

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES NOS HOSPITAIS
PRIVADOS – A PERSPETIVA DOS CLIENTES DO GRUPO
HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE**

FÁBIO MANUEL ROQUE ROSA GONÇALVES

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

Dissertação efetuada sob a orientação de:
Professor Doutor Carlos Joaquim Farias Cândido
Mestre Isabel Maria Pereira Luís Feliciano

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES NOS HOSPITAIS
PRIVADOS – A PERSPECTIVA DOS CLIENTES DO
GRUPO HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE**

FÁBIO MANUEL ROQUE ROSA GONÇALVES

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

Dissertação efetuada sob a orientação de:
Professor Doutor Carlos Joaquim Farias Cândido
Mestre Isabel Maria Pereira Luís Feliciano

2013

FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES NOS HOSPITAIS PRIVADOS – A PERSPECTIVA DOS CLIENTES DO GRUPO HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Fábio Manuel Roque Rosa Gonçalves

Direitos de cópia ou Copyright

Copyright de Fábio Manuel Roque Rosa Gonçalves

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor

AGRADECIMENTOS

Na elaboração da presente dissertação de mestrado gostaria em primeiro lugar de agradecer à minha esposa, Maria João Roque de Andrade Esteves, pelo apoio e paciência demonstrados neste período.

Gostaria também de agradecer aos orientadores da dissertação, Professor Doutor Carlos Cândido e Mestre Isabel Feliciano, pelo apoio constante e pela motivação que sempre souberam demonstrar.

Um agradecimento especial para os meus pais, Américo Rosa Gonçalves e Carminda Quitéria Roque, por me darem a motivação necessária para prosseguir a minha instrução no sentido de explorar e adquirir o Conhecimento.

Gostaria também de agradecer aos professores do Mestrado de Gestão de Unidades da Saúde que me permitiram ter uma visão da importância da gestão em saúde, em particular ao Professor Doutor Sérgio Santos pela disponibilidade demonstrada na coordenação do curso e ao Professor Doutor Luís Coelho, pela forma pedagógica e perfeitamente cativante como deu a conhecer a análise e gestão financeira em saúde. Um agradecimento especial à Professora Doutora Patrícia Valle, pela disponibilidade demonstrada nas suas aulas sobre a Modelação de Equações Estruturais.

Por último um agradecimento a todos os que participaram nos inquéritos, bem como às entidades que o permitiram, nomeadamente o Hospital Particular do Algarve, em especial ao seu presidente do conselho de administração, Doutor João Bacalhau.

RESUMO

Tendo em conta o crescimento dos serviços de saúde privados em Portugal e a importância destes numa região como o Algarve, elaborou-se um estudo que teve como principal objectivo determinar as variáveis que mais contribuem para a fidelização dos clientes nos serviços privados de saúde nesta região do país

Com base na revisão da literatura desenvolveu-se um modelo de hipóteses que procura explicar a fidelização de clientes, incluindo como variáveis a qualidade percebida, o preço adequado, a satisfação, a inércia/custos de mudança e a conformidade com o grupo.

Procedeu-se à elaboração de um instrumento de recolha de dados que se aplicou a uma amostra de clientes que recorreram aos Hospitais Particulares do Algarve no ano de 2012, obtendo-se 94 inquéritos válidos, tendo sido analisados os resultados através da Modelação de Equações Estruturais com recurso ao Smart-PLS.

A análise dos dados da amostra permite caracterizar os clientes que mais recorrem a este tipo de serviços de saúde como sendo jovens entre os 19 e os 45 anos residentes no Algarve com nível superior de ensino e que possuem seguro e/ou subsistema de saúde, apresentando um rendimento mensal entre os 600 e os 1500 euros.

Quanto à fidelização dos clientes, as conclusões obtidas permitem constatar que ela é, neste contexto, explicada sobretudo pela satisfação dos clientes, e que para esta contribuem significativamente a qualidade percebida e o preço adequado. Foi também relevante constatar a importância da inércia/custos de mudança como dimensão explicativa da fidelização do cliente, o que até agora não tinha sido analisado no contexto da hospitalização privada. Por fim, o estudo permitiu ainda verificar que a conformidade com o grupo não é, neste contexto, uma dimensão que explique a fidelização do cliente.

Palavras-chave: Comportamento do Consumidor, Fidelização, PLS-SEM, Algarve, Hospital, Privado, Saúde

ABSTRACT

Given the growth of private health care in Portugal and its importance in a region such as the Algarve, it was elaborated a study that had a main objective to determine the variables that contribute most to customer loyalty in private health services in this region.

Based on a literature's review it was developed a hypotheses model that attempts to explain customer loyalty, including variables such as perceived quality, suitable price, satisfaction, inertia/switching costs and compliance with the group.

This was done by developing a tool to collect data that was applied to a sample of customers who have resorted to private hospitals in the Algarve in 2012, yielding 94 valid responses, and the results were analyzed with Structural Equations Modeling using Smart-PLS.

The analysis of sample data allows the characterization of most customers who resort to this type of health care as being young people between 19 and 45 years old, living in the Algarve, with higher level of education, with a monthly income between 600 and 1500 euro's and health insurance or belonging to a national healthcare subsystem.

Research conclusions suggest that customer loyalty is, in this context, mainly explained by satisfaction. For satisfaction significantly contributes perceived quality and suitable price. It was also relevant to note the importance of inertia/switching costs as an explanatory dimension of loyalty, which until now had not been analyzed in the context of private hospitals. Finally, the study also finds that compliance with the group is not, in this context, a dimension that explains customer loyalty.

Keywords: Consumer Behavior, Loyalty, PLS-SEM, Algarve, Hospital, Private, Health

ÍNDICE GERAL

	Página
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	x
Lista de Abreviaturas e Siglas	xi
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 - Conceitos e Teorias de Fidelização	5
2.2 - Causas da Fidelização	7
2.3 - Vantagens da Fidelização	10
2.4 - Retenção de Clientes	11
2.5 - Marketing e Fidelização em Saúde	12
2.6 - Hipóteses de Investigação	13
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	21
3.1 - População e Amostra	21
3.2 - Considerações Éticas	22
3.3 - Tamanho e Seleção da Amostra	23
3.4 - Questionário	24
3.5 - Escala de Medida	30
3.6 - Análise do Viés da Não-Resposta	30
3.7 - Análise de Dados e a Modelação de Equações Estruturais	31

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	38
4.1 - Caracterização da Amostra	38
4.2 - Análise de Correlação	40
4.3 - Análise da Distribuição dos Dados	41
4.4 - Análise da Aleatoriedade da Amostra	42
4.5 - Análise do Viés da Não-Resposta	42
4.6 - Análise do Modelo de Equações Estruturais	43
4.6.1 - Análise do Modelo de Medida	43
4.6.2 - Análise do Modelo Estrutural	46
5. CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	63
Apêndice A - Inquérito	64
Apêndice B - Tabelas de Análise de Frequências – Grupo II	68
Apêndice C - Correlação dos Indicadores das Variáveis Latentes	72
Apêndice D - Análise de Distribuição da Amostra, Teste de Kruskal-Wallis e Teste da Aleatoriedade da Amostra	75
Apêndice E - Resultados dos Coeficientes do Modelo de Medida - Análise Bootstrap	80
Apêndice 6 - Frequência das Respostas às Questões da Conformidade com o Grupo	81

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2 - Modelo de Referência	19
Figura 3 - Modelo PLS-SEM de Fidelização dos Clientes	32
Figura 4.1 - Coeficientes do Modelo de Medida e Coeficientes do Modelo Estrutural	44
Figura 4.2 - Valores t de student dos Indicadores - Análise Bootstrap	48

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 4.1 - Tabulação Cruzada entre Nacionalidade e Residência	38
Tabela 4.2 - Tabulação Cruzada entre Rendimento Mensal e Subsistema de Saúde	39
Tabela 4.3 - Tabulação Cruzada entre Seguro de Saúde e Subsistema de Saúde	39
Tabela 4.4 - Correlação entre Variáveis Quantitativas - Grupo II	40
Tabela 4.5 - AVE, Fiabilidade Compósita e Alfa de Cronbach	44
Tabela 4.6 - Análise dos Cross-Loadings	45
Tabela 4.7 - Correlação entre as Variáveis Latentes	46
Tabela 4.8 - Análise do Critério de Fornell-Larcker	46
Tabela 4.9 - Análise do Indicador R^2 para as Variáveis Latentes Endógenas	47
Tabela 4.10 - Coeficientes Estruturais das Variáveis Latentes	47
Tabela 4.11 - Análise Blindfolding	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INE - Instituto Nacional de Estatística

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HPA - Hospital Particular do Algarve

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SEM - Structural Equation Modeling

CB-SEM - Co-variance Based Structural Equation Modeling

PLS-SEM - Partial Least Squares Structural Equation Modeling

AVE - Average Variance Extracted

1. INTRODUÇÃO

O Marketing é atualmente uma área relevante que contribui decisivamente para o sucesso de qualquer organização, seja ela de pequena ou grande dimensão, seja por vezes um indivíduo que necessite de fazer chegar as suas ideias a um número alargado de pessoas ou uma multinacional que apresente um novo produto ou serviço.

Conceitos como publicidade e propaganda e uma série de anglicismos como advert, slogan, merchandising, entre outros, são recorrentemente ouvidos hoje em dia, quer na televisão, quer em jornais e revistas ou na internet, e são todos eles componentes do Marketing e ao mesmo tempo ferramentas para atrair consumidores de produtos, serviços ou ideias.

Assim, o Marketing chega aos nossos dias como um conjunto abrangente de conhecimentos, consolidado cientificamente através de investigação e divulgação académica, tendo como uma das definições mais conhecidas a elaborada por Kotler e Armstrong (2009), que definem o Marketing como a entrega de satisfação ao cliente em forma de benefício.

Tendo sido primeiramente adotado por empresas produtoras de bens tangíveis, da qual a indústria automóvel é um exemplo, o Marketing evoluiu no sentido da especificidade, a ele recorrendo hoje em dia uma grande variedade de organizações como forma de atrair e fidelizar os seus clientes, sendo o sector da saúde uma delas.

A fidelização, entre inúmeros termos associados ao Marketing, é um conceito importante e a que é dada especial relevância, cada vez em áreas mais específicas como o sector da saúde, alvo recente de estudos científicos e avanços significativos que melhor permitem adaptar o Marketing a este sector.

Os prestadores de serviços de saúde privados estão atentos ao aumento das necessidades de saúde por parte da população, vendo aí uma forma de aumentar o número de clientes e por conseguinte as receitas. Também aqui o Marketing desempenha um papel primordial, apresentando novas soluções a possíveis clientes e explorando a possibilidade de os manter fidelizados.

A despesa em saúde, segundo o INE no relatório “Conta Satélite da Saúde 2000-2008”, aumentou entre os anos 2000 e 2008, cerca de 4,9% ao ano. Conclui o mesmo documento que a despesa em cuidados de saúde privados aumentou igualmente, sendo que os gastos em hospitais privados aumentou cerca do dobro, se compararmos o ano de 2000

com o ano de 2008. Estes dados fazem perceber a importância de uma adequada estratégia de marketing na área da saúde, área cada vez mais aberta à concorrência e em que intervêm grupos económicos com interesses em diversas áreas de negócio. Segundo Ribeiro (2009), os serviços de saúde privados estão em franco desenvolvimento em Portugal, com um peso significativo na economia do país, com objetivos concretos de crescimento. Eira (2010) estima que o sector dos serviços de saúde privados represente em Portugal um valor entre os 700 e os 800 milhões de euros anuais.

De uma maneira geral, estes grupos têm unidades dispersas um pouco por todo o país, quer sob a forma de clínicas de saúde, postos de enfermagem, laboratórios de análises, hospitais, entre outros, sendo que a oferta é maior nos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto (Eira, 2010). Segundo a autora, a região do Algarve é a única região do país em que o número de hospitais privados é superior aos hospitais públicos. Uma explicação para esse facto é a aposta dos grupos privados no potencial que o turismo apresenta nesta zona do país e a riqueza por ele gerada.

Segundo a Região de Turismo do Algarve:

“...O sector de atividade mais importante é o terciário (comércio e serviços), resultado da principal atividade económica – o turismo. Este subsector de atividade assume tal importância no Algarve que representa, direta e indiretamente, cerca de 60% do total de emprego e 66% do PIB regional. De salientar que o Algarve recebe anualmente cerca de 5 milhões de turistas...”

Contudo, será importante que os clientes se sintam satisfeitos com toda a experiência de cuidados, daí a importância de uma estratégia que permita não só atraí-los e satisfazê-los mas igualmente mantê-los e se possível que esses clientes façam com que mais clientes sejam atraídos.

A fidelização junto dos clientes é uma componente do Marketing que tem sido abordada em diversas áreas, desde os produtos aos serviços, e sob diferentes perspectivas especificamente na área dos serviços de saúde (área geográfica, tipologia da unidade de saúde avaliada, realidade económica do país, etc.). Pela pesquisa bibliográfica efetuada para esta dissertação percebe-se que é um tema atual e de importância para os investigadores (Moliner, 2009; Mortazavi *et al.*, 2009; Suki *et al.*, 2009; Wu, 2011; Ferreira, 2011). Contudo, não existe referência a um estudo deste tipo realizado nesta região do país ou outra região com características semelhantes.

Por se considerar que a região algarvia tem características demográficas específicas, com uma população em crescimento significativo e com elevado número de residentes

estrangeiros, apresentando mesmo a maior proporção de população de nacionalidade estrangeira em Portugal (INE, 2002; 2011), e pela importância do turismo na região e a relação direta entre este e as necessidades de saúde que tendencialmente virá a gerar, considera-se importante a realização de um estudo que determine a importância das variáveis fidelizadoras e a sua relação com os serviços de saúde no sector privado nesta região, como forma de gerar uma base de conhecimentos que possa orientar os gestores na tomada de decisão quanto às estratégias de marketing a adotar nesta e noutras regiões com características semelhantes, uma vez que as evidências apontam para que as instituições de saúde, privadas e públicas, apostem no Marketing como uma ferramenta importante para atrair e reter clientes, promovendo o seu crescimento.

O presente estudo foi elaborado num grupo de hospitais privados da região algarvia, o Grupo Hospital Particular do Algarve. Este é um grupo privado prestador de serviços de saúde inaugurado em 1996 e que inclui hospitais e clínicas dispersas por toda a região algarvia.

Assim, este estudo pretende responder à seguinte questão: “Quais são as variáveis fidelizadoras dos serviços de saúde nos hospitais privados do Grupo Hospital Particular do Algarve”?

Como objetivo principal pretende-se determinar quais são as variáveis que os clientes dos hospitais do Grupo Hospital Particular do Algarve valorizam como sendo fidelizadoras.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Caracterizar a população que acede a este tipo de cuidados;
- Avaliar se a qualidade percebida e o preço adequado afectam positivamente a satisfação;
- Avaliar se a satisfação, a inércia/custos de mudança e a conformidade com o grupo afetam a fidelização do cliente perante o serviço de saúde.

As hipóteses de investigação, com base na revisão da literatura, são:

H1 – A qualidade percebida pelo cliente afecta positivamente a sua satisfação;

H2 - O preço adequado dos serviços de saúde afecta positivamente a satisfação do cliente;

H3 – A satisfação afeta positivamente a fidelização do cliente;

H4 – A inércia/custos de mudança afectam a fidelização do cliente

H5 – A conformidade com o grupo afecta a fidelização do cliente

Este estudo pretende ser dedutivo e quantitativo, baseado nas hipóteses de investigação apresentadas, testadas com base numa amostra da população algarvia que se deslocou aos hospitais do Grupo HPA no período de um ano, entre Janeiro e Dezembro de 2012.

No capítulo 2 será elaborada uma revisão bibliográfica onde se apresenta os temas em estudo e onde será exposto o modelo de hipóteses bem como as referências bibliográficas mais recentes que contribuíram para a sua formulação, descrevendo para cada hipótese apresentada os conceitos dos autores sobre a matéria.

No capítulo 3 será apresentada a metodologia de investigação e será feita a caracterização do estudo, nomeadamente ao nível da amostra e da implementação do inquérito, da forma como tratar os dados obtidos e as análises estatísticas utilizadas para a obtenção de resultados.

No capítulo 4 serão apresentados e analisados os resultados obtidos e será feita a discussão e análise do estudo, terminando o mesmo com o capítulo 5, onde serão apresentadas as conclusões e as limitações do estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura consiste, segundo o Guia para Elaboração de Dissertações de Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (2009:13), “...na apresentação da evolução científica do tema do trabalho através da citação e comentários sobre a literatura considerada relevante e que serviu de base à investigação...”

Tem o objetivo de demonstrar a relevância do estudo e auxiliar a interpretação dos resultados obtidos e resulta do processo de levantamento e análise do que foi cientificamente publicado sobre o tema e do problema de pesquisa escolhido (Reis, 2010).

No capítulo atual será feita referência ao conceito de fidelização do cliente e à sua evolução como importante conceção em Marketing. Serão abordadas as causas e as vantagens da fidelização, bem como a importância da retenção de clientes. É também abordada a fidelização associada aos serviços de saúde. Será por último apresentado o quadro de referência onde se encontram explicadas as hipóteses de investigação e os conhecimentos mais recentes sobre as mesmas.

2.1 - Conceitos e Teorias de Fidelização

A evolução do conceito de fidelização do cliente tem acompanhado o desenvolvimento do conceito de Marketing, sendo uma componente importante deste e que tem merecido por parte dos investigadores uma série de estudos académicos que permitem compreendê-lo cada vez melhor, no sentido de uma evolução que reconhece a sua importância crescente (Oliver, 1999; Samuelsen e Sandvik, 1997; Howard e Sheth, 1969). Gremler e Brown (1996) apontam a fidelização como sendo a “espinha dorsal” do negócio para as organizações; daí a importância do seu estudo e compreensão.

Embora no presente estudo o interesse recaia na fidelização do cliente associada aos serviços de saúde, sendo esse o tema principal e um conceito mais específico que importa aprofundar, a fidelização é uma área muito abrangente que tem já um considerável corpo de estudos e que tem sido analisada e aplicada nas mais diversas áreas, desde a indústria automóvel à hotelaria e aviação, entre outras. (Kandampully e Suhartanto, 2000; Devaraj *et al.*, 2001; Ostrowski *et al.*, 1993).

O Marketing foi encarado inicialmente como uma mera ferramenta publicitária, cuja função era chamar a atenção dos potenciais clientes para a aquisição dos produtos e serviços e assim auxiliar as organizações a aumentar as suas vendas. Interessava sobretudo

a venda e considerava-se terminado o processo quando se cobrava ao cliente. O aumento da concorrência, com cada vez mais organizações a disponibilizar produtos semelhantes a preços competitivos, as novas obrigações legais relativas à qualidade e segurança e as crescentes exigências dos consumidores requerem das organizações uma substancial atenção à sua satisfação, aos preços praticados e ao processo de pós-compra (Oliveira *et al.*, 2012).

Assim, a evolução do conceito permite perceber que o Marketing deixa de ser encarado de forma simplista e passa a adotar uma visão ampla de carácter estratégico, tendo por base um conjunto abrangente de conhecimentos, consolidados cientificamente através da investigação e divulgação académica, com foco especial nos conceitos que permitem às organizações identificar os produtos e serviços que melhor satisfazem as necessidades dos clientes (Oliver, 1997; Fornell *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2009)

De entre os diversos conceitos que constituem o Marketing, a fidelização do cliente é um dos que mais atenção tem merecido por parte dos investigadores, com extensa informação publicada, auxiliando as organizações que dela se socorrem como forma de atrair e reter os seus clientes, reconhecendo a sua importância. A fidelização do cliente é entendida como a continuidade de uma relação que se estabelece entre uma organização e os seus clientes, obtendo destes uma elevada participação nas suas receitas. Implica um conhecimento mútuo, o estabelecimento de vínculos sólidos e a manutenção de relações de longo prazo entre as duas partes (Oliver, 1997 e 1999; Armstrong *et al.*, 2009).

Os primeiros estudos sobre fidelização do cliente em Marketing abordam-na sob uma dimensão meramente comportamental, caracterizando-a como um comportamento observável por parte do cliente envolvendo a compra de um produto ou o usufruto de um serviço de forma repetida, avaliada com base em critérios como: a) a sequência e a proporção de compra, ou seja, a proporção em que um produto ou serviço é adquirido em comparação com produtos ou serviços semelhantes ou diferentes; b) como um ato de recomendação por parte de outrem; c) o objetivo que satisfaz e d) a relação do produto ou serviço com o cliente (McConnell, 1968; Tucker, 1964; Cunningham, 1956). Para Jacoby e Kyner (1973), fidelização é a resposta comportamental e não aleatória, expressa através do tempo por uma unidade de decisão, a uma ou mais marcas face a um conjunto de múltiplas outras marcas e que resulta num processo psicológico evolutivo.

Contudo, autores como Day (1969) e Jacoby (1969), e mais recentemente de Gremler e Brown (1996), Dick e Basu (1994), Oliver (1997), Aaker (1991), Assael (1998) criticam esta visão unidimensional e embora aceitem a componente comportamental, adicionam a

componente “atitude”. Esta componente enfatiza, segundo Silva (2011), o grau de compromisso de um cliente com o produto ou serviço, ou seja, não são apenas os comportamentos observáveis que definem a fidelização mas a percepção e os juízos dos clientes sobre estes e a sua tendência e disposição para a sua recompra.

Oliver (1999) refere que a fidelização de um cliente era até algum tempo caracterizada por padrões de compra repetitivos. Com a evolução do conceito, torna-se mais complexa e o autor define-a sob a perspectiva cognitiva e afetiva, como um profundo compromisso de recomprar um produto ou serviço consistentemente no futuro, apesar de influências externas e esforços de marketing por parte de concorrentes com potencial para provocar mudança de comportamentos. Esta definição aborda as perspectivas comportamental, referindo-se à repetição de aquisição de um produto ou serviço, e atitudinal, referindo-se às percepções e juízos do cliente sobre a marca, estabelecendo uma relação de compromisso para com esta em maior ou menor grau.

Outra componente da fidelização é a componente cognitiva (Bellenger *et al.*, 1976; Newman e Werbel, 1973; Yuksel *et al.*, 2010; Lee e Trail, 2011). Estes autores defendem a fidelização como um conceito desenvolvido consciente e cognitivamente que define a tomada de decisão perante a compra ou recompra de um produto ou serviço

Assim, percebe-se que como em qualquer conceito ou teoria que evolui, tal evolução deve-se ao facto de a investigação e o conhecimento produzido ser abundante e de se retratar o conceito de algo mais simples para algo cada vez mais complexo e completo, com várias componentes interligadas. Sucede o mesmo com o conceito de fidelização.

2.2 - Causas da Fidelização

De uma forma geral, e tendo em conta o universo de áreas em que a fidelização é analisada, existe uma variedade de causas que levam um cliente a manter-se fiel a um produto ou serviço.

O modelo de hipóteses apresentado neste estudo é baseado em parte no estudo efetuado por Cahill (2006), quando propõe a conceptualização das determinantes da fidelização do consumidor. Contudo, pela necessidade de não apresentar apenas a visão de um autor mas sim uma perspectiva mais abrangente, foram tidos em conta outros autores relevantes na área do Marketing.

Assim, as causas de fidelização do cliente definidas pelos autores são:

Preço: o preço adequado pago por um bem ou serviço é um forte componente da fidelização (Moliner, 2009). Quando se paga menos do que se considera ser o valor do produto ou serviço, aceita-se como sendo um bom negócio levando muitas vezes à recompra. Assim, o baixo preço é um elemento importante e muitas vezes decisivo que mantém os clientes fidelizados (Cahill, 2006); contudo, quando há a percepção por parte do cliente de que há produtos ou serviços semelhantes a preços mais baixos ou quando existe variabilidade mais ou menos constante nos mesmos, estes podem ser fatores que levam o cliente a deixar a marca atual e optar por outra (Moliner, 2009).

Qualidade: numa parte significativa de produtos e serviços a decisão de compra não se guia estritamente pelo preço. A qualidade é também um fator importante e a percepção que se tem da qualidade varia de cliente para cliente, dependendo da sua experiência com o produto ou serviço, com a publicidade feita pela marca, com as opiniões de outros clientes, etc. (Oliver, 1997; 1999). Por vezes, ainda que produtos ou serviços sejam iguais ou muito semelhantes entre si, o consumidor pode perceber aquele pelo qual optou como sendo distinto, e a avaliação subjetiva que faz da qualidade condiciona a fidelização ao mesmo. Tal deve-se em parte à construção da imagem feita pelas marcas, recorrendo a múltiplas formas de publicidade e levando os clientes a optarem por estas, mesmo sabendo que são mais dispendiosas relativamente a outras semelhantes (Martenson, 2007; Gommens *et al.*, 2001). Parasuraman *et al.* (1988) definem a qualidade do serviço como sendo composta por 5 dimensões: *aspetos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia*.

Confiança: é um dos aspetos fundamentais na avaliação de alternativas de compra por parte do cliente. Reveste-se de especial importância no caso dos serviços, uma vez que estes são intangíveis e a sua produção e consumo são feitos no momento e por isso a confiança adquirida leva muitas vezes o cliente a optar por determinado serviço em detrimento de outro, apenas pela experiência e consequente confiança neste (Sirdeshmukh *et al.*, 2002). Esta credibilidade, tal como a imagem, é muitas vezes trabalhada publicitariamente, embora neste caso se deva mais à experiência do cliente. Mesmo não sendo alvo de publicidade, a confiança é muitas vezes construída pelas experiências pessoais dos clientes (Chaudhuri e Holbrook, 2001). Cahill (2006) sugere o termo “fairness”, que define como uma relação justa entre o cliente e a organização, baseando-se no conceito de reciprocidade entre as partes. Quando a organização e/ou os clientes

entendem a relação como injusta, a relação de reciprocidade degrada-se e pode mesmo terminar.

Satisfação: o conceito de satisfação, na sua forma mais simplista aplicada ao Marketing, consiste no cumprimento do prometido ao cliente por parte da organização (Vesel e Zabkar, 2009). Assim, quando um produto ou serviço satisfaz um cliente, existe forte possibilidade de recompra porque, uma vez que este criou expectativas que viu satisfeitas e por vezes superadas, optará pelo produto ou serviço em detrimento de outro que não o satisfaz. Em serviços, e segundo Spreng *et al.* (1996), se a performance percebida exceder as expectativas do cliente, este fica satisfeito; contudo se a performance percebida do serviço não atinge as expectativas inicialmente criadas, tal facto leva a insatisfação.

Inércia: para Bloemer e Kasper (1995), a comodidade, os obstáculos criados ao abandono de um produto ou serviço, a percepção de custos psicológicos e o tempo e esforço associados à procura de outras opções levam os clientes a manterem os produtos e serviços, não pela qualidade que lhes reconhecem ou porque os consideram como os mais adequados às suas necessidades mas sim pela inércia em procurar alternativas. Por outro lado, organizações há que estruturam os seus serviços de forma a criar custos de mudança junto dos clientes, adotando estratégias tais como períodos pré-determinados de obrigatoriedade dos serviços, perda de regalias, pagamento de multas, entre outros, que limitam o poder de decisão dos clientes e constituem uma barreira ao abandono. Traduz-se numa fidelização artificial porque não se define como um forte comprometimento com a organização ou tomada de decisão complexa sobre o produto ou serviço (Oliver, 1999).

Conformidade com o grupo: o Homem é um ser social e muitas das escolhas que faz são fortemente influenciadas por considerações sociais. As relações pessoais, amizades e o sentido de pertença a um grupo determinam de certa forma os comportamentos de compra (Starr e Rubinson, 1978). Quando um ou vários clientes entendidos como líderes ou como pessoas significativas adquirem determinados produtos ou serviços, tal pode ser entendido como uma manifestação das suas atitudes e dos seus comportamentos, e indivíduos pertencentes ao mesmo grupo podem pretender replicar tais atitudes e comportamentos, ou seja, transmitir imagem semelhante, e fazem-no através da aquisição dos mesmos produtos ou serviços (Hornsey e Jetten, 2005).

Evitar riscos: um impedimento à compra de determinado produto ou serviço pode ser o risco percebido que tal compra pode originar. Se um cliente conhece e tem uma opinião bem formada sobre um produto ou serviço, pode não atender aos produtos concorrentes nem ter pretensão de os adquirir pelo receio de que sejam inferiores e pela suposição de risco que está associado à mudança, seja ele real ou imaginário, mantendo os produtos ou serviços atuais e assim a sua fidelização a estes. (Hoover *et al.*, 1978; Verhage *et al.*, 1990).

Ausência de alternativas: tal como a inércia, também a ausência de alternativas é uma forma artificial de fidelização. Surge quando o cliente não conhece ou não dispõe de alternativas aos produtos e/ou serviços que possui. Sucede nos casos de monopólio, levando os clientes a optar pelo único produto ou serviço disponível, não podendo escolher aquele que realmente desejam e pretendem, não podendo a fidelização ser entendida corretamente uma vez que se deve à ausência de alternativas e não a uma decisão consciente de compra por parte dos clientes (Javalgi e Moberg, 1997; Amine, 1998).

2.3 - Vantagens da Fidelização

A fidelização como ferramenta de marketing apresenta vantagens tanto para a organização como para o cliente (Oliver, 1997; Dick e Basu, 1994; Mimouni-Chaabane e Volle, 2010; Caruana, 1999; Trusov *et al.*, 2009; Godes e Mayzlin, 2009; Kim *et al.*, 2008) Destacam-se os seguintes aspetos significativos:

Facilitar e incrementar as vendas: a fidelização permite à organização potenciar a venda de novos produtos e serviços e assim aumentar as receitas através da venda cruzada, ou seja, sugerir junto dos clientes a obtenção de novos produtos e serviços que os clientes não solicitaram inicialmente, mas que podem vir a adquirir;

Redução dos custos de promoção: sendo mais difícil e dispendioso a captação de novos clientes, torna-se mais rentável a venda de novos produtos e serviços aos clientes atuais, diminuindo os custos de promoção junto de novos clientes. Manter uma grande base de clientes fiéis permite aumentar o volume de vendas e lançar novos produtos e serviços com um custo em marketing reduzido;

Retenção de colaboradores: a manutenção de uma base sólida de clientes fiéis favorece a estabilidade e a solidez do negócio. Por seu lado, esta estabilidade permite a manutenção dos colaboradores, assim como o seu know-how e a sua experiência

resultando na manutenção da estabilidade do trabalho e evitando a contratação de novos colaboradores e os custos associados à sua formação;

Menor sensibilidade ao preço: os clientes fiéis e satisfeitos são menos sensíveis às variações de preços dos produtos e serviços. Encontram-se normalmente na disposição de pagar um valor mais elevado pelos produtos e serviços diferenciados que recebem e pela satisfação obtida face a produtos concorrentes;

Promoção de publicidade gratuita: uma base sólida de clientes fiéis permite a promoção por parte destes de produtos e serviços junto de potenciais clientes, atuando como um benefício para a organização pela publicidade gratuita que promovem. É especialmente relevante nos serviços que apresentam uma componente social e se baseiam na credibilidade, como é o caso dos hospitais, em que um cliente fiel e satisfeito promoverá a transmissão de informações positivas potenciando a aquisição de novos clientes por parte da organização, sendo a boa opinião e a satisfação uma das formas mais seguras de atrair e cativar novos clientes;

Redução do risco percebido: o cliente que tem de escolher um produto ou serviço entre diversas alternativas tem o receio de não escolher a que mais o satisfaça e a que melhor se lhe adequa; nesta fase pode surgir a percepção mais ou menos real de que a escolha efetuada acarreta riscos de índole vária, pelo que a fidelização promove a confiança reduzindo a sensação de risco.

2.4 - Retenção de Clientes

Com o aumento dos níveis de competitividade nas mais diversas áreas, a retenção de clientes deve ser uma preocupação fundamental para as organizações, sendo imprescindível conhecer as características dos seus clientes e responder às suas necessidades, mostrando-lhes o quanto a organização se preocupa com as suas opiniões e indo além da mera avaliação da sua satisfação pois, na realidade, cativar e manter os clientes é um processo fundamental na geração de receitas (Vavra e Pruden, 1995).

Para Anderson e Fornell (1994) e Hoffmann e Bateson (2003), quando os clientes são a fonte de receita de uma organização, a chave do seu sucesso a médio/longo prazo assenta na capacidade de os atrair e manter. Como é mais difícil atrair novos clientes do que mantê-los, a fidelização deve ser uma prioridade estratégica das organizações.

Segundo Hoffman e Bateson (2003), os custos de retenção de clientes são substancialmente inferiores aos custos de aquisição de novos clientes. Além disso, a fidelização produz normalmente recomendações positivas por parte dos clientes atuais e maior resistência à concorrência e às estratégias de concorrentes rivais (Oliver, 1999; Dick e Basu, 1994).

Permanecendo fiéis a uma organização, os clientes representam uma continuidade de receitas pela compra e recompra de um ou mais produtos e/ou serviços associados, denominada “lifetime value”, que pode estender-se durante um longo período de tempo, muitas vezes vitalício (Grande e Vavra, 1994). São comuns os casos de clientes que mantêm, por exemplo, a mesma marca automóvel ao longo de toda a vida e passam essa atitude aos seus descendentes e estes, por sua vez, podem manter essa mesma marca durante um longo período. Existem múltiplas variantes dos programas de retenção de clientes, desde programas de recompensa baseados em cupões de desconto que oferecem reduções de preços, programas de pontos, programas baseados no tratamento preferencial, programas Multisponsor, com o acordo entre múltiplas organizações, programas baseados na criação de eventos especiais, entre outros.

2.5 - Marketing e Fidelização em Saúde

Para além de diversas áreas como a hotelaria, produtos informáticos, etc., a fidelização é igualmente abordada na área da saúde.

Suki *et al.* (2009) referem que no ambiente altamente competitivo dos cuidados privados de saúde, as instituições procuram indicadores que lhes permitam avaliar as perceções dos clientes e determinar se estão a atingir as suas expectativas de forma a assegurar a sua satisfação com os serviços prestados, com o intuito de os manter fidelizados e obter daí as vantagens descritas anteriormente.

Este sector de atividade é de particular importância nas economias desenvolvidas, segundo sublinha Moliner (2009), sobretudo ao nível social, já que a saúde é uma prioridade dos seres humanos, e também ao nível económico e financeiro, uma vez que são instituições que desempenham múltiplos serviços e que requerem um grande investimento na sua conceção e uma grande quantidade de recursos humanos e materiais.

Feliciano (2010:12) aborda as políticas de fidelização de clientes nos serviços de saúde privados, reconhecendo que:

“... a região do Algarve tem assistido nos últimos anos a uma significativa evolução demográfica, caracterizada pelo crescimento da sua população, sem

que os serviços de saúde tenham acompanhado esse ritmo de crescimento. Esta situação coloca a região algarvia numa situação de particular interesse para o sector da saúde, que se apresenta como um sector emergente abrindo espaço à iniciativa privada...”

O estudo é direcionado para os gestores dos processos de marketing de instituições privadas, concluindo a autora que a maioria dos responsáveis pelo marketing reconhece a importância deste no crescimento da instituição, embora apenas uma pequena parte apresente conhecimentos estruturados sobre marketing, reconhecendo a maioria que poderia beneficiar com o aumento de conhecimentos nessa área. Segundo a autora, seria importante um estudo “...com base na visão de outros stakeholders, nomeadamente pacientes...” (2010:122), que é precisamente a visão e o objetivo que o presente estudo pretende adotar.

2.6 – Hipóteses de Investigação

A qualidade é um conceito amplamente discutido em Marketing e que pode ser definido sob várias perspectivas, pelo que nem sempre é fácil encontrar uma definição abrangente que inclua todas as suas dimensões.

Bitner e Hubbert (1994) definem qualidade como a impressão geral do cliente relativamente à superioridade ou inferioridade de um produto ou serviço.

Grönroos (1984) apresenta a qualidade como um conceito multidimensional que não é facilmente definido ou mensurado e que é composto por duas componentes: a qualidade técnica e a qualidade funcional. A primeira refere-se ao resultado e às consequências do serviço, o que o cliente recebe em resultado da interação com a organização, enquanto a segunda se refere à forma como o serviço é entregue ao cliente, ou a forma como a qualidade técnica é transferida para este. Segundo o mesmo autor (Grönroos, 2001), a qualidade do serviço é o resultado da comparação entre o serviço prestado e o serviço esperado avaliado pelo cliente, e no que concerne aos serviços de saúde, a qualidade técnica é sobretudo definida com base no rigor técnico dos diagnósticos e procedimentos. Por seu lado, a qualidade funcional refere-se ao modo como os serviços de saúde são entregues ao cliente. Dado que estes não conseguem por vezes avaliar com precisão a qualidade técnica de um serviço de saúde, a qualidade funcional torna-se o principal determinante da avaliação da qualidade.

Para Aaker e McLoughlin (2010), quando uma organização propõe um serviço que é efetivamente percebido como sendo de qualidade, garante uma série de vantagens, entre

elas o de fazer com que o cliente encare ampla e positivamente os atributos do serviço e os percecionem muito favoravelmente, garantindo desta forma a sua satisfação.

Laroche *et al.* (2004) referem que para além da satisfação, a qualidade percebida também está associada às preferências e às expectativas dos clientes. Para Oliver (1997) e Teas (1994), a qualidade percebida atua como formadora da satisfação em relação aos serviços prestados.

Autores como Peyrot *et al.* (1993) e Anbori *et al.* (2010) efetuaram estudos que revelaram a importância da qualidade dos serviços na satisfação dos clientes, demonstrando que as características percebidas da qualidade levam os clientes a referirem graus de satisfação mais elevados quando comparados com outros serviços em que a percepção da qualidade é inferior.

No caso específico da qualidade nos serviços de saúde, Yesilada e Direktör (2010) avaliaram o impacto positivo da qualidade do serviço na satisfação dos clientes em hospitais públicos e privados. Também Moliner (2009) destaca a importância da qualidade dos serviços prestados por forma a atingir níveis elevados de satisfação no cliente. Refere contudo que esta relação pode não ser aplicável em todos os tipos específicos de hospital e em todas as áreas geográficas, salientando a importância de avaliar esta relação noutras realidades distintas. Já no caso dos serviços de saúde privados em Portugal, Eira (2010) aponta como um dos fatores mais significativos na satisfação dos clientes a qualidade percebida do serviço prestado, confirmando as conclusões dos autores anteriores.

Tendo em conta os estudos acima citados, formula-se a primeira hipótese de investigação deste estudo:

H1 – A qualidade percebida pelo cliente afecta positivamente a sua satisfação;

O preço é, segundo Kotler e Lee (2007), uma das ferramentas chave do marketing, utilizado pelas organizações para atingir objetivos de mercado, ou seja, a obtenção de clientes e as receitas associadas. Segundo os autores, é o fator mais importante que influencia a decisão dos clientes.

O conceito de preço em serviços é definido por Bei e Chiao (2001) como a percepção do cliente dos custos monetários e não monetários associados à aquisição e usufruto dos serviços.

Para Kotler e Lee (2007), o preço que os clientes pagam pelos produtos ou serviços é determinado pelo *objetivo do preço*, a *procura de mercado*, o *custo do produto ou serviço* e a *concorrência*.

Assim, relativamente ao *objetivo do preço*, as organizações podem pretender a) recuperar apenas os custos diretos e indiretos da produção; b) maximizar as vendas e c) estabelecer um objetivo de liderança através da qualidade, instituindo preços elevados dando a entender que o produto ou serviço é o melhor.

Relativamente à *procura de mercado*, as organizações pretendem determinar se a procura do produto ou serviço é ou não elevada e se depende do preço estabelecido. Quando a procura varia significativamente relativamente ao preço, diz-se que é sensível a este. Se pelo contrário a procura se mantém estável em função do preço, diz-se não sensível.

Sobre o *custo do produto ou serviço*, as organizações devem avaliar os custos diretos e indiretos observados na sua produção. Os custos diretos são os custos mensuráveis e diretamente relacionados com a produção e podem ser as matérias-primas, custos de produção, a mão-de-obra, etc. Os custos indiretos são custos que contribuem para o preço final do produto mas que se relacionam com ele de forma indireta, incluindo os gastos com energia, reformulação de linhas de montagem, etc.

Por último, a análise da *concorrência* permite avaliar se existem alternativas credíveis e semelhantes ao que se pretende oferecer e quais os preços praticados.

Tendo em conta estes quatro fatores, o preço é definido atribuindo maior ou menor ponderação, ou mesmo igual, a cada um dos parâmetros.

Para Virvilaite *et al.* (2009), o preço do produto ou serviço é o factor mais importante na determinação da satisfação do cliente. O estudo da relação entre o preço e a satisfação é importante por parte das organizações para atingirem o sucesso nos mercados internos.

Também Moliner (2009) refere que uma das características que os clientes mais valorizam é o valor adequado pago pelo serviço prestado, contribuindo para a sua satisfação sendo que muitas vezes esse é um factor determinante na manutenção do serviço por parte dos clientes.

Para Consuegra *et al.* (2007), o aumento do preço do serviço é mais aceitável por parte dos clientes se o serviço transmitir maior satisfação. Os autores verificaram que existe uma relação positiva entre a aceitação relativa ao aumento do preço e a satisfação com o serviço.

Tendo em conta os estudos dos autores acima citados, formula-se a segunda hipótese de investigação deste estudo:

H2 - O preço adequado dos serviços de saúde afecta positivamente a satisfação do cliente;

Sendo um dos conceitos mais estudados em Marketing, a satisfação apresenta muitas definições, sendo uma delas a proposta por Oliver (1997, 1999), na qual a satisfação é definida como um sentimento que se relaciona com o facto de o cliente perceber se as suas expectativas foram ou não atendidas. Desse modo, a satisfação é a resposta do cliente traduzida a partir do prazer relativo ao consumo, tanto de um produto como de um serviço.

Deve assim ser um factor a ter em conta no que se refere à retenção e formação de lealdade nos clientes, emergindo da superioridade percebida na oferta de produtos e serviços por parte das organizações.

Contudo, para o mesmo autor, embora clientes leais possam apresentar-se satisfeitos, a satisfação não se traduz universalmente em fidelização. Como refere Kotler (2002), fidelização não é satisfação; a satisfação é um componente necessário aos clientes fiéis mas pode não ser sinónimo de fidelização. Também Reichheld e Aspinall (1993) referem que a satisfação com o produto ou serviço é importante, mas a satisfação por si só não leva automaticamente à fidelização para com estes.

Wu (2011), que aborda a imagem de marca do hospital como elemento chave para a melhoria da qualidade e posterior satisfação dos clientes, estabelece uma relação positiva entre a satisfação e a fidelização. Recordando que o estudo foi conduzido em hospitais privados em Taiwan, afirma, tal como Moliner (2009) que os resultados poderão não ser aplicáveis a outros tipos de hospitais e aconselha um estudo noutros tipos de instituições hospitalares e noutros locais do globo.

Já Piper (2005) reforça a importância da ação dos hospitais na satisfação dos seus clientes como forma de fidelização, concluindo que existe uma relação positiva entre os dois conceitos, tal como o fazem outras instituições em ramos distintos de negócios com resultados reconhecidos.

Para Caruana (1999), um melhor entendimento da relação entre satisfação do cliente e a sua fidelização permite aos investigadores desenvolver modelos de marketing e focar a atenção nas ações que melhores resultados trazem às instituições.

Tendo em conta os estudos acima citados, formula-se a terceira hipótese de investigação deste estudo:

H3 – A satisfação afecta positivamente a fidelização do cliente;

A inércia é definida pelo Dicionário Priberam da Língua Portuguesa como a falta de ação ou atividade; é uma propriedade dos corpos que não podem alterar o seu repouso ou o seu movimento.

Entenda-se por inércia um estado de passividade que inibe a criatividade e o pensamento inovador, bem como a mudança de comportamentos (Chatterjee, 1998).

Para Genschel (1997), inércia é sinónimo de “*no-change*”. O autor refere que “*change*”, ou mudança, requer um corte com o passado, o abandono de velhas rotinas e a mudança para novas maneiras de pensar; assim, a inércia será a manutenção do estado geral das coisas. Para este autor, existem três grandes fontes de inércia: a) “*sunk costs*”, ou seja, os custos suportados inicialmente e que serão depois desaproveitados e perdidos caso ocorra mudança; b) incerteza e sensação de risco e c) perda de direitos adquiridos quando se procede à mudança e os conflitos inerentes gerados.

Chintagunta (1998) refere que a probabilidade de adquirir um determinado produto ou serviço é condicionada pelos níveis de inércia, fazendo com que um elevado nível de inércia condicione significativamente a sua aquisição.

Neste caso particular considera-se a inércia como uma atitude de apatia por parte do cliente que o impede de mudar de prestador de cuidados de saúde e procurar alternativas.

Para Bloemer e Kasper (1995), os obstáculos criados pelas organizações para evitar o abandono e a perda de clientes podem fazer com que estes se mantenham fidelizados, e assim inertes face à mudança. Estes obstáculos implicam geralmente custos para os clientes. São os chamados custos de mudança, definidos por Lee *et al.* (2001) como os custos em que o cliente incorre por mudar de fornecedor de produtos ou serviços que não teria de suportar se mantivesse o fornecedor habitual. Para Ibáñez *et al.* (2006), quando o cliente se compromete com um novo fornecedor, suporta custos de carácter monetário e não monetário (ex. tempo gasto, esforço psicológico, etc.) durante o período em que tem de lidar com este, assim como tem de suportar a perda de benefícios associados ao fornecedor antigo.

Jones *et al.* (2002) apresentam 6 dimensões associadas aos custos de mudança: a) custos de perda de performance, ou seja, a perceção de perda de benefícios e privilégios pela mudança; b) custos de incerteza, associados à performance de um fornecedor desconhecido; c) custos de pesquisa na fase pré-mudança, ou seja, a perceção de tempo e esforço despendidos para obter e avaliar a informação antes de mudar; d) custos comportamentais e cognitivos na fase pós-mudança, referindo-se ao esforço de aprendizagem e adaptação de novas rotinas após a mudança; e) custos de iniciação face ao novo fornecedor e f) custos “perdidos”, ou seja, a perceção do investimento em tempo, esforço e dinheiro que entretanto se perdem pela mudança de fornecedor.

Tendo em conta a opinião dos autores acima citados, formula-se a quarta hipótese de investigação deste estudo:

H4 – A inércia/custos de mudança afectam a fidelização do cliente

Embora a conformidade com o grupo seja um conceito pouco aprofundado na área da saúde, é sobretudo abordado na área da Psicologia e Sociologia, e será importante avaliar se a fidelização de um cliente a uma instituição de saúde se pode dever à pressão exercida pelo grupo no momento de decidir sobre os cuidados a usufruir e o local onde estes são prestados.

Segundo a Infopedia (2013), os indivíduos tendem a agir em conformidade com as expectativas do grupo a que pertencem.

Para Cameira (1997), a conformidade grupal é a conformidade às normas do grupo e não aos membros do grupo, individualmente. A pressão para a uniformidade comportamental aumenta com o grau de discrepância ou desacordo, com o grau de relevância da discrepância para o funcionamento do grupo e com a sua coesão. A conformidade social apenas existe devido à pressão de grupo. Age-se em conformidade com as regras porque se aceita a sua legitimidade e porque os indivíduos a tal são incentivados pela aprovação e recompensa obtidas por parte dos outros.

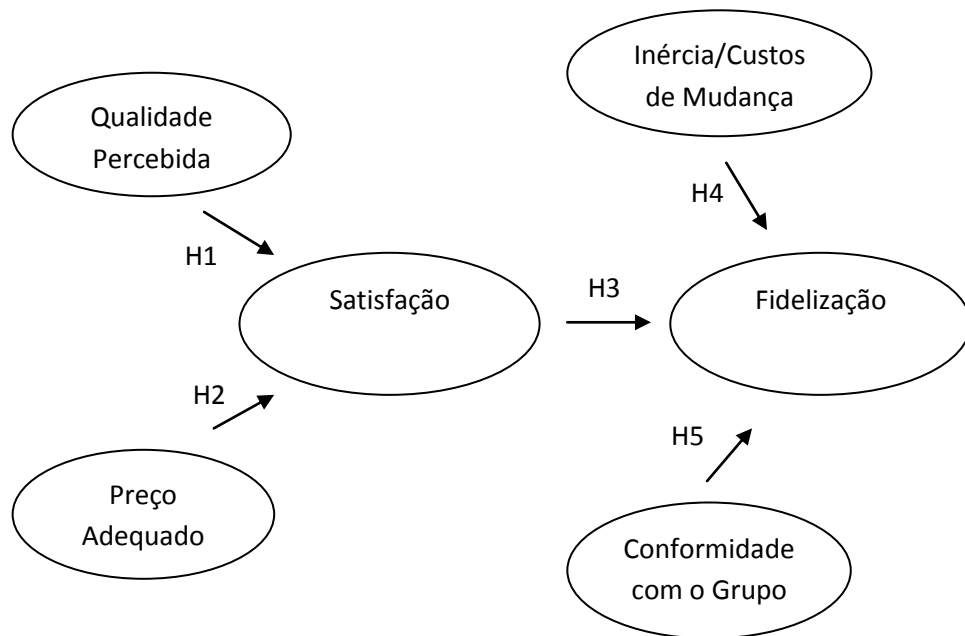
Contudo, para Hornsey e Jetten (2005), os indivíduos tendem a negar a influência e a importância da conformidade grupal na tomada de decisões, fazendo crer que os indivíduos não se apercebem da importância do conformismo e que é algo que sucede aos outros, negando a sua existência mas sendo capazes de perceberem o conformismo nos outros.

Tendo em conta a opinião dos autores acima citados, formula-se a quinta e última hipótese de investigação deste estudo:

H5 – A conformidade com o grupo afecta a fidelização do cliente

Após a definição das hipóteses de investigação é apresentado o modelo de referência, baseado na revisão da literatura e que serve de base à elaboração do estudo.

Figura 2 - Modelo de Referência



Embora no subcapítulo 2.2 sejam apresentadas as causas que de uma maneira geral levam à fidelização do cliente, tendo por base os estudos de diversos autores, essas causas são genéricas e dizem respeito à universalidade das causas de fidelização. Como o objeto deste estudo são as causas que levam à fidelização em serviços, particularmente na saúde em hospitalização privada, algumas das causas não se aplicam pelo que não foram tidas em conta na formulação das hipóteses e na elaboração do modelo de referência.

Passando a explicar, a *confiança* não é avaliada neste estudo de forma directa, embora seja definida por Cahill (2006) como uma das causas da fidelização. Contudo, opta-se por seguir a orientação de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) em que se define a qualidade como uma variável abrangente e que inclui como uma das suas dimensões a confiança/segurança. É avaliada desta forma a qualidade como abaixo se demonstra.

Também a *ausência de alternativas* não foi tida em conta neste estudo, uma vez que existem neste distrito opções públicas e privadas com características semelhantes às do estudo às quais os clientes podem recorrer, conforme consulta do site da ERS (2012).

Em saúde, os cuidados são altamente específicos e especializados e existe sempre risco associado a certos procedimentos. Embora os clientes possam considerar que existe *risco* ao recorrer a uma determinada instituição de saúde, este será sempre semelhante em qualquer outra instituição com características semelhantes, salvo em casos em que manifestamente é comprovado que os riscos são superiores entre instituições semelhantes,

o que não constitui o caso atual. Embora existam estudos que concluam que os riscos inerentes à saúde são maiores nos hospitais privados (Martins *et al.*, 2004; Devereaux *et al.*, 2002), existem também aqueles que concluem o contrário (Pons *et al.*, 1999; Morris *et al.*, 2007). Não existe realmente um consenso, tanto que os estudos apresentados analisam realidades distintas e que muitas vezes não podem ser comparadas. De realçar também que não foi encontrado na literatura nenhum artigo que compare os riscos nos hospitais públicos e privados em Portugal, embora seja do conhecimento do público que certos erros ocorrem em ambos os tipos de hospital e que existem rankings anuais que avaliam os melhores hospitais em determinadas áreas. Como no estudo presente todos os hospitais em estudo e as alternativas públicas correspondem aos mais elevados padrões de qualidade e segurança, o *risco* não é considerado.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Tendo por base a revisão bibliográfica foi construído o modelo de hipóteses previamente apresentado que permite identificar as hipóteses de investigação, a testar a partir de uma amostra constituída por clientes que recorreram a serviços de saúde em hospitalização privada no Grupo Hospital Particular do Algarve no período que compreende o ano de 2012.

O presente estudo pretende ser quantitativo com carácter dedutivo. Os estudos dedutivos são, segundo Moreira (2002), estudos que partem de quadros conceituais estruturados a partir dos quais são formuladas hipóteses de investigação acerca dos fenómenos que se pretendem estudar, e que concluem com uma medida do ajustamento das hipóteses à realidade dos factos. Ou seja, após a estruturação do modelo de hipóteses, as mesmas serão testadas através de métodos estatísticos que permitem rejeitá-las ou não, deduzindo daí conclusões aplicáveis à população em estudo.

3.1 - População e Amostra

Os dados sobre os hospitais privados a operar na região do Algarve no ano de 2012 foram fornecidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (ERS, 2012) que revelou as seguintes instituições: Hospitais Privados de Portugal – Santa Maria de Faro, Hospitais Privados de Portugal – São Gonçalo de Lagos, Hospitais Privados de Portugal – Hospital de Albufeira, Hospital Particular do Algarve – Faro, Hospital Particular do Algarve – Alvor, Hospital Particular do Algarve - São Camilo e Hospital de Loulé.

O estudo foi inicialmente pensado para ser aplicado a todos os hospitais privados da região do Algarve; contudo, após solicitação junto dos presidentes dos conselhos de administração, optou-se por incluir apenas os hospitais do Grupo Hospital Particular do Algarve, uma vez que os restantes declinaram o convite de participação no estudo.

Não se pretendeu incluir neste estudo outro tipo de prestadores de serviços de saúde privada com características distintas das dos hospitais (consultórios, clínicas de saúde, etc.), uma vez que oferecem serviços com características diferentes e a uma escala muito reduzida em comparação com estes. Por um lado pretende manter-se a homogeneidade dos resultados dando enfoque a instituições com características semelhantes e por outro evitar que os resultados sejam afetados ao introduzir no estudo outras instituições com características distintas.

A população alvo é composta pelos indivíduos que recorreram a serviços de saúde nos Hospitais Particulares do Algarve no espaço temporal definido para o estudo, que é de um ano (1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012).

As listagens com as características dos clientes foram solicitadas inicialmente à Entidade Reguladora da Saúde e posteriormente à Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, com ambas as entidades a indicarem que não dispunham dessa informação. Não se descortinando outra forma de obter a informação pretendida, e não havendo outras fontes de dados disponíveis, foi solicitado diretamente aos hospitais em questão as listagens dos clientes que neles estiveram presentes.

Os dados fornecidos apresentavam-se organizados cronologicamente no que se refere à presença dos clientes nos hospitais, contemplando todos os contactos no ano de 2012. Foi elaborada uma base de dados, organizada tendo em conta o número de processo do cliente (número interno atribuído a cada cliente, que o identifica individualmente) e selecionada apenas uma data para cada um, eliminando as datas posteriores para que cada um esteja representado apenas uma vez e apresente a mesma probabilidade de ser selecionado na constituição da amostra. Após estes procedimentos foram ordenados os indivíduos por ordem cronológica de contacto com as instituições, concluindo-se que no ano de 2012 o conjunto dos três hospitais apresentou 62242 utentes.

3.2 - Considerações Éticas

De salientar que os dados fornecidos pelos hospitais apresentavam o nome do cliente, as datas de contato com o hospital e os contatos telefónicos e/ou electrónicos, não apresentando qualquer diagnóstico ou informação clínica, sendo que a confidencialidade dos dados foi sempre salvaguardada durante todo o estudo.

Como a amostra se constituiu apenas por clientes do Grupo Hospital Particular do Algarve, e sendo o autor do presente estudo um profissional de saúde dessa instituição, foi enviado previamente ao envio do inquérito uma mensagem electrónica com a identificação do autor como profissional do Grupo HPA e a explicação do estudo, solicitando a sua disponibilidade para participar, respeitando os critérios de confidencialidade. Apenas aos inquiridos que aceitaram participar e que concordaram com as normas do estudo foi enviado o inquérito final.

3.3 - Tamanho e Seleção da Amostra

A amostra foi selecionada através de amostragem aleatória simples. Segundo Pocinho (2009), este é um método segundo o qual cada elemento que compõe a população tem igual probabilidade de ser escolhido. Para Vieira (2008), este processo evita o enviesamento da amostra e permite avaliar objetivamente as propriedades da população através da amostra selecionada.

Para definir o tamanho mínimo da amostra foi tido em conta o método estatístico utilizado (PLS-SEM) e o que a literatura aconselha neste tipo de estudos. O procedimento será explicado adiante, concluindo-se que o tamanho mínimo adequado seja de 80 a 100 indivíduos.

Foi de seguida verificado pela análise bibliográfica que a taxa média de resposta aos inquéritos enviados por correio eletrónico varia entre os 20 e 30% (Kaplowitz *et al.*, 2004; Baruch e Holtom, 2008; Deutskens *et al.*, 2004), com o intuito de estabelecer um número adequado de inquéritos a enviar por forma a obter resposta a pelo menos o número que constitui o tamanho mínimo da amostra.

Para selecionar a amostra foi utilizado um gerador aleatório de números (Psychic Science) (Psychic Science, 2012). Este método de seleção amostral aleatória e o próprio programa informático são utilizados por diversos autores (Bryman e Cramer, 2011; Johnson e Christensen, 2012; Vogt e Johnson, 2011), suportando os mesmos que este é um método e um instrumento eficaz e aceite estatisticamente. Este instrumento permitiu selecionar um conjunto de números aleatórios (definindo como primeiro número de ordem o 1 e último o 62242, o número de utentes dos três hospitais constante na base de dados), neste caso 700. Este número foi definido tendo por base o número mínimo adequado determinado para constituir a amostra (80 a 100 indivíduos) e também o que refere a literatura sobre a percentagem de inquéritos respondidos por esta via (entre 20 e 30%), sendo decidido como adequado o envio de 700 inquéritos, tendo em conta uma taxa de resposta mais baixa. Depois de o instrumento gerar aleatoriamente estes 700 números, e estando a base de dados ordenada por ordem cronológica de contacto dos clientes com os hospitais e tendo cada um deles um e apenas um número de ordem, foi verificada a sua correspondência na base de dados traduzindo-se em 700 contactos que geraram 94 questionários respondidos.

Para avaliar se a amostra selecionada apresenta características aleatórias, será adiante realizado um teste de aleatoriedade da amostra, com a apresentação dos respectivos resultados.

3.4 - Questionário

De acordo com Mattar (1996), a aplicação do questionário exerce uma menor pressão para obtenção de respostas em comparação com a entrevista, exceto no caso da entrega e recolha pessoais. Com os questionários os inquiridos têm mais tempo para preencher as informações e tendem a fazê-lo com maior qualidade informacional. O questionário eletrónico é aquele que utiliza meios eletrónicos na sua implementação. No caso do questionário enviado por correio electrónico, este é enviado diretamente para o participante no estudo, como ficheiro em anexo ou no próprio corpo da mensagem.

As principais vantagens do questionário eletrónico face à entrevista são, segundo Evans e Mathur (2005), a) flexibilidade na aplicação, controle e seguimento das respostas; b) facilidade em utilizar amostras maiores; c) flexibilidade e diversidade na elaboração das questões e apresentação gráfica; d) baixo custo de implementação e rapidez da resposta; e) exigência de respostas completas; f) facilidade em exportar os dados para plataformas de análise de dados.

Este método apresenta igualmente desvantagens, definidas por Evans e Mathur (2005) e Gorman (2000) como: a) limitação dos inquiridos, já que apenas aqueles com acesso à internet conseguem participar, podendo afetar a representatividade da amostra; b) impessoalidade e problemas relacionados com a privacidade do inquirido; c) dificuldade em incluir incentivos para o envio da resposta; d) problemas com a formatação e flexibilidade do layout, o que pode impedir a resposta ao inquérito; e) baixo índice de resposta, sendo o que apresenta menor índice face a outros métodos como por exemplo a entrevista; f) dados por vezes pouco fiáveis, uma vez que muitos inquiridos não sentem a pressão do entrevistado e respondem sem fiabilidade às questões.

Optou-se pelo recurso ao questionário eletrónico através de contato eletrónico sobretudo pela sua disponibilidade na grande maioria dos componentes da amostra, também por ser mais barato e menos dispendioso em termos de tempo, pela possibilidade de interatividade com os indivíduos caso se apresentem dúvidas e pela possibilidade de reunir uma amostra adequada face a outros métodos de obtenção de dados.

Tendo em conta o que é dito anteriormente, tomaram-se medidas para atenuar as desvantagens descritas. De notar que a totalidade dos clientes que constituíram a base de dados apresentava contatos telefónicos e a grande maioria apresentava contatos eletrónicos, já que são dois itens, entre outros, solicitados pelos administrativos no momento da admissão no hospital. Quando surgiram na amostra clientes que não apresentavam contato eletrónico, foi feito um contato telefónico explicando resumidamente o estudo e questionando se desejaria participar, e quando aceite foi solicitado um contato eletrónico válido para enviar o inquérito. Quando este tipo de contato não foi disponibilizado, foi feito o inquérito por telefone, embora esse recurso tenha sido residual, acontecendo apenas em dois casos, sendo a quase totalidade dos inquéritos respondida por meio electrónico. Foram também tidas em conta questões de confidencialidade descritas no ponto 3.2. Para diminuir os problemas relacionados com a formatação foram elaborados dois inquéritos em formatos diferentes, um em PDF e outro em formato Word. De notar que a grande maioria dos inquiridos respondeu em formato Word, sendo apenas reportado um problema face à dificuldade em responder nesse formato, solicitando o inquirido o inquérito por telefone. Reconhecendo o baixo índice de respostas, foi tida em conta uma taxa de resposta mais baixa e enviados inquéritos em número adequado a essa taxa.

O questionário (Apêndice A) apresenta uma primeira parte dividida em 6 subgrupos; no primeiro avaliou-se a qualidade percebida e no subgrupo seguinte a importância do preço. De seguida avalia-se a satisfação e posteriormente a inércia/custos de mudança e a conformidade de grupo. Finalmente, no último subgrupo, avaliou-se a fidelização. Na segunda parte é feita a caracterização dos inquiridos no que concerne à idade, residência, nacionalidade, rendimento mensal, escolaridade, posse de seguro ou subsistema de saúde e frequência com que recorreu ao hospital privado.

Cada uma das hipóteses de investigação apresenta-se sob a forma de uma relação entre duas variáveis latentes; estas são variáveis que não podem ser objeto de medição ou observação direta. Deste modo, cada uma destas variáveis tem de ser associada a um conjunto de indicadores (designados por variáveis de medida e que medem objectivamente a resposta do inquirido), obtidos diretamente através de questões identificadas como itens do questionário (Hill e Hill, 2005).

Após a definição das variáveis latentes procedeu-se à criação dos indicadores que representam essas mesmas variáveis, adaptados ao presente estudo após revisão da literatura, tendo por base inquéritos já existentes e devidamente validados.

Na elaboração do presente questionário foi necessário recorrer a instrumentos redigidos em língua inglesa, havendo necessidade de os traduzir para o português. Tal como refere Del Greco *et al.* (1987), a tradução de questionários é necessária quando a informação que se pretende recolher se apresenta numa linguagem distinta da que é apresentada no questionário original. O questionário traduzido deve ter linguagem que seja adequadamente entendida e as respostas devem ser semelhantes às dadas no inquérito original.

Assim, de entre as diversas técnicas utilizadas para a tradução de questionários, optou-se pela técnica da tradução - retrotradução ou *backtranslation*, em que o inquérito é traduzido do idioma base por uma pessoa cujo idioma é aquele para o qual o questionário será traduzido. De seguida, essa versão é traduzida de volta para o idioma original por uma pessoa bilingue cujo idioma nativo é o original do questionário. É assim possível identificar eventuais erros de tradução e tornar o inquérito no novo idioma o mais aproximado possível do inquérito original (Malhotra, 2004). No presente estudo o autor, que conhece razoavelmente a língua inglesa, procedeu à tradução para português dos itens dos inquéritos originais. Foi pedido num segundo passo a um indivíduo cuja língua nativa é o inglês, que procedesse à tradução do inquérito traduzido pelo autor de volta para inglês, para verificar possíveis erros. Sendo que os itens traduzidos não eram muito numerosos e as frases que os formam eram pouco extensas, não foram encontradas divergências significativas entre a tradução e os itens originais, pelo que quando surgiu divergência optou-se por seguir a indicação do indivíduo cuja língua nativa é o inglês.

Após a elaboração do questionário foi feito um pré-teste a um conjunto de seis indivíduos por forma a descobrir eventuais erros, dúvidas e problemas de compreensão do questionário. Após a sua aplicação foram corrigidas as questões pertinentes e procedeu-se à recolha de dados através da implementação do inquérito.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Outubro e Novembro de 2013.

De seguida são apresentadas para cada variável as questões a aplicar no questionário e os instrumentos que lhes serviram de base.

As questões a aplicar para medir a variável *qualidade percebida* são:

- 1.1. - O hospital estava bem organizado.
- 1.2. - A qualidade do serviço manteve-se durante o contacto com o hospital.
- 1.3. - O nível de qualidade do serviço foi aceitável quando comparado com outros hospitais.
- 1.4. - Os colaboradores foram sempre corteses e amigáveis.

1.5. - A equipa médica acertou no diagnóstico e no tratamento.

As questões foram baseadas em Moliner (2009), que avalia as dimensões da fidelização em contexto hospitalar, abordando entre elas a variável *qualidade*, pelo que foram utilizadas para avaliar esta hipótese as questões a ela relativas. A tradução segue as normas acima descritas. Segundo Moliner (2009), a fiabilidade das escalas é satisfatória, apresentando para a variável *qualidade* um alfa de Cronbach de 0,86.

O alfa de Cronbach é um coeficiente de consistência interna que avalia a fiabilidade (reliability) de testes psicométricos. Varia entre 0 e 1, sendo que valores acima de 0,8 são considerados aceitáveis, revelando consistência interna adequada (Hair *et al.*, 2009).

As questões a aplicar para medir a variável *preço adequado* são:

2.1. - O preço que paguei valeu a pena pelo serviço que me foi prestado.

2.2. - O custo do serviço prestado pelo hospital não foi elevado.

2.3. - O serviço prestado foi adequado pelo que paguei.

As questões foram baseadas em Moliner (2009), que avalia as dimensões da fidelização em contexto hospitalar, abordando entre elas a variável *preço*, pelo que foram utilizadas para avaliar esta hipótese as questões a ela relativas. A tradução segue as normas acima descritas. Segundo Moliner (2009), a fiabilidade das escalas é satisfatória, apresentando para a variável *preço* um alfa de Cronbach de 0,91.

As questões a aplicar para medir a variável *satisfação* são:

3.1. - Fiquei satisfeito(a) com a minha decisão em recorrer ao hospital privado.

3.2. - A minha visita ao hospital privado alterou para melhor a minha perspetiva sobre os hospitais privados.

3.3. - A minha decisão em recorrer ao hospital privado foi acertada.

3.4. - Sinto-me mal em ter recorrido ao hospital privado.

3.5. - Procedi bem em ter recorrido ao hospital privado.

3.6. - Não estou contente por ter recorrido ao hospital privado.

As questões foram baseadas em Oliver (1980), que avalia a satisfação na área da saúde, sendo retiradas as questões relativas à variável *satisfação* e adaptadas ao presente estudo e traduzidas seguindo as normas acima descritas. Segundo o autor, o alfa de Cronbach para a variável apresentada é de 0,82. A mesma escala serviu de base aos artigos de Oliver e Swan (1989) e Oliver (1993) e foi testada no artigo de Westbrook e Oliver (1981), referindo os autores que a escala atinge um alfa de Cronbach de 0,9.

As questões a aplicar para medir a variável *inércia/custos de mudança* são:

4.1. - A menos que outros hospitais apresentem condições muito vantajosas, pretendo manter os serviços do hospital privado.

4.2. - A menos que fique muito insatisfeito(a) com o hospital privado, mudar para outro seria um incómodo.

4.3. - A menos que fique muito insatisfeito(a) com o hospital privado, mudar para outro é muito inconveniente.

4.4. - Mudar de hospital apresenta custos de tempo e dinheiro e o esforço associado é elevado.

4.5. - De uma maneira geral seria um aborrecimento mudar de hospital.

4.6. - Seria necessário um grande dispêndio de tempo e esforço para mudar de hospital.

As primeiras três questões relacionam-se com a *inércia* e foram retiradas do artigo de Lai *et al.* (2011), que avalia a inércia no sector segurador. Segundo os autores, a escala apresenta uma fiabilidade adequada, com alfas de Cronbach superiores a 0,8. As três questões seguintes estão relacionadas com os *custos de mudança* e foram retiradas do artigo de Jones *et al.* (2000), que avalia a importância dos *custos de mudança* no sector dos serviços. Segundo os autores, a escala apresenta uma fiabilidade adequada, com alfas de Cronbach superiores a 0,8. Foi feita a tradução através do método explicado anteriormente e adaptadas as questões para o contexto hospitalar.

As questões a aplicar para medir a variável *conformidade com o grupo* são:

5.1. - Se pretendo ser como alguém que é um modelo para mim, tendo a escolher o mesmo hospital.

5.2. - É importante para mim que os outros gostem do hospital que escolho.

5.3. - Raramente opto por um hospital mais recente antes que os meus amigos o aprovem.

5.4. - Identifico-me com outras pessoas através da escolha do mesmo hospital.

5.5. - Quando opto por um hospital, escolho aquele que julgo que os meus amigos irão aprovar.

5.6. - Gosto de saber que hospitais causam boa impressão nos outros.

5.7. - Se os outros podem saber que escolho determinado hospital, escolho o que os outros esperam que escolha.

5.8. - Tenho uma sensação de pertença quando escolho um hospital que os outros escolhem.

As questões foram baseadas na escala apresentada por Bearden *et al.* (1989), utilizada para avaliar a susceptibilidade do consumidor face a influências interpessoais, e na sua forma original apresenta duas dimensões, a normativa e a informacional. As questões apresentadas acima são as referentes à dimensão normativa, definida pelos autores como a tendência para agir em conformidade com as expectativas dos outros. A dimensão informacional é definida pelos mesmos como a tendência para aceitar informação de outras pessoas como sendo a verdadeira, sem procurar averiguar se o é. Por se considerar que a dimensão normativa se relaciona muito significativamente com o que é descrito na apresentação da hipótese de investigação relacionada com a conformidade com o grupo e por ser referido por Bearden *et al.* (1989) que esta dimensão se apresenta fortemente relacionada com a susceptibilidade do consumidor face a influências interpessoais em detrimento da dimensão informacional, são utilizadas neste questionário as questões apresentadas para avaliar a dimensão normativa.

Apresentam-se abaixo as questões que se referem à dimensão informacional e que não foram utilizadas:

- Para assegurar que escolho o hospital adequado, reparo com frequência no que os outros escolhem e usam.
- Se tenho pouca experiência acerca de um hospital, tendo a questionar os meus amigos.
- Recolho com frequência informação junto de familiares ou amigos antes de escolher um hospital.
- Recorro com frequência à opinião de amigos para me aconselharem na escolha de um hospital.

Foi feita a tradução segundo o método acima descrito e procedeu-se à adaptação das questões ao contexto hospitalar. A escala apresenta um alfa de Cronbach de 0,88 (Bearden *et al.*, 1989).

As questões a aplicar para medir a variável *fidelização* são:

- 6.1. - Transmito informações positivas acerca do hospital privado a outras pessoas.
- 6.2. - Recomendo o hospital privado a pessoas que procuram o meu conselho.
- 6.3. - Encorajo familiares e amigos a recorrer ao hospital privado.

6.4. - Considero o hospital privado a primeira escolha quando necessito de serviços de saúde.

6.5. - Pretendo recorrer a este hospital no futuro.

As questões foram baseadas em Zeithaml *et al.* (1996), que avaliam a fidelização na área dos serviços, retirando-se do questionário original as questões relacionadas diretamente com a variável fidelização. No estudo, os mesmos autores referem que a escala apresenta excelente fiabilidade, evidenciada por um alfa de Cronbach de 0,93. As questões foram adaptadas para os serviços de saúde e traduzidas segundo o método descrito acima.

3.5 - Escala de Medida

A escala de medida utilizada para medir o grau de concordância ou discordância com as afirmações é uma escala de Likert de 7 pontos. A escala de Likert é, segundo Albaum (1997), usada comumente como um instrumento de medida de atitudes em marketing que permite avaliar, através de um conjunto de afirmações relacionadas com o que se pretende estudar, o grau de concordância ou discordância. Optou-se pela escala de sete pontos já que é também a usada em todos os estudos de onde foram retiradas as questões que compõem o presente inquérito.

Todas elas são questões fechadas, e se bem que a grande maioria seja formulada na positiva, surgem também questões formuladas na negativa. Quando tal sucede, tal facto deve ser tido em conta na fase prévia ao tratamento estatístico. Nestes casos, segundo Baumgartner e Steenkamp (2001) e Weijters e Baumgartner (2012), é necessário inverter os valores das respostas, por forma a normalizar e uniformizar as pontuações e assegurar que estes são consistentes entre si, nos termos em que a forte discordância e a forte concordância são definidos. Esta técnica foi aplicada nas questões 3.4 e 3.6 do inquérito, as únicas formuladas na negativa. Sendo a escala de 1 a 7, inicia-se o processo revertendo os valores e transformando o 1 em 7, o 2 em 6 e assim sucessivamente. Este procedimento foi realizado para todos os inquiridos nas duas questões indicadas.

3.6 - Análise do Viés da Não-Resposta

Uma vez que as respostas foram obtidas através de questionário enviado por correio eletrónico, surge a necessidade de avaliar a fiabilidade dos dados obtidos por este meio, já que alguns questionários não foram devolvidos, embora a totalidade dos devolvidos se apresentasse totalmente preenchida. Pretende-se desta forma avaliar se as respostas dadas

pelos indivíduos que responderam apresentam uma variabilidade significativa face às respostas potenciais dos indivíduos que não devolveram o inquérito.

Define-se viés da não-resposta como o facto que ocorre quando os indivíduos decidem não responder a algumas questões do questionário ou mesmo ao questionário completo, criando um enviesamento que poderá alterar a representatividade da amostra face à população, alterando os resultados da análise e a sua validade. A melhor forma de evitar este enviesamento é diminuir ao máximo a taxa de não resposta ao questionário (Kanuk e Berenson, 1975). Segundo os mesmos autores, existem estratégias que devem ser utilizadas no sentido de diminuir a não resposta, nomeadamente uma indicação prévia ao questionário explicando as razões para a elaboração do estudo, providenciar indicações claras sobre o preenchimento do questionário, lembrar a confidencialidade do mesmo, apresentar um questionário pouco extenso, com questões facilmente inteligíveis, entre outras. Todas estas estratégias foram tidas em conta na elaboração do presente estudo.

Para avaliar este fenómeno foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, um teste não paramétrico que permite a comparação entre duas ou mais amostras populacionais (Kruskal e Wallis, 1952). Segundo Marôco (2011), este é o teste apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes. Testa-se a hipótese nula de que todas as populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes. Se for verificada a hipótese nula, não existe evidência de que as respostas dadas pelos respondentes ao inquérito sejam significativamente diferentes das que seriam dadas pelos não respondentes.

3.7 - Análise de Dados e a Modelação de Equações Estruturais

Numa primeira fase analisam-se as variáveis caracterizadoras da amostra e os valores dos indicadores das variáveis latentes, recorrendo para isso à análise univariada e bivariada utilizando a representação gráfica e tabular e métodos estatísticos básicos. A ferramenta estatística utilizada foi o SPSS v.17 (SPSS Inc., 2008). O SPSS ou Statistical Package for the Social Sciences é uma ferramenta de análise estatística universalmente utilizada que permite a análise de uma grande variedade de indicadores estatísticos, e como tal assume-se como uma ferramenta adequada ao presente estudo.

Pretendendo igualmente verificar de que forma se relacionam os indicadores e as variáveis latentes entre si, permitindo definir um conjunto de fatores que exprimam o que

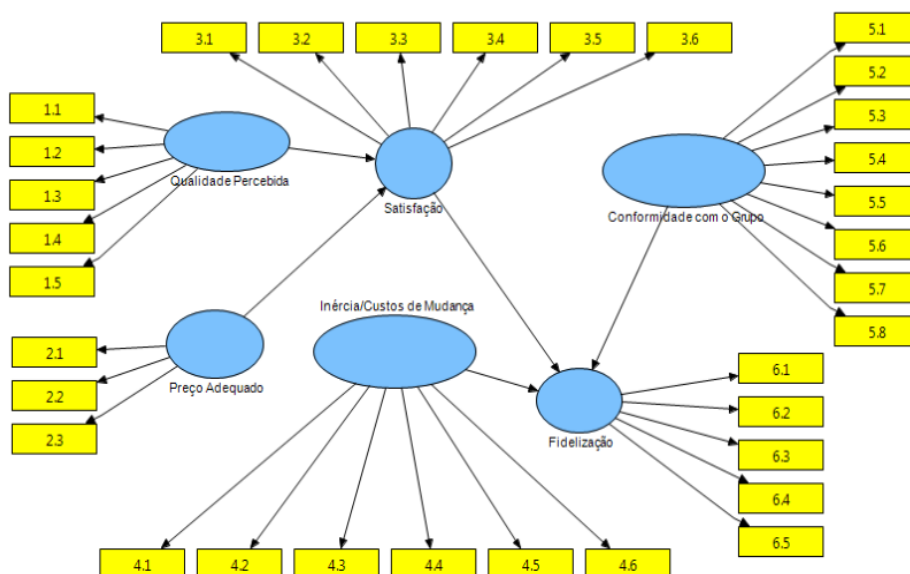
as variáveis partilham, recorreu-se à análise multi-variada utilizando para esse fim a Modelação de Equações Estruturais ou Structural Equation Modeling (SEM).

A SEM é uma técnica estatística de análise avançada de dados cujo uso se tornou muito comum em investigação em Marketing, que permite avaliar as relações entre variáveis latentes e entre estas e um conjunto de variáveis observáveis chamadas indicadores (Hair *et al.*, 2011a; Babin *et al.*, 2008; Hulland, 1999). A possibilidade de avaliar as relações entre as variáveis latentes do presente estudo (qualidade percebida, preço adequado, satisfação, inércia/custos de mudança, conformidade com o grupo, fidelização) e as relações entre estas e os seus indicadores associados é uma das razões para se utilizar a SEM, assim como a capacidade que apresenta para testar teorias e conceitos complexos em Marketing, tornando-se, segundo Hair *et al.* (2011b) um método padrão em investigação em Marketing.

Existem dois tipos de métodos de análise SEM: o método que se baseia na análise de co-variâncias (CB-SEM) e o método que se baseia na variância (PLS-SEM) (Hair *et al.*, 2011a). Na utilização da SEM como método estatístico em Marketing, aquele que foi maioritariamente utilizado numa fase inicial foi o CB-SEM (Steenkamp e Baumgartner, 2000). Contudo, em anos recentes, a utilização do PLS-SEM expandiu-se enormemente, tanto na investigação como na prática em Marketing, reconhecendo-se como uma alternativa adequada ao mais popular CB-SEM (Henseler *et al.*, 2009).

No estudo atual resolveu utilizar-se o SEM baseado na variância, utilizando para isso o PLS-SEM como método estatístico e o SmartPLS como software principal. (Ringle *et al.*, 2005). Apresenta-se na Figura 3 o modelo PLS-SEM do presente estudo.

Figura 3 - Modelo PLS-SEM de Fidelização dos Clientes



Segundo Hair *et al.* (2012), os critérios a ter em conta na utilização do PLS-SEM como método de análise estatística devem ser cinco: a) razões para o uso do PLS-SEM; b) características dos dados; c) características do modelo; d) avaliação do modelo e e) reporte dos resultados.

De seguida será analisado cada um destes critérios:

a) Para Hair *et al.* (2011b), quando o objetivo do estudo é identificar constructos que expliquem a teoria, o modelo a utilizar será o PLS-SEM, em detrimento do CB-SEM. De recordar que o objetivo do presente estudo é identificar quais são as variáveis mais valorizadas pelos clientes como formadoras da fidelidade perante o hospital privado. Também o mesmo autor refere que o PLS-SEM é mais adequado quando o modelo se baseia noutros modelos estruturais previamente elaborados, o que é igualmente o caso, sendo o modelo estrutural deste estudo baseado em parte no modelo de Cahill (2006) e noutros modelos existentes, com a devida adaptação aos objetivos propostos. Segundo Henseler *et al.* (2009), o PLS-SEM: a) fornece scores para as variáveis latentes, medidas através de um ou mais indicadores, definidos como variáveis manifestas; b) evita problemas relacionados com amostras pequenas e pode por isso ser aplicado quando elas existem, ao invés de outros métodos, nomeadamente o CB-SEM; c) permite analisar modelos muito complexos, com muitas variáveis latentes e manifestas; d) tem premissas menos rigorosas sobre a distribuição das variáveis e os termos dos erros e e) permite ser usado por modelos refletivos e formativos.

Assim, a opção pelo PLS-SEM decorre do facto de este método permitir avaliar as relações entre as variáveis latentes definidas no estudo e entre estas e os seus indicadores. É igualmente um método estatístico fiável quando existe uma amostra relativamente pequena, neste caso de noventa e quatro indivíduos, sendo considerado mais adequado que o CB-SEM, que exige amostras significativamente maiores. Segundo Reinartz *et al.* (2009), o PLS-SEM alcança elevados níveis de poder estatístico em comparação com os modelos de covariância, mesmo se o tamanho da amostra é relativamente pequeno, isto é, 100 observações. Outro motivo para usar o PLS-SEM é que este método não exige condições de normalidade dos dados, facto relevante nos estudos de marketing em que a assunção da normalidade não é verificada frequentemente (Lemos, 2011). No capítulo de análise dos resultados observar-se-á que também neste estudo essa assunção não é verificada. O facto de este estudo apresentar um modelo de medida refletivo, e sendo que, segundo Hair *et al.* (2011a:416) "... o PLS-SEM pode ser aplicado de forma irrestrita a modelos formativos e refletivos...", permite optar tanto por um como por outro método;

optou-se pelo PLS-SEM em detrimento do CB-SEM pelo facto de a amostra ser de pequena dimensão e por ser um método mais simples de utilizar, assim como o programa usado (SmartPLS), embora igualmente adequado.

b) A literatura consultada para obter informação relativamente ao tamanho mínimo da amostra apresenta a “regra de ouro vezes dez” como sendo a indicação que tem servido de base à maioria dos estudos que utilizam o PLS-SEM como método estatístico. Esta regra refere que o tamanho mínimo da amostra deve ser igual ou superior à maior de uma das seguintes normas: a) dez vezes o maior número de indicadores formativos usados para medir um constructo ou b) dez vezes o maior número de setas direccionadas a uma variável latente no modelo estrutural (Barclay *et al.*, 1995; Reinartz *et al.*, 2009; Hair *et al.*, 2011a e 2011b; Hair *et al.*, 2012). Ou seja, deve ser verificado qual das variáveis latentes apresenta o maior número de indicadores e multiplicar esse número por dez. Neste caso, a variável *Conformidade com o Grupo* apresenta oito indicadores, pelo que o número mínimo a constituir a amostra deverá ser oitenta. Contudo, Nasser e Wisenbaker (2003) sugerem que o tamanho mínimo da amostra nos estudos efetuados com o PLS-SEM deva ser sempre superior ou igual a cem indivíduos. Tendo em conta ambas as indicações estabeleceu-se como mínimo adequado constituinte da amostra cem inquéritos respondidos. Contudo, apenas foi possível obter 94 questionários válidos, ficando ligeiramente aquém desta última indicação, embora se respeite a regra de ouro vezes dez.

c) O modelo apresenta seis variáveis latentes, sendo duas delas endógenas (*Satisfação e Fidelização*) e as restantes quatro exógenas (*Qualidade Percebida, Preço Adequado, Conformidade com o Grupo e Inércia/Custos de Mudança*). Definem-se como variáveis endógenas ou dependentes as variáveis que são explicadas por outras variáveis latentes no modelo, ou seja, que têm relação com outras variáveis, enquanto as variáveis exógenas ou independentes são aquelas que são explicadas por si mesmas e não pelas outras variáveis do modelo (Hair *et al.*, 2011b). Cada uma das variáveis latentes apresenta indicadores associados, num total de trinta e três, sendo todos eles refletivos. Os indicadores refletivos são funções da variável latente a que se associam, e alterações nesta são refletidas nos seus indicadores. Por seu turno, os indicadores formativos constituem a variável latente, e alterações nos indicadores provocam alterações na variável latente (Hair *et al.*, 2011b). Conclui-se assim que este estudo apresenta um modelo refletivo, já que todos os indicadores o são, uma vez que as variáveis latentes se refletem e manifestam

através destes, sendo que a eliminação de um deles não afeta o significado da variável latente.

d) Na avaliação do modelo deve ter-se em conta que este é composto pelo modelo de medida, que avalia as relações entre cada variável latente e os seus indicadores associados, e pelo modelo estrutural, que avalia as relações entre as variáveis latentes (Hair *et al.*, 2011b). Ainda segundo o mesmo autor, deve também fazer-se a distinção entre o modelo de medida refletivo e o formativo, uma vez que cada um deles apresenta especificidades de avaliação próprias e devem ser avaliados de forma distinta.

Na análise do **modelo de medida refletivo**, este é avaliado na sua *fiabilidade* e *validade*. A primeira refere-se, segundo Lemos (2011), à propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida. Analisa-se a fiabilidade de cada indicador bem como a fiabilidade da consistência interna, através da análise da fiabilidade compósita. A validade deve ser analisada avaliando a validade convergente e a validade discriminante (Hair *et al.*, 2011b).

Começando pela análise da *fiabilidade*, deve avaliar-se a fiabilidade de cada indicador verificando os valores dos loadings ou coeficientes do modelo de medida; o critério dominante aponta como adequados valores acima de 0,7. De facto, não sendo os coeficientes do modelo de medida de um indicador mais do que um valor de correlação, um valor de 0,7 ao quadrado implica que, pelo menos, 50% desse indicador é explicado pela variável latente (Hair *et al.*, 2011b; Henseler *et al.*, 2009). Os mesmos autores defendem que indicadores com valores entre 0,4 e 0,7 devem apenas ser removidos do modelo se tal procedimento levar a um aumento da fiabilidade compósita acima do valor mínimo adequado, ou seja 0,7, já que a remoção de indicadores pode vir a afetar a validade do modelo de medida. Valores iguais ou abaixo de 0,4 devem ser removidos. Para além da fiabilidade individual de cada indicador, importa avaliar a fiabilidade do conjunto dos indicadores associados a uma variável latente. Para tal é usada a fiabilidade compósita e/ou o alfa de Cronbach. Para ambos os índices o valor adequado deve ser superior a 0,7 (Henseler *et al.*, 2009; Hair *et al.*, 2012). Contudo, para os mesmos autores, a fiabilidade compósita tem a vantagem de usar os valores dos coeficientes do modelo de medida de todos os indicadores da variável latente tendo em conta as suas ponderações respetivas, ao contrário do alfa de Cronbach que atribui a mesma ponderação a todos os indicadores, tornando a primeira mais adequada nos estudos que utilizam o PLS-SEM.

A *validade* analisa-se avaliando a validade convergente e a validade discriminante. A primeira pretende avaliar se os indicadores utilizados para medir uma determinada variável latente a medem de facto, enquanto a validade discriminante pretende avaliar se os indicadores utilizados para medir determinada variável latente medem variáveis latentes distintas (Lemos, 2011). A validade convergente é avaliada através da AVE (Average Variance Extracted ou Variância Média Extraída) e os valores devem ser superiores a 0,5 (Henseler *et al.*, 2009; Hair *et al.*, 2011b). Esta medida, segundo Lemos (2011), é a proporção do conjunto das variâncias dos indicadores explicada pela variável latente. Relativamente à validade discriminante, esta pode ser avaliada através do critério de Fornell-Larcker (Fornell e Larcker, 1981) ou através da avaliação dos cross-loadings. O primeiro refere que as variáveis latentes apresentam um valor de variância superior em relação aos seus indicadores associados do que face a outras variáveis latentes. Assim, o valor de AVE de cada variável latente deve ser superior ao valor ao quadrado da sua correlação com as outras variáveis latentes. Na avaliação dos cross-loadings, os valores dos coeficientes do modelo de medida de um indicador relativos à variável latente a que está associado devem ser superiores aos valores dos coeficientes do modelo de medida desse indicador relativamente às restantes variáveis latentes, ou seja, os valores dos coeficientes do modelo de medida de cada indicador devem ser superiores a todos os seus cross-loadings (Hair *et al.*, 2011b).

Na análise do **modelo estrutural**, recorre-se em primeiro lugar à avaliação do coeficiente de determinação R^2 , que representa a quantidade de variância explicada de cada variável latente endógena. Hair *et al.* (2011b) consideram que valores de R^2 de 0,75, 0,50 e 0,25 para as variáveis latentes endógenas podem ser considerados, em Marketing, como sendo substanciais, moderados ou fracos, respetivamente.

Devem ser igualmente avaliados os coeficientes estruturais ou *path coefficients*, que constituem uma medida da qualidade do modelo estrutural. Avalia-se o valor do coeficiente estrutural das variáveis latentes e o sinal que apresentam, sendo que valores pouco significativos ou que apresentam sinal contrário à da direção da hipótese não suportam essa mesma hipótese: Por seu lado, valores significativos que apresentam sinal concordante com a hipótese suportam essa mesma hipótese (Hair *et al.*, 2011b; Henseler *et al.*, 2009).

Os coeficientes estruturais são normalmente avaliados tendo em conta o seu nível de significância, através de técnicas de reamostragem. Um exemplo é a técnica de *Bootstrap*,

em que a significância estatística é avaliada através da extração de inúmeras amostras sucessivas de valores do modelo seguida de reposição, analisando a estabilidade dos valores (Henseler *et al.*, 2009; Hair *et al.*, 2011b). Esta técnica providencia intervalos de confiança para os parâmetros que se pretendem estimar, constituindo a base para a inferência estatística (Davison e Hinkley, 2003). Seguindo as indicações de Hair *et al.* (2011b) quanto às características da simulação *Bootstrap* a realizar, considerou-se neste estudo um número mínimo de amostras de 5000, com um número de casos igual à dimensão da amostra original (94). Os valores críticos para os valores da estatística *t* (teste bilateral) são: $\geq 1,65$ para um nível de significância de 10%, $\geq 1,96$ para um nível de significância de 5% e $\geq 2,58$ para um nível de significância de 1% (Lemos, 2011).

Deve também ser avaliada a capacidade preditiva do modelo, através da técnica de *Blindfolding*, procedimento que omite parte dos dados para um determinado bloco de indicadores durante a estimação dos valores e tenta depois estimar os dados em falta utilizando os valores já conhecidos. É aplicado apenas a variáveis endógenas num modelo refletivo, como o é o estudo presente. Utiliza-se nesta técnica o índice Stone-Geisser (Q^2). Se o valor de Q^2 de uma variável endógena for superior a zero, esta apresenta capacidade ou poder preditivo. Se todos os valores de Q^2 forem superiores a zero, o modelo apresenta relevância preditiva (Chin, 2010).

O reporte dos resultados será avaliado no capítulo seguinte.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 – Caracterização da Amostra

A análise inicia-se com a apresentação das características da amostra, através de análise univariada e bivariada.

Fazendo uma análise rápida das características da amostra, os indivíduos que reúnem maiores frequências são os **portugueses** que residem no **Algarve** com idades entre os **31 e os 45 anos**, com **ensino superior** e **rendimento mensal entre os 600-1500 euros**. Apresentam **seguro de saúde e/ou subsistema de saúde português** e visitaram o hospital entre **2 e 5 vezes** ao longo do ano de 2012. As tabelas de frequência são apresentadas no Apêndice B. Esta caracterização é muito semelhante, no que concerne à idade, nível de ensino e rendimento mensal, à caracterização apresentada por Moliner (2009) sobre a hospitalização privada.

De notar que os indivíduos até aos 45 anos correspondem exatamente a 2/3 da amostra (Tabela B.1 do Apêndice B), e que cerca de 18% dos indivíduos são de nacionalidade estrangeira (Tabela B.2 do Apêndice B). Tal facto não deixa de ser significativo e pode explicar-se em grande medida pela importância do turismo na região do Algarve.

Da totalidade dos estrangeiros presentes na amostra que visitaram o hospital, todos à exceção de 3 residem em Portugal, sendo a totalidade dos que habitam residentes no Algarve. (Tabela 4.1)

Tabela 4.1 – Tabulação Cruzada entre Nacionalidade e Residência

Nacionalidade * Residência		Residência					Total
		Algarve	Alentejo	Lisboa e Vale do Tejo	Centro	Não residentes	
Nacionalidade	Portuguesa	54	11	11	1	0	77
	Inglesa	11	0	0	0	2	13
	Holandesa	0	0	0	0	1	1
	Outra	3	0	0	0	0	3
Total		68	11	11	1	3	94

Observa-se que a grande maioria dos indivíduos que recorreram ao hospital privado (87.2%) apresenta rendimentos mensais entre os 600 e os 3000 euros, havendo poucos

indivíduos com rendimentos abaixo desse valor a recorrer aos hospitais privados. São neste caso 6, e todos eles apresentam subsistema de saúde (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 – Tabulação Cruzada entre Rendimento Mensal e Subsistema de Saúde

Rendimento Mensal * Subsistema de Saúde		Subsistema de Saúde		Total
		Sim	Não	
Rendimento Mensal	Até 600 euros	6	0	6
	600-1500 Euros	44	12	56
	1500-3000 Euros	20	6	26
	3000-6000 Euros	1	5	6
Total		71	23	94

A grande maioria dos indivíduos possui seguro de saúde ou pertence a um subsistema de saúde. Apenas 9 dos 94 inquiridos, ou seja, 9.5% não tem seguro de saúde nem pertence a qualquer subsistema de saúde (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 – Tabulação Cruzada entre Seguro de Saúde e Subsistema de Saúde

Seguro de Saúde * Subsistema de Saúde		Subsistema de Saúde		Total
		Sim	Não	
Seguro de Saúde	Sim	40	14	54
	Não	31	9	40
Total		71	23	94

Cerca de 75% dos indivíduos regressaram ao hospital após a primeira visita, sendo que desses cerca de 77% voltou a contactar com o hospital entre 2 e 5 vezes (Tabelas B.9 e B.10 do Apêndice B).

Num estudo semelhante em que é feita a análise da procura de serviços de saúde privados em Portugal, Eira (2010) apresenta resultados relativos à amostra estudada semelhantes aos obtidos no presente estudo, referindo que os indivíduos que mais recorrem aos serviços de saúde privados encontram-se entre os 20 e os 49 anos, apresentam habilitações literárias de tipo superior e seguro e/ou subsistema de saúde e em média utilizam estes serviços entre 2 e 6 vezes por ano.

4.2 - Análise de Correlação

Desenvolveu-se uma análise de correlação entre as variáveis caracterizadoras da amostra (Grupo II) e igualmente uma análise de correlação entre os indicadores do modelo de medida (Grupo I). Esta análise tem por objetivo avaliar a força da relação entre dois conjuntos de valores, se alterações sofridas por uma variável são acompanhadas por alterações na variável relacionada e o sentido em que essa relação se desenvolve.

Relativamente às variáveis quantitativas do Grupo II do inquérito, que são o *escalão etário*, o *rendimento mensal*, o *nível de escolaridade* e o *número de vezes que recorreu ao hospital*, a Tabela 4.4 revela a existência de correlação positiva estatisticamente significativa ($\alpha = 0,01$) entre o escalão etário e o rendimento mensal e correlação negativa estatisticamente significativa ($\alpha = 0,01$) entre o escalão etário e o nível de escolaridade. Ou seja, os dados revelam que com o aumento da idade surge um aumento do nível de rendimento salarial, enquanto que à medida que se analisam indivíduos com escalão etário mais alto, o nível de escolaridade tende a diminuir. Nenhuma das outras correlações estabelecidas entre as quatro variáveis quantitativas do Grupo II do inquérito são estatisticamente significativas.

Tabela 4.4 – Correlação entre Variáveis Quantitativas - Grupo II

Spearman's rho		Escalão Etário	Rendimento Mensal	Nível de Escolaridade	Quantas vezes recorreu
Escalão Etário	Coefficiente de Correlação	1,000	0,338	-0,489	-0,029
	Significância (Bi-lateral)	.	0,001	0,000	0,810
	N	94	94	94	70
Rendimento Mensal	Coefficiente de Correlação	0,338	1,000	-0,094	-0,114
	Significância (Bi-lateral)	0,001	.	0,367	0,347
	N	94	94	94	70
Nível de Escolaridade	Coefficiente de Correlação	-0,489	-0,094	1,000	0,070
	Significância (Bi-lateral)	,000	0,367	.	0,567
	N	94	94	94	70
Quantas vezes recorreu	Coefficiente de Correlação	-0,029	-0,114	0,070	1,000
	Significância (Bi-lateral)	0,810	0,347	0,567	.
	N	70	70	70	70

Quanto à análise das variáveis qualitativas do Grupo II do inquérito, não foi possível realizar uma análise fiável sobre a relação entre elas. Através da realização do teste do qui-quadrado entre todas as variáveis qualitativas, observou-se que as tabelas de contingência dos testes apresentavam células com frequências esperadas inferiores a 5, pelo que se exclui a apresentação dos resultados pela falta de fiabilidade dos mesmos.

Relativamente aos indicadores do Grupo I do inquérito, no Apêndice C pode constatar-se a existência de correlação estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$) entre a quase totalidade dos indicadores usados e as respetivas variáveis latentes. Há apenas cinco exceções:

- a correlação entre o indicador 1.1 e o indicador 1.4;
- a correlação entre o indicador 3.2 e o indicador 3.4;
- a correlações entre o indicador 5.4 e o indicador 5.6;
- a correlação entre o indicador 5.5 e o indicador 5.6;
- a correlações entre o indicador 5.6 e o indicador 5.7.

A variável latente que apresenta correlação mais significativa entre os seus indicadores é o *Preço Adequado*, enquanto a *Conformidade com o Grupo* apresenta valores de correlação mais baixos entre os seus indicadores. Estes dados revelam, por um lado, a existência de relações menos fortes entre os indicadores da variável *Conformidade com o Grupo*, o que pode vir a revelar inadequação da variável para explicar o modelo. Por outro lado, revelam a existência de relação estatisticamente significativa entre a quase totalidade dos restantes indicadores relativamente às variáveis latentes a que estão associados, sendo um dado positivo para se prosseguir com a análise estatística.

4.3 - Análise da Distribuição dos Dados

Como foi referido anteriormente, um dos motivos pelo qual se recorreu à análise SEM utilizando o PLS-SEM foi o facto de este método permitir a análise de dados que não apresentam uma distribuição normal. Com efeito, pela análise da Tabela D.1 do Apêndice D, pode constatar-se que os valores da assimetria e achatamento dos indicadores das variáveis latentes são diferentes dos valores da distribuição normal. A assimetria (skewness) é diferente de zero e o achatamento (kurtosis) é diferente de três (Acock, 2008).

Esta situação é comum uma vez que conforme refere Lemos (2011), é habitual que em estudos de marketing se encontrem distribuições de frequências distintas da distribuição normal.

4.4 - Análise da Aleatoriedade da Amostra

No sentido de fazer inferências estatísticas para uma população a partir de uma amostra, é necessário que a amostra seja aleatória. A aleatoriedade da amostra é o requisito básico para a aplicação da análise estrutural pelo PLS-SEM, já que esta técnica estatística não exige distribuição normal dos dados (Henseler *et al.*, 2009).

Um procedimento estatístico que permite analisar a aleatoriedade da amostra é o teste das sequências, um teste não paramétrico de aleatoriedade que se baseia na análise das sequências de dados contidas na amostra (Ferreira, 2010). Os resultados são apresentados na Tabela D.2 do Apêndice D. Tendo em conta um $\alpha = 0,05$ num teste bilateral, o valor crítico é $Z_{0,05} = \pm 1,96$.

Os resultados do teste sugerem que a amostra é aleatória, já que todos os valores se encontram entre -1,96 e 1,96, não se rejeitando a hipótese nula de que a amostra é aleatória.

4.5 - Análise do Viés da Não-Resposta

Esta análise foi efetuada através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Sendo que os dados na amostra se encontram ordenados por ordem cronológica de resposta, esta foi dividida em dois grupos, ambos com 47 elementos, e procedeu-se de seguida ao teste.

Os resultados estão expressos na Tabela D.3 do Apêndice D, e evidenciam que apenas 3 questões (P2.1; P2.2; P2.3) apresentam valores de significância assintótica inferiores a 0,05, revelando que apenas estes três indicadores possuem diferenças significativas de resposta entre os dois grupos, apresentando todos os restantes valores acima de 0,05.

O ideal seria que todos os indicadores apresentassem valores acima de 0,05; contudo, a percentagem dos indicadores que o não apresentam é relativamente baixa, apenas 9% do número total dos indicadores, não se rejeitando a hipótese nula de que ambas as populações apresentam funções de distribuição iguais, não existindo igualmente evidência de que as respostas dadas pelos respondentes do inquérito sejam significativamente diferentes das respostas que seriam dadas pelos indivíduos que não responderam ao inquérito, concluindo a análise que não existe evidência significativa de enviesamento das respostas.

Após a verificação e confirmação da aleatoriedade dos dados e da ausência de enviesamento das respostas, prossegue-se com a análise SEM.

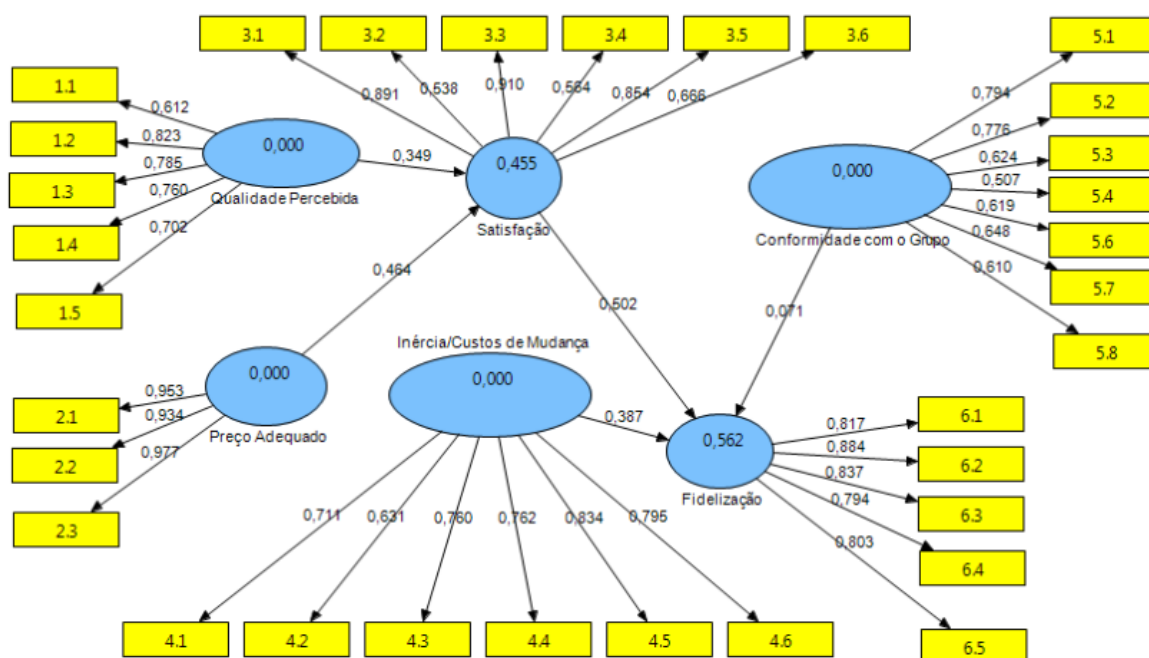
4.6- Análise do Modelo de Equações Estruturais

4.6.1 – Análise do Modelo de Medida

Esta análise inicia-se pelo estudo da fiabilidade dos indicadores. A Figura 4.1 apresenta os valores dos coeficientes dos indicadores pertencentes ao modelo de medida, sendo todos eles superiores a 0,4. De acordo com Hair *et al.* (2011b), quando os coeficientes dos indicadores do modelo de medida são superiores a 0,4, não se deve eliminar nenhum indicador à partida.

As variáveis *Preço Adequado e Fidelização* apresentam todos os seus indicadores associados com valores superiores a 0,7, enquanto a *Satisfação, Qualidade Percebida, Inércia/Custos de Mudança e Conformidade com o Grupo* apresentam alguns indicadores com valores abaixo de 0,7. O caso mais problemático é a *Conformidade com o Grupo* que apresenta um indicador (P5.5) com um valor de 0,491, e respeitando a indicação de Henseler *et al.* (2009), que explica que a remoção de indicadores presumivelmente pouco fiáveis só deve ser considerada se garantir um aumento da fiabilidade compósita, o mesmo indicador foi removido, quer pela garantia de aumento da fiabilidade compósita da variável latente quer igualmente pelo aumento do valor da AVE. A mesma indicação foi seguida para os restantes indicadores com valores abaixo de 0,7 (P1.1, P3.2, P3.4, P3.6, P4.2, P5.3, P5.4, P5.6, P5.7 e P5.8), tendo-se testado a remoção do modelo de cada indicador e feito o cálculo posterior de fiabilidade compósita, concluindo-se não haver necessidade de remover mais indicadores já que não houve benefícios significativos nos valores da fiabilidade compósita. Henseler *et al.* (2009) referem que a remoção sistemática de indicadores poderá reflectir-se numa diminuição da validade do modelo de medida.

Figura 4.1 – Coeficientes do Modelo de Medida e Coeficientes do Modelo Estrutural



Como se referiu no Capítulo 3, valores de fiabilidade compósita e alfas de Cronbach acima de 0,7 são considerados adequados. No modelo estimado, todas as variáveis latentes apresentam valores acima de 0,7, sendo que apenas a *Qualidade Percebida* apresenta um alfa de Cronbach abaixo de 0,8, apresentando todas as restantes variáveis valores de ambos os índices acima dos 0,8 e a *Fidelização* e o *Preço Adequado* valores acima de 0,9.

Tabela 4.5 - AVE, Fiabilidade Compósita e Alfa de Cronbach

	AVE	Fiabilidade Compósita	Alfa de Cronbach
Conformidade com o Grupo	0,436661	0,841747	0,809895
Fidelização	0,684962	0,915645	0,884568
Inércia/Custos de Mudança	0,564963	0,885516	0,858873
Preço Adequado	0,911535	0,968653	0,951773
Qualidade Percebida	0,547799	0,857088	0,791062
Satisfação	0,567010	0,882764	0,841783

Relativamente à análise da validade do modelo de medida, avalia-se a validade convergente através da AVE. Todas as variáveis latentes com a exceção da *Conformidade com o Grupo* apresentam valores acima de 0,5, sendo que valores acima de 0,5 são valores adequados (Henseler *et al.*, 2009; Hair *et al.*, 2011b). Avalia-se também a validade discriminante, através da análise dos cross-loadings, e, tal como é observado na Tabela 4.6,

todos os indicadores apresentam coeficientes do modelo de medida mais elevados relativamente à sua variável associada do que às restantes variáveis.

Tabela 4.6 - Análise dos Cross-Loadings

	Conformidade com o Grupo	Fidelização	Inércia/Custos de Mudança	Preço Adequado	Qualidade Percebida	Satisfação
1.1	0,009064	0,443999	0,251157	0,197965	0,612073	0,301861
1.2	0,212639	0,326755	0,259646	0,230404	0,822822	0,33256
1.3	0,085979	0,512066	0,195683	0,32194	0,785286	0,473605
1.4	0,323776	0,349811	0,171531	0,256982	0,759703	0,396593
1.5	0,346558	0,325599	0,148814	0,308717	0,702498	0,371303
2.1	0,114411	0,54709	0,279837	0,952898	0,349854	0,629208
2.2	0,025347	0,482754	0,166017	0,934239	0,302258	0,477659
2.3	0,092648	0,5367	0,245953	0,97662	0,381089	0,566564
3.1	0,104738	0,620132	0,33394	0,618894	0,469832	0,890778
3.2	0,22675	0,428638	0,302463	0,232181	0,238722	0,538085
3.3	0,179535	0,558268	0,231874	0,559081	0,535622	0,910006
3.4	-0,014509	0,160721	-0,028037	0,229815	0,274935	0,564187
3.5	0,209527	0,590125	0,310723	0,516441	0,413407	0,853959
3.6	0,078122	0,358655	0,188096	0,326689	0,318407	0,665866
4.1	0,151908	0,656556	0,711087	0,449792	0,306034	0,540927
4.2	-0,015717	0,176254	0,631492	-0,013381	0,004935	0,041597
4.3	0,299428	0,264322	0,759705	-0,014953	0,179079	0,166286
4.4	0,24081	0,323011	0,761982	-0,000704	0,060698	0,063409
4.5	0,33894	0,469195	0,833601	0,240197	0,318463	0,1996
4.6	0,206533	0,261279	0,795419	-0,002317	0,087465	0,3951
5.1	0,794147	0,232622	0,277739	0,062628	0,161906	0,229173
5.2	0,776435	0,146173	0,210023	0,147154	0,153991	0,180784
5.3	0,623777	-0,002206	0,098664	0,036312	0,011269	-0,008201
5.4	0,507112	0,081768	0,202077	-0,170238	0,022579	-0,101125
5.6	0,619376	0,208952	0,164378	0,126316	0,381664	0,131177
5.7	0,648473	0,201075	0,128575	0,016924	0,097302	0,057985
5.8	0,610494	0,010705	0,188419	-0,021532	-0,008747	0,083263
6.1	0,265935	0,8172	0,374237	0,454713	0,603542	0,629981
6.2	0,231919	0,884461	0,457082	0,49483	0,492088	0,572211
6.3	0,136642	0,836816	0,479021	0,398599	0,541973	0,562159
6.4	0,228899	0,793551	0,609752	0,400768	0,249254	0,372803
6.5	0,279261	0,802955	0,447083	0,526974	0,300692	0,498105

Procedeu-se também à análise do critério de Fornell-Larcker, (Tabelas 4.7 e 4.8), concluindo que os valores de correlação entre as variáveis latentes elevados ao quadrado são inferiores ao valor da AVE da variável latente respetiva, tal como o critério postula.

Tabela 4.7 - Correlação entre as Variáveis Latentes

	Conformidade com o Grupo	Fidelização	Inércia/Custos de Mudança	Preço Adequado	Qualidade Percebida	Satisfação
Conformidade com o Grupo	1					
Fidelização	0,275159	1				
Inércia/Custos de Mudança	0,287483	0,569407	1			
Preço Adequado	0,085413	0,549609	0,246835	1		
Qualidade Percebida	0,266622	0,534912	0,271552	0,362957	1	
Satisfação	0,184312	0,640351	0,322397	0,590979	0,517916	1

Tabela 4.8 – Análise do Critério de Fornell-Larcker

	Conformidade com o Grupo	Fidelização	Inércia/Custos de Mudança	Preço Adequado	Qualidade Percebida	Satisfação
Conformidade com o Grupo	0,436661	0,07571	0,08264	0,00729	0,07108	0,03397
Fidelização	0,07571	0,684962	0,32422	0,30207	0,28613	0,41004
Inércia/Custos de Mudança	0,08264	0,32422	0,564963	0,06092	0,07374	0,10393
Preço Adequado	0,00729	0,30207	0,06092	0,911535	0,13173	0,34925
Qualidade Percebida	0,07108	0,28613	0,07374	0,13173	0,547799	0,26823
Satisfação	0,03397	0,41004	0,10393	0,34925	0,26823	0,56701

	AVE
	Valor de Correlação ao Quadrado

Em síntese, esta secção 4.6.1 permite concluir que os indicadores da variável *Conformidade com o Grupo* revelam consistência abaixo dos valores de referência, sendo os restantes indicadores consistentes e adequados para medir as respetivas variáveis latentes. Permite igualmente concluir que as variáveis latentes apresentam fiabilidade para explicar o modelo de medida, e que todos os indicadores com a exceção dos relativos à *Conformidade com o Grupo* medem adequadamente a variável a que estão associados. Verifica-se igualmente a existência de validade discriminante, ou seja, os indicadores não medem outras variáveis para além daquelas a que se encontram associados.

4.6.2 – Análise do Modelo Estrutural

Passando à avaliação do modelo estrutural, analisa-se em primeiro lugar o coeficiente de determinação R^2 . Na variável endógena *Satisfação*, o valor é de 0,455, enquanto que na variável endógena *Fidelização* o valor é de 0,561 (Tabela 4.9). Tendo em conta as indicações dos autores sobre o assunto referidos no Capítulo 3, os valores

encontram-se em níveis satisfatórios e adequados e considera-se que o modelo explica as variáveis endógenas.

Tabela 4.9 – Análise do Indicador R² para as Variáveis Latentes Endógenas

	R ²
Conformidade com o Grupo	
Fidelização	0,561689
Inércia/Custos de Mudança	
Preço Adequado	
Qualidade Percebida	
Satisfação	0,455285

Sendo que até ao momento os valores menos consistentes desta análise são os relativos à *Conformidade com o Grupo*, foi simulado no modelo a remoção desta variável latente, o que não contribuiu para o aumento do valor de quaisquer índices, quer no modelo de medida quer no modelo estrutural. Da mesma forma, a eliminação dessa variável não melhorou os valores de AVE ou R² das outras variáveis, pelo que se decidiu manter a respetiva variável no modelo e prosseguir com a análise.

Foi de seguida aplicada a análise Bootstrap para avaliar os resultados dos coeficientes estruturais e dos coeficientes do modelo de medida. A Tabela 4.10 revela que todos os coeficientes estruturais das variáveis latentes são estatisticamente significativos tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral, com a exceção do coeficiente estrutural relativo à *Conformidade com o Grupo*. Para esta variável, o coeficiente não é significativo tendo em conta um $\alpha = 0,05$ ou mesmo um $\alpha = 0,10$, já que o valor fica abaixo de 1,65 (é de 0,788).

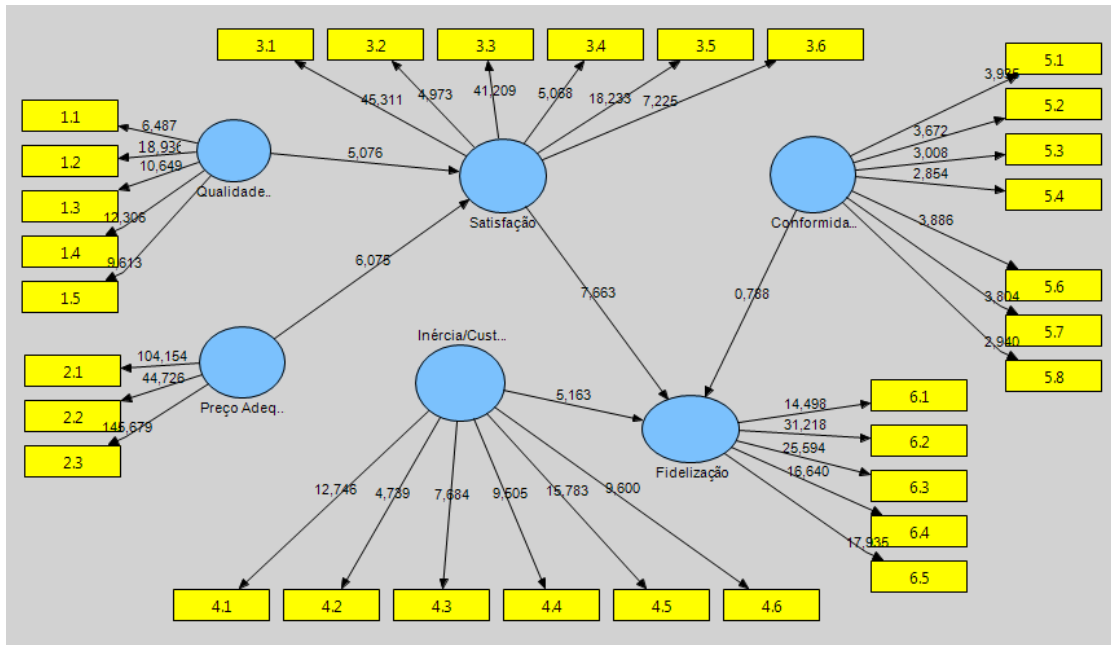
È também significativo notar que todos os valores dos coeficientes estruturais exibem sinal positivo, e apresentam portanto sinal concordante com a formulação das hipóteses.

Tabela 4.10 - Coeficientes Estruturais das Variáveis Latentes

	Amostra Original (O)	Média Amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Erro Padrão (STERR)	Estatística T (O/STERR)
Conformidade com o Grupo -> Fidelização	0,0713	0,1384	0,0905	0,0905	0,7882
Inércia/Custos de Mudança -> Fidelização	0,3869	0,3801	0,0749	0,0749	5,1627
Preço Adequado -> Satisfação	0,4641	0,4518	0,0764	0,0764	6,0746
Qualidade Percebida -> Satisfação	0,3495	0,3706	0,0688	0,0688	5,0762
Satisfação -> Fidelização	0,5025	0,496	0,0656	0,0656	7,6629

A mesma análise revela que os coeficientes do modelo de medida de todos os indicadores apresentam valores estatisticamente significativos tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral (Figura 4.2 e Apêndice E). De notar que os indicadores com valores t de student mais elevados são os relativos à variável *Preço Adequado*, enquanto que os valores mais baixos são os que se referem aos indicadores associados à *Conformidade com o Grupo*.

Figura 4.2 – Valores t de student dos Indicadores - Análise Bootstrap



Por último fez-se a análise da capacidade preditiva do modelo através da técnica de Blindfolding. Correu-se a simulação com uma distância de omissão de 7, tal como sugerido por Hair *et al.* (2011b) e constatou-se que os valores de Q^2 apresentados em todas as simulações são superiores a 0, o que revela que as variáveis exógenas apresentam capacidade preditiva das respetivas variáveis endógenas, o que revela igualmente que o modelo apresenta relevância preditiva.

Tabela 4.11 - Análise Blindfolding

Total	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	470	301,1066	0,3593
Satisfação	564	436,7769	0,2256
Caso 1	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	59,8481	51,1475	0,1454
Satisfação	70,8374	57,4717	0,1887
Caso 2	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	56,4592	35,6123	0,3692
Satisfação	74,6498	62,4081	0,164
Caso 3	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	64,8343	38,8485	0,4008
Satisfação	82,182	61,4042	0,2528
Caso 4	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	70,125	44,1318	0,3707
Satisfação	92,6745	68,3236	0,2628
Caso 5	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	70,4048	42,3178	0,3989
Satisfação	83,6814	55,5397	0,3363
Caso 6	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	61,6013	35,4554	0,4244
Satisfação	83,9248	68,5488	0,1832
Caso 7	SSO	SSE	1-SSE/SSO
Fidelização	86,7272	53,5934	0,382
Satisfação	76,0501	63,0807	0,1705

Assim, relativamente às hipóteses levantadas no início do estudo e tendo em conta a evidência estatística obtida, podemos resumir os resultados dos testes de hipóteses da forma que se segue.

H1 – A qualidade percebida pelo cliente afecta positivamente a sua satisfação

Os valores relativos à fiabilidade e validade dos indicadores associados, bem como um valor de AVE adequado e um valor de 4,98 na análise Bootstrap tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral, indicam que a hipótese não deve ser rejeitada, uma vez que também o sinal do coeficiente estrutural é positivo e concordante com a formulação da hipótese (Tabela 4.10). Tal vai de encontro aos resultados de Moliner (2009) e Yesilada e Direktör (2010) nos seus estudos sobre a qualidade percebida e em como ela é uma dimensão importante na explicação da satisfação em hospitalização privada. O mesmo reconhece Eira (2010) no seu estudo sobre a satisfação dos clientes em hospitais privados em Portugal.

H2 - O preço adequado dos serviços de saúde afecta positivamente a satisfação do cliente

Os valores relativos à fiabilidade e validade dos indicadores associados, os mais elevados verificados no estudo, igualmente o valor mais elevado no que se refere à AVE, e também um valor de 6,02 na análise Bootstrap tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral, o mais elevado obtido entre as duas variáveis explicativas da satisfação, indicam que a hipótese não deve ser rejeitada, uma vez que também o sinal do coeficiente estrutural é positivo e concordante com a formulação da hipótese (Tabela 4.10). A observação dos resultados permite concluir que o preço adequado é a variável que apresenta valores mais elevados e pode assim afirmar-se que é a variável mais importante neste estudo na explicação da satisfação. O mesmo reconhece Virvilaite *et al.* (2009), quando refere que o preço adequado pago pelos serviços é o fator mais importante na determinação da satisfação do cliente. Como a maioria dos inquiridos apresenta seguro e/ou subsistema de saúde (Tabela 4.3), estes tendem a perceber o preço como sendo pouco elevado, tendo em conta os benefícios obtidos. Contudo, em ambos os casos os pagamentos são feitos de forma indireta, quer através de prémios de seguro anuais ou contribuições para os subsistemas de saúde.

H3 – A satisfação afeta positivamente a fidelização do cliente

Os valores relativos à fiabilidade e validade dos indicadores associados, bem como valores de AVE e R^2 adequados e também um valor de 7,66 na análise Bootstrap tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral, o valor mais elevado obtido entre as três variáveis explicativas da fidelização, indicam que a hipótese não deve ser rejeitada, uma vez que também o sinal do coeficiente estrutural é positivo e concordante com a formulação da hipótese (Tabela 4.10). A importância da satisfação como precursora da fidelização é reconhecida por diversos autores (Oliver, 1999; Caruana, 1999; Kotler, 2002; Vesel e Zabkar, 2009). Já no contexto específico dos serviços de saúde privados, Wu (2011) e Piper (2005) reconhecem a satisfação como a dimensão mais importante na explicação da fidelização.

H4 – A inércia/custos de mudança afectam a fidelização do cliente

Os valores relativos à fiabilidade e validade dos indicadores associados, bem como um valor de AVE adequado e igualmente um valor de 5,24 na análise Bootstrap tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral, indicam que a hipótese não deve ser rejeitada, uma

vez que também o sinal do coeficiente estrutural é positivo e concordante com a formulação da hipótese (Tabela 4.10). Embora se reconheça a relação da inércia e dos custos de mudança com a fidelização (Jones *et al.*, 2002; Oliver, 1999; Bloemer e Kasper, 1995), não se encontraram estudos na área dos serviços de saúde privados ou mais especificamente na área da hospitalização privada que incluam a inércia/custos de mudança como uma dimensão explicativa da fidelização. É por isso importante que tal conclusão seja revelada por este estudo e que outros estudos abordem esta temática no sentido de verificar a validade desta conclusão e aprofundar os conhecimentos relativos à inércia/custos de mudança como dimensão explicativa da fidelização.

H5 – A conformidade com o grupo afecta a fidelização do cliente

Os valores abaixo do adequado relativos à fiabilidade e validade dos indicadores associados, bem como um valor de AVE abaixo do adequado e igualmente um valor de 0,79 na análise Bootstrap tendo em conta um $\alpha = 0,01$ num teste bilateral ou mesmo um $\alpha = 0,1$, indicam que não é possível testar convenientemente esta hipótese. Apesar do sinal do coeficiente estrutural da variável latente ser positivo, o facto dos indicadores referidos não serem adequados, inviabiliza a não rejeição da hipótese.

Uma explicação para o facto de a conformidade com o grupo não se confirmar neste estudo como dimensão explicativa da fidelização poderá ser o de os indicadores escolhidos para avaliar esta variável não serem os mais indicados. Efetivamente, os valores de correlação dos indicadores apresentados no Apêndice C, assim como os coeficientes do modelo de medida e também os valores providenciados pela análise Bootstrap relativos aos indicadores estão em grande parte abaixo dos valores adequados.

Outra explicação poderá ser o facto de os indivíduos darem mais importância à saúde do que a certas considerações sociais, e de não acharem importante a conformidade com as normas do grupo quando a sua saúde está em causa, e dessa forma não lhe atribuírem uma importância tão significativa em comparação com as restantes variáveis.

De facto, a análise das respostas dos inquiridos revela pontuações baixas, sobretudo de 1 e 2 na escala de Likert, atribuídas à importância desta variável na explicação da fidelização (ver Apêndice 6). A questão que apresenta pontuações mais altas é a P5.6 (*Gosto de saber que hospitais causam boa impressão nos outros*), o que se pode explicar pelo facto de os clientes acharem importante a opinião de outros clientes face ao hospital, no sentido de perceberem se é ou não uma boa alternativa para a sua saúde e não tanto pelas normas de conformidade com o grupo.

Tal como no caso da inércia/custos de mudança, não se encontraram estudos na revisão bibliográfica que avaliem esta variável na área dos serviços de saúde privados, mas enquanto se reconheceu a inércia/custos de mudança como dimensão explicativa da fidelização, o mesmo não sucedeu com a conformidade com o grupo, não querendo isto dizer que ela não o seja. Devem contudo ser conduzidas novas investigações que possibilitem averiguar as conclusões deste estudo, ou até que esta hipótese possa ser testada para se averiguar se os resultados se confirmam.

5. CONCLUSÕES

O objetivo da realização deste estudo foi o de determinar quais as variáveis que os clientes valorizam como sendo fidelizadoras em serviços de saúde em hospitais privados nesta região do país, e quais as implicações na gestão deste tipo de prestadores de serviços que podem ser adoptadas no sentido de melhorar a atracção e a retenção de clientes.

Para tal elaborou-se um instrumento de recolha de dados que se adaptou ao presente estudo e que obedeceu na sua conceção aos critérios científicos recomendados, sendo a sua conceção, validação e implementação um objectivo atingido, podendo futuramente ser utilizado por outros autores em estudos semelhantes.

Na fase de análise dos resultados recorreu-se a um método de análise estatística (PLS-SEM) que tem vindo a ser cada vez mais utilizado por investigadores pela sua adequação a estudos na área do Marketing, e da gestão em geral, e pela possibilidade de análise de conceitos e teorias complexos. A sua implementação permitiu a obtenção de resultados que, a julgar pelos resultados dos testes de aleatoriedade da amostra e de viés de não resposta, podem ser generalizáveis para a população.

O estudo elaborado apresenta a fidelização como uma estratégia cada vez mais importante para as organizações no sentido de aumentar a sua massa de clientes e igualmente os seus proveitos financeiros. Revela-se também como uma variável constituída por diversas dimensões, apresentando em cada tipo de organização ponderações distintas face às diversas variáveis que a constituem.

No caso presente, a satisfação exerce uma influência significativa na fidelização, sendo a variável que os clientes reconhecem como mais relevante e importante entre as variáveis explicativas da fidelização. Por seu lado, o estudo revela que a qualidade percebida e o preço adequado são os antecedentes fundamentais da satisfação.

No que se refere à qualidade, ela é facilmente explicativa da satisfação, já que serviços prestados tendo em conta critérios de qualidade traduzem-se em satisfação junto dos clientes. Quanto ao preço do serviço prestado, este tende a ser considerado adequado uma vez que a grande maioria dos inquiridos apresenta seguros ou subsistemas de saúde. Tal facto faz com que a percepção do preço pago seja o de um valor baixo, embora em ambos os casos os pagamentos sejam feitos de forma indireta, quer através de prémios de seguro anuais ou contribuições para os subsistemas de saúde.

Foi também relevante verificar a importância da inércia e dos custos de mudança como dimensão explicativa da fidelização, embora se considere uma forma de fidelização artificial, tal como refere Oliver (1997), já que não depende só do esforço da organização junto do cliente mas também das perceções deste face à mudança. Não deve contudo deixar de ser valorizada a sua importância, já que o seu conhecimento permite aos gestores a implementação de estratégias de retenção de clientes que se revelam importantes no sentido de os manter próximos da instituição com todos os benefícios associados.

Por seu lado, a conformidade com o grupo foi a variável que menos importância revelou na explicação da fidelização. Não deve contudo deixar de ser notado que uma percentagem de certa forma importante de inquiridos refere que a escolha do hospital privado se deveu em parte ao grupo de pessoas significativas em que se inserem, no sentido de agir em conformidade com elas. Vivendo-se cada vez mais num mundo organizado em redes sociais, incluindo diversas redes sociais digitais, em que as opiniões são fácil e rapidamente difundidas, quer por indivíduos singulares como por indivíduos que moldam atitudes e agem como pessoas significativas, a importância dos comportamentos sociais não deve ser descartada na explicação de fenómenos de Marketing, e neste caso no fenómeno da fidelização.

As implicações deste estudo para a gestão passam pela importância da avaliação da satisfação dos clientes nas diversas áreas de contacto com o hospital, trabalhando no sentido da melhoria contínua da qualidade do serviço prestado. Deve assim o hospital privado prestar atenção à qualidade dos seus serviços, através da implementação de procedimentos viáveis, obedecendo a elevados padrões de qualidade nas diversas áreas que o compõem. Deve também prestar atenção ao preço adequado que estabelece para os seus serviços, celebrando e mantendo parcerias junto de seguradoras e subsistemas de saúde, contribuindo dessa forma para a satisfação dos clientes e estabelecendo a base para a fidelização destes junto do hospital.

Não deixando de apostar nas variáveis mais valorizadas pelos clientes, será também importante o desenvolvimento de estratégias que tornem difícil o seu abandono da instituição, implementando estratégias de retenção a que os clientes atribuam valor. Por último, observa-se que as estratégias de fidelização têm sido eficazes por parte dos hospitais do Grupo Hospital Particular do Algarve, como demonstram os bons indicadores revelados pela variável fidelização, o que se traduz numa relação benéfica para ambas as partes.

Os principais contributos deste estudo para a área do Marketing são o de comprovar uma vez mais a relação significativa que existe entre as variáveis qualidade percebida e preço adequado e a variável satisfação, e entre esta última e a variável fidelização. Permitiu também revelar a importância da inércia/custos de mudança como uma variável explicativa da fidelização, sendo provavelmente o primeiro estudo em que é feita a análise desta relação em meio hospitalar privado ou mesmo em serviços de saúde privados. De facto, pela pesquisa bibliográfica efetuada não se encontrou nenhum outro estudo semelhante que se debruce sobre esta relação nesta área. Permitiu ainda a análise da relação entre a conformidade com o grupo e a fidelização, o que também não se encontrou noutros estudos neste tipo de serviços.

Como limitações há a apontar o facto de a definição da população ser elaborada pelo Grupo Hospital Particular do Algarve e não por um organismo oficial, o que pode levantar dúvidas quanto à representatividade da amostra, já que os dados podem não estar completos e podem não corresponder à totalidade da população que recorreu a estes hospitais. Também o facto de a amostra ser de pequena dimensão, embora respeite a regra definida na literatura, pode limitar os resultados do estudo, e seria certamente mais enriquecedor se a amostra fosse significativamente maior.

Igualmente a utilização de inquérito eletrónico pode significar que indivíduos com poucos conhecimentos informáticos ou que não tenham endereço eletrónico possam ficar fora do estudo, influenciando os resultados. Contudo, foi possível enviar o inquérito por esta via a todos os indivíduos incluídos na amostra, já que todos possuíam contacto eletrónico ou outro tipo de contacto. Também os testes à aleatoriedade da amostra e ao viés de não resposta sugerem que não existiram problemas de amostragem significativos. Por último, a comparação das características da amostra com as características das amostras de outros estudos que avaliaram características e tipologias hospitalares semelhantes (e.g. Moliner, 2009; Eira, 2010) permite observar a existência de grandes semelhanças.

Aponta-se também como limitação a impossibilidade de reunir mais hospitais privados no estudo, o que permitiria constituir uma amostra mais representativa da realidade da região e tornar o estudo mais fiável no que diz respeito aos resultados obtidos. Pode também considerar-se que as conclusões do estudo, embora generalistas, possam não ser generalizáveis para outras áreas geográficas, já que o Algarve apresenta características populacionais muito específicas e distintas de outras áreas onde os movimentos populacionais são menos expressivos.

Recomenda-se que em investigações futuras um estudo semelhante possa decorrer com a participação de mais hospitais com tipologias distintas e noutras áreas geográficas, de forma a verificar se as características da fidelização variam tendo em conta a zona geográfica. Sugere-se também a utilização de técnicas de análise estatística distintas das usadas aqui, de forma a comparar os resultados com os do presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaker, D. (1991) *Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name*, Nova Iorque, The Free Press.
- Aaker, D. e McLoughlin, D. (2010) *Strategic Market Management: Global Perspectives*, Chichester, John Wiley & Son's.
- Acock, A. (2008) *A Gentle Introduction to Stata*, 2ª ed. Stata Press.
- Albaum, G. (1997) The Likert Scale Re-revisited: an Alternative Version, *Journal of Market Research Society*, 39 (2), 331-348.
- Amine, A. (1998) Consumers' True Brand Loyalty: The Central Role of Commitment, *Journal of Strategic Marketing*, 6 (4), 305-319.
- Anbori, A.; Gahni, S.; Yadav, H.; Daher, A. e Su, T. (2010) Patient Satisfaction and Loyalty to the Private Hospitals in Sana'a- Yemen, *International Journal of Quality in Health Care*, 2 (4), 310-315.
- Anderson, E. e Fornell, C. (1994) A Customer Satisfaction Research Prospectus, in Rust, R. e Oliver, R. (eds.) *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, Thousand Oaks, Sage Publications, 241-268.
- Armstrong, G.; Harker, M.; Kotler, P. e Brennan, R. (2009) *Marketing: An Introduction*, Harlow, Pearson Education Ltd.
- Assael, H. (1998) *Consumer Behavior and Marketing Actions*, 6ª ed. Mason, South-Western College Publishing.
- Babin, B.; Hair, J. e Boles, J. (2008) Publishing Research in Marketing Journals using Structural Equation Modeling, *Journal of Marketing Theory & Practice*, 16 (4), 279-285.
- Barclay, D.; Higgins, C. e Thompson, R. (1995) The Partial Least Squares Approach to Causal Modeling: Personal Computer Adoption and Use as Illustration, *Technology Studies*, 2 (2), 285-309.
- Baruch, Y. e Holtom, B. (2008) Survey Response Rate Levels and Trends in Organizational Research, *Human Relations*, 61 (8), 1139-1160.
- Baumgartner, H. e Steenkamp, J. (2001) Response Styles in Marketing Research: A Cross-National Investigation, *Journal of Marketing Research*, 38 (2), 143-156.
- Bearden, W.; Netemeyer, R. e Teel, J. (1989) Measurement of Consumer Susceptibility to Interpersonal Influence, *Journal of Consumer Research*, 15, 473-481.
- Bei, L. e Chiao, Y. (2001) An Integrated Model for the Effects of Perceived Product, Perceived Service Quality and Perceived Price Fairness On Consumer Satisfaction and Loyalty, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 14, 125-140.
- Bellenger, D.; Steinberg, E. e Stanton, W. (1976) The Congruence of Store Image and Self Image: As It Relates to Store Loyalty, *Journal of Retailing*, 52, 17-32.
- Bitner, M. e Hubbert, A. (1994) Encounter Satisfaction versus Overall Satisfaction versus Quality: The Customer's Voice, in Rust, R. e Oliver, R. (eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, Thousand Oaks, Sage Publications, 72-94.
- Bloemer, J. e Kasper, J. (1995) The Complex Relationship Between Consumer Satisfaction and Brand Loyalty, *Journal of Economic Psychology*, 16, 311-329.
- Bryman, A. e Cramer, D. (2011) *Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19: A Guide for Social Scientists*, Nova Iorque, Routledge.
- Cahill, D. (2006) *Customer Loyalty in Third Party Logistics Relationships: Findings from Studies in Germany and the USA*, Heidelberg, Physica-Verlag.
- Cameira, A. (1997) *Atração Interpessoal e Atração Social na Formação de Grupos Psicológicos e na Conformidade*, Tese de Mestrado não Publicada, Universidade do Porto.
- Caruana, A. (1999) Service Loyalty – The Effect of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction, *European Journal of Marketing*, 36 (7/8), 811-828.
- Chatterjee, D. (1998) *Liderança Consciente*, São Paulo, Editora Pensamento-Cultrix.
- Chaudhuri, A. e Holbrook, M. (2001) The Chain of Effects from Brand Trust and Brand Affect to Brand Performance: The Role of Brand Loyalty, *Journal of Marketing*, 65 (2), 81-93.

- Chintagunta, P. (1998) Inertia and Variety Seeking in a Model of Brand-Purchase Timing, *Marketing Science*, 17 (3), 253-270.
- Chin, W. (2010) How to Write up and Report PLS Analyses, in Esposito Vinzi, V.; Chin, W.; Henseler, J. e Wang, H. (eds.), *Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and Applications in Marketing and Related Fields*, Berlim, Springer, 655-690.
- Consuegra, D.; Molina, A. e Esteban, A. (2007) An Integrated Model of Price, Satisfaction and Loyalty: an Empirical Analysis in Service Sector, *Journal of Product & Brand Management*, 16 (7), 459-468.
- Cunningham, R. (1956) Brand Loyalty – What, Where, How Much, *Harvard Business Review*, 39, 116-138.
- Davison, A. e Hinkley, D. (2003) *Bootstrap Methods and their Application*, 2ª ed., Nova Iorque, Cambridge University Press.
- Day, G. (1969) A Two-Dimensional Concept of Brand Loyalty, *Journal of Advertising Research*, 9, 29-35.
- Del Greco, L.; Walop, W. e Eastridge, L. (1987) Questionnaire Development: 3. Translation, *Canadian Medical Association Journal*, 136 (8), 817-818.
- Deutskens, E.; de Ruyter, K.; Wetzels, M. e Oosterveld, P. (2004) Response Rate and Response Quality of Internet-Based Surveys: An Experimental Study, *Marketing Letters*, 15 (1), 21-36.
- Devaraj, S.; Matta, K. e Conlon, E. (2001) Product and Service Quality: The Antecedents of Customer Loyalty in the Automotive Industry, *Production and Operations Management*, 10 (4), 424-439.
- Devereaux, P.; Choi, P.; Lacchetti, C. e Weaver, B. (2002) A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private For-profit and Private Not-for-profit Hospitals, *Canadian Medical Association Journal*, 166 (11), 1399-1406.
- Dick, A. e Basu, K. (1994) Customer Loyalty: Toward an Integrated Framework, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22 (2), 99-113.
- Eira, A. (2010) *A Saúde em Portugal: A Procura de Cuidados de Saúde Privados*, Tese de Mestrado não Publicada, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: www.ers.pt/pages/90 (Consultado em 10 de Agosto de 2012).
- Evans, J. e Mathur, A. (2005) The Value of Online Surveys, *Internet Research*, 15 (2), 195-219.
- Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (2009) *Guia para Elaboração de Dissertações de Mestrado*, Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Faro.
- Feliciano, I. (2010) *Marketing em Saúde – Políticas e Estratégias*, Lisboa, Bnomics.
- Ferreira, A. (2010) *Testes não-paramétricos*. Escola Superior Agrária de Castelo Branco. Disponível em: http://docentes.esa.ipcb.pt/mede/apontamentos/testes_ao_parametricos.pdf (Consultado em 30 de Novembro de 2013).
- Ferreira, F. (2011) *Health Care Marketing: The Theory of Planned Behavior Applied to Patients' Choice Between Private and Public Providers in the Portuguese Health Care System*, Tese de Mestrado não Publicada, Universidade Nova de Lisboa.
- Fornell, C. e Larcker, D. (1981) Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error, *Journal of Marketing Research*, 18 (1), 39–50.
- Fornell, C.; Rust, R. e Dekimpe, M. (2010) The Effect of Customer Satisfaction on Consumer Spending Growth, *Journal of Marketing Research*, 47 (1), 28-35.
- Genschel, P. (1997) The Dynamics of Inertia: Institutional Persistence and Change in Telecommunications and Health Care, *Governance*, 10 (1), 43-66.
- Godes, D. e Mayzlin, D. (2009) Firm-Created Word-of-Mouth Communication: Evidence from a Field Test, *Journal of Marketing Science*, 28 (4), 721-739.
- Gommens, M.; Krishnan, K. e Scheffold, K. (2001) From Brand Loyalty to E-Loyalty: A Conceptual Framework, *Journal of Economic and Social Research*, 3 (1), 43-58.
- Gorman, J. (2000) An Opposing View of Online Surveying, *Marketing News*, 34 (9), 48.
- Grande, C. e Vavra, T. (1994) Improving Direct Mail Fundraising Through Segmentation Research, *Nonprofit Management and Leadership*, 5 (2), 141-158.

- Gremler, D. e Brown, S. (1996) Service Loyalty: Its Nature, Importance and Implications, *Advancing Service Quality: A Global Perspective - International Service Quality Association*, 5, 171-180.
- Grönroos, C. (1984) A Service Quality Model and Its Marketing Implications, *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-45.
- Grönroos, C. (2001) The Perceived Service Quality Concept – A Mistake?, *Managing Service Quality*, 11 (3), 150 – 152.
- Hair, J.; Black, W.; Babin, B. e Anderson, R. (2009) *Multivariate Data Analysis*, 7ª ed., Nova Jersia, Prentice Hall.
- Hair, J.; Sarstedt, M.; Ringle, C. e Mena, J. (2011a) An Assessment of the Use of Partial Least Squares Structural Equation Modeling in Marketing Research, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40 (3), 414-433.
- Hair, J.; Ringle, C.; e Sarstedt, M., (2011b) PLS-SEM: Indeed a Silver Bullet, *Journal of Marketing Theory and Practice*, 19 (2), 139-151.
- Hair, J.; Sarstedt, M.; Pieper, M. e Ringle, C. (2012) The Use of Partial Least Squares Structural Equation Modeling in Strategic Management Research: A Review of Past Practices and Recommendations for Future Applications, *Long Range Planning*, 45, 320-340.
- Hair, J.; Hult, G.; Ringle, C.; e Sarstedt, M. (2013) *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling*, Sage, Thousand Oaks.
- Henseler, J., Ringle, C. e Sinkovics, R. (2009) The Use of Partial Least Squares Path Modeling in International Marketing, *Advances in International Marketing*, 20, 277–319.
- Hill, M. e Hill, A. (2005) *Investigação por Questionário*, 2.ª ed., Lisboa, Edições Sílabo.
- Hoffman, K. e Bateson, J. (2003) *Princípios de Marketing de Serviços – Conceitos, Estratégias e Casos*, São Paulo, Pioneira Thomson Learning
- Hoover, R.; Green, R. e Saegert, J. (1978) A Cross-National Study of Perceived Risk, *Journal of Marketing*, 42 (3), 102-108
- Howard, J. e Sheth, J. (1969) *The Theory of Buyer Behavior*, Nova Iorque, Wiley Editions.
- Hornsey, M. e Jetten, J. (2005) Loyalty Without Conformity: Tailoring Self-perception as a Mean of Balancing Belonging and Differentiation, *Self and Identity*, 4 (1), 81-95.
- Hulland, J. (1999) Use of Partial Least Squares (PLS) in Strategic Management Research: a Review of Four Recent Studies, *Strategic Management Journal*, 20 (2), 195–204.
- Ibáñez, V.; Hartmann, P e Calvo, P. (2006) Antecedents of Customer Loyalty in Residential Energy Markets: Service Quality, Satisfaction, Trust and Switching Costs, *The Service Industries Journal*, 26 (6), 633-650.
- Infopedia (2003-2013) Porto Editora. Disponível em: [www.infopedia.pt/\\$conformidade](http://www.infopedia.pt/$conformidade)
Consultado em 19 de Janeiro de 2013
- Instituto Nacional de Estatística (2002) Censos 2001 – Resultados Definitivos. Publicação Irregular. Lisboa. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=133411&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554 (Consultado em 22 Junho de 2012).
- Instituto Nacional de Estatística (2010) Conta Satélite da Saúde 2000-2008. Publicação Irregular. Lisboa. Disponível em: www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102614085&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt (Consultado em 1 de Maio de 2012).
- Instituto Nacional de Estatística (2011) Censos 2011 – Resultados Provisórios. Publicação Irregular. Lisboa. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0000976&selTab=tab10 (Consultado em 22 de Junho de 2012).
- Jakoby, J. (1969) *Towards a Multibrand Model of Loyalty*, paper nº 105, Department of Psychology, Purdue University.
- Jakoby, J. e Kyner, D. (1973) Brand Loyalty vs Repeat Purchasing Behavior, *Journal of Marketing Research*, 10, 1-9.
- Javalgi, R. e Moberg, C. (1997) Service Loyalty: Implications for Service Providers, *Journal of Services Marketing*, 11 (3), 165 – 179.

- Johnson, B. e Christensen, L. (2012) *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*, 4ª ed. Thousand Oaks.
- Jones, M.; Mothersbaugh, D. e Beatty, S. (2000) Switching Barriers and Repurchase Intentions in Services, *Journal of Retailing*, 76 (2), 259-274.
- Jones, M.; Mothersbaugh, D. e Beatty, S. (2002) Why Customers Stay: Measuring the Underlying Dimensions of Services Switching Costs and Managing their Differential Strategic Outcomes, *Journal of Business Research*, 55, 441-450.
- Kandampully, J. e Suhartanto, D. (2000) Customer Loyalty in The Hotel Industry: The Role of Customer Satisfaction and Image, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 12 (6), 346 – 351.
- Kanuk, L. e Berenson, C. (1975) Mail Surveys and Response Rates: A Literature Review, *Journal of Marketing Research*, 12, 440-453.
- Kaplowitz, M.; Hadlock, T. e Levine, R. (2004) A Comparison of Web and Mail Survey Response Rates, *Public Opinion Quarterly*, 68 (1), 94–101.
- Kim, D.; Ferrin, D. e Rao, H. (2008) A Trust-Based Consumer Decision-Making Model in Electronic Commerce: The Role of Trust, Perceived Risk and Their Antecedents, *Decision Support Systems*, 44 (2), 544–564.
- Kotler, P. (2002) *Marketing Management*, 11ª Ed, Nova Jérícia, Prentice Hall.
- Kotler, P. e Armstrong, G. (2009) *Principles of Marketing*, 13ª Ed., Nova Jérícia, Pearson.
- Kotler, P. e Lee, N. (2007) *Marketing no Setor Público – Um Guia Para um Desempenho Mais Eficaz*, São Paulo, Bookman Editora.
- Kruskal, W. e Wallis, W. (1952) Use of Ranks in One-criterion Variance Analysis, *Journal of the American Statistical Association*, 47 (260), 583–621.
- Lai, L.; Liu, C. e Lin, J. (2011) The Moderating Effects of Switching Costs and Inertia on the Customer Satisfaction-Retention Link: Auto Liability Insurance Service in Taiwan, *Insurance Markets and Companies: Analyses and Actuarial Computations*, 2 (1), 69-78.
- Laroche, M.; Ueltschy, L.; Abe, S.; Cleveland, M. e Yannopoulos, P. (2004) Service Quality Perceptions and Customer Satisfaction: Evaluating the Role of Culture, *Journal of International Marketing*, 12 (3), 58-85.
- Lee, J.; Lee, J. e Feick, L. (2001) The Impact of Switching Costs on the Customer Satisfaction-Loyalty Link: Mobile Phone Service in France, *Journal of Services Marketing*, 15 (1), 35-48.
- Lee, D. e Trail, G. (2011) The Influence of Personal Values and Goals on Cognitive and Behavioral Involvement in Sport, *Journal of Sport Management*, 25 (6), 593-605.
- Lemos, M. (2011) *Medir a Qualidade do Comércio Eletrônico – Uma Aplicação ao e-Retalho em Portugal*, Tese de Mestrado não Publicada, Universidade Nova de Lisboa.
- Malhotra, N. (2004) *Pesquisa de Marketing – Uma Orientação Aplicada*, São Paulo, Artmed.
- Marôco, J. (2011) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 5ª Ed., Lisboa, Report Number.
- Martenson, R. (2007) Corporate Brand Image, Satisfaction and Store Loyalty: A Study of the Store as a Brand, Store Brands and Manufacturer Brands, *International Journal of Retail & Distribution Management*, 35 (7), 544 – 555.
- Martins, M.; Blais, R. e Leite, I. (2004) Mortalidade Hospitalar e Tempo de Permanência: Comparação entre Hospitais Públicos e Privados na Região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 268-282.
- Mattar, F. (1996) *Pesquisa de Marketing: Metodologia e Planejamento*, 3ª ed., São Paulo, Editora Atlas.
- McConnell, J. (1968) The Development of Brand Loyalty: An Experimental Study, *Journal of Marketing Research*, 5, 13-19.
- Mimouni-Chaabane, A. e Volle, P. (2010) Perceived Benefits of Loyalty Programs: Scale Development and Implications for Relational Strategies, *Journal of Business Research*, 63 (1), 32-37.
- Moliner, M. (2009) Loyalty, Perceived Value and Relationship Quality in Health Care Services, *Journal of Services Management*, 20 (1), 76-97.
- Moreira, D. (2002) *O Método Fenomenológico na Pesquisa*, São Paulo, Thomson Pioneira.

- Morris, M.; Iacopetta, B. e Platell, C. (2007) Comparing Survival Outcomes for Patients with Colorectal Cancer Treated in Public and Private Hospitals, *Medical Journal of Australia*, 186 (6), 296-300.
- Mortazavi, S.; Kazemi, M.; Shirazi, A. e Aziz-Abadi, A. (2009) The Relationships between Patient Satisfaction and Loyalty in The Private Hospital Industry, *Iranian Journal of Public Health*, 38 (3), 60-69.
- Nasser, F. e Wisenbaker, J. (2003) A Monte Carlo Study Investigating the Impact of Item Parceling on Measures of Fit in Confirmatory Factor Analysis, *Educational and Psychological Measurement*, 63, 729-757.
- Newman, J. e Werbel, R. (1973) Multivariate Analysis of Brand Loyalty for Major Household Appliances, *Journal of Marketing Research*, 10, 404-409.
- Oliveira, B.; Pereira, J. e de Queiroz, J. (2012) Perspectivas em Ciência da Informação, *Gestão de Informações da Concorrência e Orientação Estratégica*, 17 (2), 123-142.
- Oliver, R. (1980) A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, *Journal of Marketing Research*, 17 (4), 460-469.
- Oliver, R. (1993) Cognitive, Affective and Attribute Bases of the Satisfaction Response, *Journal of Consumer Research*, 20 (3), 418-430.
- Oliver, R. (1997) *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*, Nova Iorque, McGraw Hill.
- Oliver, R. (1999) Whence Consumer Loyalty, *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Oliver, R. e Swan, J. (1989) Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions: a Field Survey Approach, *Journal of Marketing*, 53(2), 21-35.
- Ostrowski, P.; O'Brien, T. e Gordon, G. (1993) Service Quality and Customer Loyalty in the Commercial Airline Industry, *Journal of Travel Research*, 32 (2), 16-24.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V. e Berry, L. (1988) SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.
- Peyrot, M.; Cooper, P. e Schnapf, D. (1993) Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services, *Journal of Health Care Marketing*, 13, 24-33.
- Piper, L. (2005) Winning Loyalty with a Vision and a Corporate Soul, *The Health Care Manager*, 24 (4), 371-385.
- Pocinho, M. (2009) *Estatística – Volume 1*, Sebenta Escolar, Instituto Superior Miguel Torga.
- Pons, J.; Moreno, V.; Borrás, J.; Espinas, J.; Almazan, C. e Granados, A. (1999) Open Heart Surgery in Public and Private Practice, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4 (2), 73-78.
- Psychic Science (2012) Disponível em: www.psychicscience.org/random.aspx (Consultado no site em 1 de Setembro de 2013).
- Região de Turismo do Algarve (2011) Geografia e Demografia. Publicação Irregular. Lisboa. Disponível em: www.visitalgarve.pt/visitalgarve/vPT/DescubraAREgiao/99/Demografia+e+Geografia (Consultado a 8 de Março de 2012).
- Reichheld, F. e Aspinall, K. (1993) Building High Loyalty Business Systems, *Journal of Retail Banking*, 15 (4), 21-29.
- Reinartz, W.; Haenlein, M. e Henseler, J. (2009) An Empirical Comparison of the Efficacy of Covariance-based and Variance-based SEM, *International Journal of Marketing Research*, 26 (4), 332-344.
- Reis, F. (2010) *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado*, Lisboa, Lidel Edições.
- Ribeiro, J. (2009) *Saúde – A Liberdade de Escolher*, Lisboa, Gradiva.
- Ringle, C.; Wende, S. e Will, A. (2005) SmartPLS, v. 2.0 Beta, SmartPLS Organization, Hamburg.
- Samuelsen, B. e Sandvik, K. (1997) The Concept of Customer Loyalty, *EMAC Conference Proceedings*, Universidade de Warwick, 1122-1140.
- Santos, T.; Lima, M.; Brunetta, D.; Fabris, C. e Seleme, A. (2009) The Evolution of Marketing: An Historical Perspective, *REGE Revista de Gestão*, 16 (1), 89-102.

- Silva, A. (2011) *A Lealdade em Contexto da Hospitalização Privada: Um Estudo de Caso*, Tese de Mestrado não Publicada, Universidade de Aveiro.
- Sirdeshmukh, D.; Singh, J. e Sabol, B. (2002) Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges, *Journal of Marketing*, 66 (1), 15-37.
- SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.
- Spreng, R.; MacKenzie, S. e Olshavsky, R. (1996) A Reexamination of the Determinants of Consumer Satisfaction, *Journal of Marketing*, 60 (3), 15-32.
- Starr, M. e Rubinson, J. (1978) A Loyalty Group Segmentation Model for Brand Purchasing Simulation, *Journal of Marketing Research*, 15 (3), 378-383.
- Steenkamp, J. e Baumgartner, H. (2000) On the Use of Structural Equation Models for Marketing Modeling, *International Journal of Research in Marketing*, 17 (2-3), 195-202.
- Suki, N.; Lian, J. e Suki, N. (2009) A Comparison of Human Elements and Nonhuman Elements in Private Healthcare Settings: Customers Perceptions and Expectations, *Journal of Hospital Marketing and Public Relations*, 19, 113-128.
- Teas, R. (1994) Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment, *Journal of Marketing*, 58 (1), 132-139.
- Trusov, M.; Bucklin, R. e Pauwels, K. (2009) Effects of Word-of-Mouth Versus Traditional Marketing: Findings from an Internet Social Networking Site, *Journal of Marketing*, 73 (5), 90-102.
- Tucker, W. (1964) The Development of Brand Loyalty, *Journal of Marketing Research*, 1, 32-35.
- Vavra, T. e Pruden, D. (1995) Using Aftermarketing to Maintain a Customer Base, *Discount Merchandiser*, 35 (5), 86-88.
- Verhage, B.; Yavas, U.; Green, R. e Borak, E. (1990) The Perceived Risk-Brand Loyalty Relationship: An International Perspective, *Journal of Global Marketing*, 3 (3), 7-22.
- Vesel, P. e Zabkar, V. (2009) Managing Customer Loyalty Through the Mediating Role of Satisfaction in the DIY Retail Loyalty Program, *Journal of Retailing and Consumer Services*, 16 (5), 396-406.
- Vieira, M. (2008) *Amostragem*, Tese de Mestrado não Publicada, Universidade de Aveiro
- Virvilaite, R.; Saladiene, V. e Skindaras, D. (2009) The Relationship Between Price and Loyalty in Services Industry, *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*, 3, 96-104.
- Vogt, W. e Johnson, R. (2011) *Dictionary of Statistics & Methodology: A Nontechnical Guide for the Social Sciences*, Thousand Oaks.
- Weijters, B. e Baumgartner, H. (2012) Misresponse to Reversed and Negated Items in Surveys: A Review, *Journal of Marketing Research*, 49 (5), 737-747.
- Westbrook, R. e Oliver, R. (1981) Developing Better Measures of Consumer Satisfaction: Some Preliminary Results, in Monroe, K. (ed.), *Advances in Consumer Research*, Association for Consumer Research, Ann Arbor, 8, 94-99.
- Wu, C. (2011) The Impact of Hospital Brand Image on Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty, *African Journal of Business Management*, 5 (12), 4873-4882.
- Yesilada, F. e Direktör, E. (2010) Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals, *African Journal of Business Management*, 4 (6), 962-971.
- Yuksel, A.; Yuksel, F. e Bilim, Y. (2010) Destination Attachment: Effects on Customer Satisfaction and Cognitive, Affective and Conative Loyalty, *Tourism Management*, 31, 274-284.
- Zeithaml, V.; Berry, L. e Parasuraman, A. (1996) The Behavioral Consequences of Service Quality, *Journal of Marketing*, 60, 31-46.

Apêndices

Apêndice A - Inquérito

FIDELIZAÇÃO NOS HOSPITAIS PRIVADOS NA REGIÃO DO ALGARVE – A PERSPETIVA DOS CLIENTES
QUESTIONÁRIO AOS CLIENTES

Grupo I – Características do hospital

De seguida são apresentadas afirmações que pretendem avaliar o seu nível de concordância ou discordância face às características que se pretendem avaliar neste estudo. As afirmações referem-se ao **hospital privado** que visitou **mais recentemente** e não a outros a que tenha recorrido.

A escala de medida apresentada inclui sete níveis distintos, tal como apresentado abaixo, pelo que deve indicar aquele que melhor exprime o seu nível de concordância.

Discordo Completamente	Discordo	Discordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo	Concordo Completamente
1	2	3	4	5	6	7

O nível um exprime uma discordância completa, enquanto o nível sete exprime uma concordância completa com a afirmação apresentada. Os níveis intermédios exprimem igualmente a sua opinião sobre a afirmação, e deve optar pelo nível que melhor a exprime.

Perguntas

1 – Qualidade do serviço	Grau de Concordância						
1.1 - O hospital estava bem organizado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1.2 - A qualidade do serviço manteve-se durante o contacto com o hospital	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1.3 - O nível de qualidade do serviço foi aceitável quando comparado com outros hospitais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1.4 - Os colaboradores foram sempre corteses e amigáveis	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1.5 - A equipa médica acertou no diagnóstico e no tratamento	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

2- Preço do serviço	Grau de Concordância						
2.1. O preço que paguei valeu a pena pelo serviço que me foi prestado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2.2. O custo do serviço prestado pelo hospital não foi elevado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2.3. O serviço prestado foi adequado pelo que paguei	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3 – Satisfação com o serviço	Grau de Concordância						
3.1. Fiquei satisfeito(a) com a minha decisão em recorrer ao hospital privado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

3.2. A minha visita ao hospital privado alterou para melhor a minha perspetiva sobre os hospitais privados	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.3. A minha decisão em recorrer ao hospital privado foi acertada	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.4. Sinto-me mal em ter recorrido ao hospital privado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.5. Procedi bem em ter recorrido ao hospital privado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.6. Não estou contente por ter recorrido ao hospital privado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

4 – Inércia / Custos de mudança	Grau de Concordância						
4.1. A menos que outros hospitais apresentem condições muito vantajosas, pretendo manter os serviços do hospital privado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.2. A menos que fique muito insatisfeito(a) com o hospital privado, mudar para outro seria um incómodo	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.3. A menos que fique muito insatisfeito(a) com o hospital privado, mudar para outro é muito inconveniente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.4. Mudar de hospital apresenta custos de tempo e dinheiro e o esforço associado é elevado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.5. De uma maneira geral seria um aborrecimento mudar de hospital	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.6. Seria necessário um grande dispêndio de tempo e esforço para mudar de hospital	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

5 - Conformidade com o grupo	Grau de Concordância						
5.1. Se pretendo ser como alguém que é um modelo para mim, tendo a escolher o mesmo hospital	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.2. É importante para mim que os outros gostem do hospital que escolho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.3. Raramente opto por um hospital mais recente antes que os meus amigos o aprovem	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.4. Identifico-me com outras pessoas através da escolha do mesmo hospital	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.5. Quando opto por um hospital, escolho aquele que julgo que os meus amigos irão aprovar	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.6. Gosto de saber que hospitais causam boa impressão nos outros	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.7. Se os outros podem saber que escolho determinado hospital, escolho o que os outros esperam que escolha	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.8. Tenho uma sensação de pertença quando escolho um hospital que os outros escolhem	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

6 – Fidelização	Grau de Concordância						
6.1. Transmito informações positivas acerca do hospital privado a outras pessoas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6.2. Recomendo o hospital privado a pessoas que procuram o meu conselho	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6.3. Encorajo familiares e amigos a recorrer ao hospital privado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6.4. Considero o hospital privado a primeira escolha quando necessito de cuidados de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6.5. Pretendo recorrer a este hospital no futuro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Grupo II – Caracterização do cliente

Neste segundo grupo deve indicar as suas características pessoais, colocando uma cruz por baixo do escalão ou característica em que se encontra

2.1. Idade					
Até 18 anos	19-30 anos	31-45 anos	46-65 anos	66-75 anos	Mais de 75 anos

2.2. Nacionalidade					
Portuguesa	Inglesa	Alemã	Francesa	Holandesa	Outra

2.3. Região de residência, temporária ou permanente, se reside em Portugal				
Algarve	Alentejo	Lisboa e Vale do Tejo	Centro	Norte

2.4. Rendimento líquido mensal individual				
Até 600 €	Entre 600 e 1500 €	Entre 1500 e 3000\$	Entre 3000 e 6000€	Mais de 6000 €

2.5. Nível de escolaridade					
Sem Escolaridade	4º Ano	6º Ano	9º Ano	12º Ano	Ensino Superior

2.6. Possui Seguro de Saúde?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
2.6.1. Se respondeu sim, o seguro é:	Português	<input type="checkbox"/>	Estrangeiro	<input type="checkbox"/>		
2.7. Possui Subsistema de Saúde?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
2.8. No ano de 2012 recorreu mais de uma vez ao hospital privado?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
2.8.1. Se respondeu sim, quantas vezes?	2 vezes	<input type="checkbox"/>	3 a 5 vezes	<input type="checkbox"/>	Mais de 5 vezes	<input type="checkbox"/>

Apêndice B - Tabelas de Análise de Frequências - Grupo II

Tabela B.1 – Escalão Etário

Escalão Etário	Frequência	%	% Acumulada
19-30 Anos	23	24,5	24,5
31-45 Anos	39	41,5	66,0
46-65 Anos	24	25,5	91,5
66-75 Anos	7	7,4	98,9
+ 75 Anos	1	1,1	100,0
Total	94	100,0	

Tabela B.2 - Nacionalidade

Nacionalidade	Frequência	%	% Acumulada
Portuguesa	77	81,9	81,9
Inglesa	13	13,8	95,7
Holandesa	1	1,1	96,8
Outra	3	3,2	100,0
Total	94	100,0	

Tabela B.3 - Região de residência, temporária ou permanente, se reside em Portugal

Residência		Frequência	%	% Acumulada
	Algarve	68	72,3	74,7
	Alentejo	11	11,7	86,8
	Lisboa e Vale do Tejo	11	11,7	98,9
	Centro	1	1,1	100,0
	Total	91	96,8	
Em falta		3	3,2	
Total		94	100,0	

Tabela B.4 – Rendimento Líquido Mensal Individual

Rendimento Mensal	Frequência	%	% Acumulada
Até 600 euros	6	6,4	6,4
600-1500 Euros	56	59,6	66,0
1500-3000 Euros	26	27,7	93,6
3000-6000 Euros	6	6,4	100,0
Total	94	100,0	

Tabela B.5 – Nível de Escolaridade

Nível de Escolaridade	Frequência	%	% Acumulada
6ª Ano	6	6,4	6,4
9ª Ano	2	2,1	8,5
12ª Ano	12	12,8	21,3
Ensino Superior	74	78,7	100,0
Total	94	100,0	

Tabela B.6 – Posse de Seguro de Saúde

Seguro de Saúde	Frequência	%	% Acumulada
Sim	54	57,4	57,4
Não	40	42,6	100,0
Total	94	100,0	

Tabela B.7 – Nacionalidade do Seguro

Nacionalidade do Seguro		Frequência	%	% Acumulada
	Português	43	45,7	79,6
	Estrangeiro	11	11,7	100,0
	Total	54	57,4	
Em Falta		40	42,6	
Total		94	100,0	

Tabela B.8 – Posse de Subsistema de Saúde

Subsistema de Saúde	Frequência	%	% Acumulada
Sim	71	75,5	75,5
Não	23	24,5	100,0
Total	94	100,0	

Tabela B.9 – Recorreu mais de uma vez ao Hospital Privado

Recorreu + de 1 vez		Frequência	%	% Acumulada
	Sim	70	74,5	74,5
	Não	24	25,5	100,0
	Total	94	100,0	

Tabela B.10 – Número de vezes que recorreu ao Hospital Privado

Quantas vezes recorreu		Frequência	%	% Acumulada
	2	27	28,7	38,6
	3 a 5 vezes	27	28,7	77,1
	Mais de 5 vezes	16	17,0	100,0
	Total	70	74,5	
Em Falta		24	25,5	
	Total	94	100,0	

Apêndice C - Correlação dos Indicadores das Variáveis Latentes

	P1.1	P1.2	P1.3	P1.4	P1.5	P2.1	P2.2	P2.3	P3.1	P3.2	P3.3	P3.4	P3.5	P3.6	P4.1	P4.2	P4.3	P4.4	P4.5	P4.6	P5.1	P5.2	P5.3	P5.4	P5.5	P5.6	P5.7	P5.8	P6.1	P6.2	P6.3	P6.4	P6.5
P1.1 Correlação	1	0,41	0,52	0,19	0,23	0,22	0,11	0,21	0,27	0,07	0,28	0,21	0,24	0,25	0,31	0,07	0,16	0,02	0,23	0,11	-0,05	-0,08	-0,24	-0,12	-0,30	0,19	0,01	-0,28	0,42	0,38	0,46	0,31	0,24
Significância		0,00	0,00	0,058	0,02	0,02	0,28	0,04	0,00	0,46	0,00	0,03	0,01	0,01	0,00	0,47	0,12	0,84	0,02	0,29	0,61	0,43	0,01	0,23	0,00	0,06	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
P1.2 Correlação	0,41	1	0,48	0,64	0,55	0,18	0,23	0,24	0,34	0,16	0,36	0,13	0,22	0,16	0,20	-0,01	0,19	0,12	0,34	0,14	0,12	0,14	0,04	-0,00	0,09	0,30	0,08	-0,00	0,41	0,34	0,37	0,04	0,14
Significância	0,00		0,00	0,00	0,00	0,06	0,02	0,09	0,00	0,10	0,00	0,19	0,02	0,10	0,04	0,90	0,06	0,22	0,00	0,17	0,24	0,16	0,71	0,97	0,38	0,00	0,41	0,93	0,00	0,00	0,00	0,65	0,16
P1.3 Correlação	0,52	0,48	1	0,44	0,33	0,33	0,24	0,33	0,44	0,22	0,44	0,28	0,37	0,32	0,31	0,06	0,05	-0,02	0,17	0,04	0,00	-0,00	-0,07	-0,04	-0,02	0,27	-0,01	-0,10	0,47	0,44	0,51	0,35	0,31
Significância	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,59	0,77	0,08	0,67	0,93	0,96	0,46	0,69	0,77	0,00	0,87	0,33	0,00	0,000	0,00	0,00	0,00
P1.4 Correlação	0,19	0,64	0,44	1	0,48	0,25	0,24	0,24	0,33	0,17	0,41	0,21	0,34	0,24	0,17	-0,09	0,11	0,11	0,21	0,04	0,22	0,24	0,18	0,09	0,14	0,33	0,14	0,13	0,47	0,31	0,31	0,16	0,16
Significância	0,058	0,00	0,00		0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,09	0,00	0,03	0,00	0,01	0,09	0,37	0,25	0,26	0,03	0,68	0,02	0,01	0,08	0,34	0,17	0,00	0,16	0,21	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11
P1.5 Correlação	0,23	0,55	0,33	0,48	1	0,27	0,26	0,34	0,31	0,21	0,43	0,14	0,30	0,16	0,12	-0,01	0,17	0,01	0,23	0,01	0,28	0,26	0,11	0,13	0,08	0,29	0,14	0,19	0,44	0,32	0,32	0,01	0,22
Significância	0,02	0,00	0,00	0,00		0,00	0,01	0,00	0,002	0,03	0,00	0,16	0,00	0,11	0,23	0,86	0,09	0,92	0,02	0,91	0,00	0,01	0,26	0,18	0,43	0,00	0,15	0,06	0,00	0,00	0,89	0,03	
P2.1 Correlação	0,22	0,18	0,33	0,25	0,27	1	0,80	0,89	0,64	0,19	0,59	0,23	0,58	0,36	0,48	0,01	0,03	0,01	0,24	0,01	0,11	0,13	0,04	-0,10	0,04	0,13	0,02	0,01	0,46	0,50	0,34	0,42	0,53
Significância	0,02	0,06	0,00	0,01	0,00		0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,91	0,71	0,88	0,01	0,85	0,28	0,20	0,64	0,30	0,67	0,21	0,77	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P2.2 Correlação	0,11	0,23	0,24	0,24	0,26	0,80	1	0,89	0,51	0,21	0,43	0,18	0,40	0,25	0,35	-0,05	-0,07	-0,02	0,18	-0,04	-0,00	0,13	0,03	-0,22	0,10	0,05	0,01	-0,03	0,37	0,42	0,38	0,32	0,47
Significância	0,28	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00		0,00	0,00	0,03	0,00	0,07	0,00	0,01	0,00	0,59	0,44	0,79	0,08	0,67	0,98	0,18	0,72	0,02	0,32	0,57	0,92	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P2.3 Correlação	0,21	0,24	0,33	0,24	0,34	0,89	0,89	1	0,59	0,25	0,54	0,22	0,47	0,30	0,43	-0,00	-0,01	0,00	0,25	0,00	0,05	0,15	0,01	-0,17	0,07	0,16	0,00	-0,04	0,45	0,47	0,41	0,38	0,49
Significância	0,04	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00		0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,97	0,86	0,96	0,01	0,93	0,59	0,14	0,86	0,09	0,50	0,11	0,94	0,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P3.1 Correlação	0,27	0,34	0,44	0,33	0,31	0,64	0,51	0,59	1	0,38	0,83	0,33	0,72	0,44	0,54	0,07	0,15	0,07	0,19	0,05	0,14	0,12	-0,03	-0,11	-0,04	0,09	0,00	0,05	0,61	0,53	0,49	0,40	0,51
Significância	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,13	0,49	0,05	0,62	0,16	0,22	0,74	0,26	0,69	0,39	0,96	0,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P3.2 Correlação	0,07	0,16	0,22	0,17	0,21	0,19	0,21	0,25	0,38	1	0,42	0,12	0,36	0,21	0,30	0,13	0,20	0,23	0,19	0,18	0,25	0,25	0,09	0,04	0,20	-0,03	0,21	0,07	0,38	0,31	0,36	0,30	0,40
Significância	0,46	0,10	0,03	0,09	0,03	0,05	0,03	0,01	0,00		0,00	0,22	0,00	0,03	0,00	0,21	0,04	0,02	0,05	0,08	0,01	0,01	0,34	0,66	0,05	0,77	0,04	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P3.3 Correlação	0,28	0,36	0,44	0,41	0,43	0,59	0,43	0,54	0,83	0,42	1	0,40	0,74	0,46	0,49	-0,01	0,08	-0,02	0,12	-0,07	0,16	0,15	-0,03	-0,05	0,02	0,15	0,09	0,05	0,59	0,49	0,49	0,28	0,43
Significância	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	0,43	0,84	0,22	0,46	0,11	0,15	0,70	0,59	0,79	0,13	0,34	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P3.4 Correlação	0,21	0,13	0,28	0,21	0,14	0,23	0,18	0,22	0,33	0,12	0,40	1	0,34	0,79	0,05	-0,11	0,01	-0,13	-0,01	-0,08	0,07	0,08	-0,09	-0,16	-0,05	-0,01	-0,11	0,00	0,24	0,16	0,21	-0,02	0,05
Significância	0,03	0,19	0,00	0,03	0,16	0,02	0,07	0,02	0,00	0,22	0,00		0,00	0,00	0,57	0,27	0,85	0,21	0,92	0,42	0,45	0,39	0,37	0,11	0,62	0,87	0,26	0,94	0,02	0,11	0,03	0,77	0,59
P3.5 Correlação	0,24	0,22	0,37	0,3	0,30	0,58	0,40	0,47	0,72	0,36	0,74	0,34	1	0,44	0,51	0,05	0,15	0,09	0,16	0,03	0,24	0,09	0,00	-0,08	0,04	0,24	0,05	0,12	0,55	0,53	0,48	0,37	0,49
Significância	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,63	0,13	0,36	0,11	0,75	0,01	0,38	0,94	0,43	0,70	0,02	0,61	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	
P3.6 Correlação	0,25	0,16	0,32	0,24	0,16	0,36	0,25	0,30	0,44	0,21	0,46	0,79	0,44	1	0,30	-0,00	0,12	0,00	0,15	0,00	0,14	0,16	0,02	-0,11	0,01	0,02	-0,03	0,04	0,29	0,41	0,41	0,19	0,14
Significância	0,01	0,10	0,00	0,016	0,11	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00		0,03	0,95	0,23	0,99	0,13	0,93	0,15	0,11	0,80	0,25	0,91	0,77	0,72	0,67	0,00	0,00	0,00	0,06	0,15
P4.1 Correlação	0,31	0,20	0,31	0,17	0,12	0,48	0,35	0,43	0,54	0,30	0,49	0,05	0,51	0,30	1	0,34	0,37	0,27	0,39	0,24	0,16	0,09	0,00	0,04	0,08	0,12	0,04	0,09	0,48	0,59	0,50	0,60	0,53
Significância	0,00	0,04	0,00	0,09	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,11	0,36	0,99	0,66	0,40	0,23	0,64	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P4.2 Correlação	0,07	-0,01	0,06	-0,09	-0,01	0,01	-0,05	-0,00	0,07	0,13	-0,01	-0,11	0,05	-0,00	0,34	1	0,69	0,39	0,40	0,45	-0,04	-0,09	0,02	0,22	0,05	0,23	-0,05	0,03	0,03	0,00	0,19	0,23	0,17
Significância	0,47	0,90	0,52	0,37	0,86	0,91	0,59	0,97	0,44	0,21	0,92	0,27	0,63	0,95	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,37	0,82	0,03	0,62	0,80	0,61	0,70	0,74	0,31	0,06	0,02	0,08
P4.3 Correlação	0,16	0,19	0,05	0,11	0,17	0,03	-0,07	-0,01	0,15	0,20	0,08	0,01	0,15	0,12	0,37	0,69	1	0,54	0,55	0,64	0,27	0,14	0,13	0,28	0,14	0,13	0,20	0,29	0,17	0,18	0,24	0,29	0,20
Significância	0,12	0,06	0,59	0,25	0,09	0,71	0,44	0,86	0,13	0,04	0,43	0,85	0,13	0,23	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,20	0,00	0,16	0,18	0,04	0,00	0,09	0,07	0,01	0,00	
P4.4 Correlação	0,02	0,12	-0,02	0,11	0,01	0,01	-0,02	0,00	0,07	0,23	-0,02	-0,13	0,09	0,00	0,27	0,39	0,54	1	0,64	0,82	0,30	0,25	0,15	0,12	0,04	0,07	0,05	0,16	0,23	0,20	0,22	0,45	0,23
Significância	0,84	0,22																															

P4.6 Correlação	0,11	0,14	0,04	0,04	0,01	0,01	-0,04	0,00	0,05	0,18	-0,07	-0,08	0,03	0,00	0,24	0,45	0,64	0,82	0,75	1	0,24	0,20	0,06	0,10	0,07	0,03	0,10	0,16	0,08	0,16	0,21	0,41	0,22
Significância	0,29	0,17	0,67	0,68	0,91	0,85	0,67	0,93	0,62	0,08	0,46	0,42	0,75	0,93	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,50	0,32	0,48	0,70	0,32	0,11	0,42	0,11	0,03	0,00	0,03
P5.1 Correlação	-0,05	0,12	0,00	0,22	0,28	0,11	-0,00	0,05	0,14	0,25	0,16	0,07	0,24	0,14	0,16	-0,04	0,27	0,30	0,25	0,24	1	0,59	0,50	0,41	0,25	0,28	0,30	0,58	0,21	0,19	0,08	0,18	0,27
Significância	0,61	0,24	0,93	0,02	0,00	0,28	0,98	0,59	0,16	0,01	0,11	0,45	0,01	0,15	0,11	0,70	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,05	0,40	0,07	0,00	
P5.2 Correlação	-0,08	0,14	-0,00	0,24	0,26	0,13	0,13	0,15	0,12	0,25	0,15	0,08	0,09	0,16	0,09	-0,09	0,14	0,02	0,26	0,20	0,59	1	0,63	0,24	0,38	0,35	0,43	0,53	0,14	0,09	0,06	0,13	0,16
Significância	0,43	0,16	0,96	0,01	0,01	0,20	0,18	0,14	0,22	0,01	0,15	0,39	0,38	0,11	0,36	0,37	0,17	0,01	0,01	0,05	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,16	0,36	0,51	0,18	0,11	
P5.3 Correlação	-0,24	0,03	-0,07	0,18	0,11	0,04	0,03	0,01	-0,03	0,09	-0,03	-0,09	0,00	0,02	0,00	0,02	0,13	0,15	0,11	0,06	0,50	0,63	1	0,53	0,36	0,31	0,27	0,47	-0,06	-0,02	-0,05	0,05	0,08
Significância	0,01	0,71	0,46	0,08	0,26	0,64	0,72	0,86	0,74	0,34	0,70	0,37	0,94	0,80	0,99	0,82	0,20	0,13	0,28	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,83	0,61	0,63	0,40	
P5.4 Correlação	-0,12	-0,00	-0,04	0,09	0,13	-0,10	-0,22	-0,17	-0,11	0,04	-0,05	-0,16	-0,08	-0,11	0,04	0,22	0,28	0,12	0,25	0,10	0,41	0,24	0,53	1	0,31	0,17	0,27	0,23	0,03	0,05	0,04	0,13	0,07
Significância	0,23	0,97	0,69	0,34	0,18	0,30	0,02	0,09	0,26	0,66	0,59	0,11	0,43	0,25	0,66	0,03	0,00	0,24	0,01	0,32	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,71	0,60	0,69	0,18	0,48	
P5.5 Correlação	-0,30	0,09	-0,02	0,14	0,08	0,04	0,10	0,07	-0,04	0,20	0,02	-0,05	0,04	0,01	0,08	0,05	0,14	0,04	0,15	0,07	0,25	0,38	0,36	0,31	1	0,04	0,33	0,45	0,00	0,01	0,06	0,05	0,11
Significância	0,00	0,38	0,77	0,17	0,43	0,67	0,32	0,50	0,69	0,05	0,79	0,62	0,70	0,91	0,40	0,62	0,16	0,67	0,15	0,48	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	0,96	0,88	0,53	0,62	0,27
P5.6 Correlação	0,19	0,30	0,27	0,33	0,29	0,13	0,05	0,16	0,09	-0,03	0,15	-0,01	0,24	0,02	0,12	0,02	0,13	0,07	0,23	0,03	0,28	0,35	0,31	0,17	0,04	1	0,14	0,21	0,23	0,17	0,13	0,11	0,19
Significância	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,57	0,11	0,39	0,77	0,13	0,87	0,02	0,77	0,23	0,80	0,18	0,48	0,02	0,70	0,00	0,00	0,00	0,08	0,64	0,15	0,03	0,02	0,09	0,19	0,27	0,05	
P5.7 Correlação	0,01	0,08	-0,01	0,14	0,14	0,02	0,01	0,00	0,00	0,21	0,09	-0,11	0,05	-0,03	0,04	-0,05	0,20	0,05	0,18	0,10	0,30	0,43	0,27	0,27	0,33	0,14	1	0,39	0,17	0,19	0,10	0,19	0,15
Significância	0,92	0,41	0,87	0,16	0,15	0,77	0,92	0,94	0,96	0,04	0,34	0,26	0,61	0,72	0,64	0,61	0,04	0,57	0,07	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,08	0,05	0,29	0,05	0,13	
P5.8 Correlação	-0,28	-0,00	-0,10	0,13	0,19	0,01	-0,03	-0,04	0,05	0,07	0,05	0,00	0,12	0,04	0,09	0,03	0,29	0,16	0,13	0,16	0,58	0,53	0,47	0,23	0,45	0,21	0,39	1	0,00	-0,01	-0,13	0,03	0,15
Significância	0,00	0,93	0,33	0,21	0,06	0,90	0,72	0,67	0,59	0,47	0,61	0,94	0,23	0,67	0,36	0,70	0,00	0,10	0,20	0,11	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,03	0,00	0,96	0,92	0,20	0,71	0,12	
P6.1 Correlação	0,42	0,41	0,47	0,47	0,44	0,46	0,37	0,45	0,61	0,38	0,59	0,24	0,55	0,29	0,48	0,03	0,17	0,23	0,30	0,08	0,21	0,14	-0,06	0,03	0,00	0,23	0,17	0,00	1	0,70	0,60	0,50	0,54
Significância	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,74	0,09	0,02	0,00	0,42	0,03	0,16	0,55	0,71	0,96	0,02	0,08	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	
P6.2 Correlação	0,38	0,34	0,44	0,31	0,32	0,50	0,42	0,47	0,53	0,31	0,49	0,16	0,53	0,41	0,59	0,10	0,18	0,20	0,37	0,16	0,19	0,09	-0,02	0,05	0,01	0,17	0,19	-0,01	0,70	1	0,74	0,59	0,59
Significância	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,31	0,07	0,05	0,00	0,11	0,05	0,36	0,83	0,60	0,88	0,09	0,05	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	
P6.3 Correlação	0,46	0,37	0,51	0,31	0,32	0,34	0,38	0,41	0,49	0,36	0,49	0,21	0,48	0,41	0,50	0,19	0,24	0,22	0,45	0,21	0,08	0,06	-0,05	0,04	0,06	0,13	0,10	-0,13	0,60	0,74	1	0,55	0,54
Significância	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,06	0,01	0,02	0,00	0,03	0,40	0,51	0,61	0,69	0,53	0,19	0,29	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	
P6.4 Correlação	0,31	0,04	0,35	0,16	0,01	0,42	0,32	0,38	0,40	0,30	0,28	-0,02	0,37	0,19	0,60	0,23	0,29	0,45	0,47	0,41	0,18	0,13	0,05	0,13	0,05	0,11	0,19	0,03	0,50	0,59	0,55	1	0,66
Significância	0,00	0,65	0,00	0,11	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,77	0,00	0,06	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,18	0,63	0,18	0,62	0,27	0,05	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00	
P6.5 Correlação	0,24	0,14	0,31	0,16	0,22	0,53	0,47	0,49	0,51	0,40	0,43	0,05	0,49	0,14	0,53	0,17	0,20	0,23	0,33	0,22	0,27	0,16	0,08	0,07	0,11	0,19	0,15	0,15	0,54	0,59	0,54	0,66	1
Significância	0,02	0,16	0,00	0,11	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,00	0,15	0,00	0,08	0,05	0,02	0,00	0,03	0,00	0,11	0,40	0,48	0,27	0,05	0,13	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	

Apêndice D - Análise de Distribuição da Amostra, Teste de
Kruskal-Wallis e Teste da Aleatoriedade da Amostra

Tabela D.1 – Análise de Skewness e Kurtosis

	P1.1	P1.2	P1.3	P1.4	P1.5	P2.1	P2.2	P2.3	P3.1	P3.2	P3.3	P3.4	P3.5	P3.6	P4.1	P4.2	P4.3	P4.4	P4.5	P4.6	P5.1	P5.2	P5.3	P5.4	P5.5	P5.6	P5.7	P5.8	P6.1	P6.2	P6.3	P6.4	P6.5
Média	5,8936	5,8404	6,0532	6,0745	5,7340	5,3298	5,1170	5,1277	6,0213	5,1170	5,9149	6,2447	5,9574	6,2553	5,5213	4,2553	4,2872	3,9149	4,1702	3,5638	2,5851	2,2979	1,9787	1,7766	1,5426	3,0532	1,3617	1,7447	5,5213	5,3617	4,9787	4,7447	5,6064
Skewness	-1,977	-1,515	-1,123	-1,880	-0,782	-0,939	-0,656	-0,803	-0,919	-0,158	-0,732	-1,972	-0,854	-2,026	-1,110	-0,279	-0,279	-0,096	-0,228	0,211	1,054	1,245	1,532	1,434	2,273	0,382	2,614	1,925	-0,900	-0,866	-0,620	-0,533	-0,797
Kurtosis	8,216	3,819	3,267	5,211	-0,195	0,632	-0,534	0,086	0,499	-0,784	-0,281	3,773	0,359	4,021	1,408	-1,136	-0,733	-1,072	-0,829	-1,005	0,051	0,860	1,814	1,514	7,332	-1,279	8,771	3,556	0,884	0,890	0,499	-0,447	0,289

Tabela D.2 – Teste da Aleatoriedade da Amostra

	P1.1	P1.2	P1.3	P1.4	P1.5	P2.1	P2.2	P2.3	P3.1	P3.2	P3.3	P3.4	P3.5	P3.6	P4.1	P4.2	P4.3	P4.4	P4.5	P4.6	P5.1	P5.2	P5.3	P5.4	P5.5	P5.6	P5.7	P5.8	P6.1	P6.2	P6.3	P6.4	P6.5	
Valor teste	5,89	5,84	6,05	6,07	5,73	5,33	5,12	5,13	6,02	5,12	5,91	6,24	5,96	6,26	5,52	4,26	4,29	3,91	4,17	3,56	2,59	2,30	1,98	1,78	1,54	3,05	1,36	1,74	5,52	5,36	4,98	4,74	5,61	
Total de Casos	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Nº Runs	33	33	35	36	39	43	45	39	43	42	39	49	33	55	47	54	49	50	48	50	51	46	49	45	45	43	35	43	55	53	43	50	54	
Z	-0,494	-0,773	0,087	-1,784	-0,835	-1,033	-0,622	-1,867	-0,049	-0,991	-0,681	-0,225	-1,460	-1,472	-0,346	-1,244	-0,225	-0,897	-0,018	-0,433	-1,114	-0,992	-0,207	-0,585	-0,093	-0,840	-0,940	-0,893	-1,879	-1,081	-0,049	-0,718	-1,664	
Sig. Assimptótica	0,621	0,440	0,931	0,074	0,404	0,302	0,534	0,062	0,961	0,322	0,496	0,822	0,144	0,141	0,730	0,213	0,822	0,370	0,986	0,665	0,265	0,321	0,836	0,559	0,926	0,401	0,347	0,372	0,060	0,280	0,961	0,473	0,096	

Tabela D.3 – Teste de Kruskal-Wallis

	P1.1	P1.2	P1.3	P1.4	P1.5	P2.1	P2.2	P2.3	P3.1	P3.2	P3.3	P3.4	P3.5	P3.6	P4.1	P4.2	P4.3	P4.4	P4.5	P4.6	P5.1	P5.2	P5.3	P5.4	P5.5	P5.6	P5.7	P5.8	P6.1	P6.2	P6.3	P6.4	P6.5	
Qui-quadrado	1,224	0,437	0,782	0,000	1,581	9,553	7,280	8,511	0,115	0,160	0,011	0,140	0,330	0,188	0,061	0,032	0,083	0,121	0,447	0,001	0,005	0,171	0,001	0,002	0,731	0,828	1,535	0,384	0,015	1,227	0,051	0,176	0,854	
Graus liberdade	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. Assimptótica	0,269	0,508	0,377	0,990	0,209	0,002	0,007	0,004	0,734	0,689	0,915	0,709	0,565	0,665	0,804	0,857	0,774	0,727	0,504	0,972	0,944	0,679	0,971	0,964	0,393	0,363	0,215	0,536	0,904	0,268	0,822	0,675	0,355	

Apêndice E - Resultados dos Coeficientes do Modelo
de Medida - Análise Bootstrap

	Amostra Original (O)	Média da Amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Erro Padrão (STERR)	Estatística T (O/STERR)
1.1 <- Qualidade Percebida	0,6121	0,6229	0,0943	0,0943	6,4874
1.2 <- Qualidade Percebida	0,8228	0,8145	0,0435	0,0435	18,9362
1.3 <- Qualidade Percebida	0,7853	0,7876	0,0737	0,0737	10,6488
1.4 <- Qualidade Percebida	0,7597	0,7489	0,0617	0,0617	12,3062
1.5 <- Qualidade Percebida	0,7025	0,6928	0,0731	0,0731	9,6127
2.1 <- Preço Adequado	0,9529	0,9535	0,0091	0,0091	104,1545
2.2 <- Preço Adequado	0,9342	0,9324	0,0209	0,0209	44,7255
2.3 <- Preço Adequado	0,9766	0,976	0,0067	0,0067	145,6794
3.1 <- Satisfação	0,8908	0,8912	0,0197	0,0197	45,3113
3.2 <- Satisfação	0,5381	0,5311	0,1082	0,1082	4,9733
3.3 <- Satisfação	0,91	0,9074	0,0221	0,0221	41,2089
3.4 <- Satisfação	0,5642	0,5592	0,1113	0,1113	5,0683
3.5 <- Satisfação	0,854	0,8513	0,0468	0,0468	18,2334
3.6 <- Satisfação	0,6659	0,6639	0,0922	0,0922	7,2249
4.1 <- Inércia/Custos de Mudança	0,7111	0,7239	0,0558	0,0558	12,7457
4.2 <- Inércia/Custos de Mudança	0,6315	0,605	0,1333	0,1333	4,7389
4.3 <- Inércia/Custos de Mudança	0,7597	0,7359	0,0989	0,0989	7,6845
4.4 <- Inércia/Custos de Mudança	0,762	0,7497	0,0802	0,0802	9,5053
4.5 <- Inércia/Custos de Mudança	0,8336	0,8225	0,0528	0,0528	15,7827
4.6 <- Inércia/Custos de Mudança	0,7954	0,7748	0,0829	0,0829	9,5999
5.1 <- Conformidade com o Grupo	0,7941	0,6901	0,2018	0,2018	3,9349
5.2 <- Conformidade com o Grupo	0,7764	0,676	0,2114	0,2114	3,6721
5.3 <- Conformidade com o Grupo	0,6238	0,5531	0,2074	0,2074	3,0079
5.4 <- Conformidade com o Grupo	0,5071	0,4403	0,1777	0,1777	2,8537
5.6 <- Conformidade com o Grupo	0,6194	0,5647	0,1594	0,1594	3,886
5.7 <- Conformidade com o Grupo	0,6485	0,5776	0,1705	0,1705	3,8036
5.8 <- Conformidade com o Grupo	0,6105	0,5523	0,2077	0,2077	2,9396
6.1 <- Fidelização	0,8172	0,8166	0,0564	0,0564	14,4976
6.2 <- Fidelização	0,8845	0,8853	0,0283	0,0283	31,218
6.3 <- Fidelização	0,8368	0,8361	0,0327	0,0327	25,5942
6.4 <- Fidelização	0,7936	0,7902	0,0477	0,0477	16,6403
6.5 <- Fidelização	0,803	0,7999	0,0448	0,0448	17,9346

Apêndice 6 – Frequência das Respostas às Questões da Conformidade com o Grupo

