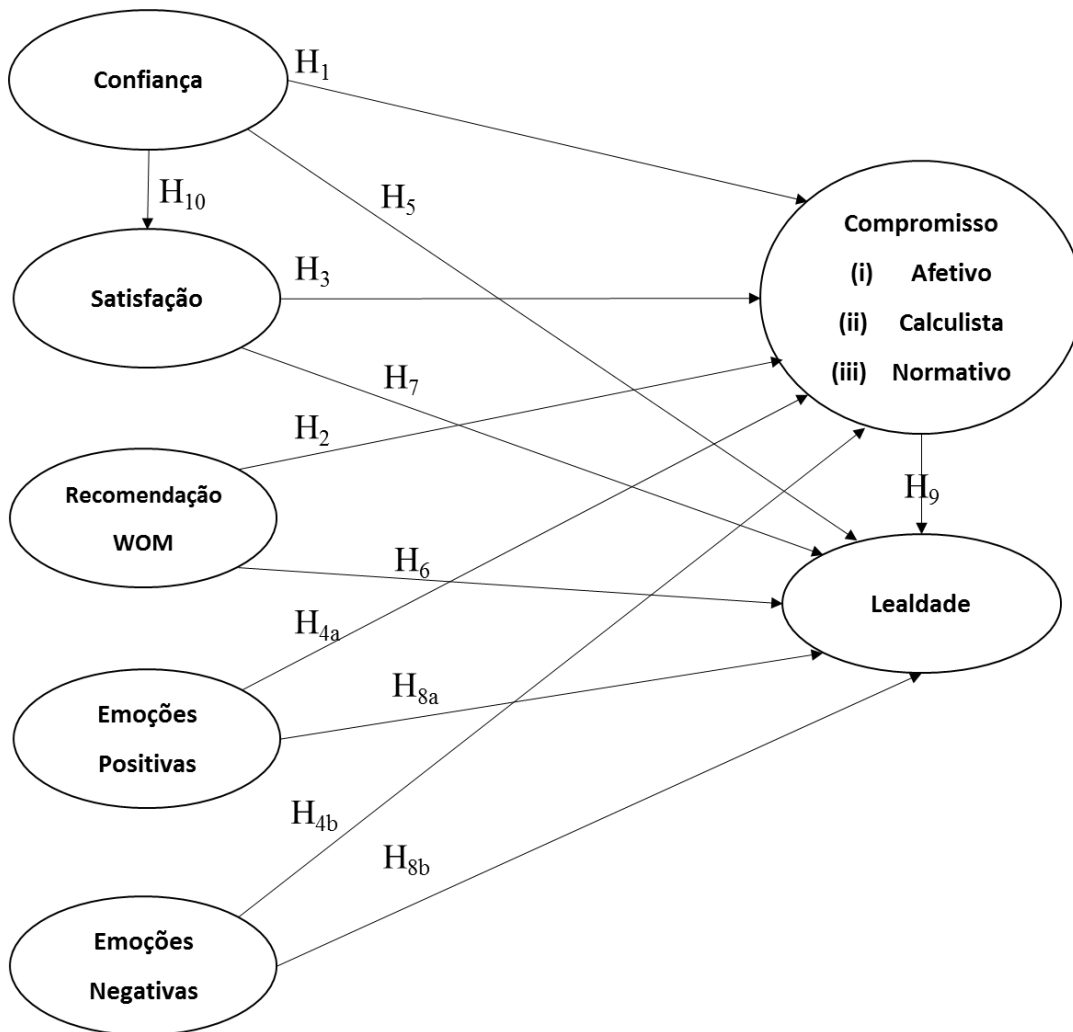
H₉: O Compromisso (i) afetivo, (ii) calculista e (iii) normativo dos clientes com o LACEC tem uma influência positiva na Lealdade.

Por último, e de acordo com o modelo proposto por Sirdeshmukh *et al.* (2002), a confiança é um antecedente da satisfação. Mais recentemente, Chu *et al.* (2012) desenvolveram um modelo no qual a confiança tem um impacto positivo na satisfação, sendo de prever que no setor da saúde o mesmo aconteça, pelo que formulámos a seguinte hipótese de investigação:

H₁₀: A confiança dos clientes no LACEC tem uma influência positiva na satisfação.

O resumo das hipóteses teóricas integradas no modelo concetual pode ser visualizado na Figura 4, que será desdobrado e testado no capítulo seguinte.

Figura 4 - O Modelo Operacional de Investigação com as respetivas hipóteses teóricas



Fonte: Elaboração Própria

O modelo tenta acompanhar o trabalho de Belanche, Casaló e Guinalú (2013), que estudaram os efeitos da satisfação na confiança e no compromisso (qualidade da relação), moderada pela felicidade enquanto estado emocional. Neste trabalho, tendo por base o conhecimento empírico do objeto de estudo, adaptou-se o modelo, considerando-se que o estado emocional e a opinião de especialistas e/ou líderes de opinião têm igualmente importância no compromisso, que por sua vez têm forte influência na lealdade.

3.2 O Objeto de Estudo

O setor da saúde em Portugal tem na sua génese o Serviço Nacional de Saúde¹⁵ (SNS). O Estatuto do SNS prevê, no entanto, a possibilidade de, para além dos estabelecimentos integrados no SNS, se recorrer à celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde. Nestas incluem-se as entidades prestadoras de serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento, onde estão inseridas entre outras, os Laboratórios de Análises Clínicas - LAC. Estes, além de prestarem serviços aos utentes do SNS, podem ter outras sub-convenções (ADSE, ADMG, IASFA, etc.), acordos (seguradoras, empresas medicina do trabalho, IPSS) e ainda utentes particulares. Para que melhor se entenda o propósito deste estudo, convém explicar sumariamente como se processa um pedido de MCDT. O utente dirige-se ao médico, que quando julgar necessário, emite uma prescrição de MCDT's. O utente, para usufruir de isenções ou ao pagamento das taxas moderadoras do SNS, dirige-se a um estabelecimento convencionado, onde fará os respetivos exames e obterá os respetivos resultados, entregando-os ao médico prescritor. Esses exames são posteriormente faturados ao SNS pelo LAC com base em tabelas de preços fixadas pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde.

O caso de estudo deste trabalho, o Laboratório de Análises Clínicas Elisabete Cavadas (LACEC), está integrado nesta realidade. Com sede em Cantanhede, disponibiliza os seus serviços na região do Baixo Mondego e Bairrada, nomeadamente nos Concelhos de Anadia (posto de colheitas na freguesia de Vilarinho do Bairro), Cantanhede (postos de colheita nas freguesias de Ançã, Cadima, Cantanhede, Covões, Febres, Sepins e Tocha), Mira (posto de colheitas na freguesia de Mira), Montemor-o-Velho (posto de colheita na freguesia de Arazede) e Oliveira do Bairro (posto de colheitas na freguesia de Mamarrosa), abrangendo uma população de cerca de 40.000 indivíduos (Quadro 4).

¹⁵ O Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, em desenvolvimento das bases gerais contidas na Lei de Bases da Saúde, define o SNS como sendo “um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”.

Quadro 4 - Número de habitantes abrangidos pelo LACEC

Freguesia	N.º Habitantes
Ançã	2625
Arazede	5508
Cadima	2963
Cantanhede	7738
Covões	2155
Febres	3352
Mamarrosa	1406
Mira	7367
Tocha	3992
Vilarinho do Bairro	2764
Total	39870

Fonte: ("Censos 2011," 2014))

Além dos PCPB referidos, o LACEC opera em Clínicas, Policlínicas, empresas de Medicina no Trabalho e de Higiene e Segurança no Trabalho, sob a forma de *outsourcing*, e em Lares, Misericórdias e outras IPSS com a recolha de produtos biológicos para análise a decorrer nos próprios locais. Sob solicitação médica, o LACEC ainda faz serviços ao domicílio.

Da base de dados retirada do LACEC, constata-se a existência de cerca de 60.000 clientes ativos nos últimos 10 anos. De referir que durante este período houve a migração do programa informático de suporte a processos clínicos, pelo que há alguma redundância de dados, calculados em cerca de 15% do total. Está a decorrer um esforço para eliminar clientes repetidos e informação duplicada, de forma a normalizar toda a informação. Estes clientes geram cerca de 33.000 processos por ano, o que corresponde a aproximadamente 900.000€ de faturação anual.

De seguida, será apresentada a forma como foram recolhidos os dados para efetuar o trabalho de pesquisa.

3.3 Recolha de dados

Os dados foram obtidos através de um questionário dirigido aos PCPB nos quais o LACEC tem 100% da gestão (recursos materiais, financeiros e humanos). O trabalho de campo realizou-se entre os dias 1 e 15 de Julho de 2014.

3.3.1. Definição da amostra

Para Hill e Hill (2009), a amostra utilizada para recolher informação deve ser representativa da população objeto de estudo, pelo que os resultados obtidos devem permitir, a nível estatístico, uma extrapolação do universo, considerando uma determinada margem de erro e um dado nível de confiança. O processo de desenho da amostra foi adaptado de Malhotra (2010), que inclui cinco fases:

1. Definição da população alvo - coleção de elementos ou objetos que possuem a informação solicitada pelo investigador e sobre os quais as inferências são feitas. É caracterizada pelo *elemento* (algo que possui a informação solicitada pelo investigador, por norma o respondente), pela *unidade de amostragem* (unidade básica que contém os elementos da população a ser amostrada), *alcance* (fronteiras geográficas) e *tempo* (período de tempo em consideração). A definição da população alvo está descrita no Quadro 5.

Quadro 5 - População alvo

Elemento	Cliente do LACEC
Unidade de amostragem	Cliente do LACEC que tenha recorrido aos seus serviços no último ano
Alcance	Clientes dos Municípios de Cantanhede, Mira e Montemor-o-Velho (somente freguesia de Arazede)
Tempo	1 a 15 de Julho 2014

2. Determinação da base de amostragem – representação dos elementos da população alvo (lista de identificação da população alvo). No caso em estudo, não é necessária esta base de amostragem, dado que o respondente responde ao inquérito no fim do serviço (entrega do boletim de análises), estando desta forma referenciado como fazendo parte da população alvo.
3. Seleção da técnica de amostragem – estratégias aplicadas pelo investigador durante o processo de amostragem. Foi utilizada a técnica não probabilística, nas vertentes amostragem por conveniência e por amostragem por julgamento.
4. Determinação do tamanho da amostra – número de elementos a serem incluídos no estudo. Neste trabalho foram aplicadas as regras de Siddiqui (2013, p. 287) para técnicas estatísticas multivariadas, onde refere que “para uma adequada análise fatorial até dez fatores, o tamanho mínimo da amostra é de duzentos elementos”.

5. Execução do processo de amostragem – especificações de como as decisões de desenho da amostragem, no que diz respeito à população alvo, base de amostragem, unidade de amostragem, técnica de amostragem e tamanho da amostra são implementados.

Foram obtidos 290 inquéritos, que após análise individual, se reduziram a 233. A eliminação de 57 inquéritos deveu-se ao não preenchimento de duas ou mais variáveis latentes ou quando existiu invariabilidade ou incoerência nas respostas.

3.3.2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Relativamente à caracterização da amostra, ao nível sociodemográfico, baseado no Apêndice I - Quadro 10, constata-se que a idade dos inquiridos varia entre os 15 e os 83 anos, com uma média de 45 anos. Apresenta uma configuração bimodal (33 e 50 anos), conforme se pode ver no Apêndice I (Gráfico 1) e uma distribuição enviesada à esquerda, conforme o Apêndice I (Gráfico 2).

O PCPC que mais respostas obteve foi a sede da Empresa, com mais de dois terços do total. A pouca representatividade dos outros PCPB deveu-se, segundo os técnicos de colheitas, responsáveis pela distribuição dos inquéritos, à elevada iliteracia da população abrangida. Foram as mulheres que mais contribuíram para a obtenção de dados, com quase 56% de inquéritos preenchidos.

Quanto ao grau de escolaridade dos inquiridos, mais de 50% do total dos inquiridos tem habilitações médias, entre o 9º ano e o 12º ano. De salientar a percentagem de respondentes com baixa escolaridade, de aproximadamente 14%.

Uma esmagadora percentagem dos inquiridos recorre ao LACEC por prescrição médica (91%), sendo que o Serviço Nacional de Saúde tem um impacto enorme na prescrição de MCDT, com aproximadamente 62% dos inquiridos a terem esse sistema de apoio médico.

O Apêndice II (Quadro 11) resume as características descritas da amostra inquirida.

3.3.3. Questionário

Dos métodos de recolha de dados primários, o questionário é aquele que assegura comparabilidade dos dados, aumenta a velocidade e exatidão de registo e facilita o processamento de dados (Malhotra, 2010). Quando se aplica um questionário numa investigação, as variáveis são medidas através de perguntas elaboradas, assumindo o questionário um papel primordial na qualidade dos dados alcançados, tendo este que permitir testar adequadamente as hipóteses de investigação (Hill & Hill, 2009). Para os autores citados, é importante atender às hipóteses e decidir, não só as perguntas que vamos utilizar para medir as variáveis, mas também o tipo de resposta adequado a cada pergunta, isto é, o tipo de escala de medida.

O questionário é composto por quatro partes distintas. Como se pode observar no Apêndice III - Questionário, numa primeira parte procuram-se obter dados sociodemográficos que se julgam ser interessantes para complementar o estudo. Nas partes seguintes estão as variáveis latentes confiança, satisfação, compromisso e lealdade (secção I), a variável emoção (secção II) e a variável recomendação (secção III).

Procurou-se ter um cuidado especial no emprego de certas palavras, tornando-as o menos ambíguas possível na tradução do original, o que nem sempre se tornou tarefa fácil. As perguntas são quase na totalidade fechadas (com exceção do código postal), sendo as respostas previamente condicionadas, uma vez que é mais fácil aplicar análises estatísticas para analisar respostas, através de meios sofisticados (Hill & Hill, 2009).

De salientar que foi feito um pré-teste do questionário por vinte colaboradores do LACEC e por dez clientes conhecedores do funcionamento do LACEC e que têm grande sentido crítico. As suas críticas/sugestões tornaram o questionário mais fácil de ler e interpretar, apesar da sua grande extensão, que unanimemente foi criticada.

A aplicação do questionário foi feita quer na sede da empresa quer nos PCPB onde o LACEC detém 100% da gestão. O questionário foi fornecido ao cliente no ato do levantamento dos resultados (fim do serviço) pelo pessoal administrativo (sede) e pelo técnico de colheitas (PCPB). Na formação dos colaboradores envolvidos na aplicação do questionário, foi

definido, entre outros, que o questionário não teria qualquer apoio, dada a possibilidade de enviesamento e manipulação de respostas: “se não entende não responda”, foi a regra aplicada.

Apresentamos de seguida as variáveis em estudo e as respetivas escalas de medição que compõem o questionário

3.3.4. Variáveis e escalas de medição

Com base nos estudos abordados na revisão da literatura foram detetadas várias escalas devidamente testadas. Para a construção do questionário, tiveram-se em conta aquelas que melhor se aplicariam ao público-alvo. Foram utilizadas escalas multi-item pois estas permitem medir uma variável que não é diretamente observável (latente), podendo posteriormente ser analisadas por meios de técnicas estatísticas. Optou-se pela utilização de questões fechadas e escalas de Likert de 5 pontos (Discordo totalmente (1) a Concordo totalmente (5)), dado que apresentam diversas vantagens, tais como a facilidade de construção e administração, a facilidade de entendimento da utilização. A grande desvantagem é a necessidade de leitura atenta de cada uma das questões (especialmente aquelas que estão na forma negativa) (Malhotra, 2010).

As variáveis sociodemográficas foram obtidas através de uma escala nominal (com a exceção do inquérito online, onde a variável PCPB é uma escala de rácio), uma escala aberta para a idade e código postal, a variável sexo a ser dicotómica e as restantes escalas de escolha múltipla.

A composição das variáveis latentes com as respetivas fontes é apresentada no Quadro 6.

Quadro 6 - Composição das variáveis latentes

Variável	Itens
Confiança	<p>Eu sinto que posso confiar completamente no LACEC O LACEC quando assume compromissos eu sei que cumpre O LACEC é verdadeiro e honesto comigo Eu sinto que o LACEC me trata de forma correta e justa Eu sinto que posso contar com o LACEC sempre que precisar Fonte: (Fonte: Bansal e Taylor, 2004)</p>
Compromisso	<p>Calculista Para mim, neste momento, seria muito difícil mudar de Laboratório de Análises mesmo que quisesse A minha vida seria prejudicada se eu mudasse de Laboratório de Análises Neste momento, para mim, seria muito dispendioso mudar de Laboratório de Análises Não recorro a outros Laboratórios de Análises por serem mais distantes Fonte: Fullerton (2011)</p> <p>Normativo Eu sinto-me obrigado em continuar a recorrer aos serviços do LACEC Se tivesse uma melhor oferta de outro Laboratório de Análises não acharia correto deixar de recorrer aos serviços do LACEC Eu sinto obrigação moral em trabalhar com o LACEC Eu, actualmente, não deixaria de ser cliente do LACEC, porque sinto uma obrigação moral com as pessoas que nele trabalham Fonte: Adaptado de Fullerton (2011)</p> <p>Afetivo Eu sinto que posso confiar no LACEC Eu identifico-me com a forma de trabalhar do LACEC Eu sinto-me emocionalmente ligado(a) às pessoas que trabalham no LACEC Fonte: Evanschitzky (2006)</p>
Satisfação	<p>Eu estou satisfeito(a) por ter escolhido este Laboratório de Análises No futuro, se necessitar de fazer Análises Clínicas, eu voltarei a escolher novamente o LACEC Eu penso que tomei a decisão certa ao escolher o LACEC O LACEC tem-me proporcionado uma boa experiência Na minha opinião, o LACEC presta um bom serviço de Análises Clínicas Estou satisfeito com os serviços prestados anteriormente pelo LACEC Fonte: Oliver (1980) e Adaptado de Maxham (2001)</p>
Lealdade	<p>Eu sou um cliente leal ao LACEC Eu tenho um bom relacionamento com o LACEC Difícilmente considero mudar para outro Laboratório de Análises Eu considero o LACEC a melhor escolha para serviços de análises clínicas Eu tenho coisas boas a dizer sobre o LACEC Eu tenho dito coisas positivas sobre o LACEC a outras pessoas Eu vou recomendar aos meus amigos que recorram aos serviços do LACEC Fonte: Walsh e Beatty (2007) e Adaptado de (Karjaluoto <i>et al.</i>, 2012)</p>

3.4 O Processamento da informação e as técnicas estatísticas.

Obtidos os dados por meio de questionário, os mesmos foram submetidos a tratamento estatístico através do *software* de análise estatística SPSS V.21.0. Foi criada uma base de dados onde se procedeu à análise descritiva para definir o perfil dos inquiridos que participaram no estudo. Para o estudo das relações entre as variáveis latentes, foram utilizadas análises estatísticas univariadas, bivariadas e multivariadas.

O teste das hipóteses foi efetuado através de equações estruturais com recurso ao PLS, após uma análise prévia dos dados recolhidos e da fiabilidade e validade do modelo de medidas do questionário.

3.5 Resultados do estudo da consistência e validade das medidas

Foi feita a avaliação da consistência e validade das escalas multi-item utilizadas no presente trabalho. A consistência é entendida como a extensão na qual uma escala produz resultados consistentes se medidas repetidas forem realizadas. A consistência interna é uma medida que analisa a consistência do conjunto de itens que formam a escala (Malhotra, 2010) ou a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos (Pestana & Gageiro, 2008). Desta forma, os itens devem ser consistentes no que indicam sobre a característica que estão a medir. A validade de uma escala é definida por Malhotra (2010, p. 320) como “a medida em que as diferenças nas pontuações das escalas observadas refletem diferenças verdadeiras entre objetos nas características a serem medidas, em vez de erros sistemáticos ou aleatórios”.

3.5.1. Análise das escalas

Assim, para analisar a consistência, realizou-se em primeiro lugar uma análise de correlações item-total, onde cada item deve contribuir para a formação do valor que se pretende medir (Hill & Hill, 2009). A correlação entre cada item e o total deve existir e ser relativamente forte além de que deve melhorar os níveis do α de Cronbach, considerando um valor mínimo de 0,3 (Nurosis, 1994).

Analisando os resultados, constatou-se a existência de itens com baixos valores de correlação com os restantes itens da escala da variável que pretendem medir, pelo que se considera que não estão a contribuir para a medida de valor, e por isso, foram abandonados.

Em termos gerais, os itens finais apresentam fortes correlações item-total, pelo que medem os conceitos que pretendem medir.

De seguida, para analisar a unidimensionalidade das variáveis procedeu-se à análise fatorial. É definida por Hair *et al.* (2006) como um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando a análise dos dados, através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever. Mais sinteticamente, Malhotra (2010) define análise fatorial como um conjunto de procedimentos usados primariamente para redução de dados.

Para a extração de valores, neste estudo, recorreu-se ao método dos componentes principais, que é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais, correlacionadas entre si, num outro conjunto de variáveis não correlacionadas (ortogonais) – componentes principais – que resultam de combinações lineares do conjunto inicial.

As componentes principais foram determinadas para representar corretamente os dados, através do critério de medida de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), um índice (*loading*) utilizado para examinar a adequabilidade da análise dos fatores. Altos valores (entre 0,5 e 1) indicam que os fatores são apropriados, enquanto *loadings* KMO entre 0 e 0,5 indicam que a análise fatorial não é apropriada (Malhotra, 2010; Pestana & Gageiro, 2008). Dado que os valores de KMO obtidos foram superiores a 0,775, há evidência da adequação da amostra, pelo que se prosseguiu com a análise fatorial.

Para concluir a análise fatorial e interpretar o novo conjunto de variáveis, foi utilizada a rotação ortogonal dos fatores através do método *varimax* que “minimiza o número de variáveis com elevados *loadings* num fator” (Malhotra, 2010, p. 645).

Desta forma, aplicando-se a análise fatorial às variáveis independentes, foi obtida a matriz de coeficientes de correlação entre as variáveis observadas e os fatores extraídos. O resultado mostra que cada variável tem somente um coeficiente de correlação significativo com um fator.

Tendo em conta as escalas utilizadas, era suposto terem-se extraído 9 fatores. Todavia, em virtude de se ter perdido o compromisso afetivo, foram extraídos 8 fatores. Os resultados não indicaram a presença de um fator único que explique a maioria da variância dos dados (Podsakoff *et al.*, 2003), por isso prosseguiu-se com o estudo da fiabilidade dos itens e validade convergente e discriminante.

Com base na composição dos fatores, foi transposto o modelo de medidas para o PLS, apresentando-se de seguida o seu estudo de fiabilidade dos itens e validade convergente e discriminante.

3.5.2. Estudo de fiabilidade dos itens e validade convergente e discriminante

O primeiro passo será verificar se o algoritmo converge, ou seja, se o critério de paragem foi alcançado e não o número máximo de iterações. Foi definido um número de iterações de 5.000 (Hair *et al.*, 2011), sendo que o número de iterações necessário para o algoritmo convergir foi de 6, pelo que se pode prosseguir o estudo.

No Quadro 7 são apresentados os resultados da estimação do modelo de medidas global que permitem avaliar a fiabilidade dos itens e a validade convergente. Os resultados suportam a validade convergente dos indicadores (itens), relativamente aos seus conceitos. Todos os indicadores, sem exceção, apresentam coeficientes fatoriais altos e significativos nos conceitos que se pretendem medir, com exceção do item “Rec_1_1 - Médico(a)”, pelo que foi eliminada.

Além disso, os itens associados a um mesmo conceito apresentam significativa correlação entre eles, indicando boa fiabilidade interna. Desta forma, a existência de forte correlação entre medidas destinadas a mensurar o mesmo conceito foi verificada – convergência das medidas (Gerbing & Anderson, 1988; Marôco, 2010).

A confiabilidade dos conceitos pode ser testada utilizando o Alfa de Cronbach, que avalia a fiabilidade através da consistência de cada conceito (Cronbach, 1951); a fiabilidade compósita, que avalia a consistência interna de todos os indicadores das variáveis latentes (Bagozzi, 1980); e, por último, a variância média extraída (AVE) que avalia em que medida as variâncias dos itens das variáveis são explicadas pela variável latente (Fornell & Larcker, 1981).

No Quadro 7 podemos observar que os valores de Alfa de Cronbach se encontram acima do valor considerado “Bom” ($>0,8$) (Pestana & Gageiro, 2008, p. 528), tornando assim as escalas confiáveis e as medidas utilizadas têm validade de conteúdo. A fiabilidade compósita também é superior ao valor recomendado de 0,7 (Bagozzi, 1980; Bagozzi & Yi, 2011). A variância média extraída (AVE) é superior ao valor de referência de 0,5, o que significa que pelo menos 50% da variância é explicada pela variável latente (Fornell & Larcker, 1981).

Depois de observada a validade convergente é necessário confirmar a validade discriminante. A validade discriminante compara de que forma os itens utilizados para medir um conceito diferem dos itens utilizados para medir outros conceitos no mesmo modelo. Para avaliar a validade discriminante, foi implementado o procedimento utilizado por Fornell e Larker (1981).

O Quadro 8 mostra os coeficientes de correlação entre os conceitos. Nele pode observar-se que as correlações entre dois conceitos diferentes são, maioritariamente, estatisticamente significativas ($p < 0,05$) e todas significativamente inferiores a 1, sinal de que há validade discriminante dos conceitos. Os valores da diagonal (raiz quadrada da AVE), segundo Fornell e Larker (1981) terão que ser maiores que os valores fora da diagonal nas linhas e colunas correspondentes. Inicialmente, verificou-se a violação da viabilidade discriminante entre a satisfação e a lealdade. A sua correlação era de 0,829, foi implementada a técnica de eliminação dos itens com menor *factor loading* na variável satisfação até que a validade discriminante estivesse dentro dos parâmetros requeridos. Desta forma, foram eliminados os itens “Sat_1_1 - Eu estou satisfeito(a) por ter escolhido este Laboratório de Análises” e “Sat_4_1 - O LACEC tem-me proporcionado uma boa experiência”. Obteve-se desta forma

a matriz de validade discriminante apresentada no Quadro 8. De notar que o Quadro 7 já reflete todas as alterações realizadas.

Quadro 7 - Resultados da análise de fiabilidade e validade convergente

Dimensões	Itens	λ	AVE	FC	R ²	α
Compromisso Calculista	Comp_Calc_1_1 - Para mim, neste momento, seria muito difícil mudar de Laboratório de Análises mesmo que quisesse	0,827	0,727	0,889	0,253	0,813
	Comp_Calc_2_1 - A minha vida seria prejudicada se eu mudasse de Laboratório de Análises	0,886				
	Comp_Calc_3_1 - Neste momento, para mim, seria muito dispendioso mudar de Laboratório de Análises	0,845				
Compromisso Normativo	Comp_Norm_1_1 - Eu sinto-me obrigado em continuar a recorrer aos serviços do LACEC	0,627	0,628	0,868	0,196	0,801
	Comp_Norm_2_1 - Se tivesse uma melhor oferta não acharia correto deixar de recorrer aos serviços do LACEC	0,675				
	Comp_Norm_3_1 - Eu sinto obrigação moral em trabalhar com o LACEC	0,934				
	Comp_Norm_4_1 - Eu, atualmente, não deixaria de ser cliente do LACEC, porque sinto uma obrigação moral com as pessoas que nele trabalham	0,89				
Confiança	Conf_1_1 - Eu sinto que posso confiar completamente no LACEC	0,874	0,8	0,952		0,938
	Conf_2_1 - O LACEC quando assume compromissos eu sei que cumpre	0,89				
	Conf_3_1 - O LACEC é verdadeiro e honesto comigo	0,928				
	Conf_4_1 - Eu sinto que o LACEC me trata de forma correta e justa	0,896				
	Conf_5_1 - Eu sinto que posso contar com o LACEC sempre que precisar	0,885				
Emoções Negativas	Emo_5_1 - Fúria - furioso(a), irritado(a)	0,776	0,681	0,914		0,887
	Emo_6_1 - Angústia - frustrado (a), dececionado(a), chateado(a), desanimado(a)	0,827				
	Emo_7_1 - Desgosto - desgostoso(a), descontente, desagradado(a)	0,86				
	Emo_8_1 - Medo - assustado(a), em pânico, inseguro(a), tenso(a)	0,83				
	Emo_9_1 - Vergonha - envergonhado(a), embaraçado(a), humilhado(a)	0,831				
Emoções Positivas	Emo_1_1 - Alegria - alegre, feliz, positivo(a), acolhedor(a)	0,878	0,697	0,902		0,855
	Emo_2_1 - Excitação - animado(a), emocionado(a), entusiasmado(a)	0,853				
	Emo_3_1 - Tranquilidade - confortado(a), relaxado(a), em paz	0,79				
	Emo_4_1 - Renovação - revigorado(a), arrojado(a)	0,818				
Lealdade	Leal_1_1 - Eu sou um cliente leal ao LACEC	0,835	0,643	0,927	0,707	0,907
	Leal_2_1 - Eu tenho um bom relacionamento com o LACEC	0,755				
	Leal_3_1 - Dificilmente considero mudar para outro Laboratório de Análises	0,763				
	Leal_4_1 - Eu considero o LACEC a melhor escolha para serviços de análises clínicas	0,814				
	Leal_5_1 - Eu tenho coisas boas a dizer sobre o LACEC	0,834				
	Leal_6_1 - Eu tenho dito coisas positivas sobre o LACEC a outras pessoas	0,814				
	Leal_7_1 - Eu vou recomendar aos meus amigos que recorram aos serviços do LACEC	0,795				
Recomendações	Rec_2_1 - Enfermeiro(a)	0,691	0,598	0,898		0,865
	Rec_3_1 - Pessoal administrativo (Centro Saúde, Hospital, Policlínicas, etc.)	0,777				
	Rec_4_1 - Colegas (trabalho/escola)	0,867				
	Rec_5_1 - Familiares	0,745				
	Rec_6_1 - Amigos	0,858				
	Rec_7_1 - Publicidade	0,68				
Satisfação	Sat_2_1 - No futuro, se necessitar de fazer Análises Clínicas, eu voltarei a escolher novamente o LACEC	0,878	0,766	0,929	0,519	0,898
	Sat_3_1 - Eu penso que tomei a decisão certa ao escolher o LACEC	0,877				
	Sat_5_1 - Na minha opinião, o LACEC presta um bom serviço de Análises Clínicas	0,892				
	Sat_6_1 - Estou satisfeito com os serviços prestados anteriormente pelo LACEC	0,852				

Quadro 8 - Validade discriminante

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Compromisso Calculista	<u>0,853</u>							
2.Compromisso Normativo	0,443	<u>0,793</u>						
3.Confiança	0,391	0,265	<u>0,895</u>					
4.Emoções Negativas	-0,135	-0,129	-0,240	<u>0,825</u>				
5.Emoções Positivas	0,421	0,403	0,430	-0,102	<u>0,835</u>			
6.Lealdade	0,411	0,433	0,613	-0,181	0,578	<u>0,802</u>		
7.Recomendações	0,208	0,140	0,120	0,043	0,322	0,232	<u>0,773</u>	
8.Satisfação	0,395	0,334	0,752	-0,178	0,456	0,795	0,137	<u>0,875</u>

Nota: Raiz quadrada da AVE na diagonal

Em termos gerais, os itens que medem os 8 conceitos (Quadro 7) apresentam níveis aceitáveis de fiabilidade compósita ($0,7 \leq fc \leq 1$) (Bagozzi, 1980), de variância extraída ($0,5 \leq AVE \leq 1$) (Fornell & Larcker, 1981; Hair *et al.*, 2011) e de uma Boa fiabilidade interna ($\alpha \geq 0,8$) (Cronbach, 1951; Pestana & Gageiro, 2008). Isto evidencia a consistência interna entre os múltiplos indicadores de uma variável, ressaltando que estes estão de fato a medir o mesmo conceito e a explicar os seus respetivos conceitos latentes (Hair *et al.*, 2011).

3.6 Conclusão

Em síntese, tudo parece indicar que o modelo de medida global se ajusta perfeitamente aos dados, sendo os indicadores considerados medidas adequadas e fiáveis para medir as respetivas variáveis latentes.

Partimos de 45 itens, que de acordo com a revisão da literatura mediam 9 conceitos. Com os procedimentos de purificação de escalas, através da análise de fiabilidade, validade e consistência, os mesmos foram reduzidos para 38 itens, que medem 8 conceitos: satisfação, confiança, lealdade, compromissos calculista e normativo, emoções positivas e negativas e recomendações, tendo sido abandonado o compromisso afetivo.

O modelo de medidas que resultou deste processo irá servir para estimar o modelo estrutural e testar as hipóteses de investigação. Esses resultados serão apresentados no capítulo 4.

4 Apresentação e discussão dos resultados

Após a análise da fiabilidade, validade e consistência das escalas utilizadas, com o intuito de as aperfeiçoar, vamos agora apresentar e analisar estatisticamente os resultados obtidos de modo a identificar as variáveis com capacidade para explicar (ainda que parcialmente) o compromisso e a lealdade, em ambiente clínico, mais especificamente num Laboratório de Análises Clínicas. Pretende-se assim, testar as hipóteses formuladas através da estimação de um modelo de equações estruturais e discutir de forma crítica os resultados obtidos.

No final proceder-se-á a uma análise e reflexão críticas sobre os resultados com o intuito de chegar a conclusões válidas e úteis para este estudo.

4.1 Apresentação dos resultados

Na estimação do modelo de equações estruturais optámos pelo PLS, pois permite desenvolver *pathmodels* complexos sem colocar problemas de estimação e possibilita identificar relações entre as variáveis latentes apuradas através de vários itens. Com o PLS é possível construir modelos teóricos sem a existência de indicadores de ajustamento e adequação do modelo como um todo. O algoritmo PLS procura a estimação dos indicadores de cada constructo teórico, produzindo uma estimativa dos componentes no sentido de maximizar a variância de variáveis dependentes explicadas por variáveis independentes, semelhante à forma como é feita a regressão (Lee *et al.*, 2011b). Corroborando esta ideia, Lowry e Gaskin (2014) afirmam que é preferível utilizar sempre que possível o PLS em substituição de outros *softwares* de modelação de equações estruturais.

Na análise dos modelos estruturais procura-se observar os valores dos diversos coeficientes identificando a dimensão e direção das relações entre as variáveis, procurando a confirmação ou rejeição das hipóteses apresentadas. Chin (1998) sugere que as relações entre os constructos que apresentem coeficientes estruturais com valor superior a 0,2 podem ser consideradas robustas. Segundo Falk e Miller (1992) o valor de R^2 deve ser superior a 0,1 uma vez que valores inferiores proporcionam muito pouca informação. Neste seguimento, na Figura 5 são apresentados os coeficientes entre as variáveis do modelo.

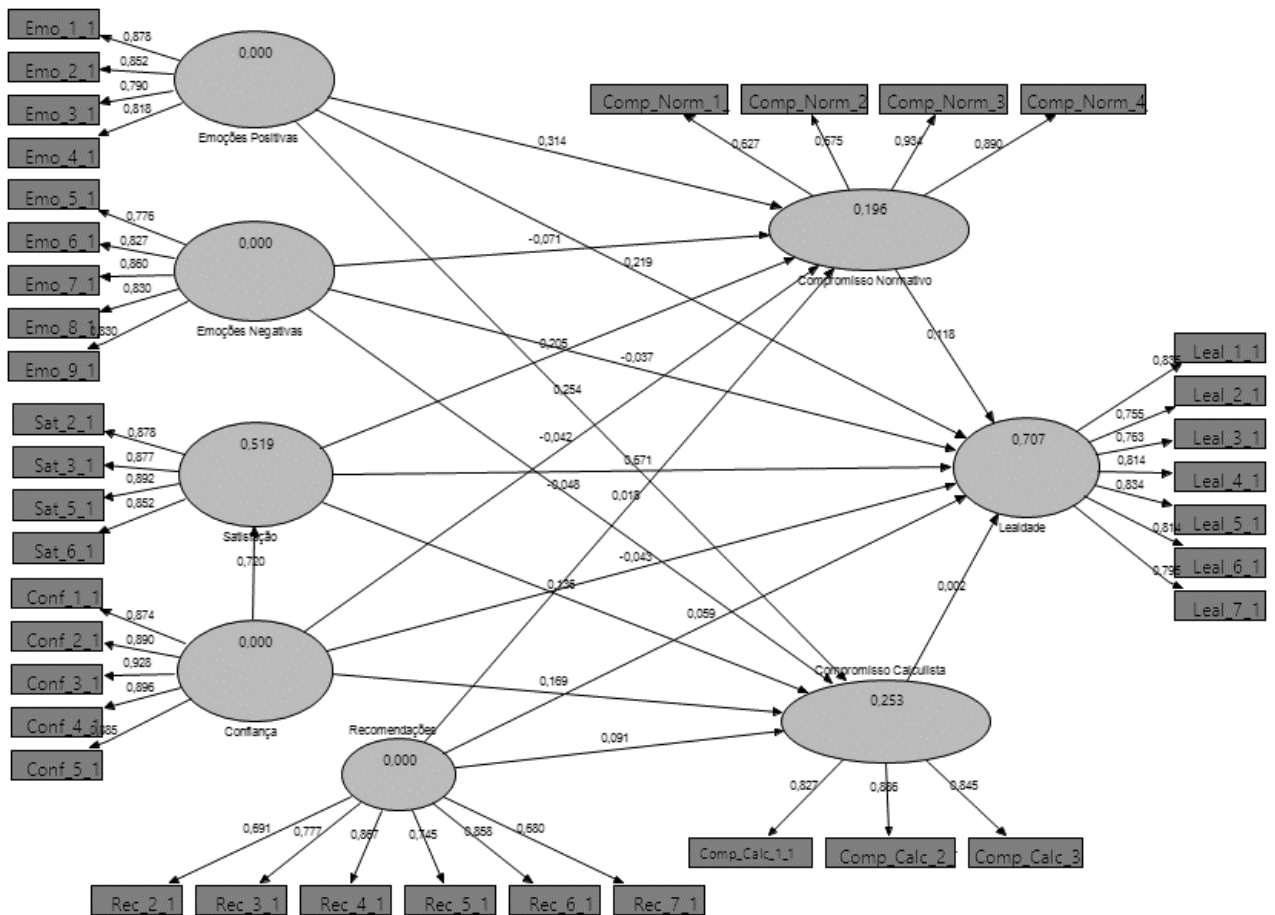


Figura 5 - Modelo estrutural

No PLS, dado que não existe uma medida que summarize a qualidade do ajustamento do modelo, é recomendada na avaliação do modelo estrutural a utilização do R^2 , ou seja, o nível de variância explicada de cada uma das variáveis endógenas, o qual deverá ser superior a 10% (Falk & Miller, 1992). Com base na Figura 5, os valores de 0,253, 0,196, 0,707 e 0,519 para o compromisso calculista, compromisso normativo, lealdade e satisfação respetivamente, fazem com que a condição seja cumprida.

Nos ensaios de hipóteses há duas hipóteses mutuamente exclusivas e exaustivas: a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa (H_a). Para corroborar (ou não) as hipóteses propostas, analisa-se o valor de T -value associado ao R^2 , que nos dá a indicação do p -value e nos indica, por sua vez, a probabilidade estatística da hipótese colocada se verificar ou não. Para um maior rigor, consideramos corroboradas as hipótese de investigação com valores t iguais ou

superiores a $\pm 1,96$, ou seja, com significância de $p < 0,05$, *2 tailed*. Os valores de β indicam o *path coefficient*, que dão o sentido e a intensidade da relação.

4.1.1. Os determinantes do compromisso

Neste trabalho avaliámos o impacto da satisfação, confiança, emoções (negativas e positivas) e recomendação no compromisso, considerado uma variável multidimensional composta pelas dimensões calculista e normativo.

Assim, a **hipótese 1** prevê a existência de uma influência positiva da confiança no compromisso. A **hipótese 1.B** não foi corroborada, dados os valores obtidos ($\beta = 0,169$, $p > 0,05$), ou seja, a confiança dos clientes no LACEC não tem capacidade para explicar o compromisso calculista. O mesmo acontece com a **hipótese 1.C**, que foi igualmente rejeitada ($\beta = -0,042$; $p > 0,05$): a confiança dos clientes no LACEC não tem capacidade para explicar o compromisso normativo. Deste modo, estes resultados permitem-nos concluir que a hipótese 1 não é corroborada.

A **hipótese 2** prevê que a satisfação influencie positivamente o compromisso. A **hipótese 2.B** não foi verificada ($\beta = 0,136$, $p > 0,05$, *t-value* = 1,563), dado o nível de significância exigido para corroborar as hipóteses ser $p < 0,05$, para *t-value* = 1,96. Assim, a satisfação não tem significância para explicar positivamente o compromisso calculista. A **hipótese 2.C** foi verificada ($\beta = 0,205$, $p < 0,05$, *t-value* = 2,422), ou seja, a satisfação dos clientes do LACEC tem uma influência positiva no compromisso normativo. Desta forma, a hipótese 2 foi parcialmente verificada, podendo concluir-se que a satisfação influencia positivamente o compromisso, pelo menos o normativo.

A **hipótese 3** prevê que a recomendação tenha uma influência positiva no compromisso. A **hipótese 3.B** não se verifica para os valores especificados, dado que se obteve um *p value* $> 0,05$, o mesmo acontecendo para a **hipótese 3.C**. Desta forma, conclui-se que para o caso em estudo, a recomendação não parece influir no compromisso, quer seja calculista, quer seja normativo.

A influência das emoções no compromisso tem que ser observada caso se tratem de emoções positivas ou negativas. As emoções positivas influenciam positivamente o compromisso (Hipótese 4.A) e as emoções negativas influenciam negativamente o compromisso (Hipótese 4.B).

A **hipótese 4** verifica que as emoções têm no geral um impacto no compromisso. No que concerne à influência das emoções positivas no compromisso, a **hipótese 4.A** prevê que estas tenham um impacto positivo no compromisso. De facto, ambas as hipóteses **4.A.ii** ($\beta = 0,254$, $p < 0,001$, $t\text{-value} = 3,808$) e **4.A.iii** ($\beta = 0,314$, $p < 0,001$, $t\text{-value} = 4,808$) têm significância estatística. Os resultados evidenciam que as emoções positivas influenciam positivamente quer o compromisso calculista quer o compromisso normativo, pelo que a hipótese 4.A é totalmente corroborada, podendo concluir-se que as emoções positivas sentidas na utilização dos serviços do LACEC têm um impacto positivo no compromisso, quer seja calculista, quer seja normativo.

Já no que respeita ao impacto das emoções negativas no compromisso, que prevê uma influência negativa no compromisso, nomeadamente no compromisso calculista (hipótese **4.B.ii**) e no compromisso normativo (hipótese **4.B.iii**) não têm significância estatística, tendo um $p\text{-value} > 0,05$, pelo que não se pode inferir a hipótese colocada, de as emoções negativas terem um impacto negativo no compromisso.

4.1.2. Os determinantes da lealdade

A **hipótese 5** prevê que a Confiança dos clientes no LACEC tenha uma influência positiva na Lealdade. Os resultados obtidos ($\beta = -0,043$, $p < 0,05$, $t\text{-value} = 0,828$) não permitem, à partida, corroborar a hipótese formulada, por falta de significância estatística e porque o coeficiente β é negativo. No entanto, verificou-se que o efeito total da confiança na lealdade mediado pela satisfação é maior do que o efeito direto da satisfação na Lealdade. Pode deduzir-se que a confiança tem um importante impacto indireto na lealdade.

A **hipótese 6** prevê que a satisfação dos clientes do LACEC tenha uma influência positiva na lealdade. Os valores observados ($\beta = 0,671$, $p < 0,001$, $t\text{-value} = 12,769$), corroboram a hipótese. De facto, a satisfação tem uma influência positiva na lealdade.

A **hipótese 7** prevê que a recomendação tenha uma influência positiva na lealdade. Apesar do valor de β ser positivo, o que indica uma fraca correlação positiva, tem um valor de t não significativo ($p\text{-value} > 0,05$). Desta forma, a hipótese não foi corroborada pelos resultados.

A **hipótese 8** verifica o impacto das emoções na lealdade. A **hipótese 8.A** sugere que as emoções positivas influenciam positivamente a lealdade. De fato, os valores ($\beta = 0,219$, $p < 0,001$, $t\text{-value} = 5,023$) vêm corroborar esta hipótese, podendo concluir-se que as emoções positivas influem positivamente a lealdade. Já no que concerne ao impacto negativo das emoções negativas na lealdade, previsto na **hipótese 8.B**, o mesmo não se verifica, apesar do valor de β ser negativo ele é não significativo ($p\text{-value} > 0,05$).

A **hipótese 9** prevê que o compromisso dos clientes do LACEC tem uma influência positiva na lealdade. Uma vez mais, trataremos o compromisso como variável multidimensional, tendo que desdobrar a hipótese em duas: a hipótese **9.ii** – o compromisso calculista dos clientes do LACEC tem uma influência positiva na lealdade e a hipótese **9.iii** – o compromisso normativo dos clientes do LACEC tem uma influência positiva na lealdade. A **hipótese 9.ii** não se verifica, dado que o $t\text{-value}$ (0,038) não é significativo ($p\text{-value} > 0,05$). A **hipótese 9.iii** é corroborada, com os valores ($\beta = 0,118$, $p < 0,01$, $t\text{-value} = 2,673$), podendo concluir-se que a hipótese 9 é parcialmente verificada, tendo a componente normativa um impacto positivo com significância estatística.

Por último, a **hipótese 10** prevê que a confiança tenha uma influência positiva na satisfação. Dos resultados obtidos, pode-se concluir que esta hipótese é totalmente corroborada, com os seguintes valores obtidos ($\beta = 0,720$, $p < 0,001$, $t\text{-value} = 22,5$). E esta influência positiva explica o impacto positivo, indireto, da confiança na lealdade.

Se tivéssemos optado por níveis de significância $p\text{-value} < 0,10$, as hipóteses **H.1.C**, **H.2.B**, **H.3.B** e **H.7** seriam corroboradas (Pestana & Gageiro, 2008, p. 124).

De seguida serão discutidos os resultados obtidos.

4.2 Discussão dos resultados

O objetivo deste estudo é identificar os fatores que determinam a lealdade do cliente à insígnia LACEC, providenciando suporte para a importância da qualidade da relação, das emoções e da recomendação.

Os resultados apresentados anteriormente visam perceber qual a influência da qualidade da relação, constituída pelas dimensões satisfação, confiança e compromisso, das emoções e da recomendação na lealdade, dos clientes de uma empresa do sector da saúde, mais especificamente de um laboratório de análises clínicas. Pretende-se desta forma, fazer a discussão dos resultados obtidos com suporte na revisão da literatura e no conhecimento empírico dos investigadores da realidade em questão.

4.2.1. Os determinantes do compromisso

Os determinantes do compromisso, para o caso em estudo, são a confiança, a satisfação e as emoções positivas. As recomendações e as emoções negativas não têm capacidade para explicar o compromisso.

A variável compromisso, inicialmente com 3 dimensões (afetivo, calculista e normativo), ficou reduzida a 2 dimensões, dado que os itens do compromisso afetivo foram deslocados para a confiança ou eliminados por falta de consistência interna.

A confiança, baseada na fidelidade, na competência, na honestidade, na confidencialidade e na confiança global dos clientes num serviço (Govier, 1992; Hall *et al.*, 2001; Mayer *et al.*, 1995), no caso em estudo, no LACEC, tem um valor médio muito elevado (4,40).

Os resultados alcançados permitem concluir que a confiança dos clientes no LACEC não exerce um efeito significativo, quer sobre o compromisso calculista, quer sobre o compromisso normativo. O compromisso calculista é baseado num cálculo sobre custo-benefício associado ao abandono da relação (Allen & Meyer, 1990; Anderson & Weitz, 1992; Gounaris, 2005), bem como à inexistência de alternativas à relação estabelecida (Gustafsson *et al.*, 2005). A conclusão de que a confiança que os clientes depositam no

LACEC não exerce um efeito significativo sobre o compromisso calculista, pode explicar-se pelo facto de os clientes terem um histórico de análises, no qual confiam, tornando elevados os custos de mudança para outro laboratório de análises, associados ao investimento que foi realizado na relação com o LACEC e ainda o facto de existirem barreiras à entrada de novos *players* no mercado. Da mesma forma, a confiança não explica a obrigação na manutenção da relação (compromisso normativo). Estes resultados estão de acordo com alguns estudos (*e.g.* (Delgado-Ballester & Munuera-Aleman, 2001; Halliday, 2003; Morgan & Hunt, 1994; Peppers & Rogers, 2004). Caso tivéssemos optado por um nível de significância $p\text{-value} < 0,10$, ainda teoricamente aceite, os resultados alcançados corroborariam na totalidade a hipótese.

Discutidos os resultados do impacto da confiança no compromisso, prosseguimos com outra variável constituinte da qualidade da relação e determinante do compromisso, a satisfação.

A satisfação pode ser entendida quando se alcançam ou ultrapassam as expectativas dos clientes, mas altos níveis de satisfação não implicam necessariamente uma base de clientes comprometidos (Dick & Basu, 1994). A satisfação dos clientes do LACEC é forte, no presente estudo obteve uma média de 4,30 pontos, numa escala de 5, valor em consonância com os valores encontrados ao longo dos últimos 10 anos, em que o LACEC aferiu a satisfação dos clientes. A satisfação tem um impacto positivo no compromisso normativo, o que indica a obrigação que os clientes satisfeitos têm em manter a relação com o LACEC. Este resultado está de acordo com os estudos de Belanche *et al.* (2013), Cater e Zabkar (2009) e Fornell (1992), onde o estado afetivo resultante da satisfação favorece uma ligação a longo prazo, e de Brown *et al.* (2005), onde as avaliações acumuladas de experiências de consumo satisfatórias criam um impacto positivo no grau de compromisso. No nosso estudo, a satisfação não consegue explicar o compromisso calculista, ao nível de significância 0,05. No entanto, alargando $p\text{-value}$ para 0,10, a satisfação influenciaria todas as dimensões do compromisso: calculista e normativo.

Discutidos os resultados dos determinantes do compromisso, constituintes da qualidade da relação, vamos analisar os resultados do impacto das emoções e da recomendação no compromisso.

Qualquer relacionamento necessita de ser visto não apenas no plano racional, mas também no plano emocional, na medida que as emoções não afetam somente o comportamento individual do cliente ou da empresa, mas sim o sistema como um todo (Tähtinen & Blois, 2011). O desenvolvimento da relação não espera seguir um padrão ou fases pré-definidas, mas é influenciada por diferentes contingências que se alteram em cada utilização do serviço, podendo originar uma diferente carga emocional. Uma emoção é entendida como um sentimento resultante de uma reação fisiológica, que, por sua vez, é determinada por um estado de estimulação positivo ou negativo. É por essa razão que as emoções devem ser estudadas separadamente em emoções positivas e emoções negativas (Bourne & Russo, 1998; Dubé & Menon, 2000), as quais se revelaram neste trabalho na análise fatorial. As emoções positivas explicam ambos os compromissos, calculista e normativo. Estes resultados estão em consonância com vários estudos, tais como os de Belanche *et al.* (2013), no geral, e de Vinagre e Neves (2008) no sector da saúde, onde é referido que clientes que recorrem a serviços de saúde estão mais predispostos a assumir compromissos quando experimentam emoções positivas. Relativamente às emoções negativas, o nosso estudo não conseguiu explicar o seu impacto no compromisso.

Relativamente ao impacto da recomendação no compromisso, era de esperar que tivesse um impacto positivo, tal como é largamente referenciado na bibliografia (*e.g.* (Ferguson & Johnston, 2011; Ferguson *et al.*, 2007; Fullerton, 2011; Hur *et al.*, 2010). No entanto, devido às características das análises clínicas do sector convencionado, as recomendações por parte dos médicos prescritores não é autorizada. Deste modo, este tipo de recomendação não consegue explicar o compromisso. Fazendo uma análise somente à variável recomendação, observamos que são os familiares, amigos e colegas que mais influenciam os clientes na escolha de um serviço de análises clínicas, que em conjunto têm uma frequência absoluta de mais de 50% das recomendações, que está de acordo com o trabalho de Fredricks (2011). De notar que para níveis de significância $p\text{-value} < 0,10$ a hipótese seria parcialmente corroborada, com a recomendação a ter uma influência positiva no compromisso calculista.

Debatidos os resultados dos antecedentes do compromisso, vamos de seguida debater os determinantes da lealdade.

4.2.2. Os determinantes da lealdade

A lealdade, no presente trabalho, foi determinada, ainda que parcialmente, pela satisfação, pelas emoções positivas e pelo compromisso. A confiança e as emoções negativas não obtiveram significância estatística suficiente para explicarem a lealdade.

Recordando, a lealdade é a manutenção de um profundo compromisso em recomprar um produto/serviço preferido, consistentemente no futuro, originando, assim, compras repetidas da marca ou mesmo conjunto de marcas, sem a preocupação com influências situacionais e esforços de marketing com potencial para causar mudanças de comportamento (Oliver, 1999). Serão os elementos constituintes da qualidade da relação, as emoções e as recomendações capazes de explicar a lealdade?

É comumente aceite que existe uma relação positiva entre confiança e lealdade (*e.g.* (Buttle & Burton, 2002; Moorman *et al.*, 1993; Valenzuela, 2006). No entanto, no nosso estudo, os resultados da relação entre a confiança e a lealdade não apresentaram uma significância estatística. Não se encontrando textos, na revisão bibliográfica efetuada, que suportem o resultado alcançado neste estudo, a explicação pode ser a seguinte.

Constata-se que a confiança através da satisfação tem impacto positivo na Lealdade. Este resultado pode ser suportado pelos trabalhos de Singh e Sirdeshmukh (2000) e Voss *et al.* (1998) que chegaram à conclusão que a confiança influencia a lealdade através de caminhos diferentes: ou diretamente ou através da satisfação.

A satisfação com serviços tem sido empiricamente documentada como afetando a decisão do cliente em continuar uma relação (Fornell, 1992; Ndubisi *et al.*, 2008), sendo que uma das suas virtudes, entre outras, é de estar indissociavelmente ligada à lealdade (Lovelock *et al.*, 1998). Os resultados obtidos na relação entre a satisfação e a lealdade estão de acordo com o exposto e são semelhantes aos obtidos por Homburg *et al.* (2005) e por Lei e Jolibert (2012), realizados em ambiente clínico, que chegaram à conclusão que elevados níveis de satisfação conduzem a uma maior lealdade do cliente. Uma outra virtude elencada seria o aumento da recomendação dos clientes, que neste estudo não foi medida, apenas se aferiu e estudou as fontes de influencia (recomendação) dos clientes do LACEC.

Os defensores leais de uma organização são aqueles que ativamente expõem a suas virtudes a outros e que voluntariamente fazem publicidade de modo passa-palavra (*word of mouth*). Esses defensores podem atuar como parceiros do negócio, fazendo referências e publicidade, servindo como consultores ou fazendo recomendações (Ferguson *et al.*, 2007; White & Schneider, 2000). No presente estudo, a influência da recomendação na lealdade não obteve uma significância estatística com $p\text{-value} < 0,05$. As regras de mercado dos convenionados podem explicar esta situação, ao não permitirem aos médicos do SNS recomendarem este tipo de prestadores de serviços de diagnóstico médico. São os amigos, familiares e colegas que mais influenciam os clientes na escolha de um serviço de análises clínicas, a mesma conclusão a que chegou Fredricks (2011). Caso a significância tivesse níveis de $p\text{-value} < 0,10$, já se poderia chegar à conclusão que a recomendação influencia positivamente a lealdade.

No que respeita à influência das emoções na lealdade, a literatura é vasta na ligação entre ambas, chegando à conclusão que emoções positivas afetam comportamentos, incluindo intenções de escolha e comportamentos de recompra em diferentes contextos (Chebat & Slusarczyk, 2005; Walsh *et al.*, 2011). Nos resultados obtidos, com a divisão das emoções em emoções positivas e negativas, as emoções positivas explicam a lealdade, enquanto as emoções negativas não. Estes resultados estão em consonância com os resultados de Dubé & Menon (2000) e Vinagre e Neves (2008), sendo que os clientes do LACEC que apresentaram emoções positivas estão mais predispostos a manter uma relação consistentemente no futuro, ou seja, aumentando a sua lealdade.

Os resultados permitem chegar à conclusão que os clientes do LACEC, que assumem um compromisso normativo, tendem a ser mais leais. Como o compromisso afeta positivamente as intenções dos clientes na continuação de uma relação (Ruyter *et al.*, 1998) e que para além de criar intenções positivas, mantém e fortalece essa relação (Gounaris, 2005) E é esse tipo de compromisso que mais influência tem na intenção de permanecer numa relação, e assim, ter uma influência positiva na lealdade (Kumar *et al.*, 1994). Em ambiente clínico, Kim *et al.* (2008) chegaram à mesma conclusão.

Finalmente, os resultados do impacto da confiança na satisfação está de acordo com o modelo proposto por Chiou (2006), baseado na ideia da pré-confiança de Sirdeshmukh *et al.* (2002), entre outros, e mais recentemente por Chu *et al.* (2012), que chegaram à conclusão que a confiança é um antecedente da satisfação. Tal como referido anteriormente a satisfação exerce um efeito mediador importante entre a confiança e a lealdade.

4.3 Conclusão

Das 10 hipóteses gerais formuladas, os resultados corroboram 2 hipóteses na totalidade, 4 parcialmente, não tendo sido suportadas 4 hipóteses (Quadro 9).

De uma forma geral, mesmo com resultados fracos, podemos concluir que a hipótese teórica de investigação foi parcialmente corroborada e que esta investigação respondeu em parte à questão de pesquisa que se propôs responder: *A qualidade da relação, as emoções e a recomendação têm uma influência positiva na lealdade?* A Qualidade da Relação, constituída pela confiança, satisfação e compromisso, têm m em parte uma influência positiva na lealdade. A única exceção é a confiança, que não tem um efeito direto positivo e significativo na lealdade, mas exerce a sua influência através da satisfação. As recomendações não têm uma influência positiva na lealdade, bem como as emoções negativas.

Quadro 9 – Resumo das hipóteses testadas

Hip.	Relação	β	T	p-value*	Val. Hip.	Conc.
H ₁	H _{1,B} : A Confiança tem uma influência positiva no compromisso calculista	0,169	1,864	0,064	<input checked="" type="checkbox"/>	NC
	H _{1,C} : A Confiança tem uma influência positiva no compromisso normativo	-0,042	0,531	0,596	<input checked="" type="checkbox"/>	
H ₂	H _{2,B} : A Satisfação tem uma influência positiva no compromisso calculista	0,136	1,563	0,119	<input checked="" type="checkbox"/>	CP
	H _{2,C} : A Satisfação tem uma influência positiva no compromisso normativo	0,205	2,422	0,016	<input checked="" type="checkbox"/>	
H ₃	H _{3,B} : A Recomendação tem uma influência positiva no Compromisso calculista	0,091	1,426	0,155	<input checked="" type="checkbox"/>	NC
	H _{3,C} : A Recomendação tem uma influência positiva no Compromisso normativo	0,018	0,265	0,791	<input checked="" type="checkbox"/>	
H ₄	H _{4,A,ii} : As emoções positivas influenciam positivamente o compromisso calculista	0,254	3,806	0,000	<input checked="" type="checkbox"/>	C
	H _{4,A,iii} : As emoções positivas influenciam positivamente o compromisso normativo	0,314	4,808	0,000	<input checked="" type="checkbox"/>	
	H _{4,B,ii} : As emoções negativas influenciam negativamente o compromisso calculista	-0,048	0,757	0,450	<input checked="" type="checkbox"/>	NC
	H _{4,B,iii} : As emoções negativas influenciam negativamente o compromisso normativo	-0,071	1,113	0,267	<input checked="" type="checkbox"/>	
H ₅	H ₅ : A Confiança tem uma influência positiva na Lealdade	-0,043	0,828	0,409	<input checked="" type="checkbox"/>	NC
H ₆	H ₆ : A Satisfação tem uma influência positiva na Lealdade.	0,671	12,769	0,000	<input checked="" type="checkbox"/>	C
H ₇	H ₇ : A Recomendação tem uma influência positiva na Lealdade	0,059	1,566	0,119	<input checked="" type="checkbox"/>	NC
H ₈	H _{8,A} : As emoções positivas influenciam positivamente a lealdade	0,219	5,023	0,000	<input checked="" type="checkbox"/>	CP
	H _{8,B} : As emoções negativas influenciam negativamente a lealdade	-0,037	0,923	0,357	<input checked="" type="checkbox"/>	
H ₉	H _{9,ii} : O Compromisso calculista tem uma influência positiva na Lealdade.	0,002	0,038	0,970	<input checked="" type="checkbox"/>	CP
	H _{9,iii} : O Compromisso normativo tem uma influência positiva na Lealdade.	0,118	2,673	0,008	<input checked="" type="checkbox"/>	
H ₁₀	H ₁₀ : A Confiança tem uma influência positiva na satisfação	0,720	22,526	0,000	<input checked="" type="checkbox"/>	C

Legenda: C: corroborada; CP: corroborada parcialmente; NC: não corroborada

* p-value < 0,05, (2 tailed)

5 Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as conclusões sobre a influência da qualidade da relação, das recomendações e das emoções na lealdade, assim como a relação existente entre estas dimensões. Identificam-se os contributos da investigação para a compreensão e desenvolvimento da temática, para além de serem feitas algumas recomendações, mais orientadas à Gestão do LACEC e outras empresas na área da saúde, que numa abordagem de marketing relacional, queiram desenvolver as suas relações com os seus clientes. Por fim, apresentam-se as limitações do estudo e sugerem-se linhas de investigação futuras relacionadas com o tema.

5.1 Síntese dos resultados e recomendações estratégicas

A temática do marketing relacional pode ser analisada sob diferentes formas e vertentes, mas este trabalho de investigação visa identificar e entender os antecedentes da lealdade em ambiente clínico, mais especificamente num laboratório de análises clínicas. Parece ser importante para as empresas na área da saúde conhecerem as fontes de valor de cliente de modo a potenciá-las e dessa forma merecerem a lealdade dos seus clientes.

Assim, com base nos dados de uma amostra constituída por 233 clientes do LACEC, os resultados obtidos permitiram chegar às conclusões a seguir apresentadas.

- Os clientes do LACEC apresentam um nível elevado de confiança (média de 4,40, numa escala de 5 pontos), pelo que reconhecem ao LACEC a fidelidade, a competência, a honestidade, a confidencialidade e a confiança global.

- A satisfação dos clientes do LACEC, pelo acumular de experiências vividas enquanto clientes, é avaliada como muito boa (média de 4,30). Os clientes estão satisfeitos com a avaliação que fazem da qualidade de serviço do LACEC, evidenciando corresponder às suas necessidades e expectativas. A satisfação tem uma influência positiva no compromisso normativo e na lealdade, justificando o investimento na qualidade do serviço como meio para aumentar a satisfação dos clientes.

- O compromisso ficou somente com as dimensões calculista e normativo. Isto parece indicar uma relação de interesse (compromisso calculista) baseada numa avaliação racional das alternativas existentes (Gustafsson *et al.*, 2005) e de “obrigação moral” (compromisso normativo) em permanecer nessa relação (Bansal *et al.*, 2004). O compromisso normativo tem uma influência positiva na lealdade ao LACEC, o que indicia que o LACEC tem desempenhado um papel de utilidade social no meio em que está inserido e é reconhecido por isso, manifestando-se em lealdade à insígnia.

- As recomendações não explicam nenhuma das variáveis que se supunha influenciar, nomeadamente o compromisso e a lealdade. Este facto pode dever-se à falta de concorrência ou alternativa de serviço na região onde o LACEC exerce a sua influência, resultante da regra da rede de convencionados de meios complementares de diagnóstico, que limita a abertura de novos LAC. Assim, considerando os elevados custos de mudança, o cliente parece estar “obrigado” a recorrer aos serviços do LACEC, não necessitando de recomendações.

- As emoções, tal como previsto na revisão da literatura, dividiram-se em positivas e negativas. As emoções positivas sentidas durante a utilização do serviço têm capacidade para explicar o compromisso (calculista e normativo) e a lealdade. Já as emoções negativas não evidenciaram qualquer impacto quer no compromisso quer na lealdade. Assim, nota-se que os clientes com emoções positivas estão mais predispostos a assumir compromissos e manter uma relação.

- Por último, os clientes do LACEC demonstraram ter um elevado vínculo de lealdade com o LACEC (média de 4,10). Esta é determinada pela satisfação dos clientes, pelas emoções positivas e pelo compromisso normativo.

Estes resultados são interessantes e podem demonstrar-se decisivos para tomadas de decisão à gestão do LACEC. Assim, de forma a manter ou aumentar a confiança é importante evidenciar a competência, a honestidade e garantir a confidencialidade dos dados dos seus clientes. Sugere-se que se criem laços fortes entre o analista/pessoal de colheita e o cliente (Love *et al.*, 2000; Safran, 2003), ouvindo-o, desenvolvendo um conhecimento pessoal

acerca dele, explicando claramente e sem rodeios as situações clínicas, tratando-o como parceiro, mostrando compaixão e sendo cuidadosos, diminuindo a vulnerabilidade a que o cliente do serviço de saúde está sujeito. Desta forma, poder-se-á fortalecer uma relação de compromisso (Berry *et al.*, 2008) e obter clientes mais leais (Buttle & Burton, 2002; Deshpande *et al.*, 1993).

Na dimensão satisfação, o plano de qualidade iniciado em 2003 pela norma ISO 9001 deve manter-se de forma a assegurar um nível de serviço esperado. Desta forma, as expectativas e necessidades dos clientes serão avaliados continuamente. Deve ter-se em atenção, para além da avaliação do serviço em si, a satisfação com o pessoal, o ambiente, a comunicação interna e/ou externa ou outros fatores considerados importantes pela gestão e pelos clientes. Deve enveredar-se pela criação de estados afetivos agradáveis (Oliver, 1997) em todas as utilizações do serviço de forma a obter-se a satisfação total (Parasuraman *et al.*, 1994). De acordo com Lee (2004) os clientes determinam a qualidade da forma como são tratados enquanto pessoas e não como são tratados pela sua situação clínica específica, pelo que a formação na área de relacionamentos interpessoais e apoio emocional será de ter em conta. Deve-se ainda efetuar um estudo cuidadoso e pormenorizado ao espaço *frontoffice*, de forma a aumentar o conforto, a dignidade, a privacidade, a segurança, entre outros (Shi & Singh, 2005) e assim, aumentar a satisfação. Desta forma, transformando estas recomendações em ações, é de supor que se aumente o compromisso (Belanche *et al.*, 2013) e a lealdade dos clientes (Homburg *et al.*, 2005).

Dada a especificidade do mercado de Análises Clínicas, onde a concorrência é de certa forma limitada, os clientes recorrem ao prestador de serviços da sua área de residência ou de proximidade do local de trabalho. Desta forma, o compromisso que desenvolvem é caracterizado pelo balanceamento entre benefícios e os custos de mudança (compromisso calculista) (Gustafsson *et al.*, 2005) e por uma “obrigação moral” que o cliente tem com o LACEC pelos bons serviços prestados ao longo da sua experiência de consumo ou melhor de utilização do serviço (compromisso normativo) (Bansal *et al.*, 2004). O compromisso afetivo, neste contexto, foi abandonado enquanto conceito, tendo a confiança assumido algumas das suas medidas. A confiança exerce um papel importante na satisfação dos clientes.

Clientes com compromissos fortes identificam, confiam e estão mais emocionalmente ligados com a marca ou organização do que os não comprometidos (Evanschitzky *et al.*, 2006). Em algumas ocasiões os clientes irão expressar “amor” por uma marca ou um prestador de serviço (Fullerton, 2003). Noutras ocasiões consideram-se como estando num tipo amigável de relacionamento com o seu prestador de serviço (Jones *et al.*, 2008; Price & Arnould, 1999).

É aumentado e (re)orientando a confiança e a satisfação que se poderá começar a criar um compromisso afetivo, de forma a antecipar a entrada de *players* no mercado, diminuindo uma possível deserção. Fomentar as emoções positivas e eliminar as negativas, tal como se verá adiante neste texto, é uma das recomendações a ter em conta de forma a aumentar o nível de compromisso.

Sendo uma área de negócio onde não é permitido que os médicos do SNS, responsáveis por cerca de 80% da faturação do LACEC, recomendem (WOM) serviços convencionados com o Estado, como é o caso do LACEC, a estratégia de comunicação terá que ser reorientada. Ao contrário do que se possa pensar, é na família e amigos que as referências são mais valorizadas (Fredricks, 2011). Desta forma, é no passa-palavra entre os clientes que deverá estar o foco de comunicação do LACEC. São eles os defensores da empresa e que ativamente expõem as suas virtudes a outros e que voluntariamente se envolvem numa recomendação WOM, podendo exibir comportamentos de parceria, tais como referências de negócios, fazendo publicidade e servindo como órgãos consultivos (Ferguson *et al.*, 2007). Deve-se, ainda, fazer com que o cliente interno aplique este WOM (Money *et al.*, 1998). Quando os clientes tomam decisões acerca de prestadores de cuidados de saúde a utilizar, confiam mais em recomendações WOM e referências (Bates & Gawande, 2000). Desta forma, recomenda-se que a comunicação passe a ser integrada, de forma a fazer convergir o *online* com o *offline*, criando referências externas quer de profissionais, quer de clientes privados quer mesmo de institucionais. Sendo que a comunicação *offline* está enraizada nos meios tradicionais, a mesma deverá evoluir para o *online*, através de um *site* na internet *user friendly*, redes sociais, entre outros, ou seja, através de técnicas de *webmarketing*. Desta forma, é de prever que quer o compromisso quer a lealdade subam as suas *performances*.

O cliente, como ser humano, procura experiências emocionais positivas evitando as negativas. Na sua essência, emoções positivas podem ser descritas como motivações de aproximação e as negativas como motivações de afastamento (evitar). Essa procura sugere que as emoções possam ser classificadas em reativas (reação a um determinado estímulo) ou direcionadas a um objetivo (quando o cliente conscientemente procura uma determinada experiência) (Liljander & Bergenwall, 2002). É na diminuição das emoções negativas e aumento das positivas sentidas durante o serviço (pré e pós analítica) que se deve focar a atuação da organização, particularmente nas pessoas de contacto. Recomenda-se mais personalização no atendimento dos clientes de modo a promover estados emotivos positivos em todos os momentos de utilização do serviço, bem como em situações pontuais, fazendo momentos de “encantamento”. O mesmo se deve aplicar ao cliente interno. Desta forma, é de prever que aumentem os níveis de compromisso, aumentando a satisfação e a confiança, e da lealdade.

Dado que custa cinco vezes mais adquirir um novo cliente que reter um existente (Bhattacharjee, 2001a; Pfeifer, 2004), faz sentido, a nível económico, não estar focado somente na aquisição de novos clientes, mas no estabelecimento de estratégias de retenção dos mesmos (Belanche *et al.*, 2013). É nesta premissa que a aplicação de estratégias de marketing relacional se torna uma mais-valia, para o efeito recomenda-se ao LACEC as seguintes ações:

- Limpeza da base de dados existente (eliminar redundâncias);
- Aplicação de técnicas de *data minning*;
- Integração da base de dados num CRM – *Customer Relationship Management*;
- Convergência entre a comunicação *on-line* e *off-line*;
- Aplicação de técnicas de *webmarketing*;
- Implementação de uma cultura organizacional orientada para o cliente, através de ações de sensibilização e formação de todos os colaboradores;
- Conhecimento, através de ações de formação, de técnicas de neuro marketing e da gestão dos estados emocionais do cliente;
- Avaliação da aplicação das regras da marca LACEC e das premissas do marketing de serviços.

5.2 Os principais contributos da investigação

A nível teórico, este estudo ajuda a compreender melhor como é que a lealdade em ambiente clínico é criada e quais os fatores que a determinam. Ficámos a saber que a confiança e a satisfação têm um impacto no compromisso que, em conjunto, formam a qualidade da relação, que por sua vez tem influência na lealdade. Adicionalmente, ficámos a saber também que, no caso em estudo, as emoções positivas têm um impacto no compromisso e lealdade, sendo que as recomendações nada influem.

Assim, a nível prático, esta investigação contribui para ajudar os gestores do LACEC, em particular, e outros gestores da área da saúde, no geral, a terem uma visão diferente do seu cliente, para melhor compreenderem a sua atuação e saber o que esperar dela nas suas relações comerciais. Ficou claro que é necessário compreender os fatores que influenciam a lealdade dos clientes desde cedo, de forma a poder-se agir de forma correta, quer ao nível da satisfação e confiança (antecedentes do compromisso), quer ao nível do estado emocional dos clientes e das recomendações que recebem de outros utilizadores dos serviços.

Para melhorar a competitividade do LACEC, a gestão deverá ter em atenção aos seguintes aspetos:

- A lealdade do cliente é vital para a estabilidade e crescimento do LACEC e deve ser tida como um objetivo de gestão;
- A lealdade deve ser avaliada sistematicamente, através da elaboração de um sistema integrado de recolha de dados dos clientes através de inquéritos, de recolha de reclamações e sugestões dos clientes/parceiros/colaboradores, criando um serviço de gestão de relacionamentos, integrando-o no sistema de qualidade da norma ISO 9001:2008;
- Focar os esforços de marketing na promoção da confiança;
- O pessoal de contato deve ser selecionado, tendo em conta, além da sua experiência profissional, a sua competência em comunicação interpessoal, de forma a centrar a sua atenção no cliente.

Por último, o LACEC deverá ter uma relação com os seus clientes, baseada nas seguintes premissas:

- O cliente é o foco: Cada cliente deve ser tratado como um indivíduo com necessidades próprias;
- Assumir que o cliente é bem informado;
- Assumir que o cliente é um parceiro e que através do WOM e do e-WOM participa no *branding* do LACEC;
- O cliente é uma fonte de rendimento e não um custo;
- A relação com o cliente é uma relação *win-win*.

5.3 Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Como qualquer outro, o presente estudo apresenta algumas limitações das quais se destacam as seguintes:

- Os dados utilizados no estudo tiveram origem em questionários e consequentemente podem apresentar as desvantagens que se costumam apresentar, nomeadamente a influência do elemento facilitador (colaborador/técnico de colheitas). Recomendava-se o preenchimento do questionário em local neutro, com o tempo necessário para entender e responder com realismo.
- Grande parte dos respondentes tinha baixa qualificação académica e idade sénior (>65), o que pode ter alguma influência no entendimento das perguntas. O recomendável seria alargar a amostra a todos os clientes do LACEC e optar por uma amostra por quotas e não de conveniência.

- A aplicação do questionário em pleno verão, onde o número de clientes é drasticamente reduzido. A sua aplicação nos meses entre Março e Junho seria o ideal.

- Muitos dos respondentes nunca recorreram a outros LAC. Seria importante entender o que mais e menos valorizam no LACEC e o modo como pode influenciar a sua confiança e satisfação

- Foi dada pouca ênfase aos questionários colocados *online*. Sugere-se um maior esforço para se obter uma amostra maior a este nível.

Além das recomendações efetuadas no âmbito das limitações apresentadas, sugere-se, ainda, para trabalhos futuros, o seguinte:

- Entender se os clientes de um LAC acedem a plataformas digitais e as utilizam para recolher informações sobre serviços de saúde;

- Entender o que realmente necessitam e esperam os clientes do LACEC;

- Entender o estado emocional durante a utilização do serviço em clientes tipo, através de técnicas de neuro marketing;

- Entender a influência dos fatores ambientais no comportamento dos clientes.

O cliente nos dias de hoje deixou de ser um elemento passivo. Tem comportamentos, atitudes e valores que terão que ser avaliados e entendidos como uma natural evolução. Ele pesquisa, informa-se, investiga, e no caso da saúde, em caso de dúvida, procura outra resposta. É um ser emotivo, que recomenda, que reclama, que elogia, que conhece os seus direitos e deveres. Ironicamente, o lema do LACEC é “Olhamos por si...”. Esse olhar terá que ultrapassar os valores biológicos e passar a olhar o cliente como um todo. Terá, internamente, que começar a “Olhar para si...” e com os resultados, criar laços de compromisso e lealdade. É no entendimento do cliente que todo o esforço do Laboratório de Análises Clínicas Elisabete Cavadas deverá ser aplicado, adaptando-se ao novo cliente, que pesquisa on-line e compra off-line ou vice-versa.

6 Bibliografía

- Agustin, C., & Singh, J. (2005). Curvilinear Effects of Consumer Loyalty Determinants in Relational Exchanges. *Journal of Marketing Research*, *XLII*, 96–108.
- Alejandro, T. B., Souza, D. V., Boles, J. S., Ribeiro, Á. H. P., & Monteiro, P. R. R. (2011). The outcome of company and account manager relationship quality on loyalty, relationship value and performance. *Industrial Marketing Management*, *40*, 36–43.
- Alford, B. L., & Sherrell, D. L. (1996). The role of affect in consumer satisfaction judgments of credence-based services. *Journal of Business Research*, *37*, 71–84.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, *63*, 1–18.
- Andersen, P. H. (2005). Relationship marketing and brand involvement of professionals through web-enhanced brand communities: The case of Coloplast. *Industrial Marketing Management*, *34*, 39–51.
- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science*, *12*, 125–143.
- Anderson, E., & Weitz, B. (1992). The Use of Pledges to Build and Sustain Commitment in Distribution Channels. *Journal of Marketing Research*, *XXIX*, 18–34.
- Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1984). A Model of the Distributor's Perspective of Distributor-Manufacturer Working Relationships. *Journal of Marketing*, *48*, 62–74.
- Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1990). A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. *Journal of Marketing*, *54*, 42–58.
- Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1998). Business marketing: understand what customers value. *Harvard Business Review*, *76*, 53–65.
- Arnould, E. J., & Price, L. L. (1993). River magic: extraordinary experience and the extended service encounter. *Journal of Consumer Research*, *20*, 24–45.
- Backhaus, K., Adolphs, B., & Büschken, J. (1996). The Paradox of Unsatisfying but Stable Vertical Relationships – A Look at German Car Suppliers. In J. N. Sheth & A. Söllner (Eds.), *Development, Management and Governance of Relationships: Proceedings of the 1996 International Conference on Relationship Marketing* (pp. 281–297). Berlin: Humboldt University Press.
- Bagozzi, R. P. (1980). *Causal models in marketing*. New York, NY: Wiley.

- Bagozzi, R. P., Gopinath, M., & Nyer, P. U. (1999). The Role of Emotions in Marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27, 184–206.
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (2011). Specification, evaluation, and interpretation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40, 8–34.
- Bahia, K., Paulin, M., & Perrien, J. (2000). Reconciling Literature About Client Satisfaction and Perceived Services Quality. *Journal of Professional Services Marketing*, 21, 27–43.
- Bansal, H. S., Irving, P. G., & Taylor, S. F. (2004). A Three-Component Model of Customer Commitment to Service Providers. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 234–250.
- Bansal, H. S., & Voyer, P. A. (2000). Word-of-mouth processes within a services purchase decision context. *Journal of Service Research*, 3, 166–177.
- Barton, P. L. (2003). *Understanding the U.S. health services system* (2nd ed.). Washington, D.C.: AUPHA Press.
- Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2000). The impact of the Internet on quality measurement - Word-of-mouth advice about providers is gaining respectability through the Web. *Health Affairs*, 19, 104–114.
- Bauer, H. H., Grether, M., & Leach, M. (2002). Building customer relations over the Internet. *Industrial Marketing Management*, 31, 155–163.
- Belanche, D., Casaló, L. V., & Guinalú, M. (2013). The Role of Consumer Happiness in Relationship Marketing. *Journal of Relationship Marketing*, 12, 79–94.
- Ben Sira, Z. (1980). Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship: An Additional Dimension of Interaction Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 170–180.
- Bendall-Lyon, D., & Powers, T. L. (2004). The impact of structure and process attributes on satisfaction and behavioural intentions. *Journal of Services Marketing*, 18, 114–121.
- Berry, L. L. (1983). *Relationship Marketing*. In *Emerging Perspectives of Services Marketing*. (L. L. Berry, G. L. Shostack, & G. Upah, Eds.) American Marketing Association (pp. 25–28). Chicago: American Marketing Association.
- Berry, L. L. (1995). Relationship Marketing of Services - Growing Interest, Emerging Perspectives. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23, 236–245.
- Berry, L. L. (2002). Relationship Marketing of Services Perspectives from 1983 and 2000. *Journal of Relationship Marketing*, 1, 59–77.
- Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1991). *Marketing Services - Competing Through Quality*. New York: Free Press.

- Berry, L. L., Parish, J. T., Janakiraman, R., Ogburn-Russel, L., Couchman, G. R., Rayburn, W. L., & Grisel, J. (2008). Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. *Annals of Family Medicine*, 6, 6–13.
- Bhattacharjee, A. (2001a). An empirical analysis of the antecedents of electronic commerce service continuance. *Decision Support Systems*, 32, 201–214.
- Bhattacharjee, A. (2001b). Understanding Information Systems Continuance: an Expectation-Confirmation Model. *MIS Quarterly*, 25, 351–370.
- Bigley, G. A., & Pearce, J. L. (1998). Straining for Shared Meaning in Organization Science: Problems of Trust and Distrust. *Academy of Management Review*, 23, 405–421.
- Bitner, M. J. (1995). Building Service Relationships: It's All About Promises. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23, 246–251.
- Bourne, L. E., & Russo, N. F. (1998). *Psychology-Behavior in Context*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
- Brockner, J., & Shaw, M. C. (1979). Factors affecting withdrawal from an escalating conflict: Quitting before it is too late. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 492–503.
- Brown, G. H. (1952). Brand Loyalty - Fact or Fiction? *Advertising Age*, 23, 53–55.
- Brown, T., Barry, T., Dacin, P., & Gunst, R. (2005). Spreading the word: investigating antecedents of consumers' positive word of mouth intentions in a retailing context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 33, 123–138.
- Buttle, F. A. (1998). Word of mouth: understanding and managing referral marketing. *Journal of Strategic Marketing*, 6, 241–254.
- Buttle, F. A. (2004). *Customer Relationship Management: Concepts and Tools*. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinmann.
- Buttle, F. A., & Burton, J. (2002). Does service failure influence customer loyalty? *Journal of Consumer Behaviour*, 1, 217–227.
- Cannièrè, M. H., Pelsmacker, P., & Geuens, M. (2010). Relationship Quality and Purchase Intention and Behavior: The Moderating Impact of Relationship Strength. *Journal of Business and Psychology*, 25, 87–98.
- Cater, B., & Zabkar, V. (2009). Antecedents and consequences of commitment in marketing research services: The client's perspective. *Industrial Marketing Management*, 38, 785–797.
- Censos 2011. (2014). *Instituto Nacional de Estatística*. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

- Chan, K. K., & Misra, S. (1990). Characteristics of the Opinion Leader: A New Dimension. *Journal of Advertising, 19*, 53–60.
- Chaudhuri, A., & Holbrook, M. B. (2001). The Chain of Effects from Brand Trust and Brand Affect to Brand Performance: The Role of Brand Loyalty. *Journal of Marketing, 65*, 81–93.
- Chebat, J.-C., & Slusarczyk, W. (2005). How emotions mediate the effects of perceived justice on loyalty in service recovery situations: an empirical study. *Journal of Business Research, 58*, 664–673.
- Chin, W. W. (1998). The Partial Least Squares Approach to Structural Equation Modeling. In G. A. Marcoulides (Ed.), *Modern methods for business research* (pp. 295–336). London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chiou, J.-S. (2006). Service Quality, Trust, Specific Asset Investment, and Expertise: Direct and Indirect Effects in a Satisfaction-Loyalty Framework. *Journal of the Academy of Marketing Science, 34*, 613–627.
- Cho, W. H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K.-S. (2004). Patient Assessments - The Impact of Visit Frequency on the Relationship between Service Quality and Outpatient Satisfaction : A South Korean Study. *Health Services Research, 39*, 13–33.
- Chu, P.-Y., Lee, G.-Y., & Chao, Y. (2012). Service Quality, Customer Satisfaction, Customer Trust, and Loyalty in an E-Banking Context. *Social Behavior and Personality: an international journal, 40*, 1271–1283.
- Cialdini, R. B. (2001). Harnessing the Science of Persuasion. *Harvard Business Review, 79*, 72–79.
- Cri , D., & Chebat, J.-C. (2013). Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research, 66*, 123–126.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297–334.
- Crosby, L. A., Evans, K. R., & Cowles, D. (1990). Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective. *Journal of Marketing, 54*, 68–81.
- Curasi, C. F., & Kennedy, K. N. (2002). From prisoners to apostles: a typology of repeat buyers and loyal customers in service businesses. *Journal of Services Marketing, 16*, 322–341.
- Czepiel, J. A., & Gimore, R. (1987). *Exploring the Concept of Loyalty in Services*. In J.A. Czepiel, C.A. Congram & J. Shanahan, *The Services Challenge: Integrating for Competitive Advantage* (pp. 91-94). Chicago: American Marketing Association.
- Dalal, R. S., & Bonaccio, S. (2010). What types of advice do decision-makers prefer? *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 112*, 11–23.

- Day, G. S. (1969). A two-dimensional concept of brand loyalty. *Journal of Advertising Research*, 9, 29–36.
- Delgado-Ballester, E., & Munuera-Aleman, J. (2001). Brand trust in the context of consumer loyalty. *European Journal of Marketing*, 35, 1222–1238.
- Deshpande, R., Zaltman, G., & Moorman, C. (1993). Relationships Between Providers and Users of Market Research: The Role of Personal Trust. *Marketing Science Institute*.
- Desmet, P. M. A. (2003). *Measuring emotion: development and application of an instrument to measures emotional responses to products*. in Blythe, M.A., Monk, A.F., Overbeeke, K. and Wright, P.C. (Eds), *Funology: From Usability to Enjoyment*, New York, NY: Kluwer Academic Publishers.
- Dick, A. S., & Basu, K. (1994). Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22, 99–113.
- Doney, P. M., & Cannon, J. P. (1997). An Examination of the Nature of Trust in Buyer-Seller Relationships. *Journal of Marketing*, 61, 35–51.
- Dubé, L., Bélanger, M.-C., & Trudeau, E. (1996). The Role of Emotions in Health Care Satisfaction: Positive feelings have the expected effect , but negative ones do not always result in dissatisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 16, 45–51.
- Dubé, L., & Menon, K. (2000). Multiple roles of consumption emotions in post-purchase satisfaction with extended service transactions. *International Journal of Service Industry Management*, 11, 287–304.
- Dwyer, F. R., Schurr, P. H., & Oh, S. (1987). Developing Buyer-Seller Relationships. *Journal of Marketing*, 51, 11–27.
- Edvarsson, B., Johnson, M. D., Gustafsson, A., & Strandvik, T. (2000). The effects of satisfaction and loyalty on profits and growth: Products versus services. *Total Quality Management*, 11, S917–S927.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Acesso, concorrência e qualidade no sector convencionado com o SNS* (p. 213).
- Etzioni, A. (1988). *The moral dimension*. New York: The Free Press.
- Evanschitzky, H., Iyer, G. R., Plassmann, H., Niessing, J., & Meffert, H. (2006). The relative strength of affective commitment in securing loyalty in service relationships. *Journal of Business Research*, 59, 1207–1213.
- Falk, R. F., & Miller, N. B. (1992). *A primer for soft modeling*. University of Akron Press.
- Ferguson, J. L., & Johnston, W. J. (2011). Customer response to dissatisfaction: A synthesis of literature and conceptual framework. *Industrial Marketing Management*, 40, 118–127.

- Ferguson, R. J., Paulin, M., & Leiriao, E. (2007). Loyalty and Positive Word-of-Mouth. *Health Marketing Quarterly*, 23, 59–77.
- Ford, D., Gadde, L.-E., Hakansson, H., & Snehota, I. (2003). *Managing business relationships* (2nd ed.). Chichester: John Wiley and Sons.
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, 56, 6–21.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 28, 39–50.
- Foxall, G. R., & Greenley, G. E. (1999). Consumers' emotional responses to service environments. *Journal of Business Research*, 46, 149–158.
- Fredricks, D. (2011). The Decline of Traditional Health Care Marketing: Why word-of-mouth marketing is more relevant than ever. *Marketing Health Services*, 3–6.
- Fullerton, G. (2003). When Does Commitment Lead to Loyalty? *Journal of Service Research*, 5, 333–344.
- Fullerton, G. (2011). Creating advocates: The roles of satisfaction, trust and commitment. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 18, 92–100.
- Ganesan, S. (1994). Determinants of Long-Term Orientation in Buyer-Seller Relationships. *Journal of Marketing*, 58, 1–19.
- Gerbing, D. W., & Anderson, J. C. (1988). An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing research*, 25, 186–192.
- Geyskens, I., Steenkamp, J. E. M., Scheer, L. K., & Kumar, N. (1996). The effects of trust and interdependence on relationship commitment: A trans-Atlantic study. *International Journal of Research in Marketing*, 13, 303–317.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (Atlas, Ed.) (6^a ed.). São Paulo.
- Gounaris, S. P. (2005). Trust and commitment influences on customer retention: insights from business-to-business services. *Journal of Business Research*, 58, 126–140.
- Govier, T. (1992). Distrust as a Practical Problem. *Journal of Social Philosophy*, 23, 52–63.
- Gray, B. H. (1997). Trust and Trustworthy Care in the Managed Care Era. *Health Affairs*, 16, 34–49.
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. New York: Lexington/Macmillan.

- Gummeras, J., Liljander, V., Pura, M., & van Riel, A. (2004). Customer loyalty to content-based web sites: The case of an online health-care service. *Journal of Services Marketing, 18*, 175–186.
- Gupta, S., Lehmann, D. R., & Stuart, J. A. (2004). Valuing Customers. *Journal of Marketing Research, XLI*, 7–18.
- Gustafsson, A., Johnson, M. D., & Roos, I. (2005). The Effects of Customer Satisfaction, Relationship Commitment, Dimensions, and Triggers on Customer Retention. *Journal of Marketing, 69*, 210–218.
- Gwinner, K. P., Gremler, D. D., & Bitner, M. J. (1998). Relational Benefits in Services Industries: The Customer's Perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science, 26*, 101–114.
- Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *The Journal of Marketing Theory and Practice, 19*, 139–152.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hakansson, H., & Snehota, I. (2000). *The IMP perspective*. In J. N. Sheth & A. Parvatiyar (Eds.), *The handbook of relationship marketing* (pp. 69–93). Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Haksever, C., Render, B., Russell, R. S., & Murdick, R. G. (2000). *Service Management and Operations* (2nd ed.). London: Prentice-Hall International.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly, 79*, 613–639.
- Halliday, S. V. (2003). Which trust and when? Conceptualizing trust in business relationships based on context and contingency. *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research, 13*, 405–421.
- Harvey, N., & Fischer, I. (1997). Taking Advice: Accepting Help, Improving Judgment, and Sharing Responsibility. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 70*, 117–133.
- Hausman, A. (2004). Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science, 32*, 403–417.
- Hawkins, K., & Vel, P. (2013). Attitudinal loyalty, behavioural loyalty and social media: An introspection. *The Marketing Review, 13*, 125–141.
- Hennig-Thurau, T., & Hansen, U. (2000). *Relationship Marketing: Gaining Competitive Advantage Through Customer Satisfaction and Customer Retention*. Berlin: Springer-Verlag.

- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2. Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Holmes, J. G., & Rempel, J. K. (1989). Trust in Close Relationships. In *Close Relationships*. In C. Hendrick (Ed.), (pp. 187–220). Newbury Park, California: Sage.
- Homburg, C., Koschate, N., & Hoyer, W. D. (2005). Do Satisfied Customers Really Pay More? A Study of the Relationship Between Customer Satisfaction and Willingness to Pay. *Journal of Marketing*, 69, 84–96.
- Horowitz, L. M., Krasnoperova, E. N., Tatar, D. G., Hansen, M. B., Person, E. a., Galvin, K. L., & Nelson, K. L. (2001). The Way to Console May Depend on the Goal: Experimental Studies of Social Support. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37, 49–61.
- Hoyer, W. D., & McInnis, D. (2001). *Consumer Behavior*.
- Hunt, K. (1977). "CS/D - Overview and Future Research Directions," in *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*. (H. K. Hunt, Ed.) (pp. 455–488). Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- Hur, W.-M., Park, J., & Kim, M. (2010). The role of commitment on the customer benefits–loyalty relationship in mobile service industry. *The Service Industries Journal*, 30, 2293–2309.
- Izard, C. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Jacoby, J., & Chestnut, R. W. (1978). *Brand Loyalty Measurement and Management*. New York: Wiley.
- Jap, S. D. (2001). "Pie Sharing" in Complex Collaboration Contexts. *Journal of Marketing Research*, XXXVIII, 86–99.
- Jones, T. O., & Sasser, W. E. (1995). Why Satisfied Customers Defect. *Harvard Business Review*, 2–14.
- Jones, T., Taylor, S. F., & Bansal, H. S. (2008). Commitment to a friend, a service provider, or a service company - are they distinctions worth making? *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36, 473–487.
- Kahn, B. E., Greenleaf, E., Irwin, J. R., Isen, A. M., Levin, I. P., Luce, M. F., ... Young, M. J. (1997). Examining Medical Decision Making from a Marketing Perspective. *Marketing Letters*, 8, 361–375.
- Karjaluoto, H., Jayawardhena, C., Leppäniemi, M., & Pihlström, M. (2012). How value and trust influence loyalty in wireless telecommunications industry. *Telecommunications Policy*, 8, 636–649.
- Katz, J. (1984). *The Silent World of Doctor and Patient*. New York: Free Press.

- Katzev, R., & Wang, T. (1994). Can commitment change behavior? A case study of environment actions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 13–26.
- Kelman, H. C. (1958). Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 51–60.
- Kiesler, C. (1971). *The Psychology of Commitment*. New York, NY: Academic Press.
- Kim, K. H., Kim, K. S., Kim, D. Y., Kim, J. H., & Kang, S. H. (2008). Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research*, 61, 75–82.
- Kleinaltenkamp, M. (1994). Institutionenökonomische Begründung der Geschäftsbeziehung [Explaining Relationships with New Institutional Economics]. In K. Backhaus & H. Diller (Eds.), *Proceedings of the 1st Workshop on Beziehungsmanagement [Relationship Management]*. Münster: Verband der Hochschullehrer für Betriebswirtschaftslehre.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2009). *Marketing Management* (13rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Kronenfeld.
- Kuehn, A. (1962). Consumer brand choice as a learning process. *Journal of Advertising Research*, 2, 10–17.
- Kumar, N., Hibbard, J. D., & Stern, L. W. (1994). The nature and consequences of marketing channel intermediary commitment. Working paper. *Marketing Science Institute*, 94–115.
- Kumar, N., Scheer, L. K., & Steenkamp, J.-B. E. M. (1995). The Effects of Perceived Interdependence on Dealer Attitudes. *Journal of Marketing Research*, XXXII, 348–356.
- Lagenspetz, O., & Akademi, A. (1992). Legitimacy and Trust. *Philosophical Investigations*, 15, 1–21.
- Lee, F. (2004). *If Disney ran your hospital: 9 ½ things you would do differently*. (M. T. Bozeman, Ed.). Second River Healthcare Press.
- Lee, G.-Y., Chu, P.-Y., & Chao, Y. (2011a). SERVICE QUALITY , RELATIONSHIP QUALITY , AND CUSTOMER LOYALTY IN TAIWANESE INTERNET BANKS. *Social Behavior and Personality*, 39, 1127–1140.
- Lee, L., Petter, S., Fayard, D., & Robinson, S. (2011b). On the use of partial least squares path modeling in accounting research. *International Journal of Accounting Information Systems*, 12, 305–328.
- Leeflang, P. S. H., & Wittink, D. R. (2000). Building models for marketing decisions: Past, present and future. *International Journal of Research in Marketing*, 17, 105–126.

- Lei, P., & Jolibert, A. (2012). A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. *BMC Health Services Research*, 12:436, 1–11.
- Leisen, B., & Hyman, M. R. (2004). Antecedents and consequences of trust in a service provider: The case of primary care physicians. *Journal of Business Research*, 57, 990–999.
- Liljander, V., & Bergenwall, M. (2002). “Consumption- based emotional responses related to satisfaction”, occasional paper. Helsinki.
- Lipstein, B. (1959). The dynamics of Brand Loyalty and Brand Switching. In *Fifth Annual Conference of the Advertising Research Federation* (pp. 101–108). New York, NY: Advertising Research Federation.
- Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness. *Social Science & Medicine*, 53, 745–757.
- Love, M., Mainous, A., Talbert, J., & Hager, G. (2000). Continuity of Care and the Physician-Patient Relationship: The Importance of Continuity for Adult Patients with Asthma. *The Journal of Family Practice*, 49, 998–1004.
- Lovelock, C. (1987). The Impact of Operation on Customers. in *The Services Challenge*, J. Ciepiel *et al.*, eds. Chicago: American Marketing Association.
- Lovelock, C. H., Patterson, P. G., & Walker, R. H. (1998). *Services marketing: Australia and New Zealand*. Sydney: Prentice-Hall.
- Lowry, P. B., & Gaskin, J. (2014). Partial Least Squares (PLS) Structural Equation Modeling (SEM) for Building and Testing Behavioral Causal Theory: When to Choose It and How to Use It. *IEEE Transactions on Professional Communication*, 57, 123–146.
- MacStravic, S. (1994). Patient loyalty to physicians. *Journal of Health Care Marketing*, 14, 53–56.
- Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., & McAlister, F. A. (2007). Impact of opinion leader-endorsed evidence summaries on the quality of prescribing for patients with cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *American Heart Journal*, 153, 22.e1–22.e8.
- Malhotra, N. K. (2010). *Marketing Research - an applied orientation* (6^a ed.). New Jersey: Pearson.
- Mano, H., & Oliver, R. L. (1993). Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: Evaluation, feeling, and satisfaction. *The Journal of Consumer Research*, 20, 451–466.

- Mark, P. P., Havitz, M. E., & Howard, D. R. (1999). Analyzing the Commitment-Loyalty Link in Service Contexts. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27, 333–348.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Marques, A. (2012). *Marketing Relacional*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marques, A., & Coelho, A. (2004). Os antecedentes da confiança e do compromisso relacional. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 6, 67–75.
- Martin, D., O'Neill, M., Hubbard, S., & Palmer, A. (2008). The role of emotion in explaining consumer satisfaction and future behavioural intention. *Journal of Services Marketing*, 22, 224–236.
- Mattila, A. S. (2001). Emotional bonding and restaurant loyalty. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 42, 73–79.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *The Academy of Management Review*, 20, 709–734.
- Mechanic, D. (1998). The Functions and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23, 661–686.
- Money, R. B., Gilly, M. C., & Graham, J. L. (1998). Explorations of national culture and word-of-mouth referral behavior in the purchase of industrial services in the United States and Japan. *Journal of Marketing*, 62, 76–87.
- Moorman, C., Deshpande, R., & Zaltman, G. (1993). Factors Affecting Trust in Market Research Relationships. *Journal of Marketing*, 57, 81–101.
- Moorman, C., Zaltman, G., & Deshpande, R. (1992). Relationships Between Providers and Users of Market Research: The Dynamics of Trust Within and Between Organizations. *Journal of Marketing Research*, XXIX, 314–329.
- Morgan, R. M. (2000). *Relationship marketing and marketing strategy*. In J. N. Sheth & A. Parvatiyar (Eds.), *Relationship marketing and marketing strategy* (pp. 481–523). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20–38.
- Morris, J. D., Chongmoo, W., Geason, J. A., & Jooyoung, K. (2002). The power of affect: Predicting intention. *Journal of Advertising Research*, 42, 7–17.
- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Griffin, D. W. (1996). The Self-fulfilling Nature of Positive Illusions in Romantic Relationships: Love Is Not Blind, but Prescient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1155–1180.

- Narteh, B., Agbemabiese, G. C., Kodua, P., & Braimah, M. (2013). Relationship Marketing and Customer Loyalty: Evidence From the Ghanaian Luxury Hotel Industry. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 22, 407–436.
- Ndubisi, N. O., Malhotra, N. K., & Wah, C. K. (2008). Relationship Marketing, Customer Satisfaction and Loyalty: A Theoretical and Empirical Analysis From an Asian Perspective. *Journal of International Consumer Marketing*, 21, 5–16.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 250–256.
- Nurosis, M. (1994). *Statistical data analysis*. SPSS, Inc.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460–469.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, Affective, and Attribute of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418–430.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Customer*. Boston: McGraw-Hill.
- Oliver, R. L. (1999). Whence Consumer Loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33–44.
- Overton, G. K., & MacVicar, R. (2008). Requesting a Commitment to Change: Conditions That Produce Behavioral or Attitudinal Commitment. *Journal of Continuing Education in Health Professions*, 28, 60–66.
- Palmatier, R. W., Dant, R. P., Grewal, D., & Evans, K. R. (2006). Factors Influencing the Effectiveness of Relationship Marketing: A Meta-Analysis. *Journal of Marketing*, 70, 136–153.
- Palmatier, R. W., Scheer, L. K., Houston, M. B., Evans, K. R., & Gopalakrishna, S. (2007). Use of relationship marketing programs in building customer–salesperson and customer–firm relationships: Differential influences on financial outcomes. *International Journal of Research in Marketing*, 24, 210–223.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*, 58, 111–124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1998). SERVQUAL- A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12–40.
- Park, C. W., Macinnis, D. J., & Priester, J. (2006). Beyond Attitudes: Attachment and consumer behaviour. *Seoul National Journal*, 12, 3–36.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, Illinois: Free Press.

- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *Fidelity to Trust*. In *The Virtues in Medicine*. (E. D. Pellegrino & D. C. Thomasma, Eds.) (pp. 65–78). New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, E. D., Veatch, R. M., & Langan, J. P. (1991). *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Penchansky, R. (1986). Patient-provider concordance: A review and conceptualization. *Medical Care Review*, *43*, 293–350.
- Peppers, D., & Rogers, M. (2004). *Managing customer relationship*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais* (5^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pfeifer, P. E. (2004). The optimal ratio of acquisition and retention costs. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, *13*, 179–188.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *The Journal of applied psychology*, *88*, 879–903.
- Price, L. L., & Arnould, E. J. (1999). Commercial Friendships: Service Provider-Client Relationships in Context. *Journal of Marketing*, *63*, 38–56.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. de. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico [Recurso Electrónico]*. (U. Feevale, Ed.). Novo Hamburgo.
- Ravald, A., & Grönroos, C. (1996). The value concept and relationship marketing. *European Journal of Marketing*, *30*, 19–30.
- Reichheld, F. F. (1996). *The loyalty effect: The hidden force behind growth, profits, and lasting value*. Boston: Harvard Business School Press.
- Reichheld, F. F. (2000). The loyalty effect – the relationship between loyalty and profits. *European Business Journal*, *12*, 134–139.
- Rust, R. T., Ambler, T., Carpenter, G. S., Kumar, V., & Srivastava, R. K. (2004). Measuring Marketing Productivity: Current Knowledge and Future Directions. *Journal of Marketing*, *68*, 76–89.
- Ruyter, K. De, Wetzels, M., & Bloemer, J. (1998). On the relationship between perceived service quality, service loyalty and switching costs. *International Journal of Service Industry Management*, *9*, 436–453.
- Safavi, K. (2006). Patient-centered pay for performance: Are we missing the target? *Journal of Healthcare Management*, *51*, 215–218.

- Safran, D. G. (2003). Defining the Future of Primary Care : What Can We Learn from Patients? *Annals of Internal Medicine*, *138*, 248–255.
- Shemwell, D. J., Yavas, U., & Bilgin, B. (1998). Customer-service provider relationships: An empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship-oriented outcomes. *International Journal of Service Industry Management*, *9*, 155–168.
- Sherlock, R. (1986). Reasonable Men and Sick Human Beings. *American Journal of Medicine*, *80*, 2–4.
- Sheth, J. N., Mittal, B., & Newman, B. I. (1999). *Customer Behaviour: Consumer Behaviour and beyond*. New York, NY: Dryden Press.
- Sheth, J. N., & Parvatiyar, A. (1995). Relationship Marketing in Consumer Markets : Antecedents and Consequences. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *23*, 255–271.
- Shi, L., & Singh, D. (2005). *Essentials of the U.S. health care system*. Sudbury, M.A.: Jones and Barlett Publishers.
- Siddiqui, K. (2013). Heuristics for Sample Size Determination in Multivariate Statistical Techniques. *World Applied Sciences Journal*, *27*, 285–287.
- Singh, J., & Sirdeshmukh, D. (2000). Agency and Trust Mechanisms in Consumer Satisfaction and Loyalty Judgments. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *28*, 150–167.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J., & Sabol, B. (2002). Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges. *Journal of Marketing*, *66*, 15–37.
- Snizek, J. A., & Van Swol, L. M. (2001). Trust, Confidence, and Expertise in a Judge-Advisor System. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *84*, 288–307.
- Storbacka, K., Strandvik, T., & Grönroos, C. (1994). Managing Customer Relationships for Profit: The Dynamics of Relationship Quality. *International Journal of Service Industry Management*, *5*, 21–38.
- Stremersch, S. (2008). Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*, *25*, 229–233.
- Swan, J. E., Bowers, M. R., & Richardson, L. D. (1999). Customer Trust in the Salesperson: An Integrative Review and Meta-Analysis of the Empirical Literature. *Journal of Business Research*, *44*, 93–107.
- Tähtinen, J., & Blois, K. (2011). The involvement and influence of emotions in problematic business relationships. *Industrial Marketing Management*, *40*, 907–918.

- Thorne, S. E., & Robinson, C. A. (1988). Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced Nursing*, *13*, 782–789.
- Torres, E., Vasquez-Parraga, A. Z., & Barra, C. (2009). The path of patient loyalty and the role of doctor reputation. *Health Marketing Quarterly*, *26*, 183–197.
- Valenzuela, F. (2006). Trust and Commitment as Mediating Variables in the Relationship Between Satisfaction and Hotel Guest Loyalty. *Panorama Socioeconomico*, *32*, 18–23.
- Vinagre, M. H., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *21*, 87–103.
- Voss, G., Parasuraman, A., & Grewal, D. (1998). The Roles of Price, Performance and Expectations in Determining Satisfaction in Service Exchanges. *Journal of Marketing*, *62*, 46–61.
- Walsh, G., Shiu, E., Hassan, L. M., Michaelidou, N., & Beatty, S. E. (2011). Emotions, store-environmental cues, store-choice criteria, and marketing outcomes. *Journal of Business Research*, *64*, 737–744.
- Walter, A., Mu, T. A., Helfert, G., & Ritter, T. (2003). Functions of industrial supplier relationships and their impact on relationship quality. *Industrial Marketing Management*, *32*, 159–169.
- Ward, T., & Dagger, S. T. (2007). The complexity of relationship marketing for service customers. *Journal of Services Marketing*, *21*, 281–290.
- Weiss, R. (2013). Modern marketing defined. *Marketing Health Services*, 12–14.
- Westbrook, R. A. (1981). Sources of satisfaction with retail outlets. *Journal of Retailing*, *57*, 68–85.
- Westbrook, R. A., & Oliver, R. L. (1991). The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *Journal of Consumer Research*, *18*, 84–91.
- White, C., & Yu, Y.-T. (2005). Satisfaction emotions and consumer behavioural intentions. *Journal of Services Marketing*, *19*, 411–420.
- White, S. S., & Schneider, B. (2000). Climbing the commitment ladder: The role of expectations disconfirmation on customers' behavioral intentions. *Journal of Service Research*, *2*, 240–253.
- Wilson, D. T. (1995). An Integrated Model of Buyer-Seller Relationships. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *23*, 335–345.
- Wrightman, L. S., & Sanford, F. H. (1975). *Psychology: A Scientific Study of Human Behaviour* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.

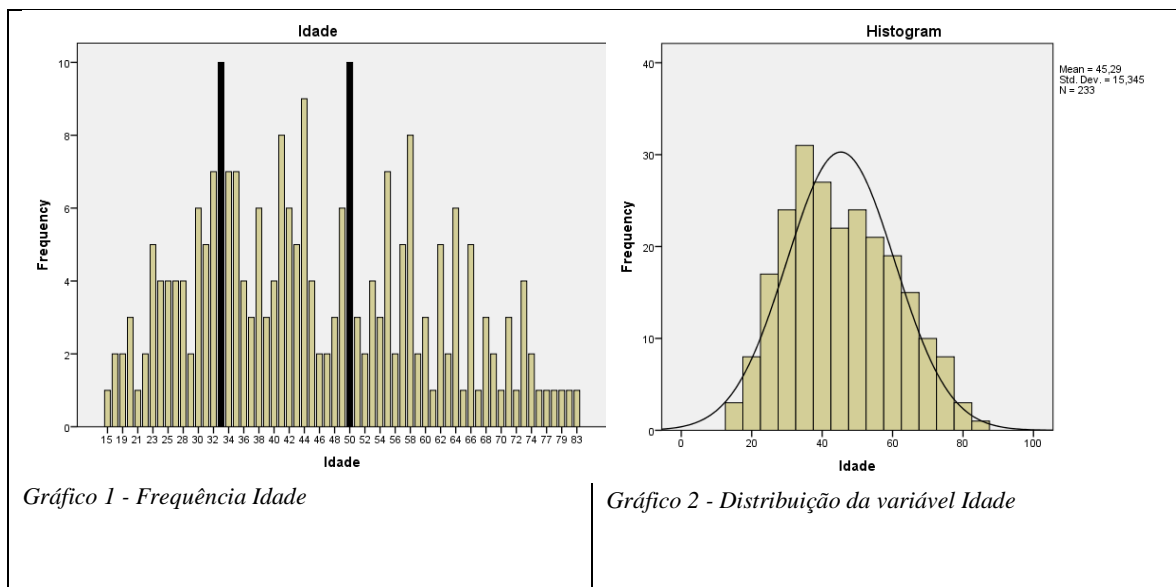
- Wulf, K. De, Odekerken-Schroder, G., & Iacobucci, D. (2001). Investments in Consumer Relationships: A Cross-Country and Cross-Industry Exploration. *Journal of Marketing*, 65, 33–50.
- Yu, Y.-T., & Dean, A. (2001). The contribution of emotional satisfaction to consumer loyalty. *International Journal of Service Industry Management*, 12, 234–250.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 31–46.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (1996). *Services Marketing*. New York: McGraw-Hill.

Apêndice I – Estatística da variável Idade

Quadro 10 - Estatística descritiva Idade

Statistics		
Idade		
N	Valid	233
	Missing	0
Mean		45,29
Median		44,00
Mode		33 ^a
Std. Deviation		15,345
Variance		235,466
Skewness		,273
Std. Error of Skewness		,159
Minimum		15
Maximum		83

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



Apêndice II – Caracterização sociodemográfica da amostra

Quadro 11 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Características Sociodemográficas	Frequência	Porcentagem
Posto Colheitas Produtos Biológicos		
Ançã	3	1,3
Arazede	14	6,0
Cantanhede (LB)	10	4,3
Cantanhede (sede)	181	77,7
Covões	12	5,2
Febres	3	1,3
Tocha	9	3,9
Mira	1	,4
Sexo		
Feminino	130	55,8
Masculino	103	44,2
Nível de Escolaridade		
Sem habilitações	6	2,6
1º Ciclo / 4ª Classe	27	11,6
6º Ano	23	9,9
9º Ano	50	21,5
12º Ano / Secundário	52	22,3
Bacharelato	17	7,3
Licenciatura	47	20,2
Mestrado	7	3,0
Pós-graduação	3	1,3
Tipo de Prescrição		
Prescrição médica	212	91,0
Iniciativa particular	21	9,0
Regime de Convenção Médica		
ADSE	56	24,0
ARS – Serviço Nacional de Saúde	144	61,8
MEDIS	3	1,3
MULTICARE	4	1,7
PT ACS	4	1,7
SAD GNR	5	2,1
SAD PSP	1	,4
SAMS	4	1,7
SS CGD	2	,9
Não tenho	6	2,6
Outro	4	1,7

Apêndice III - Questionário

QUESTIONÁRIO AOS CLIENTES DO LACEC - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ELISABETE CAVADAS

Ao responder ao questionário, solicitamos que assinale com uma **crux (X)** ou um **círculo (O)** a resposta que julgar mais correta ou apropriada em relação a cada uma das perguntas. Note que **não existem respostas certas ou erradas** e a **informação** fornecida é **estritamente confidencial e anónima**. Os **dados recolhidos** serão utilizados **unicamente** para **fins estatísticos** e **apresentados de forma agregada**. O sucesso deste estudo depende muito da sua colaboração, que desde já agradecemos.

Solicitamos-lhe alguma informação para efetuarmos uma caracterização do perfil dos respondentes:

Idade: _____ anos Sexo: Masculino Feminino Código Postal de residência: _____

Habilitações Literárias (completa):

Sem habilitações 9º ano Licenciatura Doutoramento
1º ciclo/4ª classe 12º ano/Secundário Mestrado
6º ano Bacharelato Pós-graduação

Fez análises: Por prescrição médica Por iniciativa particular

Qual o seu regime de convenção médica?

ARS – Serviço Nacional de Saúde ADSE MEDIS SAD GNR SS CGD
IASFA ADM (militares) MULTICARE SAD PSP Não tenho
PT ACS SAMS Outro

I. TENDO EM CONTA AS SUAS OPINIÕES E PERCEÇÕES, INDIQUE O GRAU DE CONCORDÂNCIA/DISCORDÂNCIA RELATIVAMENTE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES RELATIVAS AO LACEC – LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ELISABETE CAVADAS

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.	Eu sinto que posso confiar completamente no LACEC	1	2	3	4	5
2.	O LACEC quando assume compromissos eu sei que cumpre	1	2	3	4	5
3.	O LACEC é verdadeiro e honesto comigo	1	2	3	4	5
4.	Eu sinto que o LACEC me trata de forma correta e justa	1	2	3	4	5
5.	Eu sinto que posso contar com o LACEC sempre que precisar	1	2	3	4	5
6.	Para mim, neste momento, seria muito difícil mudar de Laboratório de Análises mesmo que quisesse	1	2	3	4	5
7.	A minha vida seria prejudicada se eu mudasse de Laboratório de Análises	1	2	3	4	5
8.	Neste momento, para mim, seria muito dispendioso mudar de Laboratório de Análises	1	2	3	4	5
9.	Não recorro a outros Laboratórios de Análises por serem mais distantes	1	2	3	4	5
10.	Eu sinto-me obrigado em continuar a recorrer aos serviços do LACEC	1	2	3	4	5
11.	Se tivesse uma melhor oferta de outro Laboratório de Análises não acharia correto deixar de recorrer aos serviços do LACEC	1	2	3	4	5
12.	Eu sinto obrigação moral em trabalhar com o LACEC	1	2	3	4	5
13.	Eu, actualmente, não deixaria de ser cliente do LACEC, porque sinto uma obrigação moral com as pessoas que nele trabalham	1	2	3	4	5
14.	Eu sinto que posso confiar no LACEC	1	2	3	4	5

Figura 6 - Inquérito

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
15. Eu identifico-me com a forma de trabalhar do LACEC	1	2	3	4	5
16. Eu sinto-me emocionalmente ligado(a) às pessoas que trabalham no LACEC	1	2	3	4	5
17. Eu estou satisfeito(a) por ter escolhido este Laboratório de Análises	1	2	3	4	5
18. No futuro, se necessitar de fazer Análises Clínicas, eu voltarei a escolher novamente o LACEC	1	2	3	4	5
19. Eu penso que tomei a decisão certa ao escolher o LACEC	1	2	3	4	5
20. O LACEC tem-me proporcionado uma boa experiência	1	2	3	4	5
21. Na minha opinião, o LACEC presta um bom serviço de Análises Clínicas	1	2	3	4	5
22. Estou satisfeito com os serviços prestados anteriormente pelo LACEC	1	2	3	4	5
23. Eu sou um cliente leal ao LACEC	1	2	3	4	5
24. Eu tenho um bom relacionamento com o LACEC	1	2	3	4	5
25. Dificilmente considero mudar para outro Laboratório de Análises	1	2	3	4	5
26. Eu considero o LACEC a melhor escolha para serviços de análises clínicas	1	2	3	4	5
27. Eu tenho coisas boas a dizer sobre o LACEC	1	2	3	4	5
28. Eu tenho dito coisas positivas sobre o LACEC a outras pessoas	1	2	3	4	5
29. Eu vou recomendar aos meus amigos que recorram aos serviços do LACEC	1	2	3	4	5

II. COM QUE FREQUÊNCIA TEM AS SEGUINTE EMOÇÕES/SENTIMENTOS QUANDO RECORRE AO LACEC?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Alegria - alegre, feliz, positivo(a), acolhedor(a)	1	2	3	4	5
2. Excitação – animado(a), emocionado(a), entusiasmado(a)	1	2	3	4	5
3. Tranquilidade – confortado(a), relaxado(a), em paz	1	2	3	4	5
4. Renovação – revigorado(a), arrojado(a)	1	2	3	4	5
5. Fúria - furioso(a), irritado(a)	1	2	3	4	5
6. Angústia – frustrado (a), dececionado(a), chateado(a), desanimado(a)	1	2	3	4	5
7. Desgosto – desgostoso(a), descontente, desagradado(a)	1	2	3	4	5
8. Medo – assustado(a), em pânico, inseguro(a), tenso(a)	1	2	3	4	5
9. Vergonha – envergonhado(a), embaraçado(a), humilhado(a)	1	2	3	4	5

III. QUEM MAIS O(A) INFLUENCIA NA ESCOLHA DE UM SERVIÇO/LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Médico(a)	1	2	3	4	5
2. Enfermeiro(a)	1	2	3	4	5
3. Pessoal administrativo (Centro Saúde, Hospital, Policlínicas, etc.)	1	2	3	4	5
4. Colegas (trabalho/escola)	1	2	3	4	5
5. Familiares	1	2	3	4	5
6. Amigos	1	2	3	4	5
7. Publicidade	1	2	3	4	5

Muito Obrigado pela Sua Colaboração!

Figura 6 – Inquérito (cont.)