

Universidade Estadual do Ceará

Karine Bessa Porto Pinheiro

O Encontro de Serviço Médico-Cliente e suas Consequências para o  
Marketing: Uma Perspectiva a Luz da Teoria dos Papéis

Fortaleza-Ceará  
2007

Universidade Estadual do Ceará

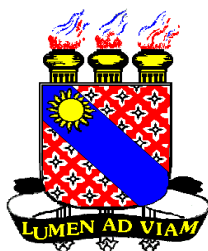
Karine Bessa Porto Pinheiro

O Encontro de Serviço Médico-Cliente e suas Consequências para o  
Marketing: Uma Perspectiva a Luz da Teoria dos Papéis

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração. Área de concentração: Pequenos e Médios Negócios.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Augusta Ferreira de Freitas

Fortaleza-Ceará  
2007



## **Universidade Estadual do Ceará**

Curso de Mestrado Acadêmico em Administração

O Encontro de Serviço Médico-Cliente e suas Consequências para o  
Marketing: Uma Perspectiva a Luz da Teoria dos Papéis

Karine Bessa Porto Pinheiro

Defesa em: \_\_\_\_\_

Conceito Obtido: \_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Augusta Ferreira de Freitas  
Orientadora e Presidente

---

Prof<sup>º</sup>. Dr. Alípio Ramos Veiga Neto  
Membro

---

Prof<sup>º</sup>. Sérgio Carvalho Benício de Mello, Ph.D.  
Membro

*Á Deus, pela fé, perseverança e iluminação, e  
por me carregar no colo quando não acreditei  
que conseguiria seguir.*

## Agradecimentos

Ao meu filho Luís, fonte de toda minha energia. Se pudesse escolher um filho 1000 x 1000 vezes seria você sempre. Te amo.

À minha mãe, por sua ajuda em todos os meus dias. Sem o seu suporte não teria conseguido. Mais uma vez e sempre, obrigada por manter meus pés no chão.

Ao meu pai, grande amigo, grande mestre, incansável curioso. Obrigada por tantas conversas, argumentações, questionamentos, obrigada. Mais uma vez e sempre obrigada por minhas asas.

Ao Paulo, por ter sido meu amigo, companheiro, ombro, fonte de otimismo bem como de realismo. Obrigada por tantas coisas que eu deveria agradecer com mais frequência. Obrigada por ter ficado ao meu lado e me ajudado nesta caminhada, sei que não foi fácil.

À minha família imediata por suportar (ou pelo menos tentar) e conviver com essa pessoa tão chata que fui durante este período. Muito obrigada mesmo.

À minha díade acadêmica e amiga Aristotélica Adriana, grande companheira nesta viagem.

À Maria Célia, por fazer parte de nossas vidas, obrigada pelo orgulho que tenho do seu sucesso.

Às minhas amigas de colégio Raquel, Renata, Analídia e Kelly. Obrigada pela continuidade dessa amizade.

Às minhas amigas de Faculdade Sheila, Silvana, Riana, Lia e Lú, amigas de primeira hora.

Às minhas amigas, que não agüentavam mais ouvir falar desse mestrado. Obrigada por sentirem saudades de nossas conversas.

Ao grande mestre Prof. Luís Alcione (em memória ) pelo privilégio de seu convívio sempre intrigante e questionador.

À pessoa que mudou o rumo do meu rio profissional, Prof. Fátima, obrigada por acreditar.

E propositalmente ao final, mas não por último, sinceros agradecimentos à minha orientadora Prof. Ana Augusta. Sem a sua constante ajuda e presença, este trabalho não teria sido possível. Nesta relação conflituosa entre orientadora e orientanda, prevaleceu o amor, a admiração e o respeito.

*O que sabemos é uma gota,  
o que ignoramos é um oceano.*

Isaac Newton

## Resumo

O objetivo deste trabalho foi compreender as possíveis conseqüências para o marketing que podem emergir do encontro de serviço médico-cliente, tomando como base a abordagem da Teoria dos Papéis. Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica que abordou o tema das interações de serviço sob a perspectiva da metáfora teatral. A visão de mundo que apoiou a escolha metodológica foi o interacionalismo simbólico. Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa. Quanto aos meios, utilizou-se pesquisa de campo. A população envolvida como sujeito de pesquisa foi constituída pela díade médico-cliente. As díades que compuseram a amostra foram escolhidas de forma não probabilística e intencional, em um total de 06 (seis) médicos e 12 (doze) clientes. A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista semi-estruturada, direta e pessoal. Dois roteiros distintos foram elaborados: um direcionado aos (as) médicos (as) e um segundo para os(as) pacientes. Como estratégia metodológica auxiliar, solicitou-se que médicos e clientes fizessem inicialmente um desenho que representasse a imagem que eles têm a respeito do profissional médico. O objetivo do desenho foi facilitar a expressão de emoções. O método de análise de dados utilizado foi a análise de conteúdo quando foi produzido um sistema de categorias. Os principais achados da pesquisa mostram que médicos e clientes concordam com a comparação do encontro de serviço com um drama, sendo que médicos apresentam a preocupação de interpretar um “eu” apropriado. Os achados desta pesquisa indicam que os médicos possuem a consciência da importância do suporte emocional para seus clientes, porém este ainda não é um comportamento internalizado. Já os clientes, menos aptos a avaliar a qualidade técnica dos serviços médicos, se guiam por pistas tangíveis ou pelo próprio comportamento do profissional, em busca de sensações de confiança e segurança. Médicos e clientes concordam com a relevância do ambiente físico para o encontro de serviço médico, embora discordem da importância de aspectos contingenciais para a qualidade deste. Se observa, ainda, uma forte discrepância quanto a percepção da posição do outro no drama: médicos acreditam nos clientes como platéia passiva, enquanto clientes acreditam na atuação conjunta. As conseqüências de uma boa ou má atuação são distintas. Uma boa atuação traz principalmente satisfação; enquanto uma má atuação gera quebra do relacionamento. Estes resultados são convergentes quando analisados de forma diádica. Finalmente, a conseqüência de marketing relacionada ao boca-a-boca positivo ou negativo esta vinculada principalmente a boa atuação dos médicos, não sendo preocupação destes quando da sua má atuação.

## Abstract

The objective of this work was to understand the possible consequences for the marketing which can emerge from the encounter of doctor-client service, based on the Role Theory approach. A bibliographic research was initially accomplished approaching the service interaction topic on the dramatic metaphor perspective. The world view which supported the methodologic choice was the symbolic interactionism. It is an exploratory study with qualitative approach. As for the means, a field research was used. The population involved as subject of the research was made of doctor-client diad. The diads which composed the sample were chosen in a nonprobabilistic and intentional way, in a total of 06 (six) doctors and 12 (twelve) clients. The direct and personal semi-structured interview technique was used for obtaining data. Two different scripts were written: one for the doctors and another one for the patients. As an assisting methodological strategy the doctors and the clients were asked to draw a picture in which they would represent the image they have concerning the professional doctor. The purpose of the drawing was to ease the expression of emotions. The method used for data analysis was the analysis of content when a system of categories was created. The main findings of the research show that doctors and clients agree on the comparison of the service encounter with a play, as for the doctors they show a concern to perform a suitable "self". The findings of this research point to the fact that the doctors are aware of the importance of emotional support toward their clients, although this behavior is not yet internalized. As for the clients, less capable to evaluate the technical quality of medical services, they guide themselves through tangible clues or by the professional's behavior itself, searching for the feelings of trust and security. Doctors and clients agree on the relevance of the atmosphere for the encounter of a medical service, although they disagree on the importance of contingencial aspects for its quality. A strong discrepancy is yet observed concerning the perception of the position of one another in the play: doctors believe in clients as passive audience while clients believe on mutual acting. The outcome of a good or bad acting are distinct. A good acting brings up satisfaction; while a bad one causes a break up on the relationship. These results are converging when analysed in a diadic form. Finally, the consequence of marketing related to the positive or negative mouth of word is mainly connected to the good acting of the doctors, not being their concern their own bad performance.



## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURA 1 - A Representação do Encontro Médico, suas Regiões e Interfaces.....	32
QUADRO 1 - Indústrias Classificadas Dentro do Setor de Serviços.....	13
QUADRO 2 - Características Básicas dos Serviços.....	14
QUADRO 3 - Considerações Dramatúrgicas dos Diferentes Tipos de Serviços .....	25
QUADRO 4 – Codificação para Identificar Médicos e Clientes.....	43
QUADRO 5 - Congruência entre Objetivos e Categorias Analíticas.....	46
TABELA 1 - Representação dos Serviços para o PIB em Diversos Países do Mundo.....	12

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
1.1 Marketing de Serviços.....	16
1.2 Marketing de Relacionamento.....	21
1.3 A Natureza da Interação Social.....	24
1.4 A Representação dos Papéis.....	25
1.5 Serviços e Teatro.....	28
1.6 Encontro de Serviço, a Díade e a Teoria dos Papéis.....	31
1.7 A Visão Dramatúrgica no Encontro de Serviço Médico-Cliente.....	34
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>40</b>
2.1 Tipologia da Pesquisa.....	41
2.2 População e Amostra.....	43
2.3 Instrumento de Coleta e Análise de Dados .....	44
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>76</b>
ANEXO A – Documento Protocolar de Pesquisa (Documento de Participação)	
ANEXO B – Documento Protocolar de Pesquisa (Termo de Confidencialidade)	
ANEXO C – Documento Protocolar de Pesquisa (Termo de Consentimento)	
ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	

**APÊNDICES.....82**

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista (Médicos)

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista (Clientes)

APÊNDICE C – Desenhos (Médicos)

APÊNDICE C – Desenhos (Clientes)

## INTRODUÇÃO

A demanda por conhecimento de marketing de serviços sofreu grande incremento nas últimas décadas. A comunidade científica expressou este interesse quando, em 1982, organizou, nos Estados Unidos, a primeira conferência internacional sobre o tema. Alguns fatores contribuíram para este aumento de interesse, como: o crescimento dos empregos neste setor, as relevantes contribuições deste segmento para a economia mundial e a mudança revolucionária de filosofia gerencial de como empresas de serviços devem organizar suas companhias (HOFFMAN; BATESON, 2003).

À medida que as pressões competitivas aumentam, as necessidades por conhecimento de marketing tornam-se mais evidentes. Durante os anos 80 e 90, com a privatização e o relaxamento de barreiras regulamentares, vários setores foram forçados a se tornar mais competitivos (LOVELOCK; WRIGHT, 2006). A abertura das importações no Brasil, na década de noventa, possibilitou, também, este desenvolvimento, viabilizando a renovação de equipamentos obsoletos e impulsionando o mercado interno ao desenvolvimento de novas tecnologias, bem como o surgimento de novos serviços e mercados. Dentre vários outros, o segmento de serviços em saúde sofreu forte incremento.

As mais antigas práticas médicas eram exercidas por sacerdotes ou magos (cf. BULFINCH, 1999). Os pilares da medicina atual, não baseados apenas em superstições e mitos, foram uma invenção dos gregos. Com o advento dos filósofos pré-socráticos, que investigaram a estrutura do mundo natural, sem recorrer tão somente a explicações míticas ou místicas, a Medicina sai da esfera mitológica e entra no domínio da ciência. No final do século VI a.C., destacam-se os primeiros indivíduos dedicados exclusivamente à arte da cura (BULFINCH, 1999). É na cidade de Cós que Hipócrates (460-370 a.C.) eleva a medicina ao patamar de ciência e, a partir daí, seus ensinamentos, sob a forma de aforismos, cruzam as fronteiras do tempo (REALE; ANTISERI, 1990).

A Medicina é hoje uma profissão regulamentada e pode ser praticada em consultórios, domicílios, clínicas e hospitais. É remunerada pelo pagamento de honorários médicos, efetuados diretamente pelo paciente, pelo sistema público, ou através de um plano de saúde. A interação médica é permeada por inúmeras peculiaridades. Segundo Rocha e Mello (2000), durante o encontro médico-paciente, vários fatores, não relacionados com a qualidade técnica

propriamente dita, podem influenciar a opinião do usuário a respeito do serviço médico, como: pontualidade do atendimento, localização da clínica, conforto das instalações, disponibilidade de agendamento, estacionamento, acesso a informações técnicas, utilização de tecnologia, serviço de recepção, comunicação e outros. Pode-se dizer que: “o processo de atendimento e comunicação tem forte impacto no grau de satisfação do cliente e de sua futura fidelidade” (ROCHA; MELLO, 2000, p. 312).

Quando se fala em interação, não se pode esquecer que se trata de “pessoas em recíproca presença imediata” (GAHAGAN, 1976, p.19), portanto, as conseqüências, positivas ou negativas, do encontro de serviço sofrem influências, não apenas do médico-provedor, mas também do paciente. De acordo com Hoffman e Bateson (2003) os clientes são parte integral do processo de prestação de serviço, já que, durante esta interação, fornecem informações para o processo de produção do produto. Dessa forma, o paciente representa um papel importante na conclusão bem-sucedida do encontro de serviços.

O presente estudo justifica-se pelos seguintes fatos históricos: o sistema hospitalar brasileiro, até meados dos anos 60, foi financiado, em sua grande maioria, por organismos públicos. Na década de 70 o governo reduz a carga de investimentos na rede hospitalar pública, o que induz a necessidade do surgimento de uma rede de saúde privada (ROCHA; MELO, 2000). Enquanto na rede pública o paciente é atendido pelo médico disponível no serviço, o atendimento privado proporciona ao cliente a livre escolha de profissionais. Para Zeithaml e Bitner (2003), de posse desta escolha, os clientes, de um modo geral, só se tornam leais a um serviço quando recebem mais valor relativamente ao que esperam receber de seus concorrentes.

Ademais, a relação médico-paciente é reconhecidamente delicada. Almeida e Mello (2004) reforçam esta máxima, quando concordam que as peculiaridades da relação médico-paciente, típicas da área de saúde, forçam uma revisão completa no entendimento da prestação de serviços. A prática médica está imersa num emaranhado conjunto de princípios éticos e sociais, que dificulta a definição cartesiana do consumidor, do fornecedor e do prestador de serviços.

A literatura de cuidados médicos reflete uma preocupação com a medida e a promoção da satisfação dos pacientes, além de ocupar-se com o crescente interesse na lealdade deles.

Segundo Macstravic (1994), do ponto de vista pragmático, a lealdade é mais valiosa que a satisfação. Com a reforma do sistema médico e a multiplicação dos planos de saúde, é possível aos pacientes permanecerem com o atendimento de seus médicos habituais. Lealdade, ou retenção de clientes, torna-se gradativamente um foco de discussões de marketing.

No presente trabalho, o paciente será denominado cliente, baseado no enfoque deste como um usuário, um consumidor, qualquer que seja o contexto em que é atendido. Enquanto cliente de serviços, ele está constantemente envolvido em interações comerciais, cujo principal valor ofertado decorre do desempenho e não do bem físico (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). O serviço médico é um exemplo que bem representa este tipo de interação, e é no encontro de serviço que se pode observar a qualidade do desempenho (HOFFMAN; BATESON, 2003).

O encontro de serviço pode ser considerado como a base a partir da qual relacionamentos são criados em um ambiente de consumo. No entanto, pode-se argumentar que esses relacionamentos diferem do relacionamento interpessoal puro e simples, porque ocorrem em um ambiente de negócios, onde uma parte (o provedor de serviços) desempenha um papel que lhe é imposto e as interações entre as partes são, em sua maioria, orientadas para uma tarefa (SOLOMON *et al.*, 1985). No clássico *Ética a Nicômaco*, Aristóteles menciona que, quando se trata dos amigos, a tarefa é sempre orientada para o bem do outro.

Acreditando que o comportamento humano é um drama, e que os serviços são desempenhados, pois não podem ser estocados, Grove e Fisk (1983) propuseram a metáfora teatral para os encontros de serviços, tomando como base a sociologia dramaturgica de Erving Goffman. A Teoria dos Papéis baseada na metáfora da dramaturgia estuda um conjunto de deixas sociais, que guia e dirige o comportamento social em determinado cenário (SOLOMON *et al.*, 1985).

O cliente exerce um papel ativo no drama, posto que, em qualquer dramaturgia, o desenvolvimento e a manutenção das interações sociais depende tanto da representação dos atores, quanto da reação da audiência (SOLOMON *et al.*, 1985). As conclusões de Solomon *et al.* (1985) mostram que, para ambos, provedor e consumidor, o sucesso da atuação, mesmo no mais básico cenário de serviço, envolve o domínio de uma ampla cadeia de comportamentos.

A satisfação com o encontro de serviço parece emergir em função da congruência entre o comportamento percebido e a expectativa de comportamento dos atores.

De acordo com Zeithaml e Bitner (2003), os clientes possuem expectativas globais acerca de seus relacionamentos com os provedores de serviços; possuem, também, expectativas quanto aos contatos físicos individuais. Gomes (2003) reflete sobre o tema 'expectativa' com base na perspectiva da área de saúde e demonstra acreditar que a "expectativa cerimonial" configura-se como um direito do paciente, fundamentado no princípio da justiça: o direito de identificar no médico a imagem de "um ente ungido de poderes excepcionais" – conhecimento científico e procedimentos cerimoniais que remetem o paciente a um imaginário cultural oriundo da imagem mítica da arte de curar hipocrática. O exercício da medicina pressupõe a obrigatoriedade de, pelo menos, não afrontar o paradigma cultural dos pacientes.

Diante destas reflexões, coloca-se a seguinte questão de pesquisa: que possíveis entendimentos sobre as conseqüências de marketing podem emergir do encontro de serviço médico-cliente, quando estudadas sob a perspectiva da Teoria dos Papéis?

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é: compreender as possíveis conseqüências para o marketing que podem emergir do encontro de serviço médico-cliente, tomando como base a abordagem da Teoria dos Papéis. Como objetivos específicos, tem-se:

- 1- Descrever as crenças dos médicos e dos clientes acerca do profissional médico;
- 2- Descrever como o médico formula sua abordagem profissional;
- 3- Descrever como os clientes formulam suas crenças acerca do papel do médico;
- 4- Identificar as expectativas dos clientes quanto ao encontro de serviço médico-cliente;
- 5- Identificar os atributos relevantes à qualidade do encontro, na percepção do médico;
- 6- Descrever que imagens o médico pretende transmitir no encontro médico-cliente;
- 7- Descrever as imagens emitidas pelo médico no encontro de serviço médico-cliente;
- 8- Identificar evidências da percepção de clientes e médicos acerca da realidade social do encontro de serviço como drama;
- 9- Identificar evidências de inter-relação entre a congruência/discrepância dos papéis e suas possíveis conseqüências de marketing.

O trabalho está dividido em capítulos. A introdução é seguida pelo capítulo de fundamentação teórica, que contém sessões abordando os seguintes temas: marketing de serviços, marketing de relacionamentos, a natureza da interação social, a representação teatral, serviços e teatro, encontro de serviço, a díade e a Teoria dos Papéis, bem como a visão dramatúrgica no encontro de serviço médico-cliente. Na medida do possível, e quando existir literatura relevante, se faz uma releitura destes conceitos para os serviços médicos. A metodologia da pesquisa é apresentada no capítulo 2, o qual discorre sobre: a tipologia da pesquisa, população e amostra e instrumento de coleta. O capítulo 3 trata das análises dos resultados e é seguido das considerações finais.



## CAPÍTULO 1

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“O mundo todo é um palco. Todos os homens e mulheres são atores e nada mais. Cada qual cumpre suas entradas e saídas, e desempenham diversos papéis”.*

**William Shakespeare**

O encontro de serviços do provedor com o cliente parece ser o momento mais significativo no processo de construção do produto intangível. Neste capítulo, inicialmente se discorrerá sobre marketing de serviços e marketing de relacionamentos. Serviço, por definição, requer uma medida de interação entre o provedor e o cliente, o que leva ao tema das interações sociais. O foco então se direciona à Teoria dos Papéis e à sua importância no estudo dos encontros de serviços médicos.

#### **1.1 Marketing de Serviços**

Os sistemas sócio-econômicos passam por sucessivas transformações. Em um tempo, cuja única certeza diz respeito a permanentes mudanças das sociedades, das organizações e das pessoas, pode-se detectar algumas tendências ainda relativamente constantes. De acordo com Carvalho e Motta (2000), uma das mais significativas é o crescimento do negócio de serviços.

Segundo Zeithaml e Bitner (2003), os negócios com serviços estão crescendo no mundo inteiro e quase todo o crescimento absoluto no número de empregos é gerado por empresas prestadoras de serviços. A TAB. 1 representa a realidade relatada:

TABELA 1

## Representação dos Serviços para o PIB em Diversos Países do Mundo

País	Percentual do PIB (1988)
China	13,8
Polônia	26,3
Índia	39,5
Indonésia	40,8
Coréia do Sul	46,0
África do Sul	53,6
México	55,6
Japão	56,8
Brasil	57,5
Espanha	57,5
Canadá	62,0
Reino Unido	62,9
França	64,3
Austrália	64,8
Estados Unidos	72,3

Fonte: Adaptado de Zeithaml e Bitner (2003, p. 32)

As necessidades e expectativas dos consumidores estão tão mais amplas quanto mais exigentes. De forma pontual, as expectativas dos clientes de serviços são dinâmicas (ZEITHAML; BITNER, 2003). O mercado procura acompanhar e visionar estes movimentos. Ainda segundo Zeithaml e Bitner (2003), as empresas precisam monitorar continuamente as expectativas dos serviços. Com o advento do aumento em número e qualificação dos concorrentes, obter informações capazes de efetuar um serviço de melhor qualidade e estabelecer uma relação de longo prazo tornou-se fundamental. O estudo do marketing de serviços e do marketing de relacionamentos são ferramentas capazes de auxiliar nestas missões (HOFFMAN; BATESON, 2003).

Desde os anos 50, o estudo formal de Marketing evolui através de uma série de setores. Inicialmente o Marketing centra sua atenção, principalmente, no mercado de bens de consumo. Nos anos 60, direciona esforços também para o mercado empresarial. Durante a década de 70, uma preocupação considerável passa a ser direcionada ao Marketing Societal que se refere à responsabilidade social e ética da organização em suas práticas de marketing perante a sociedade, equilibrando objetivos conflitantes como: o lucro dos acionistas, a satisfação dos consumidores e o interesse público (Kotler, 2000). Nos anos 80, todos os olhares se voltam aos serviços, uma área que, até então, não havia recebido atenção, não obstante a sua crescente importância no cenário econômico e social (McDONALD *et al.*,

2001). Para Hoffman e Bateson (2003) os setores de serviços estão dominando economias que antes eram conhecidas pelo seu poder industrial.

Segundo Zeithaml e Bitner (2003, p. 56) serviços são ações, processos e atuações. Utilizam-se serviços diariamente; consultar um médico, ir ao barbeiro, abastecer o carro são apenas alguns exemplos deste consumo (LOVELOCK; WRIGHT, 2006). De acordo com Hoffman e Bateson (2003), a distinção entre bem e serviço nem sempre é clara, muitos serviços contêm elementos de bens palpáveis e vice-versa. O restaurante, notadamente um ambiente de serviços, fornece um cardápio e em alguns casos é possível comprar produtos com a marca do estabelecimento. De acordo com Zeithaml e Bitner (2003, p. 30), poucos produtos são puros ou plenamente intangíveis.

A definição de serviços, como atividades econômicas que não produzem bens físicos, mas que geram produtos produzidos e consumidos ao mesmo tempo e agregam valores intangíveis ao produto, foi utilizada para delinear o QUADRO 1 que retrata os principais setores de serviços na economia:

#### QUADRO 1

<b>Indústrias Classificadas Dentro do Setor de Serviços</b>	
<b>Transportes e equipamentos públicos</b> > Transportes - Transporte Aéreo, Ferroviário - Trânsito de passageiros - Transporte de caminhões - Oleodutos e afins > Comunicações - Telefone e telégrafo - Radiodifusão e televisão > Serviços de eletricidade, gás e esgoto	<b>Finanças, seguros e negócios imobiliários</b>  <b>Outros serviços</b> > Hotéis e serviços de hospedagem > Serviços educacionais > Serviços em automóveis, estacionamento > Serviços de manutenção diversos. > Serviços de entretenimento e recreação > Serviços de saúde
<b>Negócios de atacado e de Varejo</b>	<b>Governo Federal, Estadual e Municipal</b>

Fonte: Adaptado de Zeithaml e Bitner (2003, p. 29)

De acordo com Mello, Leão e Sousa Neto (2004), os componentes dos serviços são de difícil avaliação, devido à sua intangibilidade, complexidade ou natureza técnica. Para Hoffman e Bateson (2003), a intangibilidade é a base de todas as diferenças entre bens e serviços. As autoras Zeithaml e Bitner (2003, p. 29) corroboram com a citação supracitada e classificam a intangibilidade como uma “determinante chave” no sentido de definir se uma oferta é ou não

um serviço. Almeida e Mello (2004) reforçam as seguintes características comumente relacionadas aos serviços: inseparabilidade, os serviços são prestados e consumidos em um mesmo momento; variabilidade, dependência da habilidade do prestador do serviço; e perecibilidade, os serviços não podem ser estocados.

Castells (1999) indica que tais características, descritas por Lovelock e Wright (2006, p. 16) como “muito acadêmicas”, esmaecem, em decorrência da interpenetrabilidade do conceito de serviços e produtos, assim como ocorre com os setores da economia. Um serviço que, teoricamente, não esteja agregado a um produto, seria considerado puramente intangível, porém os serviços são consumidos juntos a um bem, em menor ou maior escala; desta forma, o objeto da comercialização inclui tanto produtos tangíveis quanto intangíveis.

No intuito de tornar mais realista as diferenças básicas entre bens e serviços, Lovelock e Wright (2006) propõem o QUADRO 2:

## QUADRO 2

### Características Básicas dos Serviços

- 
- > Os clientes não obtêm propriedade sobre os serviços
  - > Os produtos dos serviços são realizações intangíveis
  - > Há maior envolvimento dos clientes no processo de produção
  - > Outras pessoas podem fazer parte do produto
  - > Há maior variabilidade nos insumos e produtos operacionais
  - > Muitos serviços são de difícil avaliação pelos clientes
  - > Normalmente há uma ausência de estoques
  - > O fator tempo é relativamente mais importante
  - > Os sistemas de entrega podem envolver canais eletrônicos e físicos
- 

Fonte: Lovelock e Wright (2006, p. 17).

De acordo com Hoffman e Bateson (2003), é interessante observar que acrescer aspectos de serviço a um produto, muitas vezes transforma uma *commodity* em uma experiência e aumenta intensamente as oportunidades de um produto gerar receitas. John (1996) acredita que a compreensão do encontro como uma experiência é pré-requisito para a melhoria da qualidade do serviço. Empresas que costumam concorrer por pacotes de produtos (bens tangíveis) trocam seu foco competitivo para provisão de serviços. A reputação em excelência

de serviços de uma empresa permite que esta cubra preços elevados de mercado e estimula a fidelidade dos seus clientes (HOFFMAN; BATESON, 2003).

A fidelidade imutável do cliente, segundo Zeithaml e Bitner (2003), só é alcançada pela superação consistente do nível de qualidade do serviço. Elas acreditam que serviços excepcionais podem intensificar a fidelidade dos clientes até um ponto em que as opções e a abordagem dos concorrentes não possam afetá-los. Muitas empresas incorporam e qualificam os serviços em suas práticas e, em diversos casos, o que no passado poderia ser classificado como uma vantagem competitiva torna-se algo obrigatório. Na mesma linha de pensamento, Lovelock e Wright (2006, p. 189) sustentam que é necessário “desenvolver uma estratégia que forneça uma vantagem competitiva sustentável: uma posição no mercado que não pode ser roubada ou minimizada pelos concorrentes durante um período relativamente longo”.

Já Grove, Fisk e John (2000) acreditam que o alvo comum de qualquer organização de serviços é criar uma resposta positiva ao produto oferecido. Eles sugerem que o provedor de serviços deve adaptar sua performance às necessidades da audiência. É fundamental observar que o cliente é um ente específico e tem exigências diferentes, o que significa que a sua satisfação não pode ser garantida por soluções padronizadas. No setor médico, segundo Rocha e Melo (2000, p. 312), “nos últimos anos, graças ao acesso às informações e à difusão dos conhecimentos sobre medicina, o indivíduo foi chamado a tomar responsabilidade pessoal sobre sua própria saúde”. O que desloca a atenção à performance do médico.

Ainda na área da saúde, segundo Lemme (2005), é possível classificar a qualidade dos serviços como técnica, quando definida ou determinada pelos profissionais de saúde; e orientada para o cliente, quando relacionada com a percepção do paciente no tocante à atenção, cuidado, comunicação, empatia, etc. Contrariamente ao que se pode observar no mercado, de maneira geral, existe uma preocupação pontual e focal com aspectos técnicos, parece que pouca importância é dispensada à satisfação do cliente. De acordo Lemme (2005, p. 53), há uma “escassez de trabalhos no Brasil e mesmo na América Latina sobre o tema garantia da qualidade – satisfação do paciente”. Neste segmento, o serviço parece ser produzido de forma padronizada e impessoal, tudo indica que, inadvertidamente, não está sendo observada a qualidade com a qual o produto deve ser ofertado ao cliente (HOFFMAN; BATESON, 2003).

Segundo Zeithaml e Bitner (2003), em praticamente todos os serviços, o desenvolvimento de um relacionamento com o cliente deve visar a superação das expectativas dele em relação ao que lhe é oferecido. A partir de então, diversas organizações, além dos serviços, buscam criar vínculos contínuos e personalizados com os consumidores, o que permite que se discuta sobre marketing de relacionamento.

## 1.2 Marketing de Relacionamento

De acordo com Webster Jr (1992), o escopo do marketing sofre uma significativa alteração quando sai das transações para os relacionamentos. Para Lovelock e Wright (2006, p. 147), “a transação é um evento durante o qual ocorre uma troca de valor entre duas partes. Uma transação – ou mesmo uma série de transações - não constitui necessariamente uma relação porque as relações exigem reconhecimento e conhecimento mútuos entre as partes”.

Ainda para Lovelock e Wright (2006, p. 132), “o marketing de relacionamentos envolve atividades destinadas a desenvolver ligações economicamente eficazes de longo prazo entre uma organização e seus clientes para o benefício mútuo”. Os clientes tornam-se parceiros e a empresa precisa estabelecer compromissos de longo prazo a fim de manter relacionamentos que possuam qualidade, serviço e inovação. Zeithaml e Bitner (2003) acreditam que o objetivo central deste novo momento do marketing é a manutenção de uma base de clientes comprometidos que sejam rentáveis para a organização.

Na década de 90, surge uma nova proposta: o marketing de relacionamento. De acordo com Grönroos (1990a, *apud* GRÖNROOS, 1994, p. 355), “marketing é para estabelecer, manter e incrementar... relacionamentos com clientes e outros parceiros, implicando ganhos, de modo que os objetivos das partes envolvidas sejam alcançados”. Para o mesmo autor, os objetivos do marketing de relacionamento só podem ser alcançados pela troca mútua de promessas cumpridas. Cumprir promessas feitas tem importância substancial para a satisfação do cliente, para sua retenção, bem como para o estabelecimento de uma relação de longo prazo.

O conceito de marketing de relacionamento emerge do campo do marketing de serviços e do marketing industrial (GRÖNROOS, 1994). Para a administração moderna, manter clientes fiéis deve ser uma meta constante dentro das empresas e deve ser considerado tão importante

quanto a aquisição de novos clientes (KOTLER, 2000). Lovelock e Wright (2006, p. 130) concordam com Kotler quando citam que “tradicionalmente, o marketing tem colocado uma ênfase exagerada em novos clientes. Mas as organizações bem administradas se empenham muito para manter seus clientes atuais”.

O aspecto financeiro deve ser bastante observado, já que é objetivo de toda empresa diminuir seus níveis de dispêndio. Pragmaticamente, “via de regra, é mais barato manter um cliente do que atrair um novo” (ZEITHAML; BITNER, 2003, p. 139). Lovelock e Wright (2006, p. 130) citam que: “em média custa cinco a seis vezes mais para uma empresa atrair um cliente novo do que implementar estratégias de retenção para segurar um cliente fiel”. O desafio, segundo Gitomer (1998, p. 87), “não é deixar o cliente satisfeito; vários concorrentes podem fazer isso. O desafio é conquistar clientes fiéis [...] infelizmente, a maior parte da teoria e prática de marketing concentra-se na arte de atrair novos clientes, em vez da retenção dos existentes”.

Berry (1983, *apud* ZEITHAML; BITNER, 2003, p. 139) complementa: “Sugere-se que as empresas freqüentemente se concentram na conquista de clientes (o ‘primeiro ato’), mas, na seqüência, dão pouca atenção àquilo que deveriam fazer a fim de que fossem mantidos (o ‘segundo ato’)”. Segundo Kotler (2000), as empresas que trabalham focadas em marketing transacional ou de curta duração devem mudar seu escopo para a construção de relacionamentos de longo prazo com seus consumidores.

Zeithaml e Bitner (2003, p. 82) acreditam que, “em praticamente todos os serviços, o desenvolvimento de um relacionamento com o cliente é uma abordagem voltada à superação das expectativas dos clientes”. Não se deve acreditar de forma inocente no marketing de relacionamentos como uma saída única para todas as organizações. De acordo com Grönroos (1994), os relacionamentos são importantes em alguns setores. Para o segmento dos serviços puros, onde ocorre um alto índice de contato entre o provedor e o cliente, os relacionamentos figuram como uma importante ferramenta (SOLOMON *et al.*, 1985).

O marketing de relacionamentos foi operacionalizado, posteriormente, pelas ferramentas de gerenciamento de relacionamento com o cliente ou CRM (do inglês *Customer Relationship Management*). CRM pode ser descrito como “marketing de relacionamento pela tecnologia da informação” (McDONALD *et al.*, 2001, p. 80). Para Sabatino (2003, p. 34) “um dos instrumentos principais para se conhecer os clientes foi o CRM, sigla que resume o conjunto

de ferramentas, que permite analisar e estudar o comportamento de consumo dos grupos, ou de cada um dos clientes, conforme a necessidade da empresa”.

Em suma, o marketing de relacionamento é o processo contínuo de identificação e criação de novos valores com clientes individuais e o compartilhamento de seus benefícios durante uma vida toda de parceria (GORDON, 1998). Para isso, é necessário saber mais sobre a satisfação do cliente em relação ao atendimento, ao serviço e ao produto. Segundo Oliver (1997, *apud* ZEITHAML; BITNER, 2003) satisfação pode ser formalmente definida como: “A resposta ao atendimento do consumidor. Trata-se da avaliação de uma característica de um produto ou de um serviço, ou o próprio produto ou serviço, indicando que com eles se atinge um determinado nível de prazer proporcionado pelo seu consumo”.

O marketing de relacionamento, sua associação à qualidade e ao atendimento, busca criar valor suficiente para satisfazer o cliente e promover o seu retorno ao serviço. Avaliar e analisar a satisfação do cliente é importante para o sucesso do serviço, porém é tarefa das mais difíceis. Este pensamento é reforçado por Hoffman e Bateson (2003) quando concordam que, embora jamais se possa conhecer, verdadeiramente, os processos de pensamento usados pelo indivíduo, quando este toma uma decisão, este processo ajuda a estruturar o pensamento e a orientar a pesquisa de marketing a respeito do seu comportamento.

A satisfação do cliente com o encontro de serviço desenvolve não apenas uma preferência racional, mas também uma ligação emocional, que poderá resultar em sua lealdade para com o serviço. Além da lealdade, outras conseqüências de um serviço considerado satisfatório são: ‘boca a boca’ positivo, satisfação e comprometimento (Cf. ZEITHAML; BITNER, 2003). Hoffman e Bateson (2003, p. 21) acreditam que “dois terços dos clientes que abandonam seus antigos fornecedores não fazem isso por causa do produto, mas por causa da indiferença e da falta de ajuda por parte da pessoa que presta o serviço”, a interação cliente-provedor de serviços representa incidentes críticos ou ‘momentos da verdade’. A qualidade dessa interação é muitas vezes a força propulsora das avaliações da satisfação do cliente (HOFFMAN; BATESON, 2003). Compreender melhor a natureza das interações sociais parece então fundamental para o cumprimento desta tarefa.



### 1.3 A Natureza da Interação Social

De acordo com a definição tradicional da sociologia, Joseph (2000) descreve a interação social como sendo um sistema onde há a interação de pelo menos quatro componentes. São eles: um conjunto de unidades que interagem umas com as outras; um código ou um conjunto de regras que estruturam, tanto a orientação destas unidades, quanto a própria interação; um sistema ou um processo ordenado de interação; e, por fim, um ambiente em que o sistema opera, e com o qual se verificam trocas sistemáticas. Para Mendonça (2003), a interação social sempre figurou como importante aspecto na vida do ser humano.

Um relacionamento é estabelecido por um conjunto de encontros ou interações contínuas e relacionadas (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). É preciso esclarecer que a presença imediata das pessoas por si só não constitui interação, é necessário que seja estabelecida uma comunicação (GAHAGAN, 1976). Porém, como advogam Mello, Leão e Souza Neto (2004, p. 55), “A presença física das duas partes é uma ótima oportunidade para o início de um relacionamento”.

Quando se discute sobre que aspectos podem tornar o encontro de serviços o primeiro passo para a constituição de um relacionamento, um importante fator deve ser considerado: o grau de interesse que as partes possuem no estabelecimento de um vínculo duradouro. Do ponto de vista da empresa, o interesse pela formação e manutenção da relação tende a ser maior quando o cliente se mostra oferecendo um maior potencial de retorno no longo prazo (GORDON, 2000). Do ponto de vista do cliente, tal interesse aumenta, quando existe um desejo contínuo ou periódico pelo serviço, quando os serviços exigem um alto envolvimento, ou quando são complexos e de qualidade bastante variável (BERRY, 2000).

A interação social, segundo Gahagan (1976, p. 19), “ocupa-se de alguns processos quando pessoas estão em recíproca presença imediata”. Quando se fala em interação social é preciso remeter-se à psicologia social para compreender suas inter-relações e seus domínios. No sentido de definir o objeto e os objetivos desta ciência, Gahagan (1976) orienta que a psicologia social ocupa-se dos efeitos do ambiente social e cultural sobre o comportamento e a experiência individuais. A psicologia social consiste em analisar o ambiente social e cultural, além de estudar o modo como ele afeta o comportamento.

É possível entender interação social como parte integrante da psicologia social, quando Gahagan (1976) explica que a psicologia social debruça-se sobre os efeitos da estrutura social e sobre o indivíduo, através de papéis, da socialização e por intermédio da filiação em grupos. São também interesses desta ciência as crenças e atitudes, em particular as que afetam o relacionamento com outras pessoas. Esta ciência ocupa-se, ainda, com os efeitos, quer distantes, quer imediatos (presença real de outras pessoas), decorrentes da condição de membros de uma sociedade, isto é, trata da interação social.

A interação cliente-provedor de serviços representa incidentes críticos ou momentos da verdade, a avaliação da satisfação do cliente é muitas vezes determinada pela qualidade dessa interação (HOFFMAN; BATESON, 2003). É importante colocar que o desempenho pode ser alterado em virtude da presença de outros. De acordo com Gahagan (1976, p. 50), “a vida social possui uma qualidade dramática onde as pessoas desempenham papéis e ajudam outras a desempenhá-los. A habilidade em manipular impressões através da comunicação é essencial para o êxito na cena cotidiana”.

De acordo com Mendonça (2003), o gerenciamento de impressões é reconhecido como um processo interpessoal de grande importância. De fato, para que relacionamentos existam, além do fato de o cliente e de os funcionários de uma empresa terem expectativa de interagir a longo prazo, eles precisam reconhecer um ao outro como desempenhadores de papéis (Cf. GUTEK, 2000 *apud* MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). O papel é um conjunto de padrões de comportamento que se aprende pela comunicação e experiência, a ser desempenhado por um indivíduo em determinada interação social (HOFFMAN; BATESON, 2003). Os papéis existem antes mesmo da interação de ocupantes particulares ocorrer e têm origem nas normas morais presentes em uma cultura (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004).

#### **1.4 A Representação dos Papéis**

No drama, representam-se e interpretam-se as inter-relações humanas, que são fundamentais para quaisquer das ciências sociais (PERINBANAYAGAN, 1985 *apud* TEIXEIRA, 1998). Segundo Lyman e Scott (1976 *apud* TEIXEIRA, 1998), a realidade social é percebida

teatralmente, e o mundo social é inerentemente dramático. Os autores enfatizam que a abordagem dramaturgica tem raízes profundas na Psicologia e na Sociologia modernas.

De acordo com Hoffman e Bateson (2003, p. 112), “algumas teorias da psicologia e da sociologia podem ser reunidas nas idéias de um enredo (*script*) e um papel”. Para a sociologia, os estudos de Evreinov, Mead e Geertz são considerados marcos neste campo. Porém, Erving Goffman foi o sociólogo que mais utilizou a metáfora teatral para explicar os processos de interação humana. Para ele, nos dramas da vida, os indivíduos não são apenas o público dos outros, mas devem também atuar, dirigir e criticar (TEIXEIRA, 1998).

A Teoria dos Papéis é baseada na metáfora teatral de Erving Goffman, que enfatiza a natureza das pessoas como atores sociais, que aprendem comportamentos adequados para as posições que ocupam na sociedade (SOLOMON *et al.*, 1985). A metáfora teatral é mais um estudo da conduta associado a determinadas posições socialmente definidas, do que um estudo da atitude particular em si (JOSEPH, 2000). Segundo Haguette (1997), a obra de Goffman tem valor inestimável tanto para a sociologia como para a psicologia social.

Para Goffman (1959), quando o indivíduo está na presença imediata de outros, sua atividade tem um caráter promissório. Nesta obra, o autor busca demonstrar a importância que as aparências exercem no comportamento dos indivíduos. De acordo com Teixeira (1998), o relacionamento humano, para Goffman, assume a qualidade de uma máscara. Cada pessoa, assim, se veste de um personagem, que deve revelar um ‘eu’ apropriado para cada ocasião e, ao mesmo tempo, esconder um *self* que, se revelado, poderia inibir, embaraçar ou distorcer o seu propósito.

Nesta mesma linha, Haguette (1997, p. 37) advoga que, para ser capaz de interagir, o ser humano deve possuir um *self*. Para a autora, o *self* representa “um organismo que não somente responde aos outros como a si mesmo, ou seja, o ser humano pode ser um objeto de suas próprias ações. Como outros objetos, o *self* surge do processo de interação social no qual outras pessoas estão definindo alguém para si mesmo”. Para Mead (1962), ao afirmar que o ser humano possui um *self* se enfatiza que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas; ele interage socialmente consigo mesmo. Segundo Haguette (1997, p. 29) “o *self*, assim com outros objetos, é formado através das definições feitas por outros que servirão de referencial para que ele possa ver a si mesmo”.

Jackson (1981) ainda descreve *self* como sendo um sistema de identidades com o qual um indivíduo pode ser mais ou menos comprometido. E Sarbin e Vernon (1968, *apud* SOLOMON *et al.*, 1985) complementam informando que este comprometimento está diretamente relacionado com o desempenho convincente. Joseph (2000, p. 47) cita que: “Sob o olhar de outrem, é preciso agir e justificar a ação incessantemente” e ainda segundo Teixeira (1998), todo ser humano é ciente dessa personificação.

De maneira conclusiva, Gouldner (1971 *apud* HAGUETTE, 1997, p. 54) sintetiza que “a dramaturgia de Goffman marca a transição da ordem econômica baseada na produção para uma nova ordem centrada em um mercado de massas e promoção, incluindo o mercado do *self*. O mercado está produzindo mais desempenhos do que mercadorias”. A preocupação para Goffman (1959) não é a forma como os homens tentam modificar as estruturas da sociedade, mas, sim, a forma como eles se adaptam a elas. A originalidade da Teoria dos Papéis, de Goffman, reside na introdução de um modelo de dramatização através do qual o autor descreve e interpreta a ação social dos indivíduos na sociedade.

Numa leitura dentro da área de marketing, Solomon *et al.* (1985, p. 102) descrevem que “a abordagem da Teoria dos Papéis enfatiza a natureza humana como atores sociais, que aprendem comportamentos apropriados para as posições que ocupam em sociedade”. Os ‘atores’, quando em um ambiente de serviços, devem agir de forma bastante diferente de como agem em seus momentos de lazer. As pessoas são definidas pelos papéis de serviços que desempenham. A tendência difundida de preencher o imaginário das pessoas quanto a suas expectativas acerca de religião, política, competências é bem documentada pela “Teoria da Personalidade Implícita” (cf. TAGIURI, 1969 *apud* SOLOMON *et al.*, 1985, p. 102),

Ao perceberem o comportamento humano como um drama e os serviços como *performances*, Grove e Fisk (1983), e mais tarde Grove, Fisk e Bitner (1992) propõem a metáfora teatral para os encontros de serviços. Esta metáfora considera os funcionários como os ‘atores’, pois sua presença e suas ações definem o serviço; os clientes como a ‘audiência’, pois é para eles que o serviço é destinado; o ambiente físico no qual o serviço ocorre é visto como o ‘cenário’; e o desempenho do serviço, ou seja, o conjunto entrelaçado de interações entre todos os outros elementos que irão moldar a experiência do cliente é concebido como o serviço, como a

‘representação’ (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). Enfatizadamente, Grove, Fisk e John (2000, p. 25) citam: “Serviços não são simplesmente como ‘teatro’, serviços são ‘teatro’ ”.

De acordo com Goffman (1975, p. 12), o indivíduo expressa impressões por duas vias radicalmente diferentes de “atividade significativa”: uma é a expressão que ele transmite e a outra é a expressão que ele emite. No sentido de elucidar as diferenças entre estas duas vias, o mesmo autor diz:

A primeira abrange os símbolos verbais, ou seus substitutos, que ele usa propositadamente e tão-só para veicular a informação que ele e os outros sabem estar ligada a esses símbolos. Esta é a comunicação no sentido tradicional e estrito. A segunda uma ampla gama de ações, que os outros podem considerar sintomáticas do ator, deduzindo-se que a ação foi levada a efeito por outras razões diferentes da informação assim transmitida.

Mendonça (2003) informa que o tópico de gerenciamento de impressões, parte integrante da Teoria dos Papéis, está presente de forma representativa na ciência da administração. A Teoria dos Papéis tem uma importante atuação para a ciência do marketing. De acordo com Solomon *et al.* (1985), ela não é novidade nesta ciência. Construções adaptadas da Teoria dos Papéis têm sido utilizadas no sentido de explicar o comportamento do consumidor. Tal fato será possível observar na próxima seção, na fala de autores renomados na área administrativa que se referem, constantemente, à utilização de termos vinculados à Teoria dos Papéis.

## **1.5 Serviços e Teatro**

Segundo Grove, Fisk e John (2000) as empresas de serviços devem se beneficiar no caso de considerarem aspectos teatrais em seu negócio. Vários aspectos podem ser observados quando o cliente entra em uma empresa de serviços, como por exemplo: o ambiente, os outros clientes presentes neste ambiente e a forma como o serviço é representado pelos funcionários. As dimensões dos atores, audiência, palco e *performance* criam, para o cliente, a experiência do serviço, assim como acontece em uma peça teatral.

Pesquisadores e administradores de negócios de serviços comparam a prestação de serviços à dramaturgia. Zeithaml e Bitner (2003, p. 56-57) acreditam que isto aconteça porque serviços e drama têm como objetivo comum à manutenção de uma impressão desejada junto a uma

audiência, administrando atores e cenários, assim “a conformidade ao roteiro é a própria satisfação do cliente”. As mesmas autoras acreditam que “a habilidade dos ‘atores’ de serviços ao executarem suas rotinas, o modo como aparecem e seu comprometimento com o ‘espetáculo’ são pontos centrais para a prestação de serviços”.

Uma das principais razões que conduzem ao pensamento de que serviços são teatros repousa no fato de que serviços são essencialmente uma performance, posto que não podem ser tocados ou estocados, apenas experimentados. Como em uma produção teatral, os serviços existem apenas durante o tempo de seu ato. Utilizar a metáfora teatral para os serviços pode servir como uma ferramenta de planejamento, coordenação e implementação de *designs* específicos de serviços (GROVE; FISK; JOHN, 2000).

De acordo com Hoffman e Bateson (2003, p. 11), compreender a importância e os componentes da experiência de serviço é fator decisivo. Um modelo que ilustra os fatores que influenciam esta experiência é denominado *Servuction*. Este modelo é composto de duas partes, uma invisível e outra visível ao cliente: “a parte visível consiste de três aspectos: ambiente inanimado, provedores de contato pessoal/serviço e outros clientes. O componente invisível do modelo consiste na organização e nos sistemas invisíveis”. Este modelo posiciona o cliente como co-autor do produto de serviço, o que gera incertezas no planejamento da produção. Buscar o equilíbrio entre as necessidades do cliente e procedimentos eficientes é tarefa das mais complicadas.

Planejar, organizar e entregar um serviço, com o mínimo de variedade deste produto, é crucial para a satisfação do cliente. O gerenciamento de serviços convive com a dificuldade em manter constante a alta qualidade do produto. A entrega do serviço tem enorme tendência à heterogeneidade, pois depende, dentre outros fatores: do comportamento dos funcionários, do comportamento do próprio cliente que recebe o serviço e das ações dos demais clientes que por ventura estejam presentes no momento em que o serviço esteja sendo entregue (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). Conseqüentemente, são sempre desejadas ferramentas que auxiliem na formatação e implementação de *performances* de serviços que gerem uma satisfação consistente. Aplicar a metáfora teatral aos serviços é uma forma irrefutável de capturar a natureza da experiência dos serviços (GROVE; FISK; JOHN, 2000).

Para Mello, Leão e Souza Neto (2004) “a qualidade da experiência do cliente com o serviço depende então de como a empresa consegue combinar atores, audiência e cenário para criar uma interação prazerosa”. A escolha coerente de atores e cenários é fundamental, deve ser uma preocupação dos prestadores de serviços. Utilizar a metáfora teatral parece ser um bom caminho para a compreensão e a otimização dos serviços (GROVE; FISK; JOHN, 2000).

A força das metáforas é também reconhecida ao longo do tempo por poetas e filósofos como uma poderosa ferramenta descritiva e analítica. De acordo com Brown (1977, *apud* GROVE; FISK; JOHN, 2000), a metáfora é um caminho para visualizar algo sobre a ótica de uma outra coisa, é uma forma de compreender o que não se conhece. Ocorre pela transferência de características de um fenômeno familiar para um fenômeno menos conhecido. Metáforas são capazes de gerar hipóteses e análises acerca das comparações implícitas geradas (ZIKMUND, 1982 *apud* GROVE; FISK; JOHN, 2000).

As metáforas podem ser instrumentos eficazes de apreensão dos afetos, pois vão além da cognitividade. Seu escopo é a conquista da intimidade. Em sua grande maioria, os processos de pensamento e sentimentos humanos são metafóricos (COHEN, 1992 *apud* BOMFIM, 2003). Desvelar sentimento é outra importância da metáfora, bem como fornecer informações intraduzíveis e *insights* da realidade (RICOUER, 1992 *apud* BOMFIM, 2003). As metáforas ocupam um espaço considerável no marketing como uma ferramenta pedagógica (GROVE; FISK; JOHN, 2000).

De acordo com Grove, Fisk e John (2000), a metáfora teatral gera observações analíticas com fortes referências à natureza do marketing de serviços. Segundo os mesmos autores, enquadrar os serviços como teatro é a extensão lógica da metáfora: comportamento humano como um drama. Os serviços envolvem interações entre os clientes e a organização de serviços, a aplicação da metáfora ‘comportamento como um drama’ parece ser adequada (GROVE; FISK; JOHN, 2000, p. 23). Zeithaml e Bitner (2003) acreditam na metáfora na teatral como uma forma útil de conceber a prestação de serviços.

Visualizar os serviços como teatro orienta os resultados de marketing, pela demonstração de relações implícitas e explícitas dos relacionamentos entre: a organização de serviço, seus clientes, seus funcionários e o ambiente físico. De modo a reforçar o conteúdo abordado, é

interessante observar o QUADRO 3, que mostra considerações e relações entre exemplos de serviços e implicações dramáticas.

### QUADRO 3

#### Considerações Dramáticas dos Diferentes Tipos de Serviços

Tipos de serviços	Exemplos de serviços	Implicações dramáticas
Processamento com Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Companhias aéreas</li> <li>&gt; Restaurantes/Bares</li> <li>&gt; Cabeleireiros</li> </ul>	Ator e audiência em contato íntimo. Ambiente e <i>performance</i> têm forte influência na avaliação da qualidade.
Processamento com estímulo mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Consulta médica</li> <li>&gt; Entretenimento</li> <li>&gt; Serviços telefônicos</li> <li>&gt; Educação</li> </ul>	Ator e audiência em proximidade física, algumas das implicações dos serviços de processamento pessoais são aplicáveis.
Processamento com Bens	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Serviços de zelador</li> <li>&gt; Serviços de varejista</li> <li>&gt; Serviços de oficinas</li> <li>&gt; Serviços domésticos</li> <li>&gt; Paisagismo</li> </ul>	O ambiente pode ser na propriedade da organização ou da audiência. Contato das partes limitado pelo início e final do serviço. O resultado do desempenho mais evidente e é utilizado para a avaliação do serviço
Processamento com informações	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Contabilidade</li> <li>&gt; Serviços de banco</li> <li>&gt; Serviços jurídicos</li> <li>&gt; Serviços de seguros</li> </ul>	Ação e reação são intangíveis. Em geral o serviço ocorre na ausência do cliente. O resultado é mais importante que o processo na avaliação da <i>performance</i> .

Fonte: Adaptado de Lovelock (1994, *apud* GROVE; FISK; JOHN, 2000, p. 31)

Acreditando que o desempenho da entrega é tão importante quanto o produto recebido, Mello, Leão e Souza Neto (2004) entendem que os encontros de serviço são fundamentais para o sucesso dos esforços de marketing. Hoffman e Bateson (2003) defendem que grande parte das propriedades dos serviços só pode ser avaliada pelo cliente durante o consumo do serviço, portanto, esses são atributos de experiência. Considerar o encontro de serviço como uma atuação pode ser de grande auxílio a este propósito.

#### 1.6 Encontro de Serviço, a Díade e a Teoria dos Papéis

Pesquisadores e gestores da área de serviços vêm questionando a natureza simplista do modelo baseado em apenas um participante. A interação diádica se apresenta como uma



possibilidade de sucesso para este segmento (SOLOMON *et al.*,1985). Segundo os mesmos autores, a fusão de duas pessoas em um ambiente de serviços é maior do que a soma das partes. Carvalho e Vergara (2002) acreditam que estabelecer com o público a dinâmica dos diálogos é mais enriquecedor do que utilizar-se de monólogos.

Para Solomon *et al.* (1985), o encontro de serviços ocupa um lugar de destaque na amplitude do marketing e tem forte impacto para: o controle de qualidade, os sistemas de entrega, a diferenciação de serviços, bem como para a satisfação do cliente. Este tipo de interação pode ser considerado um fenômeno psicológico que exerce um papel fundamental sobre os resultados. Segundo estes estudiosos, o momento da verdade, ou o encontro de serviço, é tão importante que, se o cliente sai de uma interação com uma impressão negativa acerca da atitude do prestador de serviços, outros esforços realizados pela organização lhe passam despercebidos.

Zeithaml e Bitner (2003, p. 97) acreditam que “qualquer contato pode ser potencialmente fundamental para a determinação da satisfação e da fidelidade do cliente”. Do ponto de vista do cliente, a prova mais imediata da qualidade do desempenho acontece nos encontros de serviços (BITNER; BOOMS; MOHR, 1994; BITNER, 1995). De acordo com Solomon *et al.* (1985), a observação da importância do encontro é especialmente relevante em situações onde o componente serviço é o principal elemento da oferta.

Para Solomon *et al.* (1985), cada ato é uma transação propositada onde o resultado depende de ações coordenadas de ambos os participantes. Cada parte da transação aprende um *set* de comportamentos apropriados para cada situação, no sentido de aumentar a probabilidade de atingir seu propósito. A comunicação entre o provedor de serviços e o cliente é interativa; é mais um processo recíproco do que linear. Porém, de acordo com estes pesquisadores, o provedor, em geral, comporta-se como se atuasse para clientes estáticos ou atua de forma quase automática, tendência por eles denominada como *mindlessness*. É imperativo perceber o papel participante do cliente, como determinante para a formatação coerente do serviço. Cada participante tem um papel a desempenhar, o *script* de cada ator é estritamente definido.

A temática dos ‘*scripts* cognitivos’ é abordada de forma habitual por autores que exploram a Teoria dos Papéis. No presente trabalho, por tratar-se de encontros de serviços e por sua característica diádica, o assunto ‘*scripts* cognitivos’ não é explorado em profundidade. As

conclusões do trabalho de Carvalho e Vergara (2002, p. 18) dão suporte a esta decisão, quando estes argumentam que:

A proposição do gerenciamento dos encontros de serviços com a utilização dos *scripts* cognitivos parece mostrar-se totalmente ineficiente, quando não contraproducente, uma vez que não se pede apenas que o prestador do serviço deixe-se guiar exclusivamente pelos desígnios funcionalistas e tecnocráticos providos pela sua subordinação aos *scripts*, mas também exige-se que o servidor ignore os impulsos e apelos das demais dimensões do seu ser, para que se atinja o efeito previamente estipulado pelo racionalismo dos administradores.

Voltando à natureza diádica, Solomon *et al.* (1985) descrevem que em um encontro de serviços, clientes e provedores desempenham padrões de comportamentos consistentes e aprendidos e assumem papéis específicos. Para o prestador de serviços, o processo de aprendizagem é, em geral, explícito. Pode ser assimilado através de treinamento ou pela observação de um servidor mais experiente. Por outro lado, o cliente, tipicamente, aprende seu papel de forma implícita. De acordo com os mesmos autores, quando ainda não existe um *script* específico para determinado papel, o ator pode utilizar um padrão de comportamento similar e pré-existente. Atores podem basear sua performance em expectativas derivadas da televisão, de filmes ou livros. Segundo John (1996), a cultura também influencia na formulação do papel. Assim, as expectativas e percepções individuais acerca do comportamento social advêm de seus valores culturais e moldam os papéis desempenhados.

A congruência ou a discrepância destes papéis aparecem como mediadores importantes para o equilíbrio do sistema das representações. Para Cunha (1986, p. 269), em seu Dicionário etimológico, o termo discrepar é definido como “divergir de opinião, discordar, ser diverso” 1549. Do lat. *discrepare* ‘estar desafinado’”. Segundo Goffman (1959), os papéis mais discrepantes são os das pessoas introduzidas em um estabelecimento social sob falsa aparência. Para Solomon *et al.* (1985), a discrepância de papéis consiste na ruptura do *script* esperado por uma das partes ou por ambas. Neste trabalho, será utilizada a definição de Solomon *et al.* (1985) para papéis discrepantes, considerando esta abordagem mais útil ao posicionamento diádico adotado no trabalho.

Solomon *et al.* (1985) acreditam que, em um ambiente de serviços, a congruência dos papéis admite um posicionamento bidimensional, são estes: o *Intra-role* e o *Inter-role*; o primeiro trata do nível de congruência entre o provedor e a organização. A congruência *Inter-role* é o grau de concordância entre provedores e clientes envolvidos em uma interação de serviços

acerca da definição de papéis a serem desempenhados. Neste trabalho, o foco será direcionado à congruência *Inter-role*, pois a amostra será formada pela díade médico-cliente.

A satisfação com a interação é proporcionada pela congruência de suas *performances* (SOLOMON *et al.*, 1985). Para Hoffman e Bateson (2003, p. 112), a congruência dos papéis é “a propriedade dos comportamentos reais dos clientes e do pessoal condizentes com os papéis que se esperam deles”. A satisfação de ambas as partes é interdependente. Para Solomon *et al.* (1985), a satisfação com o encontro de serviços é vista como a função da congruência entre comportamento percebido e comportamento esperado pelos atores.

Problemas surgem quando ocorre uma discrepância em algum ponto do sistema. Essa inconsistência com as expectativas pode emergir de duas formas: (1) a percepção do empregado quanto a suas tarefas e qualificações é divergente das expectativas que os clientes têm das mesmas, ou (2) a concepção do cliente sobre o seu papel difere da noção que o empregado tem deste papel (SOLOMON *et al.*, 1985, p. 105).

### **1.7. A Visão Dramatúrgica no Encontro de Serviço Médico-Cliente**

De acordo com John (1996), o encontro de serviços é uma interação pessoal e social entre o provedor de serviços e o cliente. Encontros de serviços representam o período de tempo durante o qual o consumidor interage diretamente com as empresas (SHOSTACK, 1985, *apud* MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). No trabalho desenvolvido por Solomon *et al.* (1985), o termo encontro de serviços foi utilizado para indicar as interações face-a-face entre um comprador e um vendedor em um ambiente de serviços. No presente trabalho, o termo está relacionado à interação da díade médico-cliente.

Encontros de serviço, denominados serviços puros, são caracterizadas pelo seu alto nível de interação pessoa a pessoa, como é o caso da relação médico-cliente (SOLOMON *et al.*, 1985). De acordo com Bitner (1992), o encontro de serviço de saúde é categorizado como o de mais alto nível de complexidade. Neste tipo de encontro, a qualidade do serviço é de difícil mensuração (SOLOMON *et al.*, 1985). Segundo Lovelock e Wright (2006, p. 392), nos encontros de serviços de alto contato, o desempenho do prestador de serviços assume um papel fundamental, “em muitos aspectos essas pessoas são o serviço [...] aos olhos do cliente, o pessoal de atendimento também pode ser visto como evidência física da experiência com o

serviço”. Segundo Goffman (1975, p. 23), “Um desempenho pode ser definido como toda atividade de um determinado participante, em dada ocasião, que sirva para influenciar, de algum modo, qualquer um dos outros participantes”.

De acordo com John (1996), um encontro de serviços é um encontro social, especialmente em experiências de serviços puros. A metáfora teatral é particularmente útil para os serviços de alto contato como é o caso do atendimento médico. O mesmo autor explica que os consumidores de serviços de saúde, quando comparados com usuários de outros serviços, são relativamente menos aptos a avaliar os aspectos técnicos do serviço e, conseqüentemente, utilizam outras pistas perceptivas, como o comportamento do provedor, além de outros itens tangíveis presentes no ambiente para a avaliação da qualidade.

De acordo com John (1996), quando se torna necessário estabelecer a relevância da metáfora teatral para o serviço médico, três elementos críticos devem ser avaliados: os atores/audiência, o ambiente e a performance. Médicos e clientes possuem seus papéis específicos em um encontro de serviços e são, assim como definidos pelo autor, descritos como atores e audiência, respectivamente. Tal denominação é semelhante àquela adotada por Solomon *et al.* (1985) e será utilizada neste trabalho. O ambiente é a evidência física onde o serviço é entregue ou consumido. A performance é o processo do resultado da entrega e do consumo do atendimento médico. Cada um destes elementos será explorado nos parágrafos a seguir.

Em relação a atores e audiência, o aspecto da produção e consumação simultâneas do produto solicita a participação de ambos para a formulação do serviço, conforme anteriormente citado. Na área médica, o efetivo diagnóstico depende da exatidão com a qual o cliente expõe suas queixas e sintomas. A recomendação médica educa o paciente acerca de suas responsabilidades para com o processo do tratamento. Em John (1996), encontra-se que a capacidade de comunicação do médico é fator determinante para a satisfação social e emocional percebida pelo cliente. Esta satisfação pressupõe uma complacência do cliente para com o tratamento e também afeta o restabelecimento de sua saúde. Esta conformidade do paciente para com o tratamento definido interfere positivamente para os resultados médicos.

A geração de sentimentos positivos e sua associação com o comprometimento do doente com o tratamento foi objeto também de um estudo etnográfico conduzido por Locke (1996). A autora descreve como provedores de serviços médicos, utilizando-se de peças cômicas, são

capazes de gerar emoções positivas que se seguem à cooperação com o tratamento e às recomendações médicas. A experiência conduzida foi baseada, entre outros, nos ensinamentos de Goffman, quando este discute o uso de performances como forma de estabelecer a sociabilidade.

Os elementos ambientais onde o encontro de serviços ocorre têm um papel importante para a avaliação da qualidade. Segundo Bitner (1992) os instrumentos para a medição da qualidade incluem itens tangíveis, pois os clientes de serviços dispõem de poucas pistas intrínsecas; para tanto utilizam pistas extrínsecas como o ambiente físico para inferir sobre qualidade. A mesma autora acredita que os aspectos ambientais são capazes de criar imagens e influenciar o comportamento de clientes e prestadores em um ambiente de serviços. A importância do ambiente físico demonstrada pela literatura deve impulsionar profissionais que atuam em serviços de saúde a desenhar um espaço que preencha as expectativas do imaginário de seus usuários.

Finalmente, em relação à performance, apesar da utilização de aspectos tangíveis para a avaliação da qualidade, o contato pessoal continua sendo a função pela qual o cliente melhor desenha sua satisfação. A performance em saúde é primariamente baseada na conduta médica. Cada encontro contribui para a produção do serviço e a performance é o produto destes encontros (JOHN, 1996). No trabalho citado anteriormente, estudos na área da sociologia médica demonstram que os aspectos técnicos não são suficientes, e que aspectos emocionais são mais significativos para o paciente (FRIEDSON, 1961; BEN-SIRA, 1982 *apud* JOHN, 1996).

Para John (1996), o momento é paradoxal, os clientes estão gradativamente se desencantando com o serviço médico quando este dispõe de mais sofisticação e tecnologia para diagnósticos e tratamentos. A explicação, para alguns autores (ENGEL, 1977; SHATTUCK, 1977), repousa no fato de que, à medida que estas tecnologias crescem, aumenta também a separação entre o cuidado médico como ciência técnica e o cuidado emocional como atuação interpessoal. Segundo DiMatteo (1979), para o estabelecimento da harmonia na relação médico-cliente, é necessário que surja uma ciência que estude a arte da medicina.

De acordo com Doyle e Ware (1977 *apud* JOHN, 1996), os atributos que os clientes utilizam para a mensuração da qualidade em um serviço de saúde são: avaliação profissional,

competência, cortesia, capacidade de comunicação, acessibilidade e ambiente físico. Para Brook e Williams (1975), estes atributos podem ser divididos em duas categorias: aspectos de cuidado e aspectos de cura. Grönroos (1984) divide os mesmos atributos em : técnicos (o que é entregue) e funcionais (como é a entrega). Estes atributos são evidenciados no decorrer do encontro de serviço médico e do conseqüente relacionamento desenvolvido entre médico e cliente.

Levando a discussão para a abordagem dramatúrgica, em uma interação médica, as partes envolvidas também desempenham papéis específicos. De acordo com John (1996), o médico tem um papel profissional que demanda competência técnica, neutralidade emocional e comprometimento em servir as pessoas. O cliente ocupa um papel social na relação, alivia suas responsabilidades normais e segue a orientação médica. O encontro de serviços médico-cliente envolve uma relação de papéis com estrutura assimétrica. Esta relação é confinada a componentes hierárquicos de autoridade, poder e prestígio (PARSONS, 1975 ). John (1996, p. 62) cita Hipócrates: “O paciente pode recuperar sua saúde simplesmente pelo seu contentamento com a bondade do médico”.

A confiança, a confidência e as normas de obediência do paciente derivam do conhecimento e treinamento adquirido pelo médico, da legitimação de sua profissão, da expectativa cerimonial e da visão hipocrática. Porém, médicos vêm buscando posicionar o paciente de forma mais central e participativa no tratamento, estimulando-o a contribuir em decisões clínicas (SLACK, 1977 *apud* JOHN, 1996). O grau de poder do médico e de dependência do paciente pode variar de acordo com a condição de saúde do paciente (JOHN, 1996). Szaz e Hollender (1956 *apud* JOHN, 1996) propõem três tipos básicos de encontro de serviços médicos: emergenciais, de doenças agudas e de doenças crônicas. Em cada situação, os papéis podem mudar.

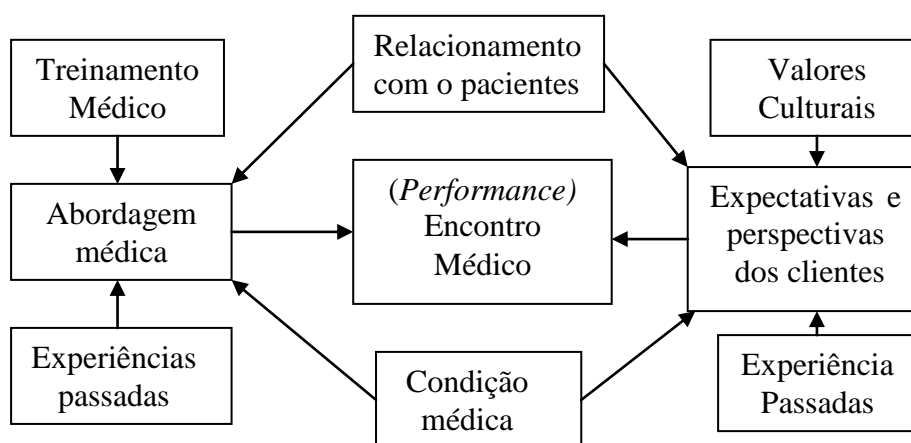
Em um encontro de serviços de emergência, o papel do médico é de total controle, enquanto o paciente assume uma postura de passividade. Em um encontro médico onde o paciente possui uma doença aguda, o médico atua como um guia que aconselha e trata a doença. Em geral, o paciente está acometido de dor e ansiedade. O paciente adota um posicionamento cooperativo com mínima participação nas decisões médicas. Durante encontros médicos relativos a doenças crônicas, o médico se posiciona como um parceiro do cliente. Estes encontros são

pautados pela co-participação frente às decisões médicas; e serão o foco deste trabalho (Cf. JOHN, 1996).

Ademais, nestes três tipos de encontros de serviços, o médico e o paciente adotam papéis baseados na situação médica a qual estão situados. O ambiente físico visível ao paciente é considerado como a região de frente ou palco, bem como a performance que ele executará. O que não pode ser visualizado pelo cliente é considerado como os bastidores. Estas regiões também existem relacionadas ao cliente. A FIG. 1 é uma representação proposta por John (1996) para estas regiões e suas interfaces.

**FIGURA 1**

**A Representação do Encontro Médico, suas Regiões e Interfaces**



Bastidores Atores  
(médicos)

Palco, ambiente e performance  
Médicos e Clientes.

Bastidores Audiência  
(pacientes)

Fonte: adaptado de John (1996, p. 66).

As performances médicas ocorrem na região de frente de ambas as partes. A atuação é definida pela abordagem médica, pelas expectativas dos clientes, pelas condições médicas e pelo nível de relacionamento médico-cliente. Um dos objetivos do médico deve ser melhorar a avaliação do cliente quanto a sua performance. Para atingir este objetivo, o provedor de serviços deve conhecer cada expectativa de seus clientes. De forma a manejar o encontro para a satisfação do cliente para com o serviço médico, a visão dramaturgica sugere que o médico adote um guia de gerenciamento de impressões.

A habilidade para identificar fatores de satisfação mútuos em encontros é útil para a formatação de serviços, para o desenvolvimento de ambientes adequados, para a seleção e o treinamento, bem como para a motivação de provedores de serviços; também servirá como um guia de comportamento ao consumidor. Esta abordagem sugere que o gerenciamento busca encontrar formas de sintonizar o comportamento do provedor e do consumidor de serviços no sentido de maximizar a satisfação (SOLOMON *et al.*, 1985).

Baseado no esteio teórico delineado, o capítulo a seguir trata dos aspectos metodológicos do trabalho.



## CAPÍTULO 2

### METODOLOGIA DA PESQUISA

*O conhecimento é o simples resultado da ação recíproca, encontro junção, luta e compromisso entre os instintos. Alguma coisa é produzida, porque os instintos se encontram, brigam entre si, e, ao final da sua batalha, finalmente chegam a um compromisso. Este compromisso é o conhecimento.*

**Michael Foucault**

A pesquisa é o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas a problemas propostos e é desenvolvida mediante conhecimentos disponíveis e utilização cuidadosa de métodos (GIL, 1991). De acordo com Lakatos e Marconi (1995, p. 83), método é:

O conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Nicola (2005, p. 222), embasado no pensamento de Descartes, concorda com os autores há pouco citados, sendo este mais enfático ao definir:

Método é o conjunto de regras e de prescrições capazes de evitar o erro e garantir a validade do resultado. A formalização de um método geral de pensamento (particularmente o pensamento científico) foi tenazmente perseguida nos primórdios de revolução científica moderna, sendo depois abandonada devido às dificuldades que apresentava. Efetivamente, especificar com exatidão as etapas necessárias de um método cognitivo correto equivaleria a explicar a natureza da inteligência e da criatividade.

A visão de mundo que apóia a escolha metodológica é o interacionalismo simbólico, que é uma abordagem do estudo científico da vida humana em grupo e da conduta humana. Esta abordagem percebe a sociedade como um processo; o indivíduo e a sociedade como estreitamente inter-relacionados, e o comportamento humano como uma parte necessária no

processo de formação e manutenção dinâmica do *self* social e do grupo social (HAGUETTE, 1997).

Um dos mais importantes autores do Interacionalismo Simbólico foi Mead. Para ele, toda a atividade grupal se baseia no comportamento cooperativo. O Interacionismo simbólico se diferencia de outras abordagens das ciências psicológicas por dois aspectos pontuais: primeiro, ele aloca uma importância fundamental ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano. Em segundo lugar, concebe o sentido como emergindo do processo de interação entre as pessoas (HAGUETTE, 1997). Herbert Blumer (1972, *apud* HAGUETTE, 1997, p. 34-35) apresenta o assunto de forma sistemática e cita as três premissas básicas do Interacionalismo simbólico. São elas:

1. O ser humano age com relação às coisas na base dos sentimentos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana.
2. O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros.
3. Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

Ainda segundo Blumer (1972, *apud* HAGUETTE, 1997, p. 34-35), é possível depreender que, em relação às escolhas metodológicas, os procedimentos devem se propor a uma análise empírica e não filosófica que permita um conhecimento verificável da vida humana em grupo e sobre a conduta humana. Estas orientações foram essenciais às escolhas feitas, definidas nas próximas seções.

## **2.1 Tipologia da Pesquisa**

A abordagem da pesquisa é qualitativa, por proporcionar a compreensão fundamental da linguagem, das percepções e dos valores das pessoas. Para Chizzotti (2003), o termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem projeto de pesquisa. Pretende-se extrair deste convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível. O autor interpreta e traduz em um texto, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa.

A pesquisa qualitativa vem se estabelecendo nas ciências sociais e na psicologia (FLICK, 2004) já que é um meio de investigar problemas que existem, mas talvez não tenham sido de fato problematizados devido aos instrumentos de investigação disponíveis há 30 anos (VIEIRA; ZOUAIN, 2004). Segundo Richardson (1999, p. 80,) estudos que utilizam a abordagem qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, podendo também contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Quanto aos objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória, pela intenção de proporcionar maior intimidade com o problema ainda pouco explorado. De acordo Blumer (1969, p. 33), “A postura inicial do cientista social e do psicólogo, quase sempre, carece de familiaridade com o que de fato ocorre na esfera da vida que ele se propõe estudar”. A pesquisa exploratória de acordo com Raupp e Beuren (2003, p. 80), é:

a caracterização do estudo como pesquisa exploratória normalmente ocorre quando há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada. Por meio do estudo exploratório, busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa.

Quanto aos meios, utilizou-se pesquisa de campo que, segundo Vergara (2003, p. 47-48), é “a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo“. Inicialmente, e para dar suporte a pesquisa de campo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para a construção do referencial teórico, na busca por conhecer e analisar as contribuições já existentes sobre o tema (CERVO; BERVIAN, 1983).

## **2.2 População e Amostra**

Uma população, segundo Cooper e Schindler (2003, p. 150) é “o conjunto completo de elementos sobre os quais desejamos fazer algumas inferências”. Nesta pesquisa a população é formada por díades médicos-clientes. As díades que compõem a amostra foram escolhidas de forma não probabilística e intencional, em um total de 06 (seis) médicos e 12 (doze) clientes. As díades são apresentadas conforme o QUADRO 4, onde M indica médico, C indica cliente,

a seguir a numeração, para clientes, como se trata de dois para cada médico, aplicou-se as letras A e B para sua distinção, a letra F ou M distingue gênero e ao final encontram-se as iniciais dos nomes de cada entrevistado.

#### QUADRO 4

##### Codificação para Identificar Médicos e Clientes

MÉDICOS	CLIENTES
M1, F, TMCWV	C1A, F, JDMS
	C1B, F, MZGN
M2, M, TAFF	C2A, F, AFP
	C2B, F, FCS
M3, F, MLG	C3A, F, TCFR
	C3B, F, ACEBA
MA, F, MFF	C4A, F, EMAM
	C4B, F, ICS
M5, F, EAAB	C5A, F, ERRA
	C5B, F, RRSC
M6, F, ISB	C6A, F, HJCG
	C6B, F, JMLR

Os critérios a seguir foram estabelecidos para escolha da amostra:

- a) Os médicos foram selecionados por acessibilidade. A especialidade escolhida foi a Ginecologia;
- b) Cada médico foi solicitado a indicar dois dos seus clientes que foram abordados no consultório médico;
- c) Os pacientes indicados são clientes daquele médico há, pelo menos, 1 (hum) ano.

Os entrevistados foram ainda solicitados a preencher o documento de participação, o termo de confidencialidade e o termo de consentimento. Os documentos citados são apresentados respectivamente nos Anexos, A, B e C. O trabalho também recebeu aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceara (conforme Anexo D).

### 2.3 Instrumento de Coleta e Análise dos Dados

A fonte essencial de dados refere-se ao relato dos próprios sujeitos, e a técnica mais utilizada para a obtenção dos dados é a entrevista aberta ou semi-estruturada (VERGARA, 2005). A entrevista é a técnica de obtenção de informações em que o investigador apresenta-se pessoalmente à população selecionada e formula perguntas, com o objetivo de obter dados necessários para responder a questão estudada (COLAUTO; BEUREN, 2003, p. 131). Para Haguette (1997, p. 86), a entrevista pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Ainda para a mesma autora, o processo de interação contém quatro componentes: o entrevistador, o entrevistado, a situação e o instrumento de coleta de dados ou roteiro de entrevista. Nesta pesquisa, a obtenção de dados ocorreu através da entrevista não-estruturada, direta e pessoal. O entrevistador deve estar capacitado a fazer emergir: motivações, crenças, atitudes e sentimentos. Neste tipo de entrevista é difícil seguir de forma rígida o esboço pré-definido, já que este acaba sofrendo influências das respostas do entrevistado.

Como estratégia metodológica auxiliar, solicitou-se que médicos e pacientes fizessem um desenho que representasse a imagem que eles têm a respeito do profissional médico. O item que aborda o desenho foi posicionado estrategicamente no início do instrumento com o intuito de deflagrar um processo de representações imagéticas, antes que o entrevistado iniciasse sua representação verbal. O objetivo do desenho foi facilitar a expressão de emoções (BOMFIM, 2003). Para testar a eficiência deste método, uma pergunta foi planejada para o final da entrevista. Nela, a pesquisadora questionou o pesquisado acerca da influência da tarefa de desenhar uma imagem no início da pesquisa. Os desenhos realizados por médicos e pacientes podem ser observados nos apêndices C e D, respectivamente.

Para Vergara (2005), a utilização de desenhos em pesquisas empíricas na área da administração pode estimular as dimensões emocionais e psicológicas, pouco enfatizadas por métodos de cunho racional. A autora cita que este ainda é um método pouco empregado na área da administração, onde prevalecem instrumentos mais tradicionais, como os questionários. Neste trabalho não foi objetivo identificar o significado do desenho em si. A interpretação ficou a cargo do próprio sujeito que o desenvolveu e não do investigador.

Os roteiros das entrevistas foram formulados buscando a congruência com os objetivos formulados e o referencial revisado. Dois roteiros distintos foram elaborados: um direcionado aos (as) médicos (as) e um segundo para os(as) pacientes. Os formatos finais, mostrados nos Apêndices A e B, foram alcançados após pré-teste conduzido com uma médica e sua paciente e análise do roteiro por um especialista, doutor da área de marketing.

O método de análise de dados utilizado foi a análise de conteúdo, que consiste em um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa (TRIVIÑOS, 1987). Este pode ser definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa, por procedimentos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção variáveis inferidas das mensagens (BARDIN, 1977). O método de análise de conteúdo tem por objetivo estudar as comunicações entre os homens, com maior ênfase no conteúdo das mensagens (COLAUTO; BEUREN, 2003). Busca compreender melhor um discurso, aprofundar suas características e extrair os momentos mais relevantes (RICHARDSON, 1999).

A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias (BARDIN, 1977). Categorias “são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (BARDIN, 1977, p. 117). A categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1977). O QUADRO 5 identifica as categorias de análises vinculadas às questões e aos objetivos formulados.

Como sugerido por Vergara (2005), a categorização apresentada neste trabalho foi definida *a priori* e fundamentada na revisão bibliográfica realizada. No entanto, vale ressaltar que outras categorias poderão emergir do campo, sendo então consideradas *a posteriori* para a análise dos dados.

**QUADRO 5**  
**Congruência entre Objetivos e Categorias Analíticas**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Questões Apêndice A</b>	<b>Questões Apêndice B</b>	<b>Categorias Analíticas</b>
1	1, 2 e 3	1, 2, e 3	1- Curador; 2- Cuidador; 3- Imagem mítica e/ou mística; 4 -Técnico de saúde; 5- Diferenciado profissionalmente.
2	4 e 5	-	1- Treinamento; 2- Experiências passadas; 3- Observação de uma pessoa mais experiente; 4- Conceitos formulados e divulgados na sociedade; 5- <i>Mindlessness</i> .
3	-	4 e 5	1- Treinamento; 2- Experiências passadas; 3- Observação de profissionais experientes; 4-Conceitos formulados e divulgados na sociedade;
4	-	6	1- Ambiente; 2- Aspectos técnicos (competência, capacidade de comunicação, cortesia); 3- Aspectos emocionais (acessibilidade)
5	6	-	1- Ambiente; 2- Aspectos técnicos (competência, capacidade de comunicação, cortesia); 3- Aspectos emocionais (acessibilidade).\
6	7 e 8	-	1- Aspectos técnicos; 2- Aspectos emocionais; 3- Aspectos contingenciais (ex: Audiência externa)
7	-	7 e 8	1- Aspectos técnicos; 2- Aspectos emocionais; 3- Aspectos contingenciais (ex: Audiência externa)
8	9	9	1- Papel técnico; 2- Papel social; 3- Papel ativo; 4- Papel passivo.
9	10 e 11	10 e 11	1- Fidelidade; 2- Satisfação; 3- Comprometimento; 4- Boca-a-boca Positivo.

O capítulo seguinte trata da análise dos resultados.

## CAPÍTULO 3

### ANÁLISE DOS RESULTADOS

*"Estudei o homem, porque se assim não o fizesse, não conseguiria realizar nada em meu ofício."*

*Charles Chaplin*

Guiado por um referencial teórico pautado nos encontros de serviços e na representação teatral como metáfora útil à análise destes, o presente capítulo trata da análise dos resultados. Os procedimentos de análise, já descritos no capítulo metodológico, foram precedidos de um atento escutar das falas dos entrevistados. A apresentação dos resultados segue a seqüência dos objetivos e é finalizada com a análise da eficácia do desenho.

A decisão de nomear os pacientes como clientes, tendo em vista a observância de uma troca de serviços, foi explicada logo na introdução deste trabalho. No entanto, o uso destas definições foi contemplado pelos médicos com abordagens distintas, transitando desde aqueles que negam a expressão pelo seu sentido mercantilista àqueles que as utilizam dependendo do contexto.

[...] eu acho engraçado que tem médico [...] que diz assim não ele não é “paciente” pra chamar de paciente, é pra chamar de cliente, cliente dá mais ainda a idéia de mercantilismo, entendeu?... É paciente mesmo, a pessoa que tem paciência pra esperar lá fora por você, tem paciência no tratamento que você instruiu dá certo, ter paciência pra voltar aqui e dizer que não deu certo e tentar um novo tratamento, então eu acho que ele ainda é um paciente (M2, M, TAFF).

Porque no consultório elas são as minhas clientes, elas pagam pra eu atender né? E no instituto de prevenção do câncer, na perícia, elas são pacientes né? (M4, F, MFF).

Eu vou no médico se eu acho que ele não atendeu a minha expectativa de paciente, como eu sou o consumidor, eu tenho uma lista que eu posso ir, então eu procuro um outro, né, (C3B, F, ACEBA).

Em relação ao primeiro objetivo específico, o de descrever as crenças dos médicos e dos clientes acerca do profissional médico, para os profissionais as categorias que aparecem de



maneira mais freqüente são: o médico como cuidador, curador, imagem mítica/mística e técnico de saúde, sendo a primeira a mais citada. As falas a seguir ilustram estas concepções:

[...] a vontade de ajudar o outro, de transformar alguma coisa né? Porque as pessoas às vezes procuram os outros, é ,com muita carência de afeto, de compreensão, de troca mesmo (M1, F, TMCWV).

[...] a intenção seria mais de acolhedora, uma figura com os braços abertos representando exatamente esse acolhimento, né? (M5, F, EAAB).

[...] ela com certeza ta precisando de alguém, então a imagem aqui seria a mão que eu dou e com a qual eu recebo aquela pessoa, [...] uma coisa que passa muito pela minha cabeça é resolver o problema da pessoa, [...] Quando você consegue curar a determinados males (M4, F, MFF).

Então o médico quando se doa totalmente, você percebe que ele faz aquela profissão com amor, com dedicação, com conhecimento de causas, termina sendo o divino no humano. (M3, F, MLG) .

[...] eu acho que isso é um defeito, [...] não consigo me envolver demais não, mesmo porque eu procuro cumprir a parte técnica e ponto, bem feita. [...] Porque eu acho que a gente faz a parte técnica (M2, M, TAFF).

Outro achado interessante é a percepção do médico quanto à mudança no comportamento do cliente em relação à profissão e ao profissional médico. Tal mudança, segundo eles, pode ser causada pelo aumento do acesso a informação e a própria postura do médico:

A confiança no médico não é mais total, né? [...] se a gente lembrar que há trinta anos atrás, isso não era assim, o paciente imaginava que se a médica tava sugerindo ou indicando, era sempre o melhor pra ele. [...] Isso só acontece porque os próprios médicos, lógico que é com a minoria, mas os próprios médicos deram espaços para os pacientes pensarem isso, [...] tá sempre com o pezinho atrás achando que você é aquela pessoa que ta querendo tirar alguma coisa dele, né? Até o momento que é curado, que ai ele passa a lhe vê de uma outra maneira, então entre o momento que ele chega e quando entra e a cura, eventualmente pode se pensar isso (M2, M, TAFF).

Essa diminuição na confiança foi por aumento da informação dele (paciente) e por uma visão diferente que ele tem do médico, o médico perdeu um pouco a áurea de uma pessoa diferenciada, aquele pessoa que a opinião dele, ele era realmente um informador de opiniões, o que ele dizia tava sempre correto, então ele perdeu um pouco de [...] banalizou um pouco a profissão, entendeu? (M2, M, TAFF).

[...] eram pessoas menos reivindicadoras, eram mais acomodadas, mais educadas, mais não digo nem humilde, eram mais respeitadas, entendeu? A figura do médico ao longo do tempo eu sinto que foi se desgastando, [...] . Não sei se a gente foi culpada, o médico em si na medida em que não cumpria as coisas, não tratava bem, a gente se deixou desrespeitar, não sei (M4, F, MFF).

[...] você tende a ser tratada de uma forma diferenciada [...] eu acho que isso é uma coisa que tá sendo revertida [...] tá havendo agora até uma questão até de total reversão, falta total de respeito pelo médico até como ser humano (M6, F, ISB).

Categorias semelhantes aparecem nas entrevistas dos clientes. De acordo com estes, o profissional médico também é descrito pelas categorias: de curador, cuidador e técnico de saúde. A imagem mítica/mística não se apresenta de maneira forte, como se poderia esperar.

Neste caso, as duas primeiras categorias aparecem de maneira mais recorrente, diferente de curador como ocorreu entre os médicos. As falas ilustram estes achados:

O que seria o profissional médico pra mim é aquele que salva a vida [...] aquele profissional que [...] naquele momento consegue sanar aquele problema [...] A imagem do médico, seria o carinho, o amor que ele tem a profissão dele [...] Seria o médico que investiga a fundo. Que faz todos os testes [...] com o atencioso que espera que você raciocine um pouco talvez pra responder, porque esse, esse que te contei ele foi ótimo, foi só sucesso. Mas ele foi muito rapidinho, muito. [...] me cortou em alguns momentos [...] (C3B, F, ACEBA).

[...] o profissional médico ele tem que ter um olho clínico certo, pra avaliar a paciente [...] A forma ideal é ele atender bem o paciente, certo? (C2B, F, FCS).

[...] quando a gente vem ao médico, a gente geralmente vem com uma dúvida, com uma incerteza do que que tá acontecendo conosco, né? A gente vai pra ele solucionar (C5A, F, ERRRA).

[...] o médico é quase assim [...] guardado as suas devidas proporções, como um deus, ele é uma pessoa que resolve os seus problemas (C5B, F, RRSC).

Cuidado, zelo, carinho [...] te da atenção, que pergunta como é que você tá, que quer saber um pouco mais além do que você tem a dizer, geralmente faz perguntas, saber um pouco da sua vida (C6A, F, FJCG).

As crenças negativas acerca da profissão aparecem na fala de alguns pacientes que entendem que estes elevam barreiras para criar um distanciamento, que se demonstra, por exemplo, na falta de olhar e ouvir. Porém, os médicos também estão atentos acerca da importância do olhar e do ouvir. A seguir são apresentadas as falas de clientes e médicos de modo a se confrontar as díades.

Chegar e atender, olhar, porque existem médicos que você chega, ele baixa a cabeça, pega a caneta, só lhe escuta e nem olha pro paciente. Então o médico pra mim é aquele que atende, olha a paciente, pega na paciente, pra ver o que ela a paciente ta sentindo, e tem médicos que eu conheço que não fazem isso. [...] ele tem que olhar, escutar [...] (C2B, F, FCS).

[...] eu acho que o computador tira o olho no olho do paciente, você olha muito pro computador e esquece de olhar pro paciente a gente ouve todo dia, todo dia tem gente que reclama. Eu fui lá e ele não olhou pra mim. Então eu era meio contra o computador e continuo escrevendo tudo na mão, boto depois na minha fichinha do computador [...] eu sou paciente no sentido de que gosto de ouvir, gosto de falar, gosto de conversar e tudo, então eu sou muito paciente com o paciente (M2, M, TAFF).

[...] se o médico olha pro paciente como um objeto, a tendência do paciente sarar mais rápido fica dificultada. [...] Se ele olha com mais carinho, você já sai mais tranqüila do atendimento e sara mais rápido (C3B, F, ACEBA).

Se você chega na recepção é bem atendido, ele já entra com aquele sentimento de que foi uma pessoa olhada, sentiu-se gente, é um ser [...] ver o paciente de uma forma holística [...] Pra isso a gente tem que ter o que: olho no olho (M3, F, MLG).

Eu tenho uma idéia assim [...] de médico [...] tá sempre do outro lado, ele nunca tá perto da gente, né? [...] como se tivesse uma barreira [...] Não tem muita aproximação do médico e o paciente, né? [...] É que a gente não consegue realmente se sentir a vontade pra dizer tudo o que desejaria, nem ele procura entender muito, por que ele tem os horários dele, né? [...] eu acho que a gente nunca se sente tão à

vontade pra dizer exatamente o que gostaria. Às vezes a gente tem vontade de gritar.[...] eu acho que eles sempre têm um horário a cumprir, e nunca também tem muito tempo pra ouvir, e em nem, nem dá uma abertura pra isso. [...] (C4A, F, EMAM).

[...] eu não sei como é que têm alguns profissionais que examinam exames e esquecem que antes do exame tem o doente né? Os exames falha né? O doente ta lá [...] Mas eu tenho a impressão que essa falta de olhar no olho, de escutar e tudo, é exame demais, cabeça baixa pedindo exame, pedindo, pedindo, pedindo, e sem segurança, é pra não dá cabimento, não dá abertura do doente perguntar mais, esticar a conversa sabia? (M4, F, MFF).

A formulação da abordagem profissional por parte do médico caracteriza o segundo objetivo específico. As experiências passadas e a observação de pessoas mais experientes aparecem de maneira mais recorrente nas falas dos médicos, sendo a última a mais freqüente. A categoria treinamento é pouco apresentada, o que contraria achados da literatura, como se vê:

Com a maturidade né? que todo mundo vai passando as experiências no trabalho, o que foi construtivo o que não foi, você vai fazendo uma análise das coisas, [...] vai se relacionando, que vai tendo novos desafios, então vai mudando [...] o próprio estudo né? Aquelas coisas que você vai lendo. A medicina ultimamente mudou muito, de quando eu terminei a faculdade estava iniciando o que se falou hoje em estudo baseado em evidências né, hoje em dia não tudo tem que ser porque, como é, então isso é uma mudança também, à medida que você vai lendo mais [...] (M1, F, TMCWV).

O tempo, o tempo foi o melhor presente de Deus [...] Na vida eu tive alguns ídolos assim na faculdade, alguns espelhos (M4, F, MFF).

Acho assim que fundamental pra mim foi os trabalhos que eu tive, e o tempo passado de maturidade (M5, F, EAAB).

[...] ao longo da vida da gente o amadurecimento vai mostrando muitas coisas, [...] eu poderia citar uma pessoa que foi muito importante no meu aprendizado que foi o doutor Chagas, foi diretor lá da maternidade escola e foi uma pessoa que me ensinou muito a questão assim, de hierarquia, de postura, de profissionalismo, até assim a questão de eu lidar com o financeiro né? (M6, F, ISB).

Interessante pontuar que o treinamento citado não foi recebido na faculdade, o que não condiz com a proposta de Solomon *et al.* (1985) quando defendem que para o prestador de serviços o processo de aprendizagem é, em geral, explícito. O treinamento recebido na faculdade é citado, por vezes, como aspecto negativo, já que se ensina que o médico é um profissional diferenciado e com poderes ilimitados; é apenas com o tempo que eles percebem suas limitações. As frases a seguir indicam esta realidade:

Mas na faculdade eu pelo menos aprendi muito pouco a me portar como médico, muito pouco, porque assim às vezes que procurei ver mais ou menos como era feito aquilo ali, como era o dia-a-dia no consultório e tudo, a imagem que eu tinha era sempre um serviço público, e serviço público você não tem tempo pra ouvir ninguém, né? (M2, M, TAFF).

[...] quando a gente faz universidade o contexto da condição simbólica do que é ser médico e dentro da universidade piora ainda mais, existe uma noção de a gente é muito grande, que a gente é melhor do que o outro, [...], mas quando a gente começa a raciocinar, a gente começa a ver que a gente lida, mas que a

gente não detém essa vida. Chega de construir um papel de todo poderoso porque nós não somos isso né? (M5, F, EAAB).

Em alguns momentos, os profissionais de saúde destacam a necessidade de conhecer o *background* dos pacientes. Tal sensibilidade só vem a aparecer depois de certa maturidade profissional, já que inicialmente eles pensam que somente os seus conhecimentos técnicos, parte do seu *background* próprio, são capazes de trazer ao palco uma performance satisfatória. Tais elementos convergem para um modelo mais abrangente de entendimento do relacionamento médico-cliente similar ao proposto John (1996):

Eu acho que ao longo tempo a gente passa por várias gradações assim como em termo de evoluir como pessoa e como médica né? No primeiro tempo você quer impor a sua opinião, depois você vai mudando vai ouvindo mais a dor do outro e respeitando, porque por trás daquilo tem formação familiar, crenças que você não pode, então eu acho que assim eu vou tentando levar mensagens para as pessoas primeiro interpretando como elas são (M1, F, TMCWV).

Um achado não previsto pela literatura revisada surge na fala de médicos e trata de aspectos financeiros, comerciais e de carga horária relacionados à profissão médica. Esta variável pode ser posicionada como parte do *background* do profissional médico ao qual o cliente não tem acesso conforme modelo também descrito por John (1996)

[...] desenhei um cavalinho com a carroça, porque eu acho que ele trabalha muito como um burrinho de carga e desenhei o cifrão porque a medicina vira um comércio, né? ... Vira um comércio de qualquer forma, então hoje o médico tá cada vez mais, também, mais preocupado com a parte financeira, né? O simbolozinho do diabo porque tem muito paciente que vê você não mais como um médico, aquela figura, mas como uma pessoa que só quer, que só visa lucro (M2, M, TAFF).

Porque o médico precisa se vestir, tem um carro, bota gasolina, paga imposto, telefone, tudo isso (M2, M, TAFF).

Para o mesmo autor, a cultura também influencia na formulação do papel. Assim, as expectativas e percepções individuais e socialmente construídas acerca do comportamento social moldam os papéis desempenhados.

[...] eu aprendi na sociedade que diante do homem eu estou em posição minoritária e o paciente homem na minha frente para eu examinar o pênis dele, ele estaria em posição minoritária e eu majoritária. E isso me causava incômodo, quer dizer se você raciocinar e pensar nisso que ai, bom, mas nessa relação é uma relação que não tem o erótico no meio, não tem o erótico, mas tem a simbologia do homem né? Tem a simbologia de que ele tá lá que estaria abaixo do meu poder em tese. Que na verdade não está. Então, na verdade, é a formação cultural que a gente tem (M5, F, EAAB).

A análise da díade mostra algumas congruências em relação aos achados anteriores, quando se busca descrever como os clientes formulam suas crenças acerca do papel do médico, que é o terceiro objetivo específico. Para os clientes, a categoria ‘experiências passadas’ é a que mais ajuda a construir as suas perspectivas acerca deste profissional. Contrariando os achados da literatura no modelo de John (1996), duas pacientes se remetem à possibilidade da influência dos estudos ou aprendizados acadêmicos nesta construção, conforme se observa a seguir:

[...] eu venho convivendo muito com médicos (C2A, F, AFP).

Eu acho que essas influências vêm [...] de muitos médicos que eu já vi, eu já vi médicos de todo jeito (C5B, F, RRSC).

Eu acho que a sua própria vida, né? [...] E você vai comparando uns e outros profissionais. E eu acho que isso, leva a você a aprender. Então a sua própria prática que leva e talvez os estudos (C3B, F, ACEBA).

Eu já tenho andado em vários consultórios e tenho tido muitas experiências [...] (C3A, F, TCFR).

[...] Eu acho que é a minha própria profissão, que na faculdade a gente aprende justamente isso, aceitar o outro incondicionalmente (C6B, F, JMLR)

Há uma assimetria de percepção entre médicos e pacientes sobre os planos de saúde. Os primeiros acham que são mal remunerados e os últimos acreditam que a aquisição destes planos lhes dá direito a um atendimento satisfatório.

[...] o plantão paga baixo [...], mas eu não posso deixar de atender bem porque eu recebo mal. [...] o mercantilismo da saúde tem prejudicado imensamente [...] porque aí em uma relação de compra e venda, aí o sujeito que comprou o plano chega lá e exige de você [...] aí é mais fácil para você passar um remédio, passar um exame, que aí ele vai achar que pagou o plano (M5, F, EAAB).

[...] porque você faz um sacrifício pra pagar um plano de saúde, ali o médico profissional não tá fazendo nem um favor, nós estamos fazendo o que o plano exige (C1A, F, JDMS).

Sob a perspectiva do cliente, suas expectativas quanto ao encontro de serviço foi objeto de investigação, e se refere ao quarto objetivo específico. Aspectos técnicos e emocionais são importantes, e o equilíbrio entre estas duas dimensões é ideal. É importante citar que todas as entrevistas apontam para os aspectos técnicos. Na verdade estes achados vêm a confrontar os pressupostos teóricos da área de sociologia médica que indicam que os aspectos técnicos não são suficientes, e que aspectos emocionais são mais significativos para o paciente (FRIEDSON, 1961; BEN-SIRA, 1982 *apud* JOHN, 1996).

São pessoas com [...] entendimento teórico, pessoas estudiosas [...] Que você vê que está sempre buscando com novos conhecimentos e tem o que é mais importante, a questão do lado humano, do lado afetivo (C1A, F, JDMS).

[...] porque ela sempre tem me ajudado [...] me escutou, me acolheu (C1B, F, MZGN).

[...] eu espero chegar lá, ser bem atendida, e ser resolvido o meu problema (C2A, F, AFP).

E a minha expectativa é que ele me satisfaça, e me dê uma solução pra aquilo ali (C5B, F, RRSC).

Que a médica me dê um diagnóstico, [...] se eu tiver com algum problema, que seja um diagnóstico correto que a gente ache a solução do problema [...] isso tratado exatamente com muito cuidado, com muito jeito, com muita atenção, pra eu poder me sentir segura de que eu vou ter um resultado positivo (C6A, F, FJCG).

São soluções técnicas o que eu espero é isto. [...] nenhum um médico hoje em dia tem tempo de ta querendo saber isso ou aquilo. [...] Eu não espero nada mais do que eu vou receber não (risos...) (C4A, F, EMAM).

Para a qualidade do encontro, na percepção do médico, alguns atributos são relevantes e sua identificação perfaz o quinto objetivo específico. Dentre eles, os aspectos técnicos, como informações objetivas aparece na fala de todos os médicos e os aspectos emocionais como a acessibilidade e acolhimento é também bastante freqüente mas não enfático nem unânime.

[...] informações bem objetivas, claras, na linguagem que ele entenda, sem muita linguagem técnica que se faz que entende, mas sai daqui com a mesma dúvida então eu acho que é isso. É tentar a objetividade pra melhorar a consulta (M2, M, TAFF).

Competência, humildade, acessibilidade, o médico tem que ser acessível ao paciente, confiança (M3, F, MLG).

[...] a vontade de fazer acontecer, a paciência de saber ouvir, né ? De explicar. Eu acho que estar disponível (M1, F, TMCWV).

Precisa primeiro a paciente chegar aqui e o profissional está receptivo (M5, F, EAAB).

Médicos e pacientes, quando questionados a respeito da influência do ambiente físico, concordam de maneira praticamente unânime que este é importante para a qualidade do encontro. Os achados reforçam a literatura de marketing de serviços, para a qual o ambiente físico com suas pistas perceptivas é um item relevante, presente em um ambiente de serviços, com poucas pistas intrínsecas, capaz de inferir sobre qualidade. Para a Teoria dos Papéis, três elementos críticos devem ser avaliados para se estabelecer a importância da metáfora teatral para o serviço médico: os atores/audiência, o ambiente e a *performance*. Porém, médicos parecem perceber os atributos do ambiente para fins técnicos enquanto que clientes o observam como possibilidade de geração de conforto e bem estar mental.

[...] me chama a atenção na classe médica de uma forma geral essa simbologia do conhecimento que tem certificados que muitos colocam nas paredes [...] me passam a sensação de que tem muito conhecimento (C6B, F, JMLR).

[...] um ambiente agradável, até a luz influi, né? O som correto, né? A limpeza. Eu acho que um ambiente hostil não tem nem o que se comentar. É como se encontrar com alguém debaixo de um sol bem quente, você não vai nem demorar no encontro. Você começa fisicamente a incomodar. (M1, F, TMCWV).

Eu acho o ambiente físico facilita muito a você, a você já se sentir bem. Você relaxar, você ficar mais a vontade (C1A, F, JDMS).

Aparência eu acho que é importante porque infelizmente o que chega primeiro na retina, né? É a imagem que acaba muitas vezes ficando, então eu acho que a aparência importante, o ambiente que você tá e o que você consegue transmitir pro paciente, é que ele consegue sair daqui absorvendo. [...] se você tá num ambiente confortável, você diminui a reclamação daquele paciente lá fora [...] Eu acho que tem que ter o mínimo de conforto (M2, M, TAFF).

A luz influencia, o aconchego do consultório, tudo isso influencia a pessoa de se sentir mais ou menos a vontade. [...]. Eu acho que a luz é importante em todo o ambiente. [...] Pra deixar os pacientes mais a vontade (C4A, F, EMAM).

[...] precisa ter um local onde tenha privacidade (M5, F, EAAB).

[...] a primeira impressão é a que fica [...] Se eu chego, [...] se é passado (o ambiente) eu não me sinto bem, só se eu já conhecer o médico. Mas se eu ainda não conhecer o médico, com certeza eu não vou sair bem impressionada. É por mais que a consulta seja boa, eu acho que isso vai pesar (C5B, F, RRSC).

A gente vive num mundo de aparência e a medicina tem muito a ver com a questão de limpeza, de higiene né? (M6, F, ISB).

Ainda tratando do tema ‘ambiente físico’, as citações a seguir trazem informações interessantes sobre a forma como este pode influenciar não na qualidade do serviço, mas na expectativa do cliente.

Não, eu diria na qualidade não. Mas eu acho [...] que digamos eu chegue num consultório, numa clínica, suja, cores escuras, aquilo ali, já me dá uma sensação estranha. Infelizmente, a gente vive assim da aparência, a gente fica pensando, se o consultório tá nesse estado, imagine como não é o médico?. Então eu acho que influencia nesse aspecto (C2A, F, AFP).

[...] chega lá encontra um consultório bagunçado, que não tem estrutura, que não tem nada, isso não vai lhe passar confiança nenhuma, mesmo que o médico seja bom, não passa mesmo assim (C2B, F, FCS).

O questionamento acerca dos papéis exercidos teve o propósito de introduzir o objetivo de desvelar que imagens o médico pretende transmitir no encontro médico-cliente, sexto objetivo específico. Neste item, percebe-se que o médico entende que o cliente vem em busca de respostas técnicas e também de apoio emocional. Tal entendimento influencia a imagem que ele pretende transmitir. Embora os aspectos emocionais apareçam com mais frequência, alguns entrevistados dão ênfase aos aspectos técnicos. Tais achados estão ilustrados a seguir:

Retribuir aquela pessoa que saiu de casa, teve toda expectativa de encontrar com o profissional, [...] de esclarecer dúvidas (M1, F, TMCWV).

[...] então eu tento fazer o possível, pra que aquele além da doença, consiga deixar transparente, suas dúvidas, suas inquietudes, né? (M1, F, TMCWV).

Informar, eu acho que é esse o meu papel (M2, M, TAFF).

[...] você tem obrigação de executar todos os passos da melhor maneira possível (M2, M, TAFF).

A confiabilidade, por exemplo, pode ser muito bem, a confiabilidade (M2, M, TAFF).

Então ele contrair além do apóio da conduta técnica, encontrar uma pessoa humana. [...] deixar realmente à vontade ao ponto de dizer: pode ligar pra mim. Que pode ter acessibilidade a mim. Então isso, muitas às vezes a gente percebe o quanto ganha a confiança do paciente com isso (M3, F, MLG).

De resolvidora de problemas, eu estou ali pra tentar resolver o problema dela [...] com otimismo (M4, F, MFF).

[...] é receptividade, é eu acho que na verdade o acolhimento (M5, F, EAAB).

Sob a perspectiva do cliente, as imagens emitidas pelo médico (sétimo objetivo) são de natureza essencialmente emocional, embora aspectos técnicos também apareçam com certa frequência. As palavras confiança e segurança são recorrentes nos discursos das clientes. Os achados vão de encontro à literatura, por exemplo, quando John (1996) orienta que, quando comparados a outros tipos de consumidores, os clientes de saúde são relativamente menos aptos a avaliar os aspectos técnicos do serviço, o que os leva a observar outras pistas perceptivas como: o comportamento do provedor:

Eu sinto paz, eu sinto uma confiança incrível, [...] me sinto leve [...] da forma como ela retoma todo o histórico desde que eu comecei a conectar [...] e esta preocupação não só com o paciente, mas também com o indivíduo, com a pessoa humana (C1A, F, JDMS).

Tranqüilidade certamente, né? E segurança (C1B, F, MZGN).

Só acho ruim por que ele atrasa um pouco. Mas fora isso, me passa muito segurança (C2A, F, AFP).

De segurança. [...] Ela me transmite aquela coisa mais moderna [...] o tipo de conversa é uma coisa mais moderna, mais jovial, não fica aquela barreira (C5A, F, ERRA).

Ela me transmite segurança (C5B, F, RRSC).

Uma imagem de segurança, de calma, [...] uma imagem até de mãe, né? Sempre perguntando algo mais além da consulta, além de seu problema físico, algo mais sobre a sua vida (C6A, F, FJCG).

Esta imagem que o paciente formula foi construída desde a primeira consulta e é interessante notar a importância que tem para os pacientes este primeiro encontro, já que por diversas



ocasiões se faz referência a ele. Para o marketing este achado é importante, já que se entende que, se existe uma preocupação em manter os pacientes, uma ênfase deve ser dada ao primeiro encontro. Quando a relação já existe, há um comprometimento do paciente em perdoar más atuações, mas se esta má atuação acontece no primeiro encontro, o paciente não volta mais.

Sendo a primeira vez, não volto mais, volto mais não. Não a primeira vez que você vai a um médico que realmente você é recebida, é tratada de forma..., como diria, de forma mais distante, eu pelo menos, eu, eu receio de voltar de novo pra aquele médico, ta entendendo, se for a primeira vez. [...] Pode até ser eu conversando com as pessoas, elas dizendo: 'nesse dia ele estava assim mas o profissional é bom e tudo.' Então assim é uma referência. Mas se for uma pessoa assim que eu pegue o livro pra ver, ta aqui eu vou esse daqui. E chega lá ser tratada da forma, da forma da experiência que eu passei agora. Eu nem volto e nem indico.  
(C1A, F, JDMS).

Olha, eu acho que um mau dia todo mundo tem. Talvez assim, se eu chegasse pela primeira vez e ela não me atendesse bem, talvez eu nunca mais voltasse (C5B, F, RRSC).

Parece que os médicos devem dar mais atenção à primeira consulta. A fala objetiva acerca deste tópico só apareceu em uma entrevista dos profissionais, conforme pode se observar:

[...] primeira consulta, que eu acho que é a fundamental (M2, M, TAFF).

Em relação aos dois últimos objetivos específicos, médicos e pacientes discordam da importância de aspectos contingenciais para a formulação da imagem transmitida e recebida. Para os médicos, por exemplo, são vários os fatores que influenciam na performance como: o atendimento a um colega, o estado emocional do profissional, a quantidade de pacientes aguardando e o fato do cliente vir acompanhado, sendo o primeiro deles o mais destacado.

É tem alguns colegas que você às vezes [...] não diz muito porque acha que a pessoa já sabe, então você tem que tirar essas barreiras. [...] Outra coisa que pode influenciar é seu estado emocional naquele dia como todo mundo. [...] Então este estado de espírito também pode mudar, né? [...] Ou naquele dia a sala está muito cheia de gente com muitos problemas, pode mudar alguma coisa. Eu tento muito esquecer quem tá lá fora. [...] Acho que tudo pode influir (M1, F, TMCWV).

[...] você eventualmente pode titubear em algum momento, então eu acho que ela pode ser abalada [...] Eu me dou menos bem [...] com paciente agressivo [...] tem um rendimento pior na consulta, a consulta normalmente é mais breve, você perde a possibilidade de diálogo e tudo mais. [...] você tá com preocupação [...] o filho doente, tá com paciente grave, internado, [...] isso tudo pode refletir na consulta daquela paciente que não tem nada a ver com isso (M2, M, TAFF).

[...] a gente muda uma rotina porque é um colega médico [...] discutir transmissão de doenças, é doenças sexualmente transmissíveis é complexo né? E discutir com o casal é mais complexo ainda (M5, F, EAAD).

Com certeza você muda, por exemplo, você muitas vezes tende a querer envolver o colega na sua conduta ou o colega quer interferir na sua conduta. Eu que atendo muito adolescente, a maneira que eu

me porto com o adolescente quando ela ta sozinha, não pode ser igual quando ela ta com a mãe né? Tem marido de paciente, por exemplo, que você tem rejeição ao comportamento dele com aquela paciente, então você não consegue se comportar, quando a paciente ta acompanhada com ele do que quando ela ta sozinha, então muda, com certeza isso ai muda (M6, F, ISB).

O aspecto ‘audiência externa’, previsto na literatura, foi exposto por uma médica que o definiu de forma clara suas possíveis influências positivas e negativas.

[...] Quando a gente trata com adolescente, eu às vezes tento até pedir pra mãe deixar um pouquinho livre, porque elas têm muitas coisas que elas não querem dizer na frente das pessoas, principalmente no ginecologista. Eu já recebi bilhete no bolso do meu jaleco voltado a ... colocado porque a pessoa não é nem pelo paciente é porque o outro causa inibição a ele não a mim. Acho que deve ser isto, né? Alguns casos, sim. Agora, outras vezes não é até benéfico. [...] Por exemplo, quando já é uma pessoa que vem já usualmente aqui, que é relapso com o seu tratamento, que não se cuida em casa, quando ela vem com uma pessoa que quer realmente quer bem e quer ver o bem, aquela pessoa fica um pouco atenta, vigilante, faz com que ela venha, realmente faça um segmento mais bem feito, ajuda em casa quando se trata de uma dieta, de tomar medicamento, pode ser bem mais do que isso, porque ta vivendo com a outra pessoa. E pode ser maléfico quando não tem essa interação, né? (M1, F, TMCWV).

Já na perspectivas dos clientes, existe pouca influência de aspectos contingenciais. Isto pode ocorrer já que este último se posiciona muito mais como audiência do que como ator, achado que sustenta as observações de Lovelock e Wright (2006), para quem, nos encontros de serviços de alto contato, o desempenho do prestador de serviços assume um papel fundamental.

Pode sofrer alguma mudança?[...] Se eu entrar com outra pessoa?... Não (C1B, F, MZGN).

[...] pode até ser que abale, mais assim, pelo menos nunca foi transparente pra mim. [...] Pode ser que tenha algum fator externo, sei lá algum problema de casa, de diversas coisas, mas pelo menos assim, pra mim nunca ficou evidente. Nunca ficou transparente (C5B, F, RRSC).

Não, não muda nada tanto faz que eu entre só como acompanhada, é.. é a mesma coisa. Não muda nada [...] porque sempre que eu vou é a mesma coisa, né? E eu acredito que não vai mudar nunca (C4B, F, ICS).

Eu já fui sozinha, eu já fui acompanhada [...] pra consulta e a relação assim médico paciente, eu achei que foi a mesma. [...] com relação à sala cheia também parece que nem existe paciente lá fora. Já passei por uma vez, tinha eu mais umas cinco, seis pessoas, e tava bem cheia nesse dia, mas nem um momento eu percebi que ela tivesse com pressa. [...] eu nunca percebi que ela tivesse querendo terminar comigo [...] Assim realmente não percebo se ela tá querendo fazer aquilo, ‘vamos logo, tem outro ali a trás’ (C3B, F, ECEBA).

Eu não sei por que eu não passei por isso ainda, eu sempre faço a minha consulta, nunca aconteceu nada na hora da consulta que atrapalhasse ou que manifestasse alguma coisa que eu pudesse perceber isso (C6A, F, FJCG).

Na busca de comparações da consulta médica com uma representação teatral, o oitavo objetivo pretende identificar evidências da percepção de clientes e médicos acerca da realidade social do encontro de serviço como drama. Todos os médicos concordam com a

metáfora e se declaram, na maioria das vezes, no papel de ator, sendo os pacientes a audiência.

Eu acho perfeita essa representação, eu acho porque a gente tá desempenhando papéis, tanto o médico como o paciente, às vezes você vê um paciente, vou até te dizer um exemplo, eu atendi uma paciente ontem que ela se queixava de dores abdominais terríveis e quando eu palpava o abdômen dela, ela dizia assim, olha aí dói absurdamente com essa cara que eu to fazendo agora, entendeu? (risos), então você olhava para a cara dela, você via que ela não tava sentindo dor, [...] nessa hora também eu faço a minha representação, eu não vou chegar pra ela e vou dizer, não você não tá sentindo nada, até mesmo porque a dor pode não tá lá onde ela tá sentindo, pode ser alguma coisa do emocional, então eu acho perfeito, é uma representação mesmo de ambos os lados (M6, F, ISB).

Eu acho assim, que até pelo que se espera, o médico age mais como ator. Até porque o paciente, ele tem dificuldade de definir quando você dá pra ele uma tomada de decisão ele tende a reverter, mas se fosse à senhora o quê que a senhora faria, entendeu? (M6, F, ISB).

Acho que é um teatro no sentido bom, né? De assim você tá atuando com aquelas pessoas, tá é, transmitindo a imagem que você quer transmitir você tá tentando agradar dentro do possível, mantendo sempre o limite da técnica, da ética, não sei o quê, mas tentando agradar aquelas pessoas. E você espera no final o aplauso, né? [...] então eu acho que é um teatro [...] é uma atuação (M2, M, TAFF).

Eu acho que o médico age como ator e eu vejo o paciente muito como platéia, muito passivo, né? [...] E eu acho que é certo, eu não acho que é errado não, a passividade do paciente ela deve insistir porque ele não tem a informação técnica, [...] ele não pode participar desse teatro no mesmo nível que você (M2, M, TAFF).

Na verdade é uma simbologia que não deixa de ser, onde o ator é o médico, o paciente seria a platéia (M3, F, MLG).

A questão da situação física do paciente interfere na posição que ele assume no drama, conforme já proposto por John (1996), quando dizia que o grau de poder do médico e de dependência do paciente pode variar de acordo com a condição de saúde do paciente. Para um médico, a maior fragilidade do paciente o faz assumir um papel maior de audiência, na tentativa de fazer com que ele, paciente, assuma um papel mais ativo.

[...] muitas vezes a gente dá um pouco mais, [...], depende da fragilidade, [...]. Você tem que tentar ser platéia muito tempo, senão você nunca não vai tirar da pessoa o que você precisa saber dela (M1, F, TMCWV).

A comparação a um ator ou atriz profissional aparece na fala de alguns médicos que confessam atuar em alguns momentos para manter a imagem esperada de um médico. Assim como ensinava Goffman, o relacionamento humano assume a qualidade de uma máscara. Cada pessoa, desse modo, se veste de um personagem, que deve revelar um eu apropriado, para cada ocasião e, ao mesmo tempo, esconder um *self* que, se revelado, poderia inibir, embaraçar ou distorcer o seu propósito.

[...] e ajo (como atriz) nesses casos que eu tenho que me controlar pra não dizer: menina tu ta se comportando como uma prostituta, às vezes eu tenho vontade de dizer isso, me controlo nesse ponto. Aí às vezes eu sou atriz [...] existe, gente sorrindo, a gente sabe que ta doida que (a paciente) saia [...] Mas que existe, existe, o ator (médico) no sentido de aumentar o problema, de supervalorizar [...]. “Eu vou passar esse remédio aqui, veio da França?”. O remédio foi pesquisado lá, mas foi feito aqui no Brasil (M4, F, MFF).

[...] elas (as pacientes) vão testando, testando pra saber qual é o (médico) melhor, qual é o que conversa mais, qual é o que é mais bonito, qual é o consultório mais bonito. E aí termina que a turma (os médicos) vai vendendo: “esse aparelho custou não sei quanto, isso aqui veio não sei da onde”. Pra poder impressionar, então isso tira a essência eu acho (M4, F, MFF).

Isso ai também é um aprendizado, é eu lembro que um dos meus mestres que foi o Nelson Fitiel. Que às vezes naquelas vivências fazia, a gente falava e era filmado e depois ia dizer o que era que você tinha visto né? E ai uma coisa que me surpreendeu foi que eu falei pra ele assim, eu digo engraçado parece que não sou eu, eu to construindo isso ai, eu até usei uma palavra assim, parece que eu to sendo falsa, ele disse não você não ta sendo falsa, quando a gente ta ai, a gente ta desempenhando um papel, a gente é um ator ou é uma atriz, e ai também foi uma pessoa que me deu um grande aprendizado né? Que também você não pode, não é que você ta sendo falsa, naquela hora eu achava que eu tava sendo falsa, mas na verdade é como você diz a gente ta construindo um papel né? Se você for chegar aqui, você chegar na frente do médico, se ele for se mostrar como ele é claramente pra você, eu acho que não é bem por ai, a gente tem que ter aquele limite de até aonde a gente pode se mostrar pro paciente (M6, F, ISB).

Calma, é uma imagem de calma, engraçado que isso daí também é uma coisa que como eu não sou pessoa calma, que todo mundo sabe que eu não sou pessoa calma, às vezes eu me surpreendo quando as pessoas dizem assim, há à senhora é tão calma, é tão tranqüila (M6, F, ISB).

Acontecem sim, alguns passos sim, por exemplo, é quando você vai falar especificamente, qual é a diferença de inseminação e fertilização? Noventa por cento dos casais que indicação de algum tratamento pergunta, e fazem a mesma pergunta, então essa explicação é automática, a inseminação é assim, assim, assim, fertilização é assim, assim, assim, é esse passo que eu sei que é automático, entendeu?(M2, M, TAFF).

Apenas uma paciente não conseguiu entender o sentido da comparação da representação teatral e a consulta médica; suas falas acerca da questão não foram analisadas. Das demais pacientes, somente duas não concordaram com a comparação e a posição exercida dentro desta dramaturgia, de forma geral é a de um papel de audiência bem ativa e com a obrigação de prestar informações precisas a respeito dos seus sintomas (papel técnico) e algumas vezes de explicitar seus dramas pessoais (papel social). Os pacientes, no entanto, entendem que não deve haver distanciamento com diferenciação entre ator e platéia.

[...] de eu contar, de ser transparente, de falar mesmo porque é o que eu to sentindo [...] você fala assim das questões de casa, ou no trabalho, que às vezes você não está nem atenta que aquilo está interferindo [...] para poder você ver como trabalhar melhor o diagnóstico do paciente [...] não dá pra fazer esse trabalho junto, não?. [...] Eu acho assim, que [...] a platéia tá próxima, ali na sala [...] seria uma apresentação de forma diferente [...] essa ligação, mais juntinha, tá entendendo? A platéia que são os pacientes com o médico (C1A, F, JDMS).

Teria que repassar todas as informações com o máximo de precisão, porque uma besteirinha pode ocasionar até o próprio médico ele errar [...] É, porque dependendo do desempenho do profissional é que a pessoa que está do outro lado [...] vai conceituar aquele trabalho né? [...] Ela tá sendo espectadora (C5A, F, ERRA).

[...] podemos comparar... eu não vejo muito assim que ela (Médica) seja a pessoa que tá fazendo a peça e eu como expectador de uma peça. Não vejo.[...] Eu vejo os dois atuando na mesma peça, né? Um fazendo o seu papel, e o outro fazendo o seu também. [...] Você começa a enrolar, né? Porque às vezes você quer um pouco enrolar, você quer passar um pouco da tua vida pessoal ali, e talvez seja importante pra ele, talvez não, mais que pra gente, pro paciente é super legal (C3B, F, ACEBA).

Meu papel na hora da consulta é informar tudo que ta ocorrendo porque muitas vezes a pessoa vai, por exemplo, vamos dizer pra um ginecologista, é às vezes a pessoa chega lá e não diz tudo o que ta acontecendo e o diagnóstico do médico é baseado em tudo que você fala, se você omite alguma coisa, ele não vai dar o diagnóstico que é correto. Então muitas pessoas chegam e tem vergonha de falar o que ocorreu, então isso vai influenciar na consulta que ele ta fazendo (C2B, F, FCS).

Pode. Pode ser comparado, porque as coisas [...] elas acabam sendo repetitivas, [...] muitas vezes o médico já nem olha mais pro paciente. [...] É por isso que muitas vezes os médicos são tão teatrais, né? [...] Acostumado a receber o paciente como se fosse um papel que ele está representando (C1B, F, MZGN).

Apenas duas das pacientes se declaram como “não-platéia” de forma bastante explícita:

Olha, no meu caso eu não sou platéia, não (Risos...), porque eu sou assim eu pergunto, eu faço questão de perguntar, [...] de anotar pra eu não esquecer, e na hora eu pergunto. Quando vou no médico [...] ele pergunta o que, que eu tenho eu falo, ai ele vai dizendo, dizendo, e eu interagindo com ele.[...] Eu vou interagindo, ‘mas doutor e assim, assim, assim, e tal?’ [...] pode até ter médico que me acha chata, porque eu sou assim, mas eu gosto de instigar.[...] Então assim, a minha idéia de platéia, é uma coisa mais passiva. E eu no médico não sou passiva. Eu procuro não ser platéia (C5B, F, RRSC).

Quando eu vou numa consulta, digamos que ali seja um drama e um teatro, mais eu tô no palco, não tô observando o que ela (Médica) tá fazendo. [...] eu tô dizendo o que eu tô sentindo. E se eu disser errado, pode interferir no que ele vai fazer, então, poderia comparar [...] eu e os médicos estaremos no palco. Eu passando o que eu penso, a forma que eu penso, o que tô sentindo [...] eu vejo mais a platéia passiva do que ativa, e o paciente não, ele é bem ativo numa consulta. Porque de repente se ele der uma informação trocada, ele pode levar a um diagnóstico errado. [...] então ele tem que ta bem atuante sim (C3B, F, ACEBA).

Finalmente, busca-se identificar evidências de inter-relação entre a congruência/discrepância dos papéis e suas possíveis conseqüências de marketing, último objetivo específico que foi analisado de forma diádica. A má atuação, segundo os próprios médicos, pode gerar insatisfação e finalização do relacionamento. Esta última, além de mais freqüente, pode também ser sugerida pelo médico no caso de uma má atuação do paciente.

[...] o paciente provavelmente não vai ficar satisfeito, não vai voltar (M1, F, TMCWV).

[...] o paciente um pouquinho mais com o pé atrás em relação a sua conduta, então na hora que você não demonstra segurança na primeira consulta por qualquer motivo, você tem uma pendência que na consulta subsequente, é a sua indicação. O seu tratamento que você sugere pra ele, sempre fica um pouquinho mais questionado do que se você tivesse atuado bem na primeira consulta, a confiabilidade diminui (M2, M, TAFF).

Normalmente quando você atua mal com o paciente, [...] quebra a relação médico-paciente, então nunca mais aquela relação ela vai ser igual, [...], se for assim uma coisa extremamente desastrosa, o paciente

não vai mais voltar pra você. Ou então você não vai mais querer aquele paciente, que às vezes também o paciente atua muito mal com você e eu já tive de dispensar paciente, entendeu? (M6, F, ISB).

A infidelidade dos pacientes, no entanto, também pode ser motivada pela existência dos planos de saúde que permitem que estes visitem vários médicos.

[...] a Unimed, ela democratizou muito o atendimento médico, então as pacientes passeiam muito, elas vão no médico da moda (M4, F, MFF).

Você tá aqui hoje, se você não gostar da minha roupa, se você não gostar da cor do meu batom, bem ali na esquina tem mais não sei quantos médicos que vão lhe atender pelo seu convênio, então eu acho que essa questão da interferência de terceiros na relação médico-paciente ela tá modificando a relação também do médico com o paciente (M6, F, ISB).

Por outro lado, ainda sob o olhar dos médicos, uma boa atuação gera satisfação pessoal para o outro e para si. John (1996) diz, a esse respeito, que a capacidade de comunicação do médico é fator determinante para a satisfação social e emocional do cliente. Esta satisfação pressupõe uma complacência do cliente para com o tratamento e também afeta no restabelecimento de sua saúde. Apenas um médico entrevistado citou que sua boa atuação pode aumentar a adesão do paciente ao tratamento e/ou conduta definida. Esta conformidade do paciente para com o tratamento definido interfere positivamente para os resultados médicos. A consequência de marketing para o negócio, segundo os médicos, por outro lado, são a própria satisfação e o ‘boca a boca’ positivo.

Vontade de realmente se tratar, de ficar boa, de voltar. Você cria adesão a tudo, né? (M1, F, TMCWV).

[...] ele acaba levando, divulgando você, o seu trabalho pra outras pessoas, eu acho que é uma consequência de uma atuação boa (M2, M, TAFF).

Aquela paciente ela vai ser uma repassadora do seu bom atendimento, então aquilo ali com certeza vai lhe gerar bastante pacientes né? É do ponto de vista filosófico [...] de você sentir que você atingiu aquela pessoa de forma humana (M6, F, ISB).

Para os clientes, uma boa atuação gera, de maneira mais notável, fidelidade, satisfação e ‘boca a boca’ positivo. É interessante notar que o comprometimento, que pode ser representado pela adesão ao tratamento, é uma categoria analítica pouco aparente tanto na fala de médicos como de pacientes. Por outro lado, uma má atuação do profissional médico pode gerar infidelidade e descontinuidade da relação, como é possível observar:

Ai com certeza a referência que eu vou dá [...] desse profissional pra outras pessoas que me pedirem opinião vai ser a melhor possível (C1A, F, JDMS).

A gente acaba voltando, né? Pensando que foi tudo bem, que tudo deu certo (C1B, F, MZGN).

Agradeço, retorno e indico pra quem quiser, com certeza. Eu já fiz isso várias vezes (C2A, F, AFP).

Acho que às vezes pode tá cheio, pode você ficar aguardando [...] mas você continua fiel. [...] Tudo ali vai ser solucionado (C5A, F, ERRA).

[...] fico encantada. [...] Ai, eu me sinto bem [...] eu indico: ‘olha aquela ginecologista é muito boa e tal’, [...] vale mais naquela propaganda boca a boca [...] de você propagar isso. Querer dizer pra todo mundo que foi bem atendido (C5B, F, RRSC).

As conseqüências é que eu vou sempre voltar pra o médico, pra esse médico, né? [...] Vou me sentir bem, né? (C4B, F, ICS).

Você volta e indica, né? [...] Jamais procura outro se você ta feliz com o que você tem (C3B, F, ACEBA).

[...] vira uma relação de fidelidade, o médico ganha aquele paciente, a família inteira do paciente e todo mundo que ele puder indicar e a maior propaganda do médico é essa né? É o boca a boca (C3A, F, TCFR).

Muitas vezes a gente sai desanimada, vai procurar outro, porque aquele não te acolheu (C1B, F, MZGN).

Eu não volto mais pra essa pessoa, né? (C1B, F, MZGN).

Não retorno mais. A gente não retorna e nem indica o médico pra ninguém (C2A, F, AFP).

[...] eu acho que a gente tenta ver se a qualidade daquele serviço, não foi boa, muda pra outro serviço como qualquer outra coisa. Você comprou uma bolsa, a bolsa rasgou, você não volta mais na mesma loja [...] porque você sabe que a bolsa vai rasgar. Eu acho que com o médico é a mesma coisa (C3B, F, ACEBA).

[...] abandona o consultório e procura outro e encontra um melhor (C3A, F, TCFR).

Conforme planejado na metodologia, ao final da entrevista foi questionada a influência da tarefa de desenhar para a expressão emocional e oral. A exceção de duas entrevistadas médicas, todos os profissionais médicos concordam haver uma influência. Do lado dos clientes, apenas uma única entrevistada acredita não haver influência e uma outra acredita ser esta influência negativa para a facilitação oral.

Não, eu acho que não, esqueci até do desenho. Não sei, eu acho que não (M1, F, TMCWV).

Tanto fazia eu ter feito o desenho, como não (C4B, F, ICS).

[...] me fez pensar no profissional médico [...] Houve uma influencia. Eu fiquei pensando, meditando como o profissional agiria (C1B, F, MZGN).

Interferiu, eu acho que o desenho balizou a entrevista, dentro do que eu coloquei como no desenho, a gente procura, fazer, colocar as respostas mais ou menos coerente com o que foi desenhado (M2, M, TAFF).

Facilita. Facilita a expressão. Porque às vezes visualmente você olha, parece que vem na cabeça, vai fluindo, naturalmente (C2A, F, AFP).

[...] porque se você chegar logo direto pra a entrevista, você não deixa a pessoa a vontade, já vai de supetão [...] A função do desenho é lhe passar uma certa tranquilidade, você pega a caneta, desenha, você pensa, raciocina, entendeu? (C2B, F, FCS).

[...] norteou a entrevista pra realmente o sentimento que eu tenho de ser médica de doação. Então me orientou melhor (M3, F, MLG).

[...] é um abrir portas [...] é como se eu tivesse me sentindo à vontade mais rápido (M5, F, EAAB).

Iniciar a nossa conversa, foi a partir do desenho que [...] clareou um pouquinho, aonde você queria chegar (C5A, F, ERRA).

Talvez, não sou muito falante. Por isso que eu não choro.[...] A mesa pra mim diz isso. E eu sempre pensei assim, mas nunca tinha falado. E ai quando você pediu que eu desenhar, eu desenhei logo a mesa (C4A, F, EMAM).

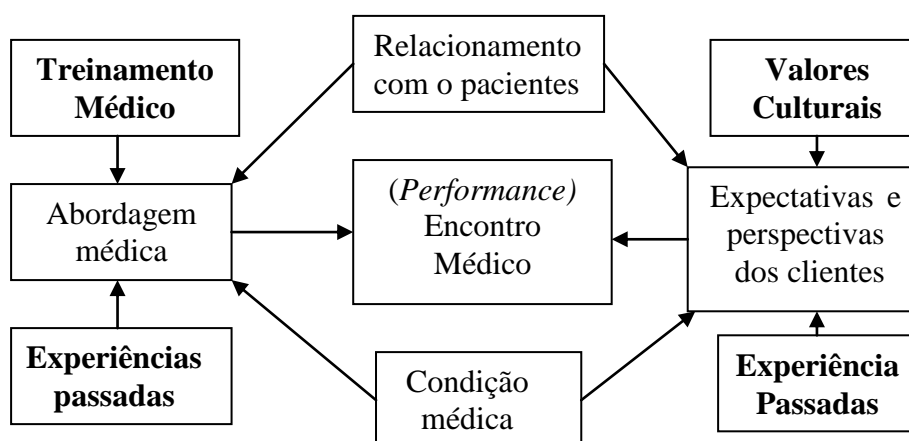
É eu acho que você acaba desenhando a idéia, pelo menos assim a idéia crua e depois a você vai aceitando essa idéia, vai descascando pra poder ir descobrindo coisas mais obvias, ou então que estavam mais escondidas atrás do desenho (C3A, F, TCFR).

[...] eu acho que o desenho é um bom aquecimento, [...] pra desenhar você precisa pensar [...] Acho que é uma boa preparação (C6B, F, JMLR).

Em síntese também é possível observar a confirmação do modelo de John (1996) explorado na sessão 1.7 deste trabalho. O modelo novamente apresentado a seguir se configura na sua totalidade, como é possível observar nas falas dos entrevistados referentes aos pontos destacados no modelo.

**FIGURA 1**

**A Representação do Encontro Médico, suas Regiões e Interfaces**



Bastidores Atores  
(médicos)

Palco, ambiente e performance  
Médicos e Clientes.

Bastidores Audiência  
(pacientes)

Fonte: adaptado de John (1996, p. 66).



### **Treinamento Médico**

[...] o próprio estudo né? Aquelas coisas que você vai lendo (M1, F, TMCWV).

### **Experiências passadas**

[...] eu poderia citar uma pessoa que foi muito importante no meu aprendizado que foi o doutor Chagas, foi diretor lá da maternidade escola e [...] me ensinou muito a questão assim, de hierarquia, de postura, de profissionalismo, até assim a questão de eu lidar com o financeiro (M6, F, ISB).

### **Valores Culturais**

[...] me chama a atenção na classe médica, de uma forma geral, essa simbologia do conhecimento que tem certificados que muitos colocam nas paredes [...] me passam a sensação de que tem muito conhecimento (C6B, F, JMLR).

### **Experiência Passadas**

Eu já tenho andado em vários consultórios e tenho tido muitas experiências [...] (C3A, F, TCFR).

O capítulo a seguir traz uma síntese conclusiva das principais contribuições do trabalho bem com propostas para trabalhos futuros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta de partida que orientou a construção deste texto tinha como intuito entender as conseqüências de marketing de um encontro de serviço, analisadas à luz da Teoria dos Papéis. Para tal partiu-se do entendimento de que a satisfação com o encontro de serviço, esta própria uma conseqüência de marketing, é influenciada pela congruência entre o comportamento percebido e a expectativa de comportamento dos atores.

O entendimento desta questão lançou luz sobre a necessidade de compreender quem são os atores, quem é a audiência, como expectativas e performances são formuladas e reformuladas contingencialmente. Dentro da seara na qual se desenvolvem os encontros de serviços médicos e depois de uma contextualização que justifica a importância de estudar o tema, alguns achados emergem guiados pelos objetivos específicos delineados.

Quando se buscou descrever crenças dos médicos e dos clientes acerca do profissional médico, os resultados convergem para a categoria cuidador, que se expressa na necessidade do olhar e ser olhado, ouvir e ser ouvido. Para os clientes, a categoria curador aparece com a mesma intensidade que cuidador, o que pode ser justificado pela expectativa em relação à resolução física dos seus problemas. De acordo com uma análise diádica, médicos e clientes apresentam uma congruência parcial quanto às crenças em relação ao que deve ser um profissional médico.

As regiões e interfaces identificadas no modelo de representação do encontro médico mostrado na seção 1.7 do referencial teórico se configuram na sua totalidade na fala dos clientes, quando estes definem experiências passadas como parte integrante de seu *background*. Para os médicos, o elemento treinamento (aprendizado explícito) previsto pelo modelo como parte dos bastidores dos prestadores de serviços não se mostrou de forma representativa, como em estudos anteriores relatados na literatura. Importante destacar que as pesquisas prévias foram desenvolvidas em outros contextos, o que pode levar a repensar os modelos de ensino das escolas de medicina do país.

No intuito de identificar as expectativas dos clientes quanto ao encontro de serviço, os achados indicam que os clientes estão um tanto desapontados e com baixas expectativas

emocionais em relação ao atendimento médico, porém com altas expectativas à resolução técnica. Este achado se confronta com a literatura que norteia aspectos emocionais como mais significativos para o cliente. É importante citar que este resultado emerge quando da análise das expectativas dos clientes quanto ao atendimento médico em geral, e não em relação à interação diádica. Assim, o momento paradoxal, previsto na literatura, se confirma: clientes estão se desencantando com o serviço médico quando este evolui para uma dimensão de mais sofisticação e tecnologia em relação à diagnósticos e tratamentos. Isto pode ocorrer porque a tecnologia por vezes, distancia o olhar e o ouvir, aspectos tão valorizados nas falas analisadas.

Quando se buscou identificar os atributos relevantes à qualidade do encontro, aspectos técnicos aparecem na fala dos médicos com a mesma frequência que aspectos emocionais, como a acessibilidade e acolhimento, porém não com a mesma ênfase. O achado parece indicar que os médicos possuem a consciência da importância do suporte emocional para seus clientes, porém este ainda não é um comportamento internalizado, portanto não totalmente externalizado.

Em relação ao ambiente físico, a conclusão da análise da díade indica que praticamente todos os médicos e clientes entrevistados concordam firmemente com a relevância do ambiente físico, o que corrobora com a literatura de marketing de serviços e também como os autores da Teoria dos Papéis. Segundo estes, os aspectos ambientais são capazes de criar imagens e influenciar o comportamento de clientes e prestadores, afinal o ambiente é a evidência física onde o serviço é entregue ou consumido. Como achados complementares acerca do ambiente físico, é importante destacar que este tem impactos distintos para médicos e seus clientes. Os médicos percebem os atributos técnicos do ambiente, enquanto que os clientes observam os aspectos do ambiente que levam a um conforto e bem estar emocional.

A relação transmissão e emissão de imagem, tão referenciada na literatura de Teoria dos Papéis, foi também analisada de onde conclui-se que os médicos pretendem transmitir, com mais frequência, aspectos emocionais e, com mais ênfase, aspectos técnicos. No olhar confrontado, a imagem emitida, ou seja, o que é percebido pelos clientes, são aspectos de natureza essencialmente emocional, embora aspectos técnicos também se apresentem nas falas. Palavras como ‘confiança’ e ‘segurança’ estão sempre permeando seus discursos. Estes achados são previstos na literatura quando pontua que os clientes de serviços de saúde possuem menos capacidade em avaliar os aspectos técnicos do serviço, por sua notória

complexidade. Assim, os clientes se utilizam de outras pistas perceptivas para a aferição do encontro de serviço, como é o caso da observação de diplomas e certificados expostos. A materialização deste sentimento se apresenta, inclusive, no desenho de uma das entrevistadas clientes.

Importante ainda destacar que a imagem que se pretende transmitir e a imagem efetivamente emitida sofre constante plástica e é fato que sua construção tem início desde a primeira interação. Os clientes estão conscientes da importância deste primeiro encontro e em suas falas é possível perceber possíveis consequências de um primeiro encontro mal sucedido.

Em relação à influência dos aspectos contingenciais na qualidade da imagem transmitida e emitida, a totalidade dos entrevistados médicos acredita no forte impacto destes aspectos e exemplificam-os com riqueza de diversidade. Por outro lado, praticamente nenhum cliente acredita que aspectos contingenciais possam interferir de alguma forma sobre a imagem, e muitas vezes estes não são nem mesmo percebidos. Assim, conclui-se que médicos e clientes discordam da importância de aspectos contingenciais como influenciadores da imagem transmitida e recebida.

A realidade do encontro de serviço médico como drama mostrou facetas que posicionam o mundo social percebido de forma dramática. Assim todos os personagens entrevistados se posicionam favoravelmente a comparação da metáfora teatral ao encontro de serviço médico. A importância da apresentação (ou representação) de um “eu” apropriado aparece de forma clara na fala dos médicos, que entendem a necessidade de se portar nesta ocasião de forma adequada a não inibir, embaraçar ou distorcer o seu propósito.

Ademais, dentro do drama, médicos se percebem como atores, enquanto os clientes lhes parecem melhor posicionados como audiência, fato que pode ser alterado pela situação física do cliente. Os clientes não aceitam o papel de audiência passiva e se entendem fazendo parte da produção do serviço, inclusive de forma técnica na qualidade de prestador de informação. De maneira geral, as clientes entendem que, independente dos papéis, o distanciamento deve ser evitado. Este, quando do olhar diádico, foi o achado com o mais alto nível de discrepância, e que deve servir de alerta para as partes.

Finalmente, se buscou identificar evidências de inter-relação entre a congruência/discrepância dos papéis e suas possíveis conseqüências de marketing. As conseqüências de uma boa ou má atuação são distintas. Uma boa atuação traz principalmente satisfação; enquanto uma má atuação gera quebra do relacionamento. Estes resultados são convergentes quando analisados de forma diádica.

Em relação a este objetivo final, três aspectos merecem destaque. O primeiro revela-se na fala dos médicos que declaram que uma boa atuação deles gera não apenas a satisfação do cliente, mas também uma satisfação pessoal, sentimento de dever cumprido. O segundo aspecto, contrário a literatura, é que para médicos e clientes a satisfação com o serviço não leva necessariamente a uma complacência do cliente para com o tratamento. Finalmente, a conseqüência de marketing relacionada ao boca-a-boca positivo ou negativo esta vinculada principalmente a boa atuação dos médicos, não sendo preocupação destes quando da sua má atuação. De certa forma isto se confirma na fala dos clientes, que não se mostram dispostos a falar mal dos médicos, mesmo diante de um desempenho ruim.

Este trabalho poderá estimular médicos e administradores da área da saúde a observarem com mais atenção determinados padrões comportamentais presentes no encontro médico-cliente. Tal observação é de grande valia para o gerenciamento bem sucedido desta interação. Por exemplo, a preocupação de ambas as partes (médicos e clientes) para com o ambiente físico, aponta para a importância deste item que deve ser elaborado de forma a suprir as necessidades de ambas as partes (técnicas e emocionais).

Como sugestão para trabalhos futuros parece interessante a realização de um trabalho complementar com os clientes de serviços médicos, utilizando as categorias analíticas realçadas por este trabalho. Neste poderia se averiguar quais os motivos que os levam a estabelecer relacionamentos de longo prazo.

Parece também interessante, para trabalhos vindouros, uma abordagem diferencial acerca do *self*. Se houver significado gera *self*. Nem toda significância gera identidade. É uma abordagem da micro sociologia que analisa a sociedade como um fluxo. Toda relação tem que ser significativa, é preciso que a relação continue a fazer sentido. O fundamental deve ser a busca da significância e do prazer: *self* lírico versus *self* social.

Motivada pelas falas dos médicos, que indicam diferenças entre os serviços públicos e os serviços privados, sugere-se a realização de um trabalho abordando uma possível variação de papel, de atuação e de desempenho de acordo com o tipo de ambiente: público ou privado.

Além disto, influenciada pelo sucesso da estratégia metodológica do uso de um desenho como deflagrador de emoções e facilitar da expressão oral, sugere-se um trabalho utilizando esta metodologia porém de forma mais aprofundada com a participação de um profissional psicólogo que possa interpretar de maneira mais técnica o desenho em si.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilberto Wilderberg de; MELLO, Ricardo Coutinho. Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde da Bahia. **Revista de Administração Contemporânea**. Rio de Janeiro, v.8, n.3, Jul. /Set., p. 9-27, 2004.

ARISTÓTELES, **Ética a Nicômacos**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2006.

BEN-SIRA, Z. Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physician's affective behavior. *Social Science and Medicine*. V. 16, p. 13-19, 1982 *apud* JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERRY, L Relationship marketing. In: BERRY, L.L.; SHOSTACK, G.L.; UPAH, G.D. (eds). *Emerging Perspectives on Services Marketing*. Chicago: American Marketing Association, pp. 25-28, 1983 *apud* ZEITHAML, Valarie A.; BITNER May Jo. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. (Trad.) Martin Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

BERRY, L. Relationship marketing of services: perspectives from 1983 and 2000. **Journal of relationship marketing**, v.1, n. 1, p.59-77, 2000.

BEUREN, Ilse Maria (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

BITNER, M. J. Servicescapes: the impact of physical surrounding on customers and employees. **Journal of Marketing**. V. 56, n. 2, p. 57-72, apr, 1992.

BITNER, M. J.; BOOMS, Bernard H.; MOHR, Lois A. Critical services encounters: the employee's viewpoint. **Journal of Marketing**. V. 58, p. 95-106, oct, 1994.

BITNER, M. J. Building services relationships: it's all about promises. **Journal of Academy of Marketing Science**. V. 23, n. 4, p. 246-253, 1995.

BLUMER, H. Symbolic Interactionism: Perspectives and method. Berkeley and Los Angeles: University of California, 1969. In: FLICK, Uwe. **Pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

BOMFIM, Z. A. C. **Cidade e afetividade: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo**. Pontifca Universidade Católica de São Paulo, 2003.

BROOK, R. H.; WILLIAMS, K.N. Quality of health care for the disadvantaged. *Journal of Community Health*. V. 1, p. 32-156, 1975.

BROWN, Richard H. A Poetic for Sociology. Cambridge, UK: CambridgeUniversity Press, 1977 *apud* GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and

implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

BULFINCH, Thomas. **O Livro de Ouro da Mitologia**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

CASTELLS. M. **A Sociedade em Rede**. V.1, 3. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CARVALHO, J. L. F. S.; MOTTA, P. C. Iluminando cenários de serviços: um exame das funções da luz nas horas da verdade. **Anais XXIV Encontro nacional da ANPAD**. Florianópolis, 2000.

CARVALHO, J. L. F. S.; VERGARA, S. C. Diálogos e Monólogos do Marketing de Serviços: de Volta à Conversa com os Scripts Cognitivos. **Revista interdisciplinar de Marketing**. V.1, n. 1, p. 7-20, Jan/Abr. 2002.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIZZOTTI, Antônio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**. Vol.16 número 002 4, p. 221-236, Universidade do Minho, Braga, Portugal , 2003.

COHEN, T. A metáfora e o cultivo da intimidade. In: SACKS, Sheldon. *Da Metáfora*, São Paulo: EDUC, 1992 *apud* BOMFIM, Z. A. C. **Cidade e afetividade**: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Pontifca Universidade Católica de São Paulo, 2003.

COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. Coleta, análise e interpretação dos dados. In: BEUREN, Ilse Maria (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2003.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pámela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

DIMATTEO, R. M. A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of medicine. **Journal of Social Issues**. V. 35, n. 1, p. 12-33, 1979.

DOYLE, B.J.; WARE, J.E. Physician Conduct and Other Factors that affects Consumer Satisfaction with Medical Care. Rand Corp., Santa Barbara, CA, 1977 *apud* JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based empression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996 .

ENGEL, G. L. The care of the patient: art or science?. **The Johns Hopkins Medical Journal**. V. 140, p. 222-32, 1977.

FLICK, Uwe. **Pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.



FRANÇA, Júnia Lessa. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 6. ed. Belo Horizonte:Ed. UFMG, 2003.

FRIEDSON, E. Patient's views of Medical Practices. Russel Sage Foundation. New York, NY, 1961 *apud* JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based empression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

GAHAGAN, J. **Comportamento interpessoal e de grupo**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GITOMER, Jeffrey. **Customer Satifaction in Worthless**. Austin, TX: Bard Press, 1998.

GOMES, J.C.M. Bases éticas do relacionamento médico-paciente. In: URBAN C.A, editor. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

GOFFMAN, E. **The presentation of self in everyday life**. Estados Unidos da América: Anchor Books, 1959.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. (Trad.) de Maria Célia Santos Raposo. Petrópoles: Editora Vozes, 1975.

GORDON, Ian. **Marketing de relacionamento**. São Paulo: Futura, 1998.

GRÖNROOS, Christian. A Service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 4, 1984.

GRÖNROOS, Christian. Services management and marketing. Managing the moments of truth in service competition. Lexington, MA: Free Press/ Lexington Books, 1990a. *apud* GRÖNROOS, Christian. Quo vadis, marketing? Toward a relationship marketing paradigm. **Journal of Marketing Managemant**, v. 10, p.347-360, 1994.

GRÖNROOS, Christian. Quo vadis, marketing? Toward a relationship marketing paradigm. **Journal of Marketing Managemant**, v. 10, p.347-360, 1994.

GROVE, S. J.; FISK, R. P. The dramaturgy of services exchange: an analytical framework for services marketing. In: BERRY, L.L.; SHOSTACK, G.L.; UPAH, G.D. (eds). **Emerging perspectives in service marketing**., Chicago: American marketing, 1983.

GROVE, S. J.; FISK, R. P.; BITNER, M. J. Dramatizing the service experience: a managerial approach. In: SWARTZ, T.; BROWN, S.; BOWEN, D. Advantages in services marketing and management. V. 1. Greenwich: Jai, 1992) *apud* MELLO, S.C.B.; LEÃO, A.L.M.S; SOUZA NETO, A.F.S. O "Papel" dos encontros de serviço na formação e na manutenção de relacionamentos. **Revista eletrônica de gestão organizacional**. v. 2, n.1, p. 50-64, jan./abr. 2004.

GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

GUTEK, B. Services Relationships, pseudo-relationships and encounters. In: HENNIGTHURAU, T.; HANSEN, U. (eds.). Relationships Marketing: gaining competitive advantage through customer satisfaction and customer retention. Berlin: Springer-Verlag, 2000. *apud* MELLO, S.C.B.; LEÃO, A.L.M.S.; SOUZA NETO, A.F.S. O “Papel” dos encontros de serviço na formação e na manutenção de relacionamentos. **Revista eletrônica de gestão organizacional**. v. 2, n.1, p. 50-64, jan./abr. 2004.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda., 1987.

HOFFMAN, K.D.; BATESON, J.E.G. **Princípios de marketing**: conceitos, estratégias e casos. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

HOUAISS, Antônio. **Grande enciclopédia Delta Larousse**. Rio de Janeiro: Editora Delta S.A., 1971.

JACKSON, Susan E. Measurement of Commitment to Role Identities. **Journal of Personality and Social Psychology**, 1981.

JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

JOSEPH, I. **Erving Goffman e a microssociologia**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

LEMME, Antônio César. **Ouvindo e encantando o paciente**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 2005.

LOCKE, Karen. A funny thing happened! The management of consumer emotions in service encounter. **Organization Science**. V. 7, n 1, January-February, 1996.

LOVELOCK, C. Product Plus: How products + Services = Competitive Advantage. New York: McGraw-Hill, 1994 *apud* GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços**: marketing e gestão. (trad.) Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2006.

LYMAN, S. M.; SCOTT, M. B. The drama of social reality. Nova York, Oxford University Press, 1976 *apud* TEIXEIRA, J. G. L. C. Análise dramaturgica e teoria sociológica. **Revista brasileira de ciências sociais**. V.13, n 37, São Paulo, Junho, 1998.

MACSTRAVIC, Scott. Patient Loyalty to Physicians. **Journal of Health Care Marketing**. Vol.14 Issue 4, , 4p, p53-56, 1994.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

McDONALD, M.; CHRISTOPHER, M; KNOX, S.; PAYNE, A. **Clientes: Os verdadeiros donos da empresa. Como construir uma organização orientada para o mercado**. São Paulo: Futura, 2001.

MEAD, George Herbert. **Mind, Self and Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist**. v. 1, Chicago: The University of Chicago Press, 1962.

MELLO, S.C.B.; LEÃO, A.L.M.S; SOUZA NETO, A.F.S. O “Papel” dos encontros de serviço na formação e na manutenção de relacionamentos. **Revista eletrônica de gestão organizacional**. v. 2, n.1, p. 50-64, jan./abr. 2004.

MENDONÇA, J.R.C., O estudo do gerenciamento de impressões nas organizações: uma visão geral do tema e considerações sobre a pesquisa e a produção no Brasil. In: CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M.M.F. (Org). **Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do observatório da realidade organizacional**. Recife, Pe: EDUFEPE, 2003.

NICOLA, Ubaldo. **Antologia ilustrada de filosofia: das origens à idade moderna**. São Paulo: Globo, 2005.

OLIVER, Richard L. Satisfaction, a Behavioral Perspective on the consumer. New York: McGraw-Hill, 1997 *apud* ZEITHAML, Valarie A.; BITNER May Jo. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. (Trad.) Martin Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

PARSONS, T. The sick role and the role of the physician reconsidered. **Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society**. V. 53, p. 78-257, 1975.

PERINBANAYAGAN, R.S. Signifying acts: structure and meaning in everyday life. Carbondale/ Edwardsville, Southern Illinois: University Press, 1985 *apud* TEIXEIRA, J. G. L. C. Análise dramaturgica e teoria sociológica. **Revista brasileira de ciências sociais**. V.13, n 37, São Paulo, Junho, 1998.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, Ilse Maria (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

REALE, Giovanni; ANTISERI, Dario. **História da Filosofia**. São Paulo: Paulus, 1990.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOUER, P. Processo metafórico como cognição, imaginação e sentimento. In: SACKS, Sheldon. *Da Metáfora*. São Paulo: EDUC, 1992 *apud* BOMFIM, Z. A. C. **Cidade e afetividade**: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

ROCHA, Ângela da; MELO, Renato Cotta de. **Marketing de serviços**: Casos brasileiros. São Paulo: Atlas, 2000.

SABATINO, Luiz. **Fidelização**: a ferramenta de marketing que promove relacionamentos duradouros com os clientes. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2003.

SARBIN, Theodore R.; VERNON, L. Allen. Role theory In: *Handbook of social psychology*. Ed. 2, v. 1. Gardner Lindsey and Elliot Aronson (eds.). Reading, MA: Addison-Wesley, 1968, *apud* SOLOMON, M.; SURPRENANT, C.; CZEPIEL, J.; GUTMAN, E. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, v. 49, p.99-111, 1985.

SHAKESPEARE, William. Uma peça como você gosta (As you like it). Tradução e adaptação de Geraldo Carneiro. Rio de Janeiro, O Tablado, Cadernos de teatro. 1985 *apud* TEIXEIRA, J. G. L. C. Análise dramaturgical e teoria sociológica. **Revista brasileira de ciências sociais**. V.13, n 37, São Paulo, Junho, 1998.

SHATTUCK, F. C. The science and art of medicine in some of theirs aspects. **Boston Medical and Surgical Journal**. V. 157, p. 63-70, 1977.

SHOSTACK, G.L. Planning the services encounter. In: CZEPIEL, J.; SOLOMON, M.; SURPRANANT, C. The service encounter. Lexington, Lexington Books, 1985 *apud* MELLO, S.C.B.; LEÃO, A.L.M.S; SOUZA NETO, A.F.S. O “Papel” dos encontros de serviço na formação e na manutenção de relacionamentos. **Revista eletrônica de gestão organizacional**. v. 2, n.1, p. 50-64, jan./abr., 2004.

SLACK, W. V. Patients Power. *Lancet*. V. 30, p. 240, 1977 *apud* JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based empression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

SOLOMON, M.; SURPRENANT, C.; CZEPIEL, J.; GUTMAN, E. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, v. 49, p.99-111, 1985.

SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

SZAZ. T. S.; HOLLENDER, M.H. A contribution to the philosophy of medicine. *Archives of Internal Medicine*. V. 97, p. 92-585, 1956 *apud* JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based empression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

TAGIURI, Renato. Person Perseption In: *Handbook of social psychology*. Ed. 2, v. 1. Gardner Lindsey and Elliot Aronson (eds.). Reading, MA: Addison-Wesley, 1968, *apud*

SOLOMON, M.; SURPRENANT, C.; CZEPIEL, J.; GUTMAN, E. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, v. 49, p.99-111, 1985.

TEIXEIRA, J. G. L. C. Análise dramaturgica e teoria sociológica. **Revista brasileira de ciências sociais**. V.13, n 37, São Paulo, Junho, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva, **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

URBAN, C.A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter; p.177-89, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**: São Paulo: Atlas, 2005.

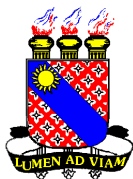
VIEIRA, Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

WEBSTER JR, Frederick E. The changing Role of Marketing in the Corporation. **Journal of Marketing**, Outubro, p.1-17, 1992.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER May Jo. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. (Trad.) Martin Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZIKMUND, William G. Metaphors as Methodology. In: Proceedings of the 1982 Winter Educators Conference. BUSCH, Ronald E.; HUNT, Shelby D. (eds.). Chicago: American Marketing Association, 1982 *apud* GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Documento Protocolar de Pesquisa (Documento de Participação)**

Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Centro de Estudos Sociais Aplicados - CESA  
Curso de Mestrado Acadêmico em Administração – CMAAd

---

**DOCUMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Prezado(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_,

Conforme entendimento mantido anteriormente, confirmamos sua participação na pesquisa que trata sobre conceitos ligados ao encontro de serviço médico-cliente e ao marketing pelo(a) aluno(a) \_\_\_\_\_.

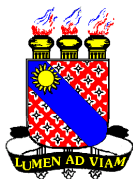
A referida pesquisa envolve entrevistas, em sua fase de campo. Será realizada uma entrevista com duração média de 50 minutos.

Agradecemos sua cooperação.

Atenciosamente,

---

Orientadora da Pesquisa

**ANEXO B – Documento Protocolar de Pesquisa (Termo de Confidencialidade)**

Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Centro de Estudos Sociais Aplicados - CESA  
Curso de Mestrado Acadêmico em Administração – CMAAd

---

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

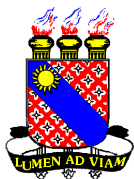
Pelo presente termo, a signatária, \_\_\_\_\_, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Universidade Estadual do Ceará, em fase de pesquisa de campo, compromete-se a manter todas as suas fontes de informação em total anonimato.

Neste sentido, compromete-se a (1) impedir a identificação do entrevistado nos termos da redação final de artigos e/ou relatórios, (2) destruir todo material recolhido por intermédio de qualquer estratégia metodológica, como fitas de gravação de entrevistas, depois da sua publicação dos artigos e relatórios, e somente manter em arquivo as transcrições destas em texto sem possibilidade de identificação. Os desenhos serão mantidos sem a identificação do entrevistado.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora



**ANEXO C – Documento Protocolar de Pesquisa (Termo de Consentimento)**

Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Centro de Estudos Sociais Aplicados - CESA  
Curso de Mestrado Acadêmico em Administração – CMAAd

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
sendo conhecedor(a) do tema e metodologia utilizados pela estudante do Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Universidade Estadual do Ceará, \_\_\_\_\_, consinto em participar da pesquisa conduzida pela referida estudante.

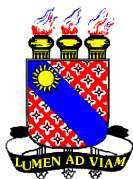
Entendo que toda e qualquer informação prestada por mim no decorrer da pesquisa pode ser utilizada na escrita de artigos ou relatórios referentes ao mestrado cursado. Entendo também que as entrevistas podem ser gravadas.

É acertado entre mim, signatário deste termo, e a pesquisadora, que todas as possibilidades de identificação enquanto respondente ou entrevistado devem ser impedidas e que o material coletado será destruído após a publicação de artigos e relatórios.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual do Ceará - UECE  
 Centro de Estudos Sociais Aplicados - CESA  
 Curso de Mestrado Acadêmico em Administração – CMAAd



Universidade Estadual do Ceará  
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
 Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce  
 Fone: 299-2790  
 E-mail: [cep@uece.br](mailto:cep@uece.br)



Fortaleza, de dezembro de 2006

**Título:** – O encontro de serviço médico-cliente e suas conseqüências para o marketing: uma perspectiva a luz da Teoria dos Papéis

**Processo No.0649842 1 Datado de 30/11/2006 - Folha de Rosto- N° 117035**

**Nome/pesquisadora - Karine Bessa Porto Pinheiro**

### PARECER

O Objeto geral da pesquisa é compreender os possíveis entendimentos sobre as conseqüências de marketing que podem emergir do encontro de serviço médico-paciente, quando estudadas sob a perspectiva da Teoria dos Papeis. Trata-se de um estudo exploratório norteado pelo método fenomenológico e abordagem qualitativa. A população envolvida como sujeito de pesquisa será constituída por médicos e pacientes cuja amostra assumirá característica não probabilística e intencional atingindo um total de seis médicos e doze clientes. Os critérios de inclusão acham-se assim definidos: os médicos serão selecionados por acessibilidade, entre aqueles que tratam de doenças crônicas na especialidade de Ginecologia; cada médico será solicitado a indicar 2 (dois) dentre seus pacientes que estejam sendo atendidos há pelo menos 1 (hum) ano. Os pacientes indicados serão bordados no consultório médico. O desenho da pesquisa esta baseado na metodologia fenomenológica cuja fonte de informações refere-se ao relato dos próprios sujeitos e o instrumento de coleta de dados são entrevistas semi-estruturadas, cujos roteiros encontram-se anexados ao protocolo. O método de análise dos dados será análise de conteúdo formulado por BARDIN. Os currículos da pesquisadora e da orientadora encontram-se anexados, mas o cronograma e o orçamento do estudo não constam do projeto. O projeto esta fundamentado cientificamente e bem justificado em relação aos objetivos propostos. O TCLE apresentado necessita ser reescrito, na forma de convite contendo os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos bem como os benefícios para os sujeitos de pesquisa advindos pela participação dos mesmos no estudo, conforme estabelece a Resolução 196/1996 item IV.1 e IV 2. Solicita-se apresentação do cronograma do estudo, que não consta no projeto bem como, o orçamento da pesquisa. Ressalta-se que o orçamento do projeto é peça fundamental para análise ética por significar a garantia da companhia e cuidados aos sujeitos de pesquisa que devem ser objeto do julgamento ético. Lembramos

ainda a necessidade de explicitar a forma de publicação dos resultados do estudo sobretudo o retorno para os sujeitos de pesquisa. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará  
(UECE)

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - Roteiro de entrevista (Médicos)**

- 1- Se o(a) senhor(a) tivesse que desenhar uma imagem para representar o profissional médico, o que o(a) senhor(a) desenharia?

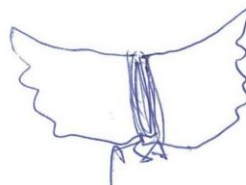
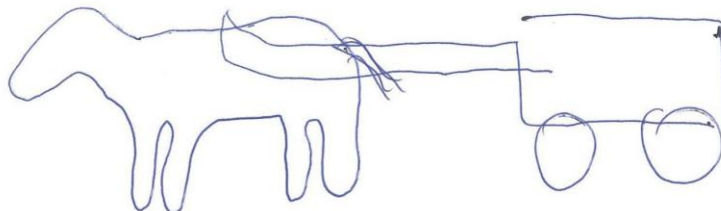
- 2- Explique/interprete o significado que tem para o(a) senhor(a) este desenho/esta imagem.
- 3- Descreva que sentimentos lhe provocam o desenho/a imagem.
- 4- Descreva sua forma de agir como médico(a).
- 5- O(a) senhor(a) tem esta forma de agir enquanto médico(a). Como isto foi constituído ao longo do tempo?
- 6- Quais atributos/características o senhor considera importantes para a qualidade do encontro médico-paciente? O (a) senhor (a) acha que o ambiente físico tem alguma influência na consulta médica? De que forma o ambiente físico pode influenciar na consulta?
- 7- Tomando como base estes atributos/características, qual o seu papel durante a consulta?
- 8- Que imagem o(a) senhor(a) pretende transmitir durante a consulta?
- 9- A imagem a ser transmitida, pode variar circunstancialmente (ex: quando o paciente entra acompanhado, quando o(a) paciente é colega de profissão, ou alguma outra circunstância)?
- 10- O que o(a) senhor(a) acha da comparação da consulta médica com a representação teatral, onde o médico é o ator e o paciente é a audiência? Neste caso, qual é o seu papel? Age mais como ator ou como audiência?
- 11- Quais as conseqüências de sua má atuação/representação)? Quais as conseqüências de sua representação fraca ou negativa na consulta?
- 12- Quais as conseqüências de sua boa atuação? Quais as conseqüências de sua representação positiva na consulta?

**APÊNDICE B - Roteiro de entrevista (Clientes).**

- 1- Se o (a) senhor (a) tivesse que desenhar uma imagem para representar a profissão médica, o que o (a) senhor (a) desenharia?

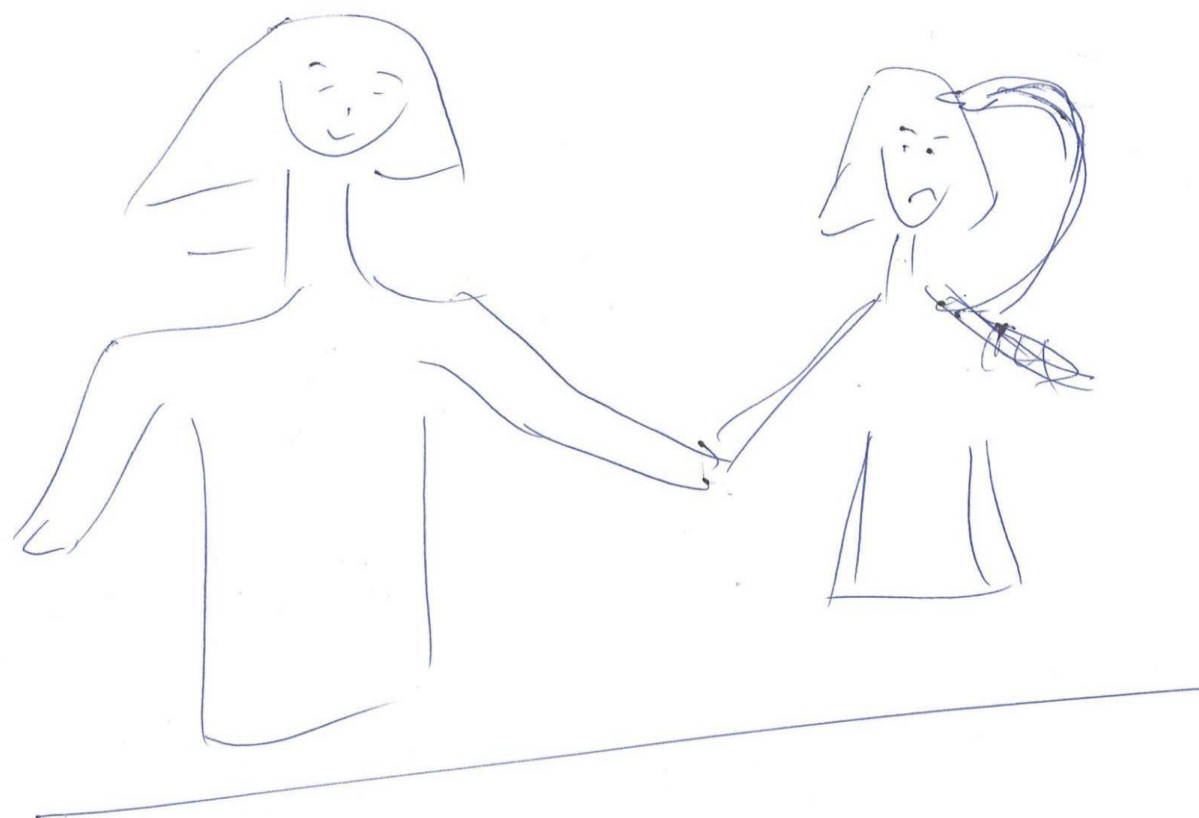
- 2- Explique/interprete o significado que tem para o (a) senhor (a) este desenho/esta imagem.
- 3- Descreva que sentimentos lhe provocam o desenho/a imagem.
- 4- Descreva um médico ideal, para você. A forma de agir ideal enquanto médico.
- 5- O (a) senhor (a) descrever um médico ideal. Como o (a) senhor (a) acha que esta imagem de médico ideal se formou ao longo do tempo na sua consciência?
- 6- O que o (a) senhor (a) espera da consulta com seu (sua) médico (a)? Qual a expectativa que tem em relação à consulta médica? O (a) senhor (a) acha que o ambiente físico tem alguma influência na consulta médica? De que forma o ambiente físico pode influenciar na consulta?
- 7- Tomando como base estas suas expectativas, qual o seu papel durante a consulta?
- 8- Que imagem o (a) seu (sua) médico (a) lhe transmite durante a consulta?
- 9- Esta imagem que seu (sua) médico (a) lhe transmite pode variar circunstancialmente (ex: quando o (a) senhor (a) entra acompanhado (a) ou alguma outra circunstância)?
- 10- O que o (a) senhor (a) acha da comparação da consulta médica com a representação teatral, onde o médico é o ator e o paciente é a audiência? Neste caso qual é o seu papel? Age mais como ator ou como audiência?
- 11- Quais as conseqüências da má atuação/representação de seu (sua) médico (a)? Quais as conseqüências da atuação/representação fraca negativa de seu (sua) médico (a)?
- 12- Quais as conseqüências da boa atuação de seu (sua) médico (a)? Quais as conseqüências da atuação/representação positiva de seu (sua) médico (a)?**



**APÊNDICE C – Desenhos (Médicos).****(M1, F, TMCWV)****(M2, M, TAFF)**



(M3, F, MLG)



(M4, F, MFF)



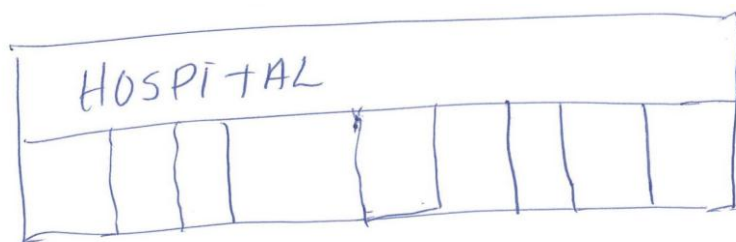
**(M5, F, EAAB)**



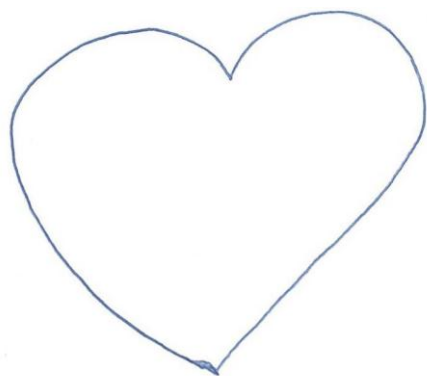
**(M6, F, ISB)**

**APÊNDICE D – Desenhos (Clientes).**

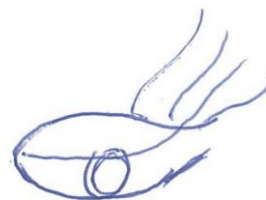
**(C1A, F, JDMS)**



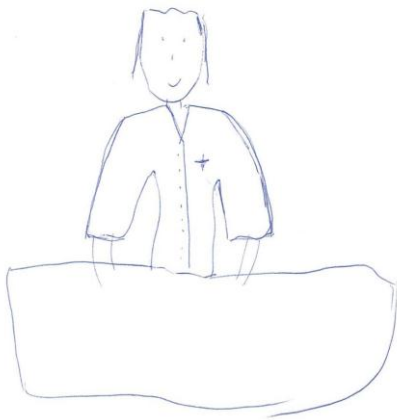
**(C1B, F, MZGN)**



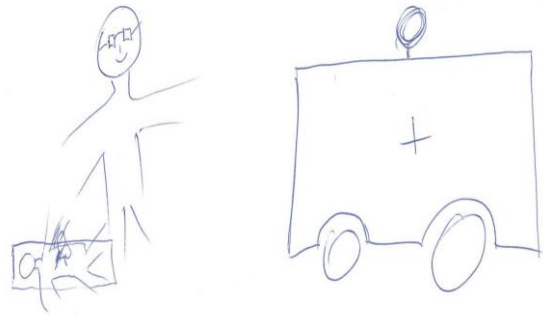
**(C2A, F, AFP)**



**(C2B, F, FCS)**



**(C3A, F, TCFR)**



**(C3B, F, ACEBA)**



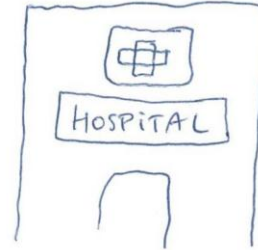
**(C4A, F, EMAM)**



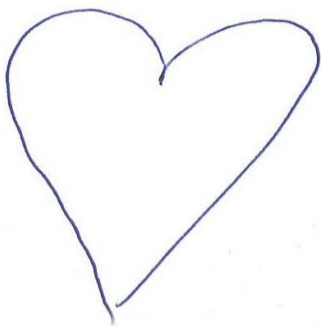
**(C4B, F, ICS)**



(C5A, F, ERRA)



(C5B, F, RRSC)



(C6A, F, FJCG)



(C6B, F, JMLR)