

QUALIDADE, SATISFAÇÃO E DOR: ESTUDO DO COMPORTAMENTO DO  
CONSUMIDOR FACE AOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nuno Filipe Reis da Silva Carvalho Ribeiro

Dissertação de Mestrado

em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Francisco Nunes, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,

Departamento de Gestão

Novembro 2010

## **Agradecimentos**

Agradeço ao orientador desta tese, o Professor Francisco Nunes, por todo o apoio prestado.

Agradeço a todos os participantes que dispensaram cinco minutos do seu tempo ao preenchimento do questionário e que com isso contribuíram para uma reflexão sobre a relação dos serviços de saúde com os seus consumidores

Agradeço à família e aos amigos toda a preocupação e disponibilidade demonstradas durante este último ano.

Para a Kate, que foi incansável...

***The important thing is not to stop questioning; curiosity has its own reason for existing. One cannot help but be in awe when contemplating the mysteries of eternity, of life, of the marvelous structure of reality. It is enough if one tries merely to comprehend a little of the mystery every day. The important thing is not to stop questioning; never lose a holy curiosity.***

Einstein, Albert (1955), LIFE magazine, 2 de Maio

## **Resumo**

Os estudos do comportamento do consumidor assentam em três variáveis-chave: a qualidade percebida, a satisfação e a lealdade. A qualidade percebida é definida como um julgamento global de um serviço e deve ser entendida como uma atitude. A satisfação é o resultado de uma avaliação pós-consumo, que contém elementos cognitivos e afectivos, e que de acordo com a teoria equitativa, resulta de uma percepção dos benefícios face aos custos. A lealdade pode ser entendida como uma forte intenção de comportamento de recompra ou de referenciar bem um serviço.

Existem muitos modelos na literatura que estabelecem as relações entre a qualidade percebida, a satisfação e a lealdade, mas poucos tomam em conta o papel que os custos têm nessas relações. O consumo de serviços tem diversos custos associados, contudo existe um em particular, que é específico do sector da saúde: a dor.

Existem diversos procedimentos nos serviços de saúde que induzem dor no consumidor. Essa dor que está associada ao consumo do serviço é parte integrante do processo de avaliação que um indivíduo faz do serviço de saúde.

Os resultados obtidos indicam que a qualidade percebida tem um efeito positivo na satisfação enquanto a dor tem um efeito negativo na satisfação. O efeito da qualidade e da dor é mais forte que o efeito da satisfação, na lealdade. Isso sugere que as organizações de saúde devem gerir tanto a qualidade percebida como a dor para manter os consumidores satisfeitos e leais.

**Palavras-chave:** Qualidade Percebida; Satisfação; Lealdade; Cuidados de Saúde.

**Classificação JEL:** C51, M31,

## **Abstract**

The studies of consumer behavior reside in three key constructs: perceived quality, satisfaction and loyalty. Perceived quality is defined as a consumer's appraisal of a product's overall excellence, similar to an attitude. Satisfaction is the result of a post-consume evaluation, with both cognitive and affective elements, which according to equity theory, results from the perception of benefits versus costs. Loyalty can be defined as a strong behavioral intention to buy or to provide word of mouth of a service.

In literature, a profusion of models establishes the different effects between perceived quality, satisfaction and loyalty. However, not many consider the role that costs have in those relations when there are several costs associated to consume of services. Nevertheless, there is one that is very specific to health care services, which is pain.

Many medical procedures generate pain in the consumer. That pain will be part of the consumer's assessment of that health care service.

The results of this study suggest that perceived quality affects positively satisfaction while pain negatively affects satisfaction. Both perceived quality and pain have a stronger effect on loyalty than satisfaction. This suggests that health care services should manage both perceived quality and pain to keep customers satisfied and loyal.

**Key Words:** Perceived Quality; Satisfaction; Loyalty; Health care services.

**JEL Classification:** C51, I11, M31.

## Índice

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introdução .....                                                          | 1  |
| 1.1. Qualidade Percebida .....                                               | 5  |
| 1.2. Distinção entre Qualidade Percebida e Satisfação .....                  | 9  |
| 1.3. Evolução do conceito da satisfação .....                                | 11 |
| 1.4. Relação causal entre qualidade percebida e satisfação .....             | 15 |
| 1.5. Consequências gerais da Satisfação .....                                | 16 |
| 1.6. Consequências da satisfação em termos de resultados do consumidor ..... | 18 |
| 1.7. Atitudes, Resposta Emocional e Intenções .....                          | 20 |
| 1.8. Perspectiva adoptada e hipóteses em estudo .....                        | 23 |
| 2. Metodologia .....                                                         | 27 |
| 2.1. Participantes .....                                                     | 27 |
| 2.2. Contexto .....                                                          | 30 |
| 2.3. Medidas .....                                                           | 33 |
| 2.4. Métodos Estatísticos .....                                              | 38 |
| 3. Resultados .....                                                          | 40 |
| 3.1. Estatística Descritiva .....                                            | 40 |
| 3.2. Testes de hipóteses .....                                               | 41 |
| 4. Discussão .....                                                           | 49 |
| 4.1. Implicações Teóricas .....                                              | 49 |
| 4.2. Implicações Metodológicas .....                                         | 52 |
| 4.3. Implicações da Aplicabilidade .....                                     | 53 |
| 4.4. Limitações e Estudos Futuros .....                                      | 54 |
| 5. Referências Bibliográficas .....                                          | 55 |
| Anexo I .....                                                                | 59 |

## Índice de Ilustrações

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| ILUSTRAÇÃO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO.....                      | 27 |
| ILUSTRAÇÃO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS IDADES.....                    | 28 |
| ILUSTRAÇÃO 3 - TIPO DE SISTEMA DE SAÚDE DOS PARTICIPANTES..... | 29 |
| ILUSTRAÇÃO 4 - MODELO DE COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR.....      | 49 |

## Índice de Tabelas

|                                                                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 1 – GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES.....                                                                                               | 28 |
| TABELA 2 – NÚMERO DE PARTICIPANTES QUE FAZEM MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA .....                                                                         | 29 |
| TABELA 3 - ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO.....                                                                                                            | 35 |
| TABELA 4 - VALORES DE ALFA DE CRONBACH.....                                                                                                          | 36 |
| TABELA 5 - PESOS FACTORIAIS DE CADA ITEM NOS CINCO FACTORES RETIDOS.....                                                                             | 37 |
| TABELA 6 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA, CORRELAÇÕES E CRONBACH PARA AS VARIÁVEIS EM ESTUDO ....                                                           | 40 |
| TABELA 7 – COEFICIENTES, ESTATÍSTICAS DE TESTE E VALOR P PARA A REGRESSÃO LINEAR DA QUALIDADE .....                                                  | 42 |
| TABELA 8 - COEFICIENTES E ESTATÍSTICAS DE TESTE PARA A REGRESSÃO LINEAR SATISFAÇÃO.....                                                              | 43 |
| TABELA 9 - REGRESSÃO LINEAR DA SATISFAÇÃO: VALORES DE B, T E VALOR P .....                                                                           | 43 |
| TABELA 10 – COEFICIENTES, ESTATÍSTICAS DE TESTE E VALOR P PARA A REGRESSÃO LINEAR DA LEALDADE .....                                                  | 44 |
| TABELA 11 - REGRESSÃO LINEAR LEALDADE: VALORES DE B, T, VALOR P E VIF .....                                                                          | 45 |
| TABELA 12 – COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA DOS PARTICIPANTES QUE FAZEM MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA COM OS QUE NÃO FAZEM MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA..... | 46 |
| TABELA 13 – COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA POR GÊNERO.....                                                                                           | 47 |

## **Sumário Executivo**

Esta dissertação reflecte sobre o tema do comportamento do consumidor no contexto específico da saúde. O sector da saúde em Portugal vive dias atribulados: a concorrência entre os grandes grupos de saúde e os pequenos prestadores privados; a elevada dependência de convenções com o Estado; os cortes nas tabelas de comparticipações; as existências de barreiras de mercado que não são universais; os índices de produtividade estagnados; as fusões, as aquisições, as falências. Tudo isto são problemas actuais, mas sê-lo-ão ainda mais no futuro.

O consumidor tipo está a ficar mais consciente do que quer quando se dirige a um serviço de saúde. Apesar da assimetria de informação que existe no sector da saúde, o consumidor está cada vez mais informado e preparado para avaliar a qualidade do serviço que lhe é prestado.

É essa avaliação que muitas organizações de saúde ainda temem. Porquê? Porque sabem que não prestam um serviço de qualidade. Para prestar um serviço de qualidade é necessário conhecer e entender o consumidor. Mas nem sempre as organizações se importam com isso.

Assim, para uma organização, apostar na qualidade pode ser uma forma de uma se posicionar de modo eficaz no mercado, mas também de garantir uma carteira de clientes fiéis.

Contudo, a qualidade não é a única variável explicativa do comportamento do consumidor. Podem-se adicionar inúmeras variáveis explicativas até o modelo perder a sua parcimónia. Mas o que verdadeiramente interessa é identificar as variáveis-chave e quantificar o seu impacto, tanto na satisfação como na lealdade do consumidor. Desse ponto de vista, este estudo suscita novas questões sobre o verdadeiro impacto da satisfação na lealdade do consumidor, em termos de serviços de saúde.

Esta dissertação não apresenta nenhuma ideia revolucionária, proporciona somente uma base teórica fundamentada e um modelo simples, mas interessante, que com certeza se enquadra em diversos tipos de serviços de saúde, e que pode trazer novas orientações para a relação dos serviços com o consumidor.



## 1. Introdução

É objectivo desta dissertação estudar o ramo da saúde em Portugal, em particular o sector das análises clínicas, procedendo à identificação e análise dos antecedentes da satisfação para os consumidores deste serviço.

O sector da saúde em Portugal tem sofrido diversas alterações nos últimos anos: o envelhecimento da população, o crescimento do número de prestadores privados, a adopção de seguros privados, os custos crescentes e a demanda pela saúde de proximidade; são apenas alguns dos temas que fazem parte do sector. Nesse sentido, importa investigar e perceber a relação que o consumidor tem com os serviços de saúde.

Ao longo dos séculos, as sociedades ocidentais foram passando de economias baseadas na agricultura, para economias industriais, até que no último século, o sector dos serviços se tornou no grande motor da maioria destas economias. Assim, associado ao crescimento geral da indústria dos serviços, e em particular dos serviços de saúde, emergiu a partir da década de 80, um dos maiores problemas da gestão: a qualidade do serviço.

A teoria económica enuncia que uma empresa que consiga operar com custos mais baixos ou providenciar um produto de qualidade superior tem condições para superar as empresas suas concorrentes a não ser que estas tenham capacidade para aprender com a empresa melhor sucedida (Roth e Jackson, 1995). Logo, para se ser competitivo no mercado global não basta ser eficiente ou produtivo, é necessário apostar também na qualidade da produção (Fornell, 1992).

O problema é que nas últimas décadas tem-se registado um dilema entre a adopção de medidas de produtividade ou de qualidade. Apesar das perdas que podem surgir com a adopção simultânea da produtividade e da qualidade, ambas são orientações necessárias, especialmente em serviços com uma grande componente laboral, como é o caso da saúde. Para Marinova, Ye e Singh (2008) as empresas de serviços têm o imperativo de perseguir tanto a produtividade como a qualidade, como estratégias empresariais, assumindo que só assim serão bem sucedidas.

Para Murfin, Schlegelmilch e Diamantopoulos (1995) a maioria dos países têm procurado aumentar a escolha dos pacientes ao mesmo tempo que aumentam a eficiência dos cuidados de saúde prestados; as organizações de saúde têm aumentado o enfoque no desenvolvimento de medidas capazes de captar o resultado do cuidado prestado e da qualidade; e, têm-se medido a satisfação dos pacientes face a uma panóplia de assuntos, desde a avaliação de prescrições até à capacidade de comunicação dos médicos.

A ideia de que também a saúde tem procurado a produtividade sem descurar a qualidade é confirmada por Marinova *et al* (2008) *“For years, the industry focused on quality without regard for productivity; now, the market is demanding that it increases productivity without sacrificing quality. Health care providers, regulators, and insurance providers are publicizing report cards that evaluate and rank hospital on both cost (lower costs are associated with higher productivity) and quality criteria”*.

A ideia de que se deve apostar na qualidade da produção torna-se especialmente relevante numa altura em que a maioria dos países industrializados não têm tido grandes aumentos de produtividade nos últimos anos, nem esperam vir a ter no futuro. Posto isto, seria de esperar que para compensar a incapacidade de produzir mais, estes se concentrassem em produzir melhor ou na qualidade do que produzem, até porque a qualidade quando é reconhecida pelo consumidor reflecte-se na sua satisfação (Fornell, 1992).

Assim, a partir do momento em que proporcionar um serviço de elevada qualidade passou a fazer parte da estratégia de muitas empresas, como forma de se posicionarem de modo mais efectivo no mercado face aos seus concorrentes, tornou-se especialmente importante medir a qualidade do serviço prestado (Cronin e Taylor, 1992).

No entanto, a qualidade de um bem material é mais facilmente mensurável e objectivada do que a qualidade de um serviço. Isto deve-se ao facto de que a produção de serviços e a produção bens materiais não ser propriamente igual. Segundo Friedman e Churchill (1987) os serviços podem ser definidos segundo três características: intangibilidade, interacção directa entre cliente e prestador e participação do consumidor no processo de produção. Também Murfin *et al* (1995) referem haver pelo menos três características

que distinguem de imediato os serviços dos produtos: não são tangíveis, não são homogêneos e a sua fase de produção não se pode separar da sua fase de consumo.

Devido a essas características, Friedman e Churchill (1987) constataram que existia alguma controvérsia sobre o comportamento dos consumidores ser o mesmo, quer estejam a adquirir um produto físico ou não físico. Os serviços não sendo tangíveis são mais difíceis de avaliar do que os bens de consumo. Esta visão é partilhada pelos consumidores que têm maior dificuldade em medir a qualidade dos serviços aos quais recorrem (Peyrot, Cooper e Schnapf, 1993).

É difícil para o consumidor fazer uma avaliação objectiva da qualidade do serviço porque: o serviço não é em grande medida tangível, logo, é difícil definir critérios para a sua qualidade; além disso, a produção não está dissociada do consumo como nos bens materiais, nos serviços o consumidor é parte integrante do processo de produção – esta característica é particularmente marcante área da saúde - (Murfin *et al*, 1995).

A qualidade do serviço e a satisfação do cliente enquanto estratégia pode ser vista em dois níveis distintos: macro e microeconómico. A nível macroeconómico, altos níveis de qualidade tendem a conduzir a uma maior retenção dos consumidores, o que acaba por se traduzir em maiores lucros. A nível microeconómico, tradicionalmente enveredase por adquirir consumidores em vez de os procurar. Os esforços de crescimento de uma organização passam normalmente por conquistar quota de mercado aos seus competidores, sendo as organizações menos protegidas as primeiras a serem sacrificadas.

Deste ponto de vista, pode-se encarar dois tipos de estratégias de negócios: as ofensivas, com a angariação de novos consumidores, quer pela captura de quota de mercado, quer pelo aumento do mercado; e as estratégias defensivas, que visam conservar os que já são clientes, ora recorrendo a barreiras que dificultem ao consumidor a mudança de prestador de serviço, ora tomando providências que conduzam ao aumento da satisfação do consumidor (Fornell, 1992).

Conquistar quota de mercado é uma estratégia ofensiva, promover a satisfação do consumidor, por via da oferta de serviços de qualidade, é uma estratégia defensiva. Os custos destas estratégias tendem a ser diferentes. Por norma, as estratégias ofensivas tendem a ser mais dispendiosas dos que as defensivas. Por um simples motivo, é

necessário despender mais recursos para promover a mudança do que para manter tudo como está.

A estratégia defensiva tem duas vantagens: reduz a perda de clientes, por via do aumento da satisfação dos clientes, e torna as estratégias ofensivas das empresas concorrentes mais custosas. Não é linear qual a metodologia defensiva mais vantajosa, se aumentar a satisfação ou introduzir barreiras à mudança, mas existem pelo menos dois problemas que emergem com a introdução de barreiras. As barreiras podem tornar mais difícil a coordenação com as estratégias ofensivas, sendo um entrave à aquisição de novos consumidores e tornando as vendas mais difíceis, o que não se verifica com o aumento da satisfação; e também porque essas possíveis barreiras podem ser eliminadas por intervenção externa, revelando-se ineficientes (Fornell, 1992).

É importante não esquecer que o julgamento final da qualidade depende do consumidor e não do produtor, desta forma, as melhorias de qualidade que não possam ser reconhecidas pelo consumidor são investimentos questionáveis que podem não ter efeito real na mudança da satisfação dos clientes. Como as mudanças na satisfação dos clientes são consequências, tanto de decisões passadas, como da predição da performance futura, é importante monitorizar de forma regular esses valores (Fornell, 1992). Assim, após vários anos em que o enfoque das empresas foi a qualidade dos seus serviços, a gestão da satisfação do consumidor emerge como um imperativo estratégico para a maioria das organizações (Luo e Homburg, 2007).

Os estudos da teoria do consumidor não se esgotaram nesses argumentos. Com a descoberta de que consumidores leais não são necessariamente consumidores satisfeitos, mas que consumidores satisfeitos tendem a ser leais, tanto a comunidade académica como as empresas começaram a analisar em que medida os seus consumidores eram ou não leais, e a medir as consequências práticas desse comportamento (Fornell, 1992). Foi assim que começaram a surgir os estudos que além da qualidade e da satisfação investigavam os resultados gerados por ter consumidores satisfeitos (Luo e Homburg, 2007).

Em suma, o tema da qualidade e da satisfação do consumidor suscita interesse desde há mais de quatro décadas. A literatura científica é vasta e remete tanto para os antecedentes, como para os precedentes da satisfação. Durante esse período, surgiram

diversas teorias e modelos. Dado que o impacto da qualidade, da satisfação e da lealdade não é igual em todas as indústrias, é importante o seu estudo no contexto específico da saúde.

### **1.1. Qualidade Percebida**

Tsiotsou (2006) afirma que existem duas formas de qualidade: a qualidade objectiva e a qualidade percebida. A qualidade objectiva refere-se à superioridade técnica ou excelência do produto e pode ser medida recorrendo a padrões bem definidos. A qualidade percebida refere-se à apreciação global que o consumidor faz da excelência ou superioridade do produto.

Mas será que a qualidade objectiva o é realmente? Em que medida é que aquilo que o produtor define como qualidade deve ser tido mais em conta do que aquilo que o consumidor entende por qualidade? É certo que o prestador conhece melhor as especificidades técnicas do seu produto, porque é ele que as define. Contudo, isso nem sempre garante que as especificações adoptadas sejam as que melhor servem os consumidores.

Darsono e Junaedi (2006) consideram que não existe qualidade objectiva dado que toda a avaliação da qualidade se faz de um modo subjectivo. Para estes autores, o que distingue a qualidade técnica da percebida é a perspectiva adoptada. A qualidade dita objectiva pode observar melhor certas qualidades que podem ser ou não valorizadas/identificadas pelos clientes, mas que são pelo produtor, enquanto que, a qualidade percebida capta melhor o efeito que o serviço tem no seu consumidor.

Cronin e Taylor (1992), e a maioria dos autores que lhes seguiram, entendem a qualidade percebida de um serviço como um julgamento global, uma forma de atitude, e que por isso deve ser conceptualizada como tal. Mas a dificuldade de definir o conceito de qualidade percebida de um serviço é evidente para Brady e Cronin (2001): *“Perceived service quality has proved to be a difficult concept (Parasuman, Zeithaml, and Berry, 1985; Smith, 1999), and research relative to the construct is still considered*

*“unresolved” (Caruana, Ewing, and Ramaseshan, 2000) and “far from conclusive” (Athanasopoulos, 2000)”*.

Apesar da falta de unanimidade na forma de pensar a qualidade percebida, a literatura está repleta de diferentes abordagens que produziram inúmeros instrumentos para a avaliar (Fornell, 1992). O carácter exploratório desses estudos possibilitou que os instrumentos de medida construídos para a qualidade percebida servissem para definir esse conceito. Mas também, à medida que o conceito de qualidade percebida se tornou mais objectivo e consensual, os instrumentos de medida também melhoraram.

Parte da dificuldade que existe em definir o que é a qualidade percebida advém da sua natureza multidimensional. Segundo Brady e Cronin (2001) e Liu (2005), existe na literatura um consenso de que a qualidade percebida tem uma natureza multidimensional, contudo, o número, o conteúdo e a importância de cada uma dessas dimensões, permanecem uma área de debate.

Brady e Cronin (2001) enquadram os estudos sobre o tema da qualidade percebida dos serviços em duas correntes quanto à perspectiva com que encaram a qualidade global do serviço: a perspectiva nórdica, de Grönroos, e a perspectiva americana, iniciada por Parasuraman, Zeithaml e Berry. A perspectiva nórdica encara a qualidade do serviço em termos de qualidade técnica e funcional. A perspectiva americana assenta em certas dimensões que foram identificadas como características do processo que é a utilização de um serviço. É esta última que tem dominado a literatura na última década (Brady e Cronin, 2001; Liu, 2005).

A escola nórdica está ligada aos estudos de Grönroos e enquadra a qualidade percebida de um serviço segundo o paradigma da não confirmação das expectativas: o serviço esperado e o serviço percebido. Na qualidade do serviço, este autor, identifica duas dimensões: a dimensão funcional representa o modo como o serviço é prestado, a percepção que o consumidor teve da interacção que se deu durante o consumo do serviço; e a dimensão técnica que reflecte os resultados do serviço ou o que o consumidor recebe nesse encontro (Murfin *et al*, 1995; Brady e Cronin, 2001).

A dimensão técnica compreende soluções técnicas, conhecimento, sistemas automatizados e computadorizados. A dimensão funcional engloba a acessibilidade, aparência, contacto com o cliente, relações internas do serviço, bem como, atitudes e

comportamento dos seus trabalhadores. A imagem da organização surge no modelo de Grönroos como uma variável que intervém entre as dimensões técnica e funcional, e a qualidade percebida. Ou seja, a qualidade percebida de um serviço depende da sua funcionalidade e da sua dimensão técnica, mas é influenciada pela imagem do serviço. A dimensão funcional é mais importante que a dimensão técnica, se esta última mantiver um nível razoável, a dimensão funcional pode até compensar problemas temporários que surjam com a qualidade técnica (Murfin *et al*, 1995).

Os seguidores da corrente dita americana, reconhecem que existem discrepâncias entre as percepções da qualidade de serviço pelos clientes e as tarefas associadas à prestação do serviço aos consumidores. Estas discrepâncias podem ser geridas para que o serviço prestado possa ser considerado como de elevada qualidade. Uma dessas discrepâncias é entre a qualidade do serviço prestado e a qualidade percebida pelo consumidor.

A experiência de consumo inclui a percepção do serviço recebido e as consequências do mesmo, através de um processo de experimentação, selecção e interpretação da informação disponível, de um modo que faça sentido para o indivíduo – dentro deste processo o indivíduo foca-se mais nos elementos que têm mais significado para si. Quando estão perante várias situações de ganho, os indivíduos têm tendência a segregá-las, daí resulta uma maior mudança percebida do serviço como um todo. Na situação oposta, os indivíduos que experimentam últimas situações de perda, tendem utilizar uma atitude integrativa, o que conseqüentemente leva a que seja menor a mudança percebida no valor total do serviço (Gudergan e Ellis, 2007).

Segundo Brady e Cronin (2001), os estudos da qualidade percebida de Parasuraman, Berry e Zeithaml para vários tipos de serviços permitiram-lhes identificar dez dimensões da qualidade percebida: confiança, grau de resposta, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, conhecimento do cliente e elementos tangíveis. Foram na altura criticados pela inadequação dos instrumentos de medida, pelo que os mesmos autores foram mais além e desenvolveram, com base nos seus estudos, mas também nos de outros autores como Grönroos, uma escala múltipla para medir a qualidade do serviço que se difundiu rapidamente, o ServQual.

O ServQual é um instrumento de medida da qualidade percebida do serviço que tem por base vinte e duas questões. A análise dessas questões visa identificar cinco dimensões da qualidade.

Os elementos tangíveis dizem respeito às instalações físicas, ao equipamento e à aparência do pessoal. A fiabilidade remete para a capacidade de uma organização providenciar o serviço prometido. A confiança refere-se aos conhecimentos e cortesia dos empregados e a sua capacidade para transmitir ao cliente que será atendido com competência. A capacidade de resposta é a vontade de ajudar o consumidor e providenciar-lhe o serviço publicitado. A empatia diz respeito ao cuidado e atenção individual que a empresa presta aos clientes, é a capacidade de sentir as necessidades dos clientes. De entre estas características, a fiabilidade provou ser a de maior importância do ponto de vista do consumidor, independentemente do serviço estudado.

Cronin e Taylor (1992) sugeriram uma modificação ao ServQual, romperam com o paradigma das expectativas do serviço e produziram um novo instrumento, também amplamente difundido, que mede a qualidade percebida do serviço numa óptica de performance e que provou ser estatisticamente superior ao ServQual na medição da qualidade percebida.

A maioria da investigação que se seguiu a estes autores fez-se muitas vezes adoptando os questionários produzidos por Cronin e Taylor (1992) ou Parasuraman *et al* (1988), reformulando, adicionando ou suprimindo algumas questões.

Resumindo, a qualidade percebida é um julgamento global de um serviço e deve ser entendida como uma atitude. A sua natureza multidimensional faz com que possam existir várias formas de abordar este conceito e inúmeras maneiras de o avaliar, daí a facilidade com que se pode encontrar instrumentos para medir diversas abordagens ligeiramente diferentes do conceito de qualidade.

A maioria dos estudos sobre a qualidade percebida é de carácter empírico e, por isso, sempre se debruçaram mais sobre o estudo das relações entre a qualidade, a satisfação e a lealdade, do que em lançar um debate de fundo sobre o que motiva a forma como as relações se estabelecem. Isso acabou também por contribuir para a confusão que se instalou durante muitos anos entre os conceitos da qualidade e da satisfação, que serão abordados de seguida.



## 1.2. Distinção entre Qualidade Percebida e Satisfação

Os conceitos da qualidade percebida e satisfação andaram sempre associados e durante os últimos trinta anos, ambos sofreram inúmeras alterações. Isso fez com que a convivência entre os dois conceitos nem sempre tenha sido pacífica. De acordo com Bahia, Paulin e Perrien (2002), houve autores que chegaram a expressar dúvidas quanto à validade destes dois conceitos, apesar de reconhecerem que são conceitualmente diferentes. Outros porém, sugeriram que ambos representavam a mesma coisa.

Esta indefinição surge porque o paradigma da não confirmação das expectativas foi sucessivamente utilizado na conceptualização tanto da qualidade como da satisfação. Além disso, muitos autores ignoraram a ideia, agora estabelecida, de que a qualidade é uma forma de atitude, um julgamento, enquanto a satisfação não o é. Isso conduziu a que muitas vezes se formulassem definições muito similares para estes dois conceitos.

Cronin e Taylor (1992) constatarem desta forma a diferença entre os conceitos de qualidade percebida e da satisfação: *“Perceived service quality has been described as a form of attitude, related but not equivalent to satisfaction that results from the comparison of expectation with performance (Bolt and Drew, 1991; Parasuraman, Zeithaml, e Berry, 1988). A close examination of this definition suggests ambiguity between the definition and the conceptualization of service quality. Though researchers admit that the current measurement of consumers’ perceptions of service quality closely to the disconfirmation paradigm (Bitner 1990; Bolton and Drew 1991; Parasuraman, Zeithaml, and Berry 1988). The most common explanation of the difference between the two is that perceived quality is a form of attitude, a long-run overall evaluation, whereas satisfaction is a transaction-specific measure (Bitner 1990; Bolton and Drew 1991; Parasuraman, Zeithaml, and Berry 1988).”*

Para Bahia *et al* (2002), uma forma de distinguir estes dois conceitos é através dos seus determinantes. Apesar do paradigma da não confirmação das expectativas ser o mais comumente utilizado, existem outros que nos permitem distinguir facilmente os dois conceitos. Mesmo utilizando o paradigma da não confirmação das expectativas nos dois conceitos, Parasuraman *et al* (1985), distinguem a forma como as expectativas devem ser encaradas. Na qualidade percebida, as expectativas devem ser entendidas como o

que o que a empresa deve oferecer ou o que o cliente deve esperar. Na satisfação, as expectativas devem estar mais relacionadas com o desempenho do momento específico da transacção ou o que o cliente pode esperar do serviço.

Outro autor, Oliver (1993), define a satisfação como sendo uma realização que proporciona prazer; o consumidor sente uma sensação de realização de uma necessidade, desejo ou objectivo, e que é essa realização que proporciona a sensação de prazer. Como a dimensão afectiva é muito característica da satisfação, este pode ser o elemento-chave para a sua distinção da qualidade percebida.

Também Anderson e Sullivan (1993) estabelecem uma diferença entre a qualidade e a satisfação ao sugerirem que a satisfação do consumidor é uma experiência pós-consumo que compara a qualidade percebida com a esperada, enquanto a qualidade percebida se refere à avaliação global do serviço prestado.

Existe ainda a possibilidade de recorrer à dimensão temporal para se fazer a distinção entre qualidade percebida e satisfação. A ideia predominante é a de que a qualidade percebida tende a ser estável ao longo do tempo, enquanto que a satisfação é uma resposta que pode ser ligada a uma transacção específica. Para Parasuraman *et al* (1988) *“Perceived service quality is a global judgement, or attitude, relating to the superiority of the service, whereas satisfaction is related to a specific transaction”*. A propósito disso, Bahia *et al* (2002) referem que a confusão entre conceitos pode ser justificada pelo factor tempo; a dimensão afectiva da satisfação diminui ao longo do tempo o que a torna idêntica a uma atitude global e similar à qualidade percebida.

Segundo Rust e Oliver (1994) e Bou-Llusar, Camisón-Zornoza e Escrig-Tena (2001), há pelo menos dois aspectos que distinguem a qualidade percebida da satisfação do consumidor. O primeiro, é que a qualidade percebida é um conceito mais específico do que a satisfação global, que se baseia no produto/serviço, enquanto a satisfação resulta de outras dimensões relacionadas ou não com a qualidade. O segundo, é que a organização tem maior controlo sobre os atributos que conduzem à qualidade percebida, do que sobre os que conduzem à satisfação.

### 1.3. Evolução do conceito da satisfação

Conforme foi referido, tanto a qualidade percebida como a satisfação foram alvo de inúmeros estudos, por isso, é normal que ao longo dos anos tenham surgido diversas teorias sobre a formação da satisfação.

Para Bahia *et al* (2002), o estudo da satisfação inicia-se em 1977, com Hunt e a sua teoria cognitiva, que 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.

A teoria afectiva surge mais tarde com os estudos de Oliver, que 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 (Bahia *et al*, 2002). De acordo com o modelo afectivo, o indivíduo avalia o serviço não só pelos atributos racionais mas também por elementos subjectivos como sentimentos e aspirações, ou seja, a satisfação é o resultado de uma avaliação pós-consumo, que contém elementos cognitivos e afectivos (Oliver, 1999).

De acordo com Bahia *et al* (2002), o paradigma da não confirmação das expectativas surge associado ao conceito de satisfação por via de Lietchty e Churchill (1979), Smith e Houston (1983) e outros, que definem a satisfação como sendo o grau em que as expectativas são confirmadas no momento em que o serviço é prestado. Este modelo é baseado na assumpção de que os consumidores têm expectativas pré-compra no que diz respeito aos serviços. Quando avaliam um serviço, essas expectativas tornam-se no padrão de comparação. Do julgamento da referida comparação resulta que o cliente estará satisfeito quando a sua avaliação excede as expectativas, insatisfeito quando a sua avaliação ficar aquém das expectativas.

Muitos estudos de comportamento do consumidor sugerem que da interacção das expectativas iniciais com a experiência subsequente conduzem a (in)satisfação. As expectativas do processo e do resultado dos cuidados médicos derivam de experiências

passadas, bem como de informações adquiridas tanto dos prestadores como dos não prestadores. Essas expectativas quando comparadas com a experiência actual, determinam o nível de satisfação (John, 1994).

Homburg, Koschate e Hoyer (2005) conjugam o paradigma da não confirmação das expectativas com a teoria afectiva. Enunciando que o consumidor retira a satisfação da comparação entre as suas expectativas e a qualidade percebida do produto/serviço. Desse processo cognitivo surge uma resposta afectiva que também contribui para a satisfação.

Segundo Bahia *et al* (2002), Oliver e DeSarbo (1988) sugerem que o consumidor fica satisfeito quando a relação entre o resultado obtido e os recursos dispendidos na aquisição de um serviço é percebida como justa e equitativa. Esta forma de pensar a satisfação é conhecida como a teoria equitativa.

A teoria equitativa sugere que uma transacção entre indivíduos acontece porque estes esperam vir a retirar dela valor. Nessa relação, as duas partes têm por objectivo atingir a equidade. Assim, um consumidor percebe que há perda de valor quando percebe que existe um desfasamento entre o valor elevado de sacrifício e um valor modesto de benefícios.

Desta forma, o termo valor deve ser entendido como a relação entre os benefícios obtidos (os resultados para o consumidor e a qualidade do processo) e os sacrifícios feitos pelo consumidor (todas as outras formas de custo de aquisição do serviço). Logo, a satisfação com determinado serviço está associado ao sacrifício que cada consumidor entende que tem de fazer para ter um determinado nível de qualidade (Gudergan e Ellis, 2007; Hu, Kandampull e Juwaheer (2009). Para Fornell (1992) os consumidores têm em conta tanto o preço como a qualidade, como forma de avaliar a performance final do produto/serviço.

Os consumidores desempenham um papel importante na co-criação de valor. A gestão das experiências de consumo positivas e a gestão da satisfação, representam um papel central numa organização que procura uma orientação para o cliente. Na decisão de voltar a utilizar um serviço, os consumidores provavelmente consideram se o serviço anteriormente prestado valia o custo despendido (Hu *et al*, 2009).

Voss *et al* (1998) verificaram que, apesar de menores gastos e maiores ganhos em saúde, os canadianos estão menos satisfeitos com os cuidados de saúde do que os americanos. Parece verosímil que os gastos substancialmente menores em saúde se repercutam menos na qualidade técnica e nos resultados médicos, mas mais nos aspectos que afectam a satisfação dos consumidores (elementos tangíveis ou tempos de espera para os consumidores). Nos EUA a principal barreira é o custo, no Canadá são os tempos de espera. Apesar desses tempos de espera elevados, só 3,5% dos canadianos é que acaba por não ter acesso a cuidados de saúde.

No sector da saúde, muitas vezes a vontade de pagar é baixa porque o cliente não compreende os serviços e em condições saudáveis não o valoriza, prefere diferir os custos até à altura em que fica doente e precisa de lhes recorrer. Além disso, em muitos casos existe o preconceito de que a saúde é gratuita e a prestação dos cuidados de saúde é um serviço que tem que estar à disposição do cliente, da população em geral. Não existe a noção de que esta tem custos elevados e que diferem conforme o estado do utente.

Para Weiner (2000) o modelo da atribuição sugere que os resultados da compra/utilização de um serviço podem ser construídos como sucessos ou falhas e isso conduz a inferências causais sobre o resultado. As atribuições desempenham um papel, intervêm e exercem a sua influência após o resultado do consumo de um produto e antes de uma nova compra. As atribuições emergem quando um indivíduo avalia a extensão da performance do produto face às aspirações iniciais, e se questiona sobre a causa desse resultado. Quando um resultado é frequentemente associado a causas estáveis, então o indivíduo tende a antecipar o mesmo resultado no futuro. Por oposição, quando o resultado é associado a causas temporárias ou instáveis, os resultados subsequentes permanecem incertos ou antecipa-se que possam diferir do passado recente.

Tsiotsou (2006) enuncia que os problemas em torno das diferentes correntes de abordagem da satisfação, ou seja, o paradigma da não confirmação das expectativas (Oliver, 1980), o modelo da performance percebida (Churchill e Suprenant, 1982), modelos de atribuição (Forlkes, 1984), modelos afectivos (Westbrook, 1987) e modelos equitativos (Oliver e DeSarbo, 1988), são de quatro tipos: a aplicação do modelo a diversas situações de consumo e produtos; a necessidade de diferentes instrumentos de medida para diferentes produtos/serviços; a própria definição de satisfação; a óptica

com que se encara a satisfação, se numa abordagem específica de cada transacção ou como uma abordagem cumulativa.

Relativamente à óptica com que se encara a satisfação, existem duas correntes: a satisfação pode ser encarada como específica de uma transacção ou a satisfação pode ser encarada como cumulativa. No primeiro caso, é o resultado da avaliação do consumidor numa situação particular, um episódio, um encontro. O segundo é quando se refere à avaliação de um serviço até uma determinada altura (Hamburg *et al*, 2005).

Homburg *et al* (2006) concluíram que a relação dos factores cognitivos e afectivos com a satisfação tem maior valor preditivo quando as experiências são consistentes. O que está de acordo com a ideia de que as atitudes mais recentes são menos estáveis e por isso menos preditivas do comportamento. Conforme o conhecimento e a experiência se acumulam, a relação entre estes dois conjuntos de factores e a satisfação fortalece-m-se. Quando um estímulo é novo e pouco familiar, os factores afectivos têm um papel mais crítico na construção dos julgamentos de satisfação, conforme a experiência se acumula o papel cognitivo torna-se mais proeminente. Os factores afectivos têm um papel mais importante quando os julgamentos são baseados em pouca informação ou informação nova, ou ainda quando a informação é inconsistente. Quando assim acontece, os clientes tendem a confiar em menor grau nos factores cognitivos, porque estes têm um valor preditivo inferior.

Concluindo, a satisfação pode emergir não só como uma resposta a uma experiência mas também a uma série prolongada de experiências. Para Homburg *et al* (2006) se os clientes tiverem experiências inconsistentes, então a avaliação que fazem do serviço vai estar menos cristalizada e menos estável. Então, num sentido de aumentar a satisfação e a lealdade, é necessário garantir que as experiências do cliente são positivas e consistentes, promovendo tanto a componente cognitiva como a afectiva. Esta última pode ser muito importante na fase inicial de uma empresa, quando se está a começar a estabelecer uma relação com o consumidor. Por isso, para novas relações e novos produtos, é preciso estar atento aos aspectos afectivos e geri-los adequadamente.

#### **1.4. Relação causal entre qualidade percebida e satisfação**

As teorias sobre o modo como as relações entre qualidade percebida e satisfação se estabelecem são bastante divergentes. Ora a qualidade percebida é tida como antecedente da satisfação, ora a qualidade precede a satisfação. Em menor escala, há alguns estudos que indicam haver uma reciprocidade nessa relação.

Conforme já foi referido, o conceito de satisfação do consumidor aparece definido segundo dois tipos de agregação. A satisfação transaccional é o julgamento de uma transacção específica, uma resposta emocional à não confirmação das expectativas acumuladas ao longo de várias experiências de consumo. Por outro lado, existe uma outra corrente de autores que referem que a satisfação deve ser encarada como um julgamento global, embora distinto da qualidade percebida (Bou-Llusa *et al*, 2001).

Bahia *et al* (2002) referem que os modelos não são necessariamente concorrentes e que provavelmente coexistem. Há várias características que podem ditar qual dos dois modelos é mais apropriado, como certos factores associados ao cliente, por exemplo, para os consumidores que tenham um carácter mais propenso à transacção então a satisfação terá um impacto positivo na qualidade percebida. Para os consumidores que valorizem mais a relação estabelecida do que uma transacção específica, a qualidade percebida deve influenciar a satisfação. Os factores também podem ter que ver com a frequência do serviço: serviços regulares tendem a ser melhor representados pelo modelo em que a qualidade antecede a satisfação.

A satisfação do consumidor é considerada um dos conceitos mais importantes e um dos maiores objectivos no marketing. Isso acontece porque a satisfação desempenha um papel central no comportamento de compra (Tsotsou, 2006). A satisfação é uma boa predição da lealdade e a força da relação entre os dois é fortemente influenciada pelas características do consumidor.

A satisfação que é baseada em múltiplas experiências deve ter um impacto mais forte nas variáveis resultado do que a satisfação de uma única experiência de consumo. Como os consumidores têm maior possibilidades de validar o seu julgamento em termos de satisfação, é expectável que esta seja maior quando se trata de satisfação cumulativa do

que quando esta é específica de uma transacção. Assim, é de esperar que a relação entre a satisfação e o preço a pagar seja superior quando a satisfação passa do nível transaccional para o nível cumulativo (Homburg *et al*, 2005).

### **1.5. Consequências gerais da Satisfação**

Conforme foi referido, houve uma evolução na forma de pensar a qualidade, a satisfação e as suas consequências. Oliver (1999) constatou que o paradigma se alterou e, tanto ele como outros autores, verificaram que investir apenas na satisfação dos clientes não era garantia suficiente de sucesso. Isto porque clientes com altos índices de satisfação (85-95%) não garantiam valores de lealdade efectiva acima dos 30 a 40%. Vários estudos expuseram o facto de que muitos consumidores que afirmavam estar satisfeitos com um serviço, acabariam por mudar para um competidor.

Parasuraman, Zeithman e Berry (1996) definem a lealdade como “*commitment and propensity to provide word of mouth*”. Para Oliver (1999) a lealdade é um compromisso forte com a recompra de um produto preferido nas acções futuras, promovendo a recompra da mesma marca apesar de influencias situacionais e de esforços de marketing para mudar de comportamento. Partindo destes dois conceitos surgiram diversos estudos empíricos que aprofundaram o tema e demonstram que os clientes satisfeitos têm comportamentos que vão de encontro aos interesses das empresas: maior lealdade, maior receptividade a outros produtos/serviços e promoção boca-a-boca positiva. Esses comportamentos traduzem-se numa maior performance para as organizações (Gruca, 2005).

Oliver (1999), propôs que os consumidores tornam-se leais, primeiro de uma forma cognitiva, depois na forma afectiva, e ainda depois na forma conativa ou em termos de comportamento. A lealdade afectiva é baseada na satisfação com a qualidade ou com o preço, dessa forma ainda é possível haver mudança para outra marca. Essa mudança pode tomar lugar se houver situações que promovam a insatisfação com a marca actual, se houver um esforço persuasivo de outras marcas ou simplesmente se o consumidor procurar experimentar outras marcas.



Luo e Homburg (2007) ao reverem as consequências da satisfação, agruparam-nas em quatro categorias: as relacionadas com o consumidor, as relacionadas com os funcionários, as relacionadas com a eficiência e as relacionadas com a performance geral.

Para Gruca e Rego (2005) os efeitos no cash flow são evidentes: *“Beneficial effects of satisfaction on costumer behavior result in increased cash flow growth and acceleration as well as reduction in cash flow volatility. These particular characteristics of future cash flows determine the value of a firm to its shareholders (Kerin, Mahajan, and Varadarajan 1990; Rappaport 1986)”*. A redução na variabilidade dos fluxos de caixa ao longo do tempo, reduz o custo de capital de uma empresa e cria valor para os accionistas. Como os fluxos de caixa futuros são descontados, é preferível um certo nível de fluxos de caixa no presente do que o mesmo no futuro. Surpreendentemente os ganhos no presente não têm um impacto significativo nos futuros fluxos de caixa, ao passo que, a satisfação dos consumidores é um determinante no crescimento dos fluxos de caixa futuros.

Ou seja, existe uma relação positiva entre a satisfação e o desempenho financeiro, além de que elevados níveis de satisfação conduzem a maior lealdade do consumidor (Hamburg *et al*, 2005). Para Anderson *et al* (2004) existe uma vasta literatura que relaciona a satisfação do consumidor com o desempenho financeiro: *“such as operating margin (Bolton 1998), return on investment (Anderson, Fornell and Lehman 1994; Anderson, Fornell and Rust 1997), and accounting returns (Ittner and Larcker 1998)”*.

Parece haver consenso ao afirmar que as organizações que alcançam valores mais elevados de satisfação criam maior riqueza para os seus accionistas, mas Anderson *et al* (2004), verificaram que esta associação varia significativamente entre indústrias, havendo algumas em que a associação é consideravelmente mais forte que noutras. Mas mais do que isso, estes autores observaram que o grau de heterogeneidade na relação entre satisfação e criação de riqueza em empresas da mesma indústria era ainda maior. O que os levou a concluir que a forma como uma empresa é conduzida, e implementa a sua estratégia é mais importante do que o contexto em que se insere, para a criação de valor associada à satisfação.

A quota de mercado, a intensidade da publicidade e o número de marcas modera a força da relação entre a satisfação do consumidor e os fluxos de caixa futuros. A uma quota de mercado mais alta corresponde uma associação positiva mais forte entre a satisfação dos clientes e os fluxos de caixa futuros (Gruca e Rego, 2005).

A eficiência é outra das consequências da satisfação, e pode ser encarada com o rácio de conversão dos recursos organizacionais face aos resultados e objectivos desejáveis. Anderson *et al* (1997) verificaram que a satisfação do consumidor afecta positivamente o rácio de vendas por empregado. Este efeito torna a empresa mais eficaz do ponto de vista do retorno face à optimização dos seus recursos. Ou seja, uma organização com clientes satisfeitos pode obter maior volume de vendas dos clientes que já adquiriu e reduzir o seu nível de dependência em termos de custos de programas de comunicação, aumentando a sua eficiência nessas áreas (Luo e Homburg, 2007).

### **1.6. Consequências da satisfação em termos de resultados do consumidor**

Altos níveis de satisfação do consumidor produzem favorável boca-a-boca entre consumidores, o que se traduz num efeito positivo na quota de mercado (Fornell, 1992). Isto acontece porque a publicidade de um serviço por boca-a-boca gera influência nas escolhas de outros potenciais clientes em compras futuras (Gruda e Rego, 2005). Assim, os clientes satisfeitos contribuem também para o desempenho financeiro quando promovem positivamente, junto das pessoas com quem contactam, certo produto ou serviço (Hamburgo *et al*, 2005).

Os clientes mais satisfeitos tendem a ser uma fonte leal de vendas, diminuindo dessa forma os custos de retenção desses clientes. Isso por si só já é vantajoso, porque angariar novos clientes é normalmente mais dispendioso do que manter os clientes já angariados. Em termos de publicidade, os clientes mais satisfeitos, tendem a publicitar mais os serviços por si utilizados, providenciando publicidade gratuita à organização em causa. Essa publicidade gratuita tem uma dupla vantagem, não só diminui a necessidade de programas de comunicação para atrair novos clientes, como também torna os programas mais eficientes. Outra vantagem em termos de publicidade é a diminuição

das referências negativas que por norma são mais publicitadas pelos clientes do que as positivas (Luo e Homburg, 2007).

O interesse dos investigadores na intenção de compra tem que ver com a sua relação com o comportamento de compra. *“Zeithaml et al (1996) suggest that service evaluations are important because of the relationship to customer behaviors that signal whether a customer will remain with or defect from a company”* (Jacoby, Johar e Morrin, 1998).

Ao satisfazer um cliente, uma empresa gera benefícios próprios para além da presente transacção e desse período de tempo. Ou seja, o benefício da satisfação no presente é o retorno do cliente na próxima oportunidade de compra por aumento da lealdade, mas também a possibilidade deste aumentar o seu nível de consumo ao longo do tempo (Gruca e Rego, 2005).

É por isso tudo que a maioria dos autores afirma que a satisfação tem um efeito directo nas intenções de compra. Como a intenção de compra se correlaciona positivamente com o comportamento de compra, o efeito da satisfação nas intenções reflecte-se no comportamento do consumidor.

Quanto à influência da qualidade percebida na lealdade, tanto Bou-Llugar (2001) como Tsiotsou (2006) concluíram que, apesar de haver um certo consenso de que a qualidade exerce uma influencia positiva nas intenções de compra, o mesmo não se pode dizer sobre a forma como essa influencia é exercida e qual a sua força.

*“Boulding et al (1993) consider service quality as an antecedent of purchase intentions and they obtain a significant direct effect in their research. However, in the work of Cronin and Taylor (1992) this direct effect is not significant, although there is an indirect effect through satisfaction. Other works, such as that of Taylor and Baker (1994), assume that the interaction between perceived quality and satisfaction has effects on the purchase intentions”* (Bou-Llugar, 2001).

A questão central dos resultados ligados ao consumidor tem que ver com o facto de que a satisfação aumenta a lealdade e influencia as intenções de compra futuras. Mas não é só isso que importa, verificou-se que o consumidor satisfeito, por um lado, tem maior apetência para pagar preços *premium*, por outro, é menos sensível ao preço (Luo e

Homburg, 2007). Isso acontece porque segundo a teoria da equidade, as duas partes de uma transacção entendem-na como justa quando a razão entre os custos e os benefícios é sentida como sendo justa por ambos. Logo, os consumidores experienciam elevados níveis de satisfação, eles percebem que o resultado da transacção é elevado, pelo que estão disponíveis a pagar mais, porque daí ainda resulta um equilíbrio equitativo (Homburg, *et al*, 2005).

Conclusão, a ideia mais importante em termos de consequências da satisfação é a de que esta é responsável por aumentar a lealdade e influenciar as intenções e comportamentos de recompra. Simplificando, todas estas consequências da satisfação podem ser encaradas como sendo um efeito da lealdade.

### **1.7. Atitudes, Resposta Emocional e Intenções**

Segundo Bagozzi (1992), Lazarus propôs um modelo generalista de avaliação, seguido de resposta emocional e posterior adopção de estratégias adaptativas. Esse modelo procura explicar como se passa das atitudes para as intenções: existe uma avaliação de processos que despoleta uma resposta emocional que, por sua vez, leva à adopção de estratégias adaptativas.

Bagozzi (1992) introduziu no estudo das atitudes, intenções e comportamentos, os conceitos de processos auto-regulatórios<sup>1</sup>. Segundo este autor, uma atitude dá uma razão para formar uma intenção de agir, no sentido em que, agindo de acordo com essas intenções crê-se atingir os resultados desejados. Mas a atitude por si só não é suficiente, o indivíduo pode acreditar que pode agir, pode haver pressão social para o fazer, mas mesmo assim pode não haver uma intenção de agir. Nesse caso, a ligação motivacional que parece faltar tem que ver a inexistem do desejo de executar determinada acção.

Segundo Bagozzi (1992) alguns autores sugerem que as intenções englobam pelo menos uma parte dos estados motivacionais e que as intenções são diferentes dos desejos. As

---

<sup>1</sup> Os processos auto-regulatórios envolvem: monitorizar, avaliar e adoptar estratégias de adaptação (cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas ou externas) que envolvam a tradução de atitudes para intenções; de normas subjectivas para intenções; e de intenções para acções que promovam o sucesso da acção

intenções implicam desejos, pressupõem um desejo de agir de certo modo, mas o desejo por si só, não implica intenção.

Bagozzi (1992) foi responsável pela introdução do conceito unidade resultado-desejo. A unidade resultado-desejo refere-se ao que os indivíduos idealizam atingir quando realizam determinadas actividades, como a compra. Ou seja, subjacente à realização de determinada actividade, há o desejo de atingir um determinado resultado.

A unidade resultado-desejo representa vários tipos de classes de avaliações com significado para o indivíduo. Em termos de reacções a resultados, planeados ou não, no passado e no presente, podemos ter um conflito do resultado-desejo quando não é atingido um objectivo (se este for positivo) ou quando se experiencia um evento desagradável (quando é negativo). Este conflito potencia a insatisfação, raiva, desapontamento, tristeza, inveja e desgosto. Assim, o indivíduo vai procurar evitar, mudar, tolerar ou fazer outra coisa relativamente a este estado negativo. As estratégias adaptativas adoptadas vão depender do tipo das emoções despertadas, do responsável pelo resultado e do grau de auto-eficácia em executar respostas adaptativas.

Por outro lado, podemos ter a realização do resultado-desejo quando é atingido um objectivo (se este for positivo) ou quando se evita um evento desagradável (quando é negativo). Neste caso, o indivíduo vai experienciar satisfação, prazer, felicidade (se for um evento positivo) ou alívio (se for um evento negativo). As estratégias a adoptar vão depender do que já foi referido e passam por aumentar, manter, partilhar ou apreciar o resultado.

O outro tipo de avaliações diz respeito ao futuro e a possíveis resultados ou acontecimentos. Existe um evitar do resultado-desejo quando este se refere a resultados que se esperam ser desagradáveis. Isso causa medo, preocupação e ansiedade no indivíduo, pelo que as estratégias adaptativas passam pela execução de planos de evitamento. No sentido oposto, existe a persecução do resultado-desejo quando se refere a objectivos que antecipamos serem agradáveis. A resposta emocional envolve esperança, e as estratégias adaptativas passam por tomar diligências para a proporcionar ou aumentar a probabilidade de acontecer.

Tendo em conta as considerações que já foram explanadas sobre os estudos de Bagozzi (1992) quanto ao carácter das relações entre as atitudes e as intenções, podemos

estabelecer facilmente o paralelismo com a qualidade percebida, que é descrita na literatura como uma forma de atitude e uma avaliação; com a satisfação, que é uma resposta emocional; e por fim, com a intenção de comportamento, quer seja, a intenção de recompra ou a intenção de referenciar bem um serviço que pode ser enquadrado como uma estratégia adaptativa.

Em termos da relação atitude-intenção, o processo auto-regulatório é atingido por via de processos conativos e respostas emocionais provenientes das intenções resultado-desejo. A avaliação das unidades resultado-desejo desencadeia emoções específicas que vão estimular a intenção de adoptar de certos comportamentos (estratégias adaptativas).

Também Gotlieb, Grewal e Brown (1994) sugerem que este modelo de avaliação, resposta emocional e adopção de estratégias adaptativas, pode ser utilizado como base teórica para explicar as reacções emocionais e comportamentais entre a qualidade percebida, a satisfação e as intenções de comportamento. Quando não é atingido o resultado-desejo há um conflito, sendo que nesse caso a resposta pode ser, por exemplo, a insatisfação e a estratégia adaptativa, a não utilização de um serviço. Se a avaliação de determinada actividade indicar que foi atingido o resultado-desejo então há uma realização que deve ser seguida por uma resposta afectiva que pode ser a satisfação. Depois da resposta afectiva surge a estratégia adaptativa onde é feito um esforço para manter ou aumentar a satisfação.

O modelo de Bagozzi (1992) permite assim explicar de modo significativo as motivações na qualidade percebida, satisfação e comportamento, com recurso a poucas variáveis e providencia um quadro teórico que permite sustentar as conclusões de muitos dos quadros empíricos até então formulados. Contudo, como Gotlieb *et al* (1994) ressaltam, este modelo só pode ser aplicado a áreas em que os indivíduos façam um esforço para avaliar a qualidade como parte do processo de intenções. Além de que, também se deve limitar a áreas em que a satisfação seja uma das reacções emocionais mais importantes à avaliação.

Este modelo, ao introduzir o conceito da unidade resultado-desejo também permite sustentar a ideia de que a satisfação com um serviço não se faz em função das expectativas de qualidade mas do grau em que o resultado-desejo é atingido ou não, o que não é exactamente a mesma coisa. As diferenças tornam-se mais evidentes se o

assunto for posto da seguinte forma: o consumo de um serviço faz-se porque o indivíduo sente a necessidade de atingir um resultado e não porque se têm expectativas relativas ao desempenho de um serviço.

Neste caso em concreto, existe o recurso aos laboratórios porque existe a necessidade de efectuar exames para complementar o diagnóstico. Quando confrontado com o serviço, o indivíduo experiencia e avalia a sua qualidade e a (in)satisfação sentida resulta da avaliação que esta faz do grau em que foi atingido o seu resultado-desejo. Assim sendo, a satisfação surge mais em função de atingir o resultado-desejo, do que do grau em que um serviço atinge as expectativas pré-consumo.

### **1.8. Perspectiva adoptada e hipóteses em estudo**

Em função do que foi exposto, pretende-se estudar as relações entre a qualidade percebida, os custos percebidos, a satisfação e a lealdade do cliente em serviços de saúde, mais concretamente, num laboratório de análises clínicas. Como se demonstrou, o estudo das relações entre este conjunto de conceitos é importante para compreender e fidelizar o consumidor nas organizações.

Os estudos já referidos revelam que tanto a qualidade percebida, como a satisfação são elementos-chave para atingir vantagem competitiva entre os prestadores de serviços. Como a qualidade do serviço é tida como uma forma que os consumidores têm para distinguir organizações competidoras, o mercado globalizado tem motivado as organizações a tentar projectar constantemente a sua superioridade em termos de qualidade de serviço para atingir níveis mais elevados de lealdade dos clientes (Hu *et al*, 2009).

O modelo aqui proposto procura fazer a ligação entre os modelos que se focam mais no estudo agregado do consumidor, de que são exemplo os estudos de Cronin e Taylor (1992), Voss *et al* (1998), Tam (2004) e Liu (2005) entre muitos outros, e os modelos mais orientados para estudo do comportamento individual do consumidor, como o modelo de Bagozzi (1992).

A teoria equitativa que enuncia que o consumidor fica satisfeito quando a relação entre o resultado obtido e os recursos dispendidos na aquisição de um serviço é percebida como justa (Oliver e DeSarbo, 1988). Foi essa a perspectiva adoptada relativamente à relação entre a qualidade e a satisfação, assim, neste modelo sugere-se que a qualidade e os custos percebidos são antecedentes da satisfação e representam duas formas de atitude face ao serviço obtido.

Tendo em conta que a satisfação é o resultado da avaliação do grau em que foi atingido o resultado-desejo (Bagozzi, 1992), ou seja, é uma avaliação pós-consumo que contém elementos cognitivos e afectivos, em que o consumidor sente uma sensação de realização de uma necessidade, desejo ou objectivo, e que é essa realização proporciona prazer. (Oliver, 1993) é expectável que os valores medidos para a qualidade e para os custos percebidos tenham a capacidade de explicar pelo menos uma parte dos resultados da satisfação, especialmente a componente associada ao processo cognitivo que, tendo em conta a teoria equitativa, dirá respeito à comparação entre os custos e os proveitos da qualidade.

Com a realização do resultado-desejo, o indivíduo deve experienciar satisfação, pelo que as estratégias adaptativas que este vai adoptar devem passar por aumentar, manter, partilhar ou apreciar o resultado.

Esta resposta que se segue à satisfação enquadra-se no que se define como lealdade, que se traduz na adopção de comportamentos ou intenções de comportamento, tanto de compra como de referenciação do serviço, que são favoráveis para a organização. Contudo, a maior parte desses comportamentos dirigem-se ao futuro, que pode ser próximo ou distante, varia consoante a necessidade do indivíduo.

Mais tarde, quando o indivíduo é compelido a um novo consumo de forma a atingir um objectivo é confrontado com o problema de como atingir o seu objectivo. Perante essa intenção de atingir um objectivo, o indivíduo vai proceder a uma avaliação (Bagozzi, 1992; Weiner, 2000). Essa nova avaliação acaba por ser determinante para a passagem da intenção de comportamento ao comportamento em si.

### **Hipóteses em Estudo**

Em função da revisão da literatura e da perspectiva adoptada, espera-se que se verifiquem as seguintes hipóteses.



Para muitos produtos, o consumidor aprendeu com a experiência de que há uma correlação positiva entre o preço e a sua qualidade. Esta expectativa simplifica o processo de decisão ao permitir ao cliente inferir da qualidade de um produto pelo seu preço, sem ter qualquer experiência com o produto. Do mesmo modo, o consumidor espera pagar mais por um produto de qualidade elevada do que por um produto de uma marca de menor qualidade. Apesar de tudo o que foi referido, alguns estudos indicam que o preço é um fraco indicador da qualidade em muitas categorias (Ordenez, 1998). Também Tam (2004) afirma que os custos não têm qualquer efeito na qualidade percebida.

**H<sub>1</sub>: Os custos não têm efeito na qualidade percebida**

Para Cronin e Taylor (1992), Gotlieb *et al* (1994), Tam (2004), Tsiotsou (2006) e Hu *et al* (2009), entre outros, a qualidade do serviço tem um efeito positivo na satisfação do consumidor.

**H<sub>2</sub>: A qualidade percebida tem um efeito positivo na satisfação**

O preço é indicado como a medida chave que representa o que os consumidores têm que sacrificar para obter um serviço. Mas existem outro tipo de custos, os não monetários, que podem ser do tipo físico, psicológico ou mesmo o tempo dispendido. Conforme a situação e o tipo de serviço com que se está a lidar é de esperar uma diferente conjugação deste tipo de custos (Tam, 2004). Um desses custos segundo Peyrot (1993) pode ser o conforto físico de um exame de saúde, que este identificou como estando fortemente relacionado com a satisfação e com a lealdade.

**H<sub>3</sub>: Os custos percebidos têm um efeito negativo na satisfação.**

Cronin e Taylor (1992), Gotlieb *et al* (1994), Anderson (2004), e Tam (2004), entre outros, afirmam que a satisfação do consumidor tem um efeito significativo na intenção de compra

**H<sub>4</sub>: A satisfação do consumidor tem um efeito significativo na lealdade**

A satisfação pode emergir não só como uma resposta a uma experiência, mas também a uma série prolongada de experiências. Os doentes mais acompanhados, em termos de número ou de duração das visitas, apresentavam valores de satisfação ligeiramente

superiores aos outros. (Homburg *et al*, 2006). O que está de acordo com a teoria de que as atitudes mais recentes são menos estáveis, e por isso, menos preditivas do comportamento. Conforme o conhecimento e a experiência se acumulam, a relação entre estes dois conjuntos de factores e a satisfação fortalecem-se. Quando um estímulo é novo e pouco familiar, os factores afectivos têm um papel mais crítico na construção dos julgamentos de satisfação. À medida que a experiência se acumula o papel cognitivo torna-se mais proeminente.

**H<sub>5</sub>: A satisfação cumulativa é diferente da satisfação transaccional**

Peyrot (1993) verificou que, relativamente aos serviços de saúde, os indivíduos do sexo masculino tinham níveis mais baixos de satisfação.

**H<sub>6</sub>: A satisfação dos homens é significativamente diferente da das mulheres**

Perneger (1992) verificou que os indivíduos abrangidos por seguro público, obtinham índices de satisfação superiores aos indivíduos abrangidos por planos de seguros com reembolso.

**H<sub>7</sub>: O tipo de seguro de saúde tem influência nos níveis de satisfação**

## 2. Metodologia

### 2.1. Participantes

Por não se conhecer em detalhe a população em estudo, para evitar elevadas taxas de não resposta que poderiam resultar de uma amostragem probabilística e por ser exequível atingir deste modo um número mais elevado de participantes, optou-se por uma amostragem (não probabilística) por conveniência.

De um total de 305 questionários distribuídos pelos participantes foram considerados no estudo 289 participantes. Numa primeira fase, foram eliminados os questionários que não tinham a maioria das questões respondidas. Na fase seguinte, foram eliminados os resultados dos questionários que apresentavam valores anormais face aos outros questionários.

Em termos dos dados socio-demográficos dos participantes, no que concerne ao sexo, verificou-se um equilíbrio entre o número de participantes do sexo feminino e do sexo masculino, como se pode constatar pela Ilustração 1.

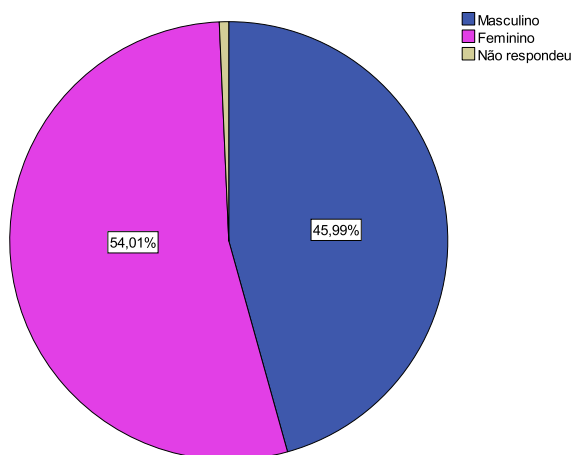
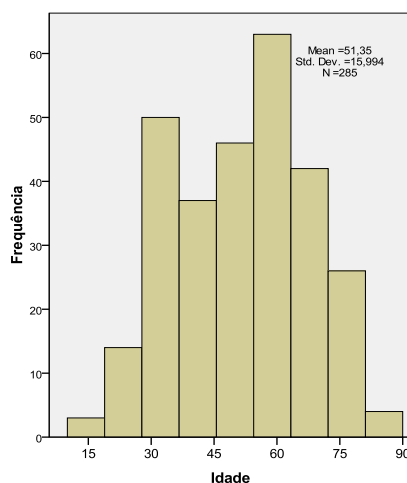


Ilustração 1 - Distribuição por sexo

Quanto à idade, a média de idades dos participantes era de 51 anos completos, a mediana era de 53 e a moda de 56 anos. O participante mais novo do estudo tinha 18 anos e o mais velho 86.



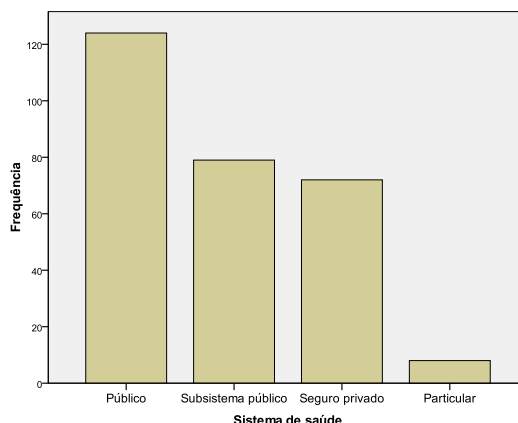
**Ilustração 2 - Distribuição das idades**

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos para o grau de escolaridade dos participantes. Os graus de escolaridade mais comuns na amostra são, respectivamente, a licenciatura e o ensino secundário, pelo que, pelo menos 70% dos participantes tinham, no mínimo, o ensino secundário.

**Tabela 1 – Grau de escolaridade dos participantes**

|                   | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| Inferior ao 6ºAno | 42         | 14,6        |
| 6ºAno             | 12         | 4,2         |
| 9ºAno             | 29         | 10,1        |
| 12ºAno            | 77         | 26,8        |
| Licenciatura      | 90         | 31,4        |
| Pós-Graduação     | 37         | 12,9        |
| Não respondeu     | 2          | -           |
| Total             | 289        | 100         |

O sistema de saúde ao qual os participantes mais recorreram para efectuar as suas análises foi o sistema nacional de saúde, seguido dos subsistemas públicos como a ADSE e a PSP, entre outros. Cerca de 25% dos participantes recorreram a seguros privados de saúde, e como se pode verificar pela Ilustração 3, houve uma minoria dos participantes que fizeram as suas análises sem qualquer tipo de seguro de saúde.



**Ilustração 3 - Tipo de Sistema de Saúde dos participantes**

Quando questionados quanto à proximidade do laboratório, a maioria dos participantes do estudo, cerca de 65%, referiu que este se situava nas imediações de casa, contra 19,5% do local de trabalho e 15,5% para outras localizações.

Relativamente ao tempo de deslocação até ao laboratório, houve um elevado número de não respostas, 137 em 289. Dos valores reportados, 80% dos participantes referiram que demoravam até 30 minutos, sendo 20 minutos o valor médio e 15 minutos o valor mais comum.

Por fim, foi solicitado aos participantes para indicarem se faziam análises para monitorizar terapêutica, como forma de distinguir os participantes que recorrem mais frequentemente aos serviços do laboratório, dos que têm uma utilização menos comum do serviço.

**Tabela 2 – Número de participantes que fazem monitorização terapêutica**

|               | Frequência | Percentagem |
|---------------|------------|-------------|
| Sim           | 190        | 65,7        |
| Não           | 85         | 29,4        |
| Não respondeu | 14         | 4,8         |
| Total         | 289        | 100         |

Da análise da Tabela 2, pode-se constatar que aproximadamente dois terços dos participantes recorrem ao laboratório de análises clínicas de forma frequente para fazer monitorização terapêutica.

## **2.2. Contexto**

O estudo foi conduzido no laboratório central de uma empresa de análises clínicas do Porto, em que durante duas horas, por dez manhãs consecutivas, todos os utentes com mais de 18 anos, após a realização da colheita, foram esclarecidos da finalidade do estudo e da garantia de confidencialidade dos resultados.

Posto isto, foram convidados a participar, sendo-lhes distribuído um questionário. Os inquéritos foram auto-administrados após o consumo do serviço.

Aos participantes deste estudo não foi dado, ou prometido, qualquer tipo de recompensa ou incentivo.

### **Caracterização da Actividade**

Segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2008) existiam no país, cerca de dois mil estabelecimentos: 468 laboratórios e 1.434 postos de colheita, que empregam 7.724 profissionais de saúde - 5.501 no sector privado, 117 no sector social e 2.106 no sector público. Dessas entidades, 69,7% ofereciam serviços apenas de análises clínicas; das entidades que prestam outros serviços além das análises clínicas, 23,2% são prestadores com um elevado número de valências, normalmente hospitais, os restantes 7,1% são entidades que têm mais uma, duas ou três valências além das análises clínicas. Os postos de colheita são tipicamente pequenos estabelecimentos, que têm apenas 1 ou 2 profissionais de saúde. Os laboratórios têm estruturas mais diversificadas e dimensões superiores, empregando em média 9 profissionais de saúde; segundo a ERS (2008), os 10% mais pequenos concentram apenas 1% do total de colaboradores, enquanto os 10% maiores concentram 42%.

O sector privado, com convenção com o SNS e os seus subsistemas, para a prestação de cuidados de saúde, em termos de procura pelos seus serviços, está muito dependente dos utentes desses sistemas. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2006), o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é o sistema de saúde utilizado com maior frequência por cerca de 80% das pessoas residentes em Portugal. O segundo subsistema mais utilizado é a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) com 10%. Relativamente a seguros de saúde, em 2005, apenas 10,5% dos habitantes no

Continente, 3,4% na Região Autónoma dos Açores e 5,9% na Região Autónoma da Madeira, declararam ter seguro de saúde.

Tendo por base uma amostra dos 57 laboratórios privados com sede na área do Porto, a ERS (2008) procurou estudar a relevância das convenções para os prestadores. Os resultados indicam que 96% dos prestadores privados têm convenção com o SNS e 89% com a ADSE, o que por si só indicia que a detenção de uma convenção é uma condição importante para que uma empresa possa sobreviver neste sector.

Simultaneamente, também os subsistemas dependem grandemente do sector convencionado. Desde 1995, mais de 96% da produção total de MCDT em ambulatório do SNS vem sendo efectuada por entidades convencionadas. Mais de dois terços dos utentes dos laboratórios são portadores de credenciais do SNS, e apenas 20% dos utentes são financiados por entidades privadas (subsistemas não públicos, seguradoras, ou os próprios utentes). Em média, quase metade (45%) dos utentes de laboratórios é originária dos centros de saúde locais.

### **Caracterização do mercado**

O produto em questão neste caso é a prestação do serviço de análises clínicas e não as análises em si. Cada um dos serviços de análises clínicas está directamente relacionado com o diagnóstico/terapêutica específica a que se destina, pelo que qualquer médico deve prescrever o exame adequado às necessidades do utente, e não qualquer outro.

Perante um hipotético aumento de preço, a procura não se deslocaria para outro serviço, precisamente porque os serviços aqui em causa não seriam permutáveis por outros (ERS, 2008). Isto sucede tanto ao nível do utente, que normalmente não tem o conhecimento necessário para ponderar uma alternativa, como ao nível do prescritor que tendo entendido um exame como adequado, não o considera substituível por outro. Por isso, é possível concluir que a substituíbilidade do lado da procura entre os serviços prestados no âmbito dos exames laboratoriais será quase nula (ERS, 2008).

A definição do mercado relevante do produto, deverá considerar também a substituíbilidade da oferta. Como os laboratórios de análises oferecem uma significativa variedade de serviços dentro desta área, o mais correcto é tratar da substituíbilidade entre prestadores e não da substituíbilidade entre serviços.

Em termos da dimensão geográfica de mercado, visto que a prestação de cuidados de saúde exige normalmente a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes, os prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Daí decorre que a distância ao local de oferta é importante para a definição de mercado relevante, em termos de custos para o utente (ERS, 2008).

As deslocações têm associados dois tipos de custos: directos (com meios de transporte) e indirectos (custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações). Tendo por base o custo oportunidade associado pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, existirá um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter incentivos para se deslocar até aos serviços. Esse limite, constitui o alcance do serviço e delimita a área onde se sentem restrições competitivas por parte de outros prestadores.

Relativamente à distribuição da oferta em termos de estabelecimentos, a ERS (2008) apurou que não há nenhuma região em Portugal que não disponha de, pelo menos, um estabelecimento de análises clínicas. Os mercados menos concentrados são os do Porto e Lisboa, acompanhados das e regiões limítrofes. Os maiores problemas de concorrência surgem no interior, sobretudo Trás-os-Montes, Alentejo e Algarve, onde os mercados são altamente concentrados (ERS, 2008).

Das 401 entidades não públicas do sector das análises clínicas, a ERS (2008) conseguiu identificar 36 grupos empresariais, agrupando 173 entidades. Os grupos empresariais, ao concertar a definição da estratégia de oferta de serviços, alteram a concorrência nos mercados, face ao nível de concorrência observada quando a análise é efectuada ao nível das entidades individuais. Pode-se concluir que, apesar de existirem muitas entidades no mercado, este se encontra bastante concentrado, principalmente quando temos em conta as relações entre as várias entidades.

### **Barreiras à entrada no sector**

Como em todas as relações comerciais, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e utentes reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico ou dos recursos humanos. O que confere maior importância a esta situação é o facto do bem em causa nesta transacção estar relacionado com a saúde do utente. A necessidade de garantir requisitos mínimos



de qualidade e segurança, ao nível dos recursos humanos, do equipamento e das instalações, é maior no sector da saúde do que em outras áreas. Como forma de reduzir a assimetria de informação entre o prestador e o consumidor e assegurar maior qualidade nos serviços de saúde, foram introduzidas barreiras legais com o intuito de regulamentar essas relações.

A concorrência entre os diversos prestadores é do interesse dos utentes na medida em que a pressão concorrencial deve incentivar os prestadores a fornecerem melhores serviços como forma de captar utentes e, dessa forma, garantir a sua sobrevivência com rentabilidades atractivas. Assim, é relevante para o interesse dos utentes que seja sentida pressão concorrencial entre prestadores, quer esta seja causada por concorrentes que já estejam no mercado, quer seja causada por futuros concorrentes.

O licenciamento é um mecanismo através do qual se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde se realiza com respeito pela qualidade das instalações, recursos técnicos e humanos utilizados. De um modo geral, qualquer barreira adicional à entrada tem, potencialmente, um efeito de restrição da concorrência. No caso do sector da saúde, onde existem grandes assimetrias de informação, é socialmente admissível impor custos de entrada adicionais em troca de uma maior protecção da qualidade e segurança dos serviços prestados, desde que esses custos de entrada sejam suportados de igual modo por todos os prestadores.

### 2.3. Medidas

Para testar as hipóteses formuladas, foi construído um questionário (apresentado em Anexo**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**) que pudesse medir as variáveis em estudo. Vilarés e Coelho (2005) referem que, de um modo geral, existem duas áreas a ter em conta no que diz respeito à construção de um questionário. A macro-

estrutura<sup>2</sup>, que diz respeito à organização geral do questionário e a micro-estrutura, que diz respeito à forma como as questões são concebidas individualmente.

Em termos de macro-estrutura, o questionário foi concebido tendo por base a ideia de que deve haver transparência com os clientes: identificando os objectivos do inquérito, os fins a que se destina. Pretendeu-se que desta forma o participante não formulasse falsas suposições sobre o conteúdo do questionário, enviesando as respostas e diminuindo a qualidade das mesmas.

A escolha do questionário escrito em detrimento da entrevista oral e do questionário electrónico deve-se às particularidades do sector das análises clínicas. Para a entrevista oral seria necessário formar uma equipa de entrevistadores e tê-los no local de amostragem durante várias horas por várias semanas, introduzindo, por um lado, custos desapropriados para o estudo, e por outro, o possível enviesamento por parte dos entrevistadores. Além disso, a entrevista oral necessitaria que o entrevistado despendesse uma maior quantidade de tempo para responder ao questionário oral do que ao questionário escrito, o que com certeza conduziria a uma maior taxa de não participação no estudo. Quanto ao questionário electrónico, as desvantagens teriam que ver principalmente com o recurso à internet da população mais idosa, que representa um grupo importante de clientes do sector das análises clínicas (ver p28).

Procurou-se que o questionário fosse precedido de uma breve explicação que permitisse ao participante focar-se no tópico sobre o qual se deveria pronunciar. Teve-se em conta a necessidade de adoptar o menor número de escalas semânticas possíveis, de forma a assegurar coerência em cada secção ao mesmo tempo que se pretendia diminuir o esforço de compreensão do participante.

No que se refere à micro-estrutura do questionário, houve a preocupação de não introduzir no questionário questões que não fossem verdadeiramente relevantes para o estudo, de modo a não afastar nem sobrecarregar os participantes com o preenchimento do questionário.

---

<sup>2</sup> Vilares & Coelho (2005) recomendam, em termos de macro-estrutura, evitar um questionário demasiado compacto; ser visualmente atractivo de forma a encorajar a resposta; usar mais do que uma, mas não mais do que três fontes; usar cores, mas não mais do que duas; usar um logótipo e sombreados.

Para as questões que visam medir atitudes ou prever comportamentos recorreu-se exclusivamente a questões do tipo fechado, que permitem uma análise muito mais simples do que as questões do tipo aberto. Para as questões que visavam inquirir sobre as variáveis socio-demográficas recorreram-se a questões abertas e semi-abertas.

Todas as respostas às questões que se referiam às variáveis em estudo colocadas em termos de escalas de intervalo de 1 a 10. A escolha deste intervalo em detrimento de outros teve em conta os seguintes motivos: a adopção de escalas de 5 ou menos pontos não permite uma boa discriminação das respostas, tornando mais difícil encontrar diferenças estatisticamente significativas entre diferentes segmentos, degradam a precisão dos resultados e limitam os possíveis métodos de análise dos dados.<sup>3</sup>

Para a construção do questionário foram adaptadas questões dos instrumentos de Cronin e Taylor (1992), de Gotlieb *et al* (1994) e de Tam (2004). Na Tabela 3, encontra-se a correspondência entre as dimensões em estudo e as questões do questionário (em Anexo).

**Tabela 3 - Estrutura do questionário**

| Dimensões               | Questões       |
|-------------------------|----------------|
| Qualidade percebida     | 1.1 a 1.11     |
| Satisfação              | 2.1, 2.2 e 2.3 |
| Custos de tempo         | 3.1 e 3.2      |
| Custos monetários       | 4.1, 4.2 e 4.3 |
| Custos físicos          | 5.1 e 5.2      |
| Lealdade                | 6.1, 6.2 e 6.3 |
| Dados socio-biográficos |                |

### **Fiabilidade do questionário**

Quando os estudos recorrem à utilização de questionários para medir as diferentes dimensões em estudo, nem sempre os questionários produzem informação fidedigna.

<sup>3</sup>Vilares & Coelho (2005) constataram que no âmbito dos estudos de satisfação de cliente, na medição de atitudes e intenções de comportamento, os autores defendem a utilização de uma escala numérica de 10 pontos ancorada verbalmente nos pontos extremos. Esta escala tem tido uma aplicação generalizada e tem dado provas no que diz respeito à capacidade de discriminação.

Assim, o primeiro passo que se deve dar é averiguar da fiabilidade do questionário, para isso recorre-se a testes estatísticos que possam medir a fiabilidade do questionário.

A consistência interna é uma medida de fiabilidade que está relacionada com o grau com que as variáveis presentes no questionário, estão a medir a mesma dimensão. O alfa de Cronbach é a medida estatística mais utilizado para este fim. O alfa de Cronbach quando bem aplicado pode assumir valores entre 0 e 1, sendo que a dimensão assume mais consistência à medida que o valor se aproxima de 1.

**Tabela 4 - Valores de Alfa de Cronbach**

| Questões   | Variáveis-chave                            | $\alpha$ Cronbach |
|------------|--------------------------------------------|-------------------|
| 1.1 a 1.11 | Qualidade percebida                        | 0.927             |
| 2.1 a 2.3  | Satisfação                                 | 0.893             |
| 3.1 e 3.2  | Custos de tempo                            | 0.84              |
| 4.1 a 4.3  | Custos monetários                          | 0.784             |
|            | Custos monetários (excluída a questão 4.3) | 0.901             |
| 5.1 a 5.3  | Custos físico-psicológicos                 | 0.815             |
| 6.1 a 6.3  | Lealdade                                   | 0.847             |

Da análise da Tabela 4 pode-se concluir numa primeira análise que a variável custos monetários apresenta o pior valor de alfa de Cronbach (0.784) mas que ainda assim é considerado um valor aceitável. Contudo, quando excluída a questão 4.3 “Adequação do preço” o valor de alfa de Cronbach para essa variável passa a ser de 0.901, que é um valor excelente. Assim sendo, foi tomada a decisão de excluir a referida questão.

Relativamente aos outros valores, vale a pena salientar o valor obtido para a qualidade percebida que, com o valor de 0.927, revela uma consistência interna excelente. Todos os outros valores se encontram entre 0.8 a 0.9, que são bons valores, pelo que terá ficado demonstrado a boa fiabilidade do questionário.

### **Validade das variáveis**

Foi feita uma análise factorial para aferir da validade das variáveis presentes no questionário. A análise de componentes principais é uma técnica de análise exploratória multi-variada que permite resumir a informação de várias variáveis correlacionadas num

conjunto menor de variáveis independentes que explicam o máximo possível de variância das variáveis originais.

Da análise efectuada foi obtida uma matriz de correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais, seguida de rotação pelo método *varimax*<sup>4</sup>. Os factores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um valor próprio superior a 1. Na Tabela 5 resumem-se os pesos factoriais de cada item para cada um dos cinco factores obtidos.

O componente 1 apresenta pesos factoriais elevados para todos os itens relacionados com a qualidade percebida e explica 39.5% da variância total.

O componente 2 tem pesos factoriais elevados dos itens relacionados com a lealdade e explica 11.43% da variância total. Em conjunto, estes dois componentes são suficientes para explicar mais de 50% da variância total dos dados.

Tabela 5 - Pesos factoriais de cada item nos cinco factores retidos

|                                      | Componente   |        |              |              |        |
|--------------------------------------|--------------|--------|--------------|--------------|--------|
|                                      | 1            | 2      | 3            | 4            | 5      |
| Aparência instalações e equipamentos | <b>0.687</b> | 0.343  | -0.120       | -0.050       | -0.004 |
| Aparência funcionários               | <b>0.789</b> | 0.164  | -0.069       | -0.063       | -0.049 |
| Atenção personalizada                | <b>0.648</b> | 0.018  | -0.074       | 0.123        | -0.101 |
| Entendem as minhas necessidades      | <b>0.748</b> | 0.010  | 0.054        | 0.214        | -0.147 |
| Procura ajudar                       | <b>0.754</b> | 0.005  | 0.099        | 0.227        | -0.094 |
| Respondem às minhas necessidades     | <b>0.738</b> | 0.266  | -0.097       | 0.170        | -0.171 |
| Confiança                            | <b>0.665</b> | 0.360  | -0.009       | 0.309        | -0.053 |
| Profissionalismo                     | <b>0.761</b> | 0.272  | -0.083       | 0.232        | -0.098 |
| Serviço atempado                     | <b>0.661</b> | 0.150  | -0.129       | 0.211        | 0.030  |
| Competência                          | <b>0.713</b> | 0.365  | -0.063       | 0.266        | -0.047 |
| Qualidade Global Serviço             | <b>0.673</b> | 0.302  | -0.104       | 0.296        | -0.081 |
| Satisfação                           | 0.518        | 0.282  | 0.013        | <b>0.618</b> | -0.128 |
| Felicidade                           | 0.407        | 0.107  | -0.070       | <b>0.772</b> | -0.079 |
| Gosto                                | 0.439        | 0.192  | -0.024       | <b>0.741</b> | -0.131 |
| Tempo de entrega esperado            | 0.055        | -0.144 | <b>0.712</b> | -0.177       | 0.127  |

<sup>4</sup> O método *varimax* tem por objectivo obter uma estrutura factorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor, e pouco associada com os restantes factores (Maroco, 2010).

|                      |        |              |              |        |              |
|----------------------|--------|--------------|--------------|--------|--------------|
| Tempo de entrega     | 0.037  | -0.157       | <b>0.755</b> | -0.211 | 0.058        |
| Preço                | -0.169 | 0.053        | <b>0.776</b> | 0.141  | 0.191        |
| Preço esperado       | -0.163 | 0.026        | <b>0.772</b> | 0.153  | 0.066        |
| Dor da Colheita      | -0.114 | -0.206       | 0.274        | 0.021  | <b>0.736</b> |
| Incómodo da Colheita | -0.119 | -0.088       | 0.060        | -0.192 | <b>0.772</b> |
| Conforto da Colheita | -0.071 | -0.108       | 0.123        | -0.028 | <b>0.860</b> |
| Recomendação         | 0.283  | <b>0.695</b> | -0.081       | 0.120  | -0.319       |
| Reutilização         | 0.326  | <b>0.809</b> | -0.028       | 0.130  | -0.165       |
| Primeira Escolha     | 0.261  | <b>0.799</b> | -0.126       | 0.143  | -0.074       |

O 3º componente tem pesos factoriais elevados dos itens relacionados com os custos monetários, bem como dos itens relacionados com os custos de tempo associados ao consumo do serviço.

O 4º componente tem pesos factoriais elevados dos itens relacionados com a satisfação do consumidor.

Por fim, o componente 5 tem pesos factoriais elevados dos itens relacionados com os custos físicos e psicológicos do serviço, ou seja, a dor associada ao consumo do serviço.

Para avaliar a validade da análise factorial utilizou-se a estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), que mede a homogeneidade das variáveis, ao comparar as correlações simples, com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O valor obtido para a estatística de KMO=0.915 revela-se excelente.

Conclusão, a análise efectuada confirma a validade dos conceitos presentes no questionário, sendo de realçar o facto de os custos monetários e de tempo apresentarem pesos factoriais elevados num único componente, pelo que nas análises que se seguiram foram tratados como uma única variável, o custo económico.

## 2.4. Métodos Estatísticos

Todos os dados obtidos foram tratados com recurso à aplicação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.

Na fase descritiva da análise, foi feita a caracterização do comportamento de cada variável em função da média e do desvio padrão.

Para aferir da relação entre as variáveis em estudo foram determinados os valores dos coeficientes de correlação de Pearson para todos os pares de variáveis.

Para testar as hipóteses formuladas relativamente ao modelo proposto recorreu-se à regressão linear múltipla. Para cada uma das regressões foram determinados os valores dos coeficientes de determinação ( $R^2$ ), o coeficiente de determinação ajustado pelo número de variáveis ( $R^2_{adj}$ ), o valor da estatística de teste e a probabilidade de significância.

Como as variáveis qualidade percebida e satisfação apresentavam uma correlação forte entre si, recorreu-se ao VIF (Variance Inflation Factor) para garantir que a presença de multicolinearidade não afectava a estimação dos coeficientes<sup>5</sup>.

Para estudar se existiam diferenças na satisfação, entre os sexos, e entre os consumidores mais frequente e os menos frequentes, recorreu-se ao teste t-Student para comparação de médias. Utilizando-se o teste de Levene para testar a igualdade de variâncias dos grupos.

Para verificar se o tipo de seguro de saúde tinha influência nos níveis de satisfação recorreu-se à ANOVA, que permite testar a igualdade de médias, comparando a variância dentro de grupos (variância residual) com a variância entre os grupos (variância de factor). Se a variância residual for significativamente inferior à variância entre grupos, então as médias populacionais estimadas a partir das amostras são significativamente diferentes.

Para todas os testes estatísticos efectuados utilizou-se um valor de  $\alpha = 0.05$ .

---

<sup>5</sup> De acordo com Maroco (2010), valores de VIF superiores a 5 indicam problemas com a estimação de  $\beta_i$  de Xi devido à presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes.

### 3. Resultados

#### 3.1. Estatística Descritiva

A análise univariada, destina-se a analisar cada uma das variáveis individualmente e permite-nos conhecer melhor o comportamento das variáveis em estudo antes de passarmos para análises mais avançadas.

Na Tabela 6 encontram-se resumidas as médias, os desvios padrão, os valores de  $\alpha$  Cronbach e os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis.

**Tabela 6 – Estatística descritiva, correlações e Cronbach para as variáveis em estudo**

|                    | Média | Desvio padrão | $\alpha$ | 1        | 2        | 3        | 4       | 5 |
|--------------------|-------|---------------|----------|----------|----------|----------|---------|---|
| 1. Qualidade       | 9.216 | 0.791         | 0.927    | 1        |          |          |         |   |
| 2. Dor             | 3.313 | 2.128         | 0.815    | -0.228** | 1        |          |         |   |
| 3. Custo económico | 5.013 | 2.206         | 0.822    | -0.179*  | 0.409**  | 1        |         |   |
| 4. Satisfação      | 8.990 | 1.008         | 0.893    | 0.713**  | -0.237** | -0.129*  | 1       |   |
| 5. Lealdade        | 9.377 | 0.867         | 0.847    | 0.566**  | -0.393** | -0.251** | 0.505** | 1 |

\*. Significativa para nível de significância de 5% \*\*. Significativa para nível de significância de 99%

A qualidade percebida apresenta um valor médio bastante elevado, acompanhado de um desvio padrão baixo, donde se conclui que a dispersão dos dados é baixa.

Dos valores apresentados na Tabela 6, conclui-se que os participantes avaliam os custos económicos como sendo razoáveis face ao serviço prestado, na medida em que o valor médio se encontra ligeiramente abaixo da média da escala. Importa referir que, face à avaliação da qualidade percebida, o valor do desvio padrão dos custos é mais elevado, pelo que se pode concluir que a percepção dos custos económicos é sujeita a maior variabilidade do que a qualidade percebida.

Além dos custos económicos, os participantes identificam outro tipo de custos associados aos serviços de análises clínicas, a dor. A dor é uma forma de custo físico e psicológico, que devido ao carácter invasivo do processo da colheita de sangue, se encontra associado ao consumo deste tipo de serviços. Em função dos valores obtidos,



pode-se concluir que em média os participantes avaliam a colheita como sendo pouco dolorosa. Contudo, o valor do desvio padrão indica existir uma grande variabilidade dos resultados, pelo que se conclui que a percepção da dor associada ao processo de colheita é inconstante entre os participantes.

Em termos da satisfação, podemos afirmar que o valor obtido indica que os participantes além de reconhecerem o serviço prestado como sendo de óptima qualidade, também estão extremamente satisfeitos com ele.

A lealdade, conforme se pode constatar pela Tabela 6, apresenta o valor médio mais elevado de entre as variáveis estudadas e com valores relativamente baixos de desvio padrão. Conclusão, os participantes são extremamente leais a este serviço.

Em termos da associação entre as variáveis, determinou-se para cada par de variáveis o valor do coeficiente de correlação de Pearson. Verificou-se que para um nível de significância 5% todas as variáveis apresentavam correlações entre elas. Sendo a correlação mais fraca entre a satisfação e os custos económicos com um valor de -0.129, e a correlação mais forte entre a satisfação e a qualidade percebida com um coeficiente de 0.713.

### 3.2. Testes de hipóteses

#### Hipótese 1

A hipótese 1 enuncia que os custos não têm efeito na qualidade percebida.

Para testar esta hipótese realizou-se uma regressão linear múltipla em que se testaram dois modelos. No modelo de regressão 1, foram incluídas as variáveis de controlo: o sexo, a escolaridade, o sistema de saúde, o tempo de deslocalização e a monitorização terapêutica. No modelo 2, foram incluídas as variáveis custos económicos e custo de dor.

Na Tabela 7 encontram-se, para os dois modelos, os coeficientes de determinação ( $R^2$ ), os coeficientes de determinação ajustados pelo número de variáveis ( $R^2_{aj}$ ), os valores das estatísticas de teste e as probabilidades de significância. Além disso, também se

apresenta a variação entre os coeficientes de determinação dos dois modelos ( $\Delta$ ), e a probabilidade de significância que permite avaliar se a variação entre os dois modelos é significativa.

**Tabela 7 – Coeficientes, estatísticas de teste e valor p para a regressão linear da qualidade**

|                 |       |       | F (gl1,gl2)   | valor p |
|-----------------|-------|-------|---------------|---------|
| Modelo 1        | 0.080 | 0.034 | 1.756 (5,101) | 0.129   |
| Modelo 2        | 0.091 | 0.026 | 1.410 (7,99)  | 0.210   |
| $\Delta$ Modelo | 0.011 |       |               | 0.562   |

Verificou-se que nem o modelo 1, com  $F(5,101)=1.756$  e um valor p (0.129) superior ao  $\alpha$  (0.05), nem o modelo 2 com um  $R^2=0.091$ ,  $F(7,99)=1.410$  e um valor p (0.210) superior ao  $\alpha$  (0.05) se adequam aos dados da qualidade.

O estudo das variáveis dos custos no modelo 2, confirma que nem os custos económicos ( $t(99)=-0.519$  e valor p (0.605) superior ao  $\alpha$  (0.05)), nem a dor ( $t(99)=-0.632$  e valor p (0.529) superior ao  $\alpha$  (0.05)) têm capacidade suficiente para explicar a variabilidade da qualidade.

Perante estes resultados, entende-se que não existe evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula, logo, assume-se que nem os custos económicos nem a dor têm influência na qualidade percebida.

### **Hipóteses 2 e 3**

A hipótese 2 enuncia que a qualidade percebida tem um efeito positivo na satisfação. A hipótese 3 enuncia que os custos têm um efeito negativo na qualidade percebida na satisfação.

Como no caso anterior, recorreu-se à regressão linear múltipla para testar as hipóteses formuladas. Mais uma vez, o modelo 1 inclui as variáveis demográficas, enquanto o modelo 2, inclui também o custo económico, a dor e a qualidade percebida.

**Tabela 8 - Coeficientes e estatísticas de teste para a regressão linear satisfação**

|                 |       |       | F (gl1,gl2)   | Valor p |
|-----------------|-------|-------|---------------|---------|
| Modelo 1        | 0.105 | 0.060 | 2.365 (5,101) | 0.045   |
| Modelo 2        | 0.582 | 0.548 | 17.074 (8,98) | 0.000   |
| $\Delta$ Modelo | 0.477 |       |               | 0.000   |

Da análise da Tabela 8 podemos verificar que tanto o modelo 1, com um valor p (0.045) inferior ao  $\alpha$  (0.05), como o modelo 2, com  $F(8,98)=17.074$  e um valor p (0.000) inferior ao  $\alpha$  (0.05) são significativos. Recorrendo ao podemos determinar que o segundo modelo é superior ao primeiro.

O modelo 1 tem capacidade de explicar 10.5% da variância da satisfação, enquanto o modelo 2 explica 58.2% da variância da satisfação. Se subtrairmos o efeito das variáveis de controlo do modelo 1 ao modelo 2, chegamos à conclusão que o modelo 2 é significativo e explica 47.7% da variabilidade da satisfação.

**Tabela 9 - Regressão linear da satisfação: valores de  $\beta$ , t e valor p**

|                           | $\beta$       | t             | p            |
|---------------------------|---------------|---------------|--------------|
| (Constant)                |               | 2.703         | 0.008        |
| Sexo                      | 0.122         | 1.705         | 0.091        |
| Escolaridade              | -0.077        | -1.051        | 0.296        |
| Monitorização terapêutica | 0.072         | 1.076         | 0.284        |
| Tempo de deslocação       | 0.015         | 0.204         | 0.839        |
| Sistema de saúde          | 0.006         | 0.090         | 0.928        |
| Qualidade                 | <b>0.703</b>  | <b>10.249</b> | <b>0.000</b> |
| Dor                       | <b>-0.144</b> | <b>-2.005</b> | <b>0.048</b> |
| Custo Económico           | 0.057         | 0.758         | 0.450        |

A regressão linear múltipla do modelo 2, permitiu identificar a qualidade como principal variável explicativa da satisfação ( $\beta=0.703$ ). A dor também surge como variável explicativa da satisfação, mas com uma influência menor ( $\beta=-0.144$ ). O custo económico ( $t(98)=0.758$  e  $p=0.450$ ) não se adequa como variável explicativa da

satisfação. Conclusão, a qualidade tem um efeito positivo na satisfação e a dor tem um efeito negativo na satisfação.

#### Hipótese 4

A hipótese 4 enuncia que a satisfação do consumidor tem um efeito significativo na lealdade.

Mais uma vez, recorreu-se à regressão linear múltipla para testar a hipótese formulada. O modelo 1 inclui, novamente, as variáveis demográficas, enquanto o modelo 2 inclui também o custo económico, a dor e a qualidade percebida.

**Tabela 10 – Coeficientes, estatísticas de teste e valor p para a regressão linear da lealdade**

|                 |       |       | F (gl1,gl2)     | Valor p |
|-----------------|-------|-------|-----------------|---------|
| Modelo 1        | 0.064 | 0.044 | 3.201 (6,282)   | 0.005   |
| Modelo 2        | 0.405 | 0.383 | 18.904 (10,278) | 0.000   |
| $\Delta$ Modelo | 0.341 |       |                 | 0.000   |

O modelo 1, apesar do valor reduzido de  $R^2$  (0.064), é significativo (o valor p (0.005) é inferior ao  $\alpha$  (0.05)). Nesse modelo, a idade ( $\beta = 0.158$ ) e o sexo ( $\beta = 0.122$ ) são as únicas variáveis explicativas da lealdade.

O modelo 2 é altamente significativo ( $F(10,278)=18.904$ ;  $p=0.000$ ) e explica alguma da variabilidade da lealdade ( $R^2 = 0.405$ ).

A regressão linear múltipla permitiu identificar a qualidade ( $\beta = 0.406$ ) como principal variável explicativa da lealdade. De acordo com a Tabela 11, também a dor ( $\beta = -0.214$ ) e a satisfação ( $\beta = 0.128$ ) são variáveis explicativas da lealdade.

Conclusão, tanto a qualidade como a satisfação têm um efeito positivo na lealdade, enquanto a dor tem um efeito negativo na lealdade.

**Tabela 11 - Regressão linear lealdade: valores de  $\beta$ , t, valor p e VIF**

| Modelo |                           | $\beta$       | t             | p            | VIF   |
|--------|---------------------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| 1      | (Constante)               |               | 21.809        | 0.000        |       |
|        | Sistema de saúde          | 0.018         | 0.293         | 0.770        | 1.108 |
|        | Idade                     | <b>0.158</b>  | <b>2.385</b>  | <b>0.018</b> | 1.324 |
|        | Sexo                      | <b>0.122</b>  | <b>2.018</b>  | <b>0.045</b> | 1.106 |
|        | Escolaridade              | -0.130        | -1.897        | 0.059        | 1.419 |
|        | Monitorização terapêutica | 0.065         | 1.116         | 0.265        | 1.018 |
|        | Tempo de deslocação       | -0.067        | -1.116        | 0.265        | 1.070 |
| 2      | (Constante)               |               | 7.456         | 0.000        |       |
|        | Sistema de saúde          | 0.057         | 1.162         | 0.246        | 1.119 |
|        | Idade                     | 0.035         | 0.643         | 0.521        | 1.372 |
|        | Sexo                      | 0.022         | 0.439         | 0.661        | 1.140 |
|        | Escolaridade              | -0.087        | -1.572        | 0.117        | 1.436 |
|        | Monitorização terapêutica | 0.021         | 0.446         | 0.656        | 1.026 |
|        | Tempo de deslocação       | -0.025        | -0.529        | 0.597        | 1.086 |
|        | Satisfação                | <b>0.128</b>  | <b>2.018</b>  | <b>0.045</b> | 1.874 |
|        | Qualidade                 | <b>0.406</b>  | <b>6.366</b>  | <b>0.000</b> | 1.900 |
|        | Dor                       | <b>-0.214</b> | <b>-4.231</b> | <b>0.000</b> | 1.193 |
|        | Custo Económico           | -0.047        | -0.963        | 0.337        | 1.131 |

## Hipótese 5

A hipótese 5 enuncia que a satisfação cumulativa é diferente da satisfação transaccional. Os participantes que fazem monitorização terapêutica recorrem mais frequentemente ao serviço, pelo que devem avaliar a satisfação de forma cumulativa. Os participantes que não a fazem monitorização terapêutica, têm uma utilização mais esporádica do serviço e por isso devem avaliar a satisfação de forma transaccional.

Para estudar esta hipótese, comparou-se a satisfação média dos participantes que efectuem análises para monitorização terapêutica, com a satisfação média dos participantes que não fazem monitorização terapêutica. A Tabela 12 apresenta os valores médios da satisfação em função da realização de monitorização terapêutica ou não.

**Tabela 12 – Comparação da satisfação média dos participantes que fazem monitorização terapêutica com os que não fazem monitorização terapêutica**

| Monitorização terapêutica | N   | Média  | Desvio padrão |
|---------------------------|-----|--------|---------------|
| Sim                       | 161 | 8.9545 | 0.9679        |
| Não                       | 77  | 9.1385 | 0.9633        |

O primeiro passo para testar a hipótese foi recorrer ao teste de Levene para verificar a igualdade das variâncias. Obteve-se um valor p (0.924) superior ao  $\alpha$  (0.05), pelo que se assume que temos variâncias iguais entre os dois grupos em estudo.

De seguida, utilizou-se o teste de t-Student para comparação de médias populacionais, assumindo igualdade de variâncias, para testar se a satisfação média dos participantes que faziam monitorização terapêutica era igual à satisfação média dos participantes que não faziam monitorização terapêutica.

Com uma estatística  $t(236)=-1.375$  e um valor p (0.171) superior ao  $\alpha$  (0.05), não podemos rejeitar a hipótese nula. Assim conclui-se que os valores de satisfação, entre os participantes que fazem monitorização terapêutica e os que não fazem, não são significativamente diferentes.

Rejeita-se a hipótese 5. Não existe diferença entre a satisfação cumulativa e a satisfação transaccional.

### **Hipótese 6**

A hipótese 6 enuncia que a satisfação dos homens é significativamente diferente da das mulheres.

Na

**Tabela 13 encontram-se os valores médios da satisfação para cada um dos géneros. Da análise da**

Tabela 13 podemos admitir que a satisfação das mulheres é ligeiramente superior à dos homens. Para confirmar se essa diferença é estatisticamente significativa recorreu-se ao teste de t-Student para comparação de médias populacionais.

**Tabela 13 – Comparação da satisfação média por género**

| Sexo      | N   | Média  | Desvio padrão |
|-----------|-----|--------|---------------|
| Masculino | 113 | 8,8702 | 1,06293       |
| Feminino  | 132 | 9,0934 | 0,94668       |

Tal como para a hipótese anterior, o primeiro passo foi utilizar o teste de Levene para a verificar a igualdade das variâncias entre os grupos. Obteve-se um valor  $p$  (0.421) superior ao  $\alpha$  (0.05), pelo que se assume que a variância é para os dois grupos.

A estatística  $t(243)=-1.738$  e o valor  $p$  (0.083) superior ao  $\alpha(0.05)$  não nos permitem rejeitar a hipótese nula. Logo, os valores de satisfação não são significativamente diferentes entre homens e mulheres.

Conclusão, em termos estatísticos não existe evidência estatística de que os homens e as mulheres tenham valores médios de satisfação diferentes, logo rejeita-se a hipótese 6.

### **Hipótese 7**

A hipótese 7 enuncia que o tipo de seguro de saúde tem influência nos níveis de satisfação.

Para testar se as satisfações médias são diferentes para os vários tipos sistemas de saúde utilizados pelos participantes, recorreu-se à ANOVA. O grupo de participantes que recorreu ao laboratório sem sistema de saúde foi excluído do estudo devido ao facto por ser uma amostra muito reduzida. Sendo assim compararam-se apenas os grupos pertencentes ao sistema nacional de saúde, os subsistemas de saúde públicos e os seguros privados.

Da ANOVA obteve-se uma estatística de teste  $F(2,233)=1.127$  e um valor  $p$  (0.326) superior ao  $\alpha$  (0.05). Assim sendo, não existe evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula, logo, a satisfação média não varia conforme o sistema de saúde dos participantes. Assim sendo, rejeita-se a hipótese 7.

Adicionalmente, e devido ao facto da qualidade percebida ter um efeito superior na lealdade do que a satisfação, investigou-se se a qualidade percebida pelos participantes era significativamente diferente conforme o tipo de seguro de saúde utilizado.

Da ANOVA obteve-se uma estatística de teste  $F(2,268)=1.583$  e um valor  $p$  (0.207) superior ao  $\alpha$  (0.05). Pelo que se conclui que, tal como para a satisfação, o sistema de saúde não tem influência na qualidade percebida.



## 4. Discussão

### 4.1. Implicações Teóricas

Em termos de modelo de comportamento do consumidor, a Ilustração 4 resume os resultados obtidos: os custos não têm influência na qualidade percebida; a qualidade percebida e a dor têm influência na satisfação; a qualidade, a dor e a satisfação têm influência na lealdade.

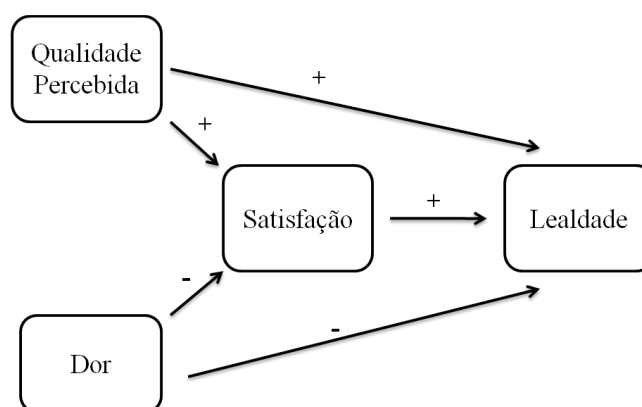


Ilustração 4 - Modelo de comportamento do consumidor

Relativamente ao facto dos custos não terem influência na qualidade percebida, isso está de acordo com a revisão da literatura. Praticamente todos os autores afirmam que a avaliação da qualidade não sofre qualquer influência dos custos percebidos pelos consumidores.

Quanto ao efeito dos custos na satisfação, na maioria dos estudos, o efeito preço não aparece incluído no julgamento da satisfação. Isso acontece, não porque esteja provado que os custos não têm qualquer efeito na satisfação, mas porque a maioria dos estudos não segue a teoria equitativa da satisfação, segue o paradigma da não confirmação das expectativas. Assim sendo, estes consideram que a satisfação é função apenas da não confirmação das expectativas de qualidade.

Neste caso, verificou-se que os custos económicos, ao contrário dos custos psicológicos/dor, não têm influência nem na satisfação, nem na lealdade. Isso pode estar relacionado com o facto da maioria dos exames complementares de diagnóstico serem comparticipados pelos respectivos seguros de saúde, quer estes sejam públicos ou privados, ficando a cargo do consumidor apenas uma pequena percentagem dos custos

com os exames. Além disso, importa referir que a relativamente às taxas moderadoras, cerca de metade dos portugueses estão isentos do seu pagamento. Desta forma, os consumidores não se confrontam com o custo real dos serviços que consomem, daí o custo percebido ser baixo. Assim, é compreensível que estes não tenham influência nem na satisfação nem na lealdade.

Ainda relativamente aos custos de tempo, a cobertura do sistema nacional de saúde é praticamente universal. As convenções com os prestadores privados criam uma rede de acesso aos cuidados de saúde muito abrangente que faz com que os custos de tempo sejam minimizados.

Relativamente à relação da qualidade percebida e da dor com a satisfação, ficou demonstrado que estas duas variáveis têm influência na satisfação. Prova disso é o facto de aproximadamente metade da variância da satisfação poder ser explicada com recurso apenas à qualidade percebida e à dor.

A qualidade tem um efeito positivo na satisfação de 70.3%, enquanto a dor tem um efeito negativo de 14.4%. Estes resultados estão de acordo com a teoria equitativa, que conceptualiza a satisfação como o resultado da comparação entre os benefícios e os custos de um serviço.

Em termos dos determinantes da lealdade, verificou-se que a satisfação, a qualidade percebida e a dor são todas variáveis explicativas da lealdade. A qualidade é a principal variável explicativa da lealdade (40.6%), seguida da dor (21.4%) e da satisfação (12.8%). Contudo o modelo apurado apenas explica 34.1% da variabilidade da lealdade. O efeito da qualidade e da satisfação na lealdade é positivo. O efeito da dor é negativo.

O facto de quer a qualidade percebida, quer a dor, terem efeito na lealdade, sugere que quando o indivíduo enfrenta a necessidade de consumir novamente um dado serviço, ele avalia não só a satisfação que teve com a última experiência de consumo, mas também os benefícios e os custos obtidos dessa transacção, antes de se decidir por manter a relação com um serviço ou mudar para um competidor.

Ao contrário da maioria dos estudos referidos, neste caso a satisfação não é a principal variável explicativa da lealdade. Isso pode estar relacionado com o facto dos serviços de

análises clínicas, à semelhança de outros serviços de saúde, requererem exames físicos, muitas vezes de carácter invasivo que acarretam dor para o consumidor.

Nesses casos, a satisfação pode não ser a principal resposta emocional associada ao consumo desse tipo de serviço. Mesmo sendo a satisfação a principal resposta emocional, esta pode ser condicionada por outras respostas emocionais despoletadas pelo consumo de um serviço. Nesse sentido, a própria dor associada ao consumo deste género de serviços pode ser considerada como uma resposta emocional já que também comporta uma componente cognitiva e outra afectiva.

Relativamente ao facto do modelo obtido ter uma capacidade limitada para explicar a lealdade, não é de descartar a hipótese de que existam outras variáveis que possam contribuir de forma significativa para explicar a lealdade. O valor percebido e a imagem da organização, por exemplo, são dois conceitos que têm sido estudados com alguma frequência, contudo também não existe grande concordância sobre o seu efeito quer na satisfação, quer na lealdade.

Existe um número quase indeterminado de variáveis que podem ser adicionadas a um modelo para explicar a satisfação e as intenções de comportamento. Se seguirmos esse rumo, de adicionar variáveis até o modelo proporcionar o valor desejado, as teorias inerentes ao modelo perdem a sua parcimónia e os modelos tornam-se bastante restritivos, podendo ser aplicados apenas a situações específicas.

Relativamente às hipóteses particulares da satisfação, apurou-se que nem o sexo, nem o tipo de seguro de saúde, nem a frequência de consumo tinham influência nos valores médios de satisfação. Isso indica que pode existir uma forma comum a todos os indivíduos de avaliar a satisfação com o serviço. Se for esse o caso, isso implica que a satisfação é melhor caracterizada pela sua dimensão cognitiva, do que pela sua dimensão afectiva.

Existem pelo menos dois motivos para isso acontecer. Os participantes poderiam já ter uma longa ligação com o laboratório e a sua satisfação é mais cumulativa do transaccional, e nesse caso a avaliação da satisfação aproxima-se da avaliação da qualidade percebida. Ou então, devido ao facto da saúde ser muito importante para os consumidores, estes fazem um esforço por valor mais a cognitiva do que a componente afectiva da satisfação.

#### **4.2. Implicações Metodológicas**

Em termos de implicações metodológicas, temos o facto de que tendo o processo de selecção ter sido por conveniência, isso não garante que a amostra seja representativa da população do laboratório, o que no limite indica, que os resultados obtidos não podem ser extrapolados para o resto da população.

Em segundo lugar, os inquéritos foram administrados imediatamente após o consumo do serviço. Existem alguns estudos que afirmam que nesses casos as respostas podem estar sobrestimadas. Apesar da utilização de escalas de 1 a 10, houve uma elevada concentração de respostas entre os valores 8 e 10 para a maioria das questões, o que pode ter contribuído, para uma discriminação insuficiente das variáveis. Tudo isso pode ter implicações no comportamento das variáveis.

Outra característica que convém ter em consideração é que os questionários só foram aplicados no laboratório central. Não foram aplicados questionários nos diversos postos de colheitas, apesar da maioria dos serviços de análises clínicas ter esses dois tipos de instalações. A escolha de realizar o estudo apenas num local, foi tomada depois de perceber que não seria possível fazer a aplicação do questionário em todas as instalações do laboratório. Desta forma, também se acaba por evitar avaliar a satisfação do consumidor face a um serviço específico, em instalações com diversos tipos de serviços.

Contudo, esta metodologia não foi escolhida de forma irreflectida. Estudos preliminares revelaram que seria muito difícil atingir um número satisfatório de participantes se fosse implementada uma amostragem probabilística. Bem como os níveis de participação desceriam muito se os inquéritos não fossem administrados logo após a colheita.

Os resultados obtidos da análise factorial indicam que os participantes avaliam os custos monetários e os custos de tempo do mesmo modo, contudo isso pode ser uma particularidade desta amostra, que pode não pode ser generalizada sem uma investigação mais profunda.

A escolha da monitorização terapêutica como indicador da frequência de consumo é lógica e pode ser adequada. Contudo, não se conhece a duração da ligação dos participantes que não fazem monitorização terapêutica, ao laboratório. Pelo que não se

pode afirmar, com toda a certeza, que estes continuem a avaliar a satisfação numa perspectiva transaccional e não numa perspectiva cumulativa. Isso pode ter tido implicações ao nível da comparação das duas perspectivas de satisfação.

Por fim, o estudo do modelo foi feito recorrendo apenas a regressões lineares múltiplas, e esta metodologia, tem a limitação de não poder analisar as várias relações de dependência que podem surgir em variáveis relacionadas entre si, e que pode ter implicações nos valores obtidos no modelo.

#### **4.3. Implicações da Aplicabilidade**

No sector dos serviços, a deterioração do nível de serviço é um grande incentivo à mudança porque conduz à insatisfação e potencia uma maior atracção do consumidor por prestadores alternativos.

À medida que aumenta o número de prestadores de cuidados de saúde no mercado, os prestadores têm que competir não só pelo preço, como pelo modo como os cuidados de saúde são prestados, subentenda-se a qualidade. Neste momento, a oferta de serviços médicos não hospitalares já é bastante diversificada e existe um elevado número de concorrentes no mercado, pelo que gerir a qualidade, a satisfação e a vontade de recomendar ou de recompra, é importante para garantir uma quota de mercado.

É uma questão de análise custo-benefício saber se é preferível investir na satisfação do consumidor ou em publicidade. Como à partida, o custo-benefício de investir na satisfação é maior do que os custos-benefícios de investir em publicidade, então esse deve ser o caminho seguir.

Este modelo propõe que, para garantir a satisfação do consumidor, se deve investir na qualidade percebida e na gestão da dor associada ao consumo do serviço. Mais tarde, quando o consumidor tem que optar se continua a recorrer ao mesmo serviço ou se muda, são essas três variáveis que o consumidor tem em conta. Por isso, é expectável que a introdução de modelos de satisfação do consumidor, como este proposto, seja sempre vantajosa para uma organização.

Mas é importante não esquecer que o julgamento final da qualidade depende do consumidor e não do produtor, desta forma, as melhorias de qualidade que não possam ser reconhecidas pelo consumidor são investimentos questionáveis que podem não ter efeito real na mudança da satisfação dos clientes.

O que este modelo acarreta de novo é basicamente a necessidade de gerir a dor percebida pelos consumidores em exames invasivos como forma de aumentar a sua satisfação. Todas as outras relações presentes no modelo, apesar do seu grau de maior ou menor concordância com a literatura, têm já consequências bem estudadas.

Por fim, Dholakia e Morwitz (2002) dão um motivo muito simples para a adopção de estratégias de investimento na satisfação do consumidor: o simples acto de medir a satisfação do consumidor influencia não só a satisfação da compra nesse determinado momento, como esse efeito positivo na satisfação se mantém alguns meses.

#### **4.4. Limitações e Estudos Futuros**

Conforme já foi referido, o método de selecção dos participantes limita a extrapolação destes resultados para outros estabelecimentos similares. Além disso, o estudo restringiu-se apenas a um laboratório. Seria interessante estudar não só vários estabelecimentos, de entidades distintas, como também os seus postos de colheita, agora que já temos um termo de comparação. Assim poderíamos ter uma ideia global do interesse do modelo proposto para o comportamento do consumidor neste sector.

Reproduzir este estudo, com as ressalvas já referidas, em organizações que façam outros tipos de exames invasivos é o ideal para confirmar a validade do modelo proposto.

Outra sugestão é estudar a adequação dos conceitos da imagem da organização e o valor percebido a este modelo, mediante a realização de novos estudos. Essa pode ser a resposta para aumentar a capacidade explicativa do modelo face à lealdade.

Por fim, utilizar outros tipos de recursos estatísticos, como o modelo de equações estruturais, para verificar a existência de relações recíprocas entre as variáveis e a possibilidade de existirem variáveis latentes.

## 5. Referências Bibliográficas

- Anderson, E.W., Fornell, Claes e Mazvancheryl, S.K. (2004), Customer satisfaction and shareholder value, *Journal of Marketing* 68, 172-185.
- Anderson, E.W. e Mansi, Sattar. (2009), Does customer satisfaction matter to investors? Findings from the bond market, *Journal of Marketing Research* 703, 703–714.
- Anderson, E.W. e Sullivan, M.W.(1993), The Antecedents and consequents of customer satisfaction for firms, *Marketing Science* 12(2), 125-143.
- Bahia, Kamilia, Paulin, Michele e Perrien, Jean. (2000), Reconciliating literature about client satisfaction and perceived services quality, *Journal of Professional Services Marketing* 21(2), 27-41.
- Bou-Llusar, J.C., Camisón-Zornoza, César e Escrig-Tena, A.B. (2001), Measuring the relationship between firm perceived quality and costumer satisfaction and its influence on purchase intentions. *Totally Quality Management*, Vol 12, Nº6, 2001, 719-734
- Brady, M.K. e Cronin, J.J. (2001), Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach, *Journal of Marketing* 65, 34-49.
- Chandrashekar, Murali, Rotte, Kristin, Tax, S.S. e Grewal, Rajdeep, (2007), Satisfaction strenght and customer loyalty, *Journal of Marketing Research* XLIV, 153-163.
- Conlon, Edward, Devaraj, Sarv e Matta, K.F., (2001), The relationship between initial quality perceptions and maintenance behaviour: the case of the automotive industry, *Management Science* 47(9), 1191-1202.
- Cronin, Joseph e Taylor, Steven (1992), Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of Marketing* (56), 55-68.
- Darsono, Lizen e Junaedi, Marliana, (2006), An examination of perceived quality, satisfaction, and loyalty relationship, *Gadjah Mada International Journal of Business* 8(3), 323-342.
- Dholakia, U.M. e Morwitz, V.G., (2002), The scope and persistence of mere-measurement effects: evidence from a field study of customer satisfaction measurement, *Journal of Consumer Research* 29, 159-167.
- Fornell, Claes, (1992), A national customer satisfaction barometer: the swedish experience, *Journal of Marketing* 56, 6-21.
- Friedman, Margaret e Churchill, Gilbert, (1987), Using consumer perceptions and a contingency approach to improve health care delivery, *Journal of Consumer Research* 13, 492-510.
- Gotlieb, Jerry, Grewal, Dhruv e Brown, Stephen, (1994), Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? *Journal of Applied Psychology* 79(6), 875-885.

- Gruca, T.S. e Rego, L.L., (2005), Customer satisfaction, cash flow and shareholder value, *Journal of Marketing* 69, 115-30.
- Gudergan, S.P. e Ellis, R.S., (2007), The link between perceived service value and customer satisfaction, *Journal of Customer Behaviour* 6(3), 249-267.
- Gupta, Sunil e Zeithmal, Valarie, (2006), Customer metrics and their impact on financial performance, *Marketing Science* 25(6), 719-739.
- Hertzman-Miller, Ruth, Morgenstern, Hal, Hurwitz, Eric, Yu, Fei, Adams, Alan, Harber, Philip e Kominski, Gerald, (2002), Comparing the satisfaction of low back pain patients randomized to receive medical or chiropractic care: results from the UCLA low-back pain study, *American Journal of Public Health* 92(10), 1628-1633.
- Homburg, Christian, Koschate, Nicole e 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.
- Homburg, Christian, Koschate, Nicole e Hoyer, W.D., (2006), The role of cognition and affect in the formation of customer satisfaction: a dynamic perspective, *Journal of Marketing* 70, 21-31.
- Hu, Hsin-Hui, Kandampully, Jay e Juwaheer, T.D., (2009), Relationships and impacts of service quality, perceived value, customer satisfaction, and image: an empirical study, *The Services Industries Journal* 29(2), 111-125.
- Jacoby, J., Johar, G.V. e Morrin, M., (1998), Consumer Behaviour: A Quadrennium, *Annual Review Psychology* 49, 319-44.
- John, Joby, (1994), Referent opinion and health care satisfaction, *Journal of Health Care Marketing* 14(2), 24-30.
- Johnson, M.D., Anderson, E.W. e Fornell, Claes (1995) Rational and Adaptive Performance expectation in a customer satisfaction framework . *Journal of Consumer Research*. Vol. 21. March 1995, pp695-707
- Lasser, Karen, Himmelstein, David e Woolhandler, Steffie, (2006), Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey, *American Journal of Public Health* 96(7), 1300-1306.
- Licata, J.W., Mowen, J.C. e Chakraborty, Goutam, (1995), Diagnosing Perceived Quality in the medical service channel – marketing lens model brings complex exchanges into sharper focus, *Journal of Health Care Marketing* 15(4), 42-49.
- Liu, Chu-Mei, (2005), The multidimensional an hierarchical structure of perceived quality and customer satisfaction, *International Journal of Management* 22(3), 426-434.
- Luo, Xueming e Homburg, Christian, (2007), Neglected outcomes of customer satisfaction, *Journal of Marketing* 71, 133-149.
- Marinova, Detelina, Ye, Jun e Singh, Jagdip, (2008), Do frontline mechanisms matter? Impact of quality and productivity orientations on unit Revenue, efficiency, and customer satisfaction, *Journal of Marketing* 72, 28-45.



- Murfin, David, Schlegelmilch, Bodo e Diamantopoulos, Adamantios, (1995), Perceived service quality and medical outcome: an interdisciplinary review and suggestions for future research, *Journal of Marketing Management* 11, 97-117.
- Oliver, Richard, (1993), Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response, *Journal of Consumer Research* 20, 418-430.
- Oliver, Richard, (1999), Whence consumer Loyalty?, *Journal of Marketing* 63, 33-44.
- Oliver, Richard e DeSarbo Wayne, (1988), Response Determinants in Satisfaction Judgments," *Journal of Consumer Research*, 14, 495-507.
- Ordonez, L.D., (1998), The effect of correlation between price and quality on consumer choice, *Organizational Behavior and Human Processes* 75(3), 258-273.
- Parasuraman, A., Zeithaml V.A. e Berry L.L., (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing* 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml V.A., e Berry. L.L., (1988), SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing* 64(1), 12-40.
- Perneger. T.V, Etter, J.F. e Rougemont, André, (1996), Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: the effect on health status and satisfaction with care, *American Journal of Public Health* 86(3)
- Peyrot, Mark, Cooper, P.D. e Schnapf, Donald, (1993), Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services, *Journal of Health Care Marketing*, 24-33.
- Roth, Aleda e Jackson, William, (1995), Strategic determinants of service quality and performance: Evidence from the banking industry, *Management Science* 41(11), 1720-1733.
- Rust, Roland e Chung, Tuck, (2006), Marketing models of service and relationships, *Marketing Science* 25(6), 560-580.
- Spreng, Richard, Shi, Linda e Page, Thomas, (2005), Perceived service quality, customer satisfaction, and intentions. *Advances in Consumer Research* 32, 358-359.
- Tam, J.L., (2004), Customer satisfaction, service quality and perceived value: an integrative model, *Journal of Marketing Management* 20, 897-917.
- Tse, David e Wilton, Peter, (1988), Models of consumer satisfaction formation: an extention, *Journal of Marketing Research* XXV, 204-212.
- Tsiotsou, Rodoula, (2006), The role of perceived product quality and overall satisfaction on purchase intentions, *International Journal of Consumer Studies* 30, 207-217.
- Voss, Glen, Parasuraman, A, e Grewal, Dhuruv, (1998), The roles of price, performance, and expectations in determining satisfaction in service exchanges, *Journal of Marketing* 62, 46-61.

Weiner, Bernard, (2000), Attributional thoughts about consumer behavior, *Journal of Consumer Research* 27, 382-387.

Yim, C.K., Tse, David e Chan, Kimmy, (2008), Strengthening customer loyalty through intimacy and passion: roles of customer-firm affection and customer-staff relationships in Services. *Journal of Marketing Research*. Vol XLV (December 2008), pp 741-756.

Zeithaml, V.A., Berry L.L. e Parasuraman, A., (1996), The Behavioral Consequences of Service Quality, *Journal of Marketing*, 31-46.

ERS, Estudo Sobre o Processo de Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde, 2006, [http://www.ers.pt/actividades/estudos/lic\\_prestadores](http://www.ers.pt/actividades/estudos/lic_prestadores)

ERS, Estudo Sobre A Concorrência No Sector Das Análises Clínicas, 2008, <http://www.ers.pt/actividades/estudos/estudo-sobre-a-concorrencia-no-sector-das-analises-clinicas>

INE, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

## Inquérito de Qualidade e Satisfação

Este questionário faz parte de um estudo do ISCTE que pretende avaliar a Qualidade e a Satisfação dos Utentes dos laboratórios de análises clínicas. A sua opinião é importante. Agradecemos desde já a sua colaboração!

### 1. Relativamente à qualidade do serviço que lhe foi prestado como avalia o serviço segundo as seguintes questões:

A aparência das instalações e equipamentos são adequadas ao tipo de serviço prestado:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

A aparência dos funcionários é adequada ao tipo de serviço prestado:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

Sinto que o laboratório e os seus funcionários me dão atenção personalizada:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

Sinto que o laboratório e os seus funcionários entendem as minhas necessidades:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

O laboratório e os seus funcionários procuram ajudar os seus clientes:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

A preencher pelo serviço:

Código do Posto de Colheitas:

Tipo de Sistema de Saúde:

Tipo de Posto de Colheitas:

- (1) Público
- (2) Subsistema Público
- (3) Seguro Privado
- (4) Particular

- (1) Laboratório
- (2) Posto de Colheita
- (3) Clínica

O laboratório e os seus funcionários tentam responder às minhas necessidades em tempo útil:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

Posso confiar no serviço do laboratório e dos seus funcionários:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

Os colaboradores do laboratório são profissionais no seu desempenho:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

O serviço é prestado no período de tempo prometido:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

O laboratório e os seus funcionários são competentes no serviço que prestam:

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo  
Plenamente Plenamente

De um modo geral a qualidade do serviço que me foi prestado é de:

Péssima 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Óptima  
Qualidade Qualidade

**2. Relativamente à decisão de utilizar os nossos serviços, como se sente:**

Muito Insatisfeito 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito Satisfeito

Muito Infeliz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito Feliz

Não Gostei Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gostei Muito

**3. Relativamente ao tempo de entrega considera:**

Menos que o Esperado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais que o Esperado

Pouco Tempo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito Tempo

**4. Relativamente ao preço pago considera:**

Pouco dispendioso 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito dispendioso

Menos que o Esperado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais que o Esperado

Bastante Desadequado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante Adequado

**5. Relativamente ao processo de colheita de sangue considera que foi:**

Menos doloroso que o esperado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais doloroso que o esperado

Bastante Incômoda 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante Cômoda

Bastante Confortável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bastante Desconfortável

**6. Considerando a relação que tem com este laboratório:**

Recomendaria os serviços deste laboratório aos meus familiares e amigos:

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo Plenamente

Tenciono recorrer aos serviços deste laboratório novamente:

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo Plenamente

Considero este laboratório a minha primeira escolha se tiver que escolher outra vez:

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Concordo Plenamente

Dados Biográficos:

Idade (anos completos): \_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

Escolaridade (completa): Inferior ao 6º Ano \_\_\_\_ 6º Ano \_\_\_\_

9º Ano \_\_\_\_ 12º Ano \_\_\_\_ Licenciatura \_\_\_\_ Pós-Graduação \_\_\_\_

Faz análises para monitorização terapêutica: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Faz análises perto de (indique o tempo médio de deslocação):

Casa \_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_ Outro \_\_\_\_

Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração!