UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PROPAD

BRENDA ALLANA SANTOS DE PAULA

ATENDIMENTO MÉDICO EM CONSULTAS: um estudo sob a ótica da pesquisa transformativa em serviços

Recife
2018

BRENDA ALLANA SANTOS DE PAULA

ATENDIMENTO MÉDICO EM CONSULTAS: um estudo sob a ótica da pesquisa transformativa em serviços

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Administração, área de concentração em Gestão Organizacional, do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof. Drº Salomão Alencar de Farias.

Recife
2018

Catalogação na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

P324a Paula, Brenda Allana Santos de
Atendimento médico em consultas: um estudo sob a ótica da pesquisa transformativa em serviços / Brenda Allana Santos de Paula. - 2018.
135 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Salomão Alencar de Farias.
Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2018.
Inclui referência, apêndices e anexos.

1. Consultas médicas. 2. Relação médico paciente. 3. Pesquisa transformativa. I. Farias, Salomão Alencar de (Orientador). II. Título.

658 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2019 – 004)

BRENDA ALLANA SANTOS DE PAULA

ATENDIMENTO MÉDICO EM CONSULTAS: um estudo sob a ótica da pesquisa transformativa em serviços

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Administração, área de concentração em Gestão Organizacional, do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovado em: 20/12/2018.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profº. Dr. Salomão Alencar de Farias (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

_____
Profª. Drª. Maria de Lourdes de Azevedo Barbosa (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____
Profº. Dr. Marconi Freitas da Costa (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Sou grata primeiramente a Deus por mais esta oportunidade de crescimento e aprendizado, assim como pela força para enfrentar o desafio que foi a vivência do mestrado.

Ao meu orientador Salomão Farias, a quem tenho grande admiração, agradeço pela atenção, paciência, confiança e por todos os ensinamentos em prol de meu desenvolvimento acadêmico.

À minha família e amigos, pelo contínuo apoio e compreensão, fundamentais nessa conquista. Em especial, obrigada a minha mãe pela motivação e dedicação que me permitiram ser quem sou hoje e por me ensinar a importância dos estudos. Aos colegas de turma pela troca de experiências. A Magda e Júlio, "fiéis companheiros de jornada", cujo incentivo, parceria e auxílio mútuo tornaram o processo mais fácil e divertido.

Aos professores do PROPAD/UFPE por todo o conhecimento adquirido. À minha banca de qualificação, as professoras Maria de Lourdes e Rita de Cássia, pelas valiosas contribuições. Agradeço também as agências de fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro durante o período.

Por fim, sou grata a todos que de alguma maneira colaboraram nessa trajetória, incluindo aqueles se dispuseram a participar da pesquisa como entrevistados.

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2016).

RESUMO

Nos serviços médicos, muitas vezes, os consumidores se encontram em uma situação de vulnerabilidade potencial, em razão de falta de experiência e conhecimento na área, fazendo com que surjam preocupações com seu bem estar. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo aponta, dentre as principais queixas na relação médico-paciente, irregularidades relacionadas à má assistência e/ ou atendimento ao paciente, como os casos deles mal serem ouvidos, recebendo prontamente um diagnóstico generalizado. Dessa forma, esse estudo teve como finalidade entender como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços. Para isso, foram realizadas entrevistas com pacientes, médicos e estudantes de medicina. As análises dos dados ocorreram por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados indicaram que o elemento tido como de maior importância para o bem estar nesse encontro de serviço é o intercâmbio de informações, sendo nesse enfoque que o tempo de duração das consultas, o nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas e a modalidade de atendimento (plano de saúde ou particular) pode influenciar a realização das consultas. Ao fim, a partir dos achados, foram apresentadas proposições transformativas.

Palavras-chave: Consultas médicas. Relação médico-paciente. Pesquisa transformativa.

ABSTRACT

In medical services, consumers are often in a situation of potential vulnerability due to a lack of experience and knowledge in the area, which raises concerns about their well-being. São Paulo's Regional Council of Medicine points out, among the main complaints in the doctor-patient relationship, irregularities related to poor patient care, such as cases of patients barely being heard and promptly receiving a generalized diagnosis. Thus, this study had the purpose to understand how occurs the evaluation of the medical consultation, in the perspective of the transformative service research. For this, interviews were conducted with patients, physicians and medical students. Data analysis happened through the content analysis technique. The results indicated that the most important element for the well being at this service encouter is the exchange of information, and is within this focus that the consultation length, the level of consumer knowledge about clinical conditions and the mode of care (health plan or private) can influence the conduct of consultations. At the end, from the findings, were presented transformative propositions.

Key-words: Medical consultation. Doctor-patient relationship. Transformative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Visões da TCR 24
Figura 2 - Modelo de qualidade do serviço 39
Figura 3 - Evolução na quantidade de alunos e cursos de medicina no Brasil de 2010 a 2016..... 50
Figura 4 - Relação entre os construtos 51
Figura 5 - Desenho metodológico da pesquisa 54
Figura 6 - Sugestões transformativas ilustradas em quadrinhos 114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre a pesquisa tradicional e a pesquisa transformativa 25
Quadro 2 - Estado de arte dos estudos em pesquisa transformativa e bem estar do consumidor.. 29
Quadro 3 - Perspectivas "distanciada" e "proximal" dos serviços médicos 32
Quadro 4 - Estudos na área de serviços de saúde e comportamento do consumidor 45
Quadro 5 - Dados das entrevistas com os médicos 58
Quadro 6 - Dados das entrevistas com os estudantes de medicina 58
Quadro 7 - Dados das entrevistas com pacientes 60
Quadro 8 - Critérios de qualidade aplicados à pesquisa 64
Quadro 9 - Perfil dos pacientes e dos atendimentos que participaram 66
Quadro 10 - Perfil dos médicos e dos atendimentos que realizam 67
Quadro 11 - Perfil dos estudantes de Medicina 68
Quadro 12 - Resumo da relação médico-paciente, sob o ponto de vista dos pacientes 76
Quadro 13 - Resumo da qualidade em serviços médicos (atendimento ideal), sob o ponto de vista dos pacientes 80
Quadro 14 - Resumo da satisfação do consumidor em serviços médicos, sob o ponto de vista dos pacientes 84
Quadro 15 - Resumo do nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas, sob o ponto de vista dos pacientes 88
Quadro 16 - Resumo do panorama da saúde no Brasil, sob o ponto de vista dos pacientes ... 91
Quadro 17 - Resumo da relação médico-paciente, sob o ponto de vista dos médicos 95
Quadro 18 - Resumo da qualidade em serviços médicos (atendimento ideal) e satisfação do consumidor, sob o ponto de vista dos médicos 98
Quadro 19 - Resumo do nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas, sob o ponto de vista dos médicos 101
Quadro 20 - Resumo do panorama da saúde no Brasil, sob ponto de vista dos médicos 104
Quadro 21 - Resumo da qualidade em serviços médicos (atendimento ideal), sob o ponto de vista dos estudantes de Medicina 106
Quadro 22 - Resumo do panorama da saúde no Brasil, sob o ponto de vista dos estudantes de Medicina 108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Associação de Pesquisa do Consumidor
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
CQI	Consultation Quality Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
PROPAD	Programa de Pós Graduação em Administração
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Pesquisa Transformativa do Consumidor
TIC	Técnica de Incidentes Críticos
TSR	Pesquisa Transformativa em Serviços

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Apresentação do problema 13
1.2 Perguntas de pesquisa 17
1.3 Justificativa 18
1.4 Estrutura da dissertação 20
2 REFERENCIAL TEÓRICO 21
2.1 Relação de consumo na prestação de serviços médicos 21
2.2 Pesquisa transformativa do consumidor 21
2.2.1 Pesquisa transformativa em serviços 26
2.2.2 Estudos sobre o tema 29
2.3 Relação médico-paciente 31
2.4 Aprendizagem do consumidor 35
2.5 Qualidade em serviços 37
2.5.1 Qualidade em serviços médicos 39
2.6 Satisfação em serviços 42
2.6.1 Satisfação em serviços médicos 43
2.7 Serviços de saúde e comportamento do consumidor 45
2.8 Panorama da saúde no Brasil 47
2.9 Relação entre os construtos 50
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 52
3.1 Natureza da pesquisa 52
3.2 Desenho metodológico 53
3.3 Sujeitos da Pesquisa 54
3.4 Coleta dos Dados 56
3.4.1 Entrevistas semiestruturadas 57
3.4.2 Técnica de incidentes críticos (TIC) 59
3.5 Análise de dados 61
3.5.1 Análise de conteúdo temática 61
3.6 Critérios de qualidade da pesquisa 62
3.7 Ética na pesquisa 64
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 66
4.1 Caracterização do perfil dos respondentes 66
4.2 Atendimento médico sob o ponto de vista dos pacientes 69
4.2.1 Relação médico – paciente 69

4.2.2 Qualidade em serviços médicos (atendimento ideal) 76
4.2.3 Satisfação do consumidor em serviços médicos..... 81
4.2.4 Nível de conhecimento dos pacientes sobre condições clínicas..... 84
4.2.5 Panorama da saúde no Brasil..... 88
4.3 Atendimento sob o ponto de vista dos médicos..... 92
4.3.1 Relação médico-paciente..... 92
4.3.2 Qualidade em serviços médicos (atendimento ideal) e satisfação do consumidor..... 96
4.3.3 Nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas 98
4.3.4 Panorama da saúde no Brasil..... 101
4.4 Atendimento sob o ponto de vista dos estudantes de Medicina..... 104
4.4.1 Qualidade em serviços médicos (atendimento ideal) 104
4.4.2 Panorama da saúde no Brasil..... 106
4.5 Discussão entre os diferentes grupos de sujeitos..... 108
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 111
5.1 Limitações do estudo 116
5.2 Sugestões para futuros estudos..... 116
REFERÊNCIAS 118
APÊNDICE A – ROTEIRO DE BASE PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MÉDICOS 130
APÊNDICE B – ROTEIRO DE BASE PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM ESTUDANTES DE MEDICINA..... 132
APÊNDICE C – ROTEIRO DE BASE PARA ENTREVISTA UTILIZANDO A TÉCNICA DE INCIDENTES CRÍTICAS COM PACIENTES..... 133
ANEXO A - OS DEVERES DO MÉDICO ESTIPULADOS PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (RESOLUÇÃO Nº 1931/2009 - CFM)..... 135

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta o problema de pesquisa, a questões norteadoras e a justificativa para a escolha do tema. Inicia-se com a contextualização do problema e motivações para a realização do estudo.

1.1 Apresentação do problema

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017), o setor de serviços constitui o segmento de maior peso na economia brasileira, respondendo por cerca de 70% do Produto Interno Bruto (PIB). Também, é o setor que mais emprega no país, o equivalente a cerca de dois terços da população nacional. Sendo assim, percebe-se que os serviços estão bastante presentes na sociedade, fazendo com que as pessoas estejam constantemente imersas e rodeadas por uma variedade de opções que repercutem em quase todos os aspectos da vida cotidiana (ANDERSON; OSTROM, 2015).

Devido a essa relevância global, López-Bonilla e López-Bonilla (2014) defendem a necessidade de maior ênfase no estudo da importância da interação entre prestadores de serviços e clientes. Para os autores, o uso crescente de tecnologias possibilita o autoatendimento, alterando a relação entre organização e consumidor, que pode ir além do diálogo face-a-face baseado em relacionamentos interpessoais. Contudo, Chang, Chen e Lan (2013) explicam que é na oportunidade de contato que reside o principal núcleo de serviço, pois esta irá definir e influenciar o processo de avaliação e experiência do cliente.

Para Brasil e Slongo (2004) há diferentes tipos de interação no contexto da prestação de serviços: em algumas situações, a participação do cliente é ampla e este se torna o principal responsável pelo serviço realizado; já em outras, há uma grande transferência de responsabilidades para o prestador, o que requer “maior autonomia, conhecimento e desenvolvimento de múltiplas habilidades de atendimento ao consumidor, incluindo questões de personalização e comunicação” (p.6), exigindo um maior gerenciamento da relação com o cliente.

Este último caso suscita preocupações com o bem estar do consumidor, decorrentes de estarem em uma posição de vulnerabilidade potencial (BAKER; GENTRY; RITTENBURG, 2005), o que ocorre, muitas vezes, quando este não tem um grau de controle sobre o serviço, devido a dois fatores, conforme Shi et al. (2017): objetivamente, à assimetria de informações e, subjetivamente, a pressões emocionais, que podem levar a comportamentos não racionais, prejudicando a tomada de decisão.

Nesse sentido, surge a pesquisa transformativa em serviços (*Transformative Service Research* - TSR), que, segundo Anderson e Ostrom (2015), refere-se a qualquer disciplina que investigue a relação entre serviços e bem estar e, mais especificamente, focando em promover mudanças e melhorar a vida de indivíduos (ANDERSON et al., 2013). Coelho (2015) explica que movimentos transformativos se diferem da perspectiva gerencial da pesquisa em comportamento do consumidor, voltada para beneficiar as organizações empresariais. Lança, assim, um novo olhar sobre o consumo, não antagônico, mas priorizando problemáticas socialmente relevantes.

Para Coelho (2015), ao assumir o compromisso de beneficiar as pessoas com os resultados de seus estudos, os pesquisadores que conduzem pesquisas transformativas não veem os clientes apenas como segmentos de mercado, mas como cidadãos. Ainda, prezar pelo bem-estar do consumidor não significa, entretanto, ignorar ou rejeitar as práticas empresariais, mas sim estudar o consumo de forma a promover a qualidade de vida das pessoas e fazer com que as partes envolvidas nas investigações sejam, de fato, favorecidas pelos resultados da mesma. Portanto, para o autor, trata-se de uma pesquisa que visa minimizar a lacuna existente entre o conhecimento produzido e sua aplicação, por meio da "tradução" dos achados para a realidade prática.

Todos os tipos de serviços têm a capacidade de exercer influência no bem estar do consumidor, em especial os de saúde, educação e financeiros, devido à sua própria natureza (ANDERSON et al., 2013). Para esses autores, os consumidores de serviços médicos estariam frequentemente em desvantagem, em razão de sua falta de experiência e conhecimento específico. A falta de domínio técnico, portanto, faria com que os pacientes raramente desafiassem as decisões relativas à própria saúde, limitando-se a cumprirem as orientações que lhes fossem dadas. Por isso, "a saúde do cliente é um interesse de longa data de pesquisadores que buscam explorar o potencial transformador dos serviços médicos com o objetivo de melhorar a saúde individual", constituindo, dessa forma, uma oportunidade para investigar a relação provedor - consumidor na perspectiva da TSR (ANDERSON et al., 2013, p. 1207).

Contudo, de acordo com Shrivastava, Shrivastava e Ramasamy (2014), a relação médico-paciente vem se modificando com o passar dos anos, por inúmeros fatores, como: a) formulação de atos de defesa do consumidor; b) mudanças no status dos médicos; c) desconfirmação das expectativas dos pacientes quanto à conduta profissional (especialistas que não ouvem as queixas de pacientes ou com fracas habilidades de comunicação, utilizando excessivamente termos científicos); e, sobretudo, d) expansão maciça do setor de mídia de

massa, com o uso da internet e grupos de interesse on-line, bem como as conexões em redes sociais, proporcionando maior facilidade de acesso e disseminação de questões relativas à saúde, com consequente aumento da conscientização das pessoas.

Para Oliveira (2014), o uso disseminado da Internet como fonte de informações de saúde tem gerado impacto no nível de conhecimento das pessoas em geral, afetando suas atitudes e práticas. Pacientes que outrora confiavam cegamente em médicos, agora se tornam cada vez mais questionadores e empoderados, uma vez que participam de consultas já de posse de informações e vocabulários anteriormente restritos aos profissionais – e, em alguns casos, apenas para obter uma prescrição médica.

Com efeito, a ascensão desse novo tipo de paciente traz novas implicações para o bem estar do consumidor. Oliveira (2014) discorre que, por um lado, proporciona evidentes benefícios, como melhor entendimento e análise da própria situação clínica; maior autonomia, com estabelecimento de efetivo diálogo com o médico e consequente compartilhamento de responsabilidades. Por outro, suscita preocupações relativas à existência de informações equivocadas, que podem gerar autotratamento, diagnósticos não confiáveis e exames desnecessários; deterioração da relação médico – paciente, pois os vieses podem provocar desentendimentos com o profissional de saúde ou uso das informações obtidas para testar o médico; aumento da insatisfação para com o serviço, estando os pacientes cada vez mais críticos, exigentes e dispostos a mudar de médico, se necessário, caso os serviços não lhes sejam prestados da forma desejada (SHRIVASTAVA; SHRIVASTAVA; RAMASAMY, 2014).

Chang, Chen e Lan (2013) revelam que quanto maior a percepção dos pacientes quanto à habilidade profissional e capacidade de comunicação do médico, melhor será a avaliação do serviço. Afinal, os clientes estão interessados na credibilidade da pessoa que os tratam, pois segurança e honestidade dos resultados e diagnósticos são primordiais, ainda mais após a abertura proporcionada pela internet. Para Plomp e Ballast (2010), a eficácia dos cuidados depende muito da medida em que se confia nos profissionais de saúde, pois a confiança afetaria os comportamentos e atitudes dos pacientes, como sua vontade de procurar e submeter-se ao tratamento, revelar informações sensíveis, recomendar para outros, dentre outros aspectos.

Nesse contexto, é importante que os especialistas de instituições médicas compreendam as necessidades dos clientes e forneçam serviços adequados, tendo em vista aumentarem os índices de satisfação e retenção. Dessa forma, as atividades de marketing, que

eram pouco reconhecidas e praticadas na área da saúde, tornam-se ferramentas essenciais. É o caso, por exemplo, de preocupações com a qualidade do serviço.

Soares e Farhangmehr (2015) demonstram que a percepção de qualidade e a satisfação dos pacientes para com os cuidados à saúde abrangem duas dimensões principais: técnica e interpessoal. A técnica refere-se aos padrões de tratamento, com a aplicação da ciência da Medicina. Já o interpessoal refere-se à interação entre o cliente e os prestadores de serviço, isto é, pelas evidências de atenção, interesse, cuidado e preocupação dos profissionais com a saúde e bem-estar (URDAN; 2001). Para esse último autor, os pacientes geralmente não possuem o conhecimento necessário para avaliar os requisitos técnicos e, por isso, o avaliam indiretamente pela dimensão interpessoal.

Uma problemática atual que foi observada nesse contexto de serviços e que é alvo de reclamações está relacionada ao tempo de duração das consultas. Para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2017), pacientes mais esclarecidos quanto à própria situação facilitam a atuação médica, fazendo com que esta assuma um papel mais de consultoria. Segundo Oliveira (2014), contudo, apesar de o maior nível de conhecimento do paciente, na teoria, facilitar a explicação da doença, tratamento e suas consequências, na prática, os pacientes podem ter mais curiosidade e perguntas extras quanto à abordagem a ser adotada por seus médicos, necessitando, então de uma consulta mais longa. Alguns estudos sugeriram que um maior tempo de atendimento tem sido associado a maior nível de satisfação do paciente e a melhores resultados de saúde e resolução de problemas (WILSON et al., 2016).

O CREMESP (2001) aponta em um Guia, o mais consultado on-line até o ano de 2017, as principais queixas na relação médico-paciente, sendo elas irregularidades relacionadas à: negligência e imprudência, como má assistência (consultas rápidas e sem resultados satisfatórios); ao serviço médico, como atraso em consulta; e à perícia médica, como o mau atendimento envolvendo descaso com o paciente. Essa problemática, todavia, persiste até os dias atuais. De acordo com reportagem da IstoÉ (2016), seja em planos de saúde ou em particulares, é prática reincidente os pacientes mal serem ouvidos, recebendo prontamente um diagnóstico generalizado e impreciso, que pode até acarretar em erros. Steenhuis et al. (2017) argumenta que isso ocorre, uma vez que a maioria dos métodos de pagamento no sistema de saúde estimula atendimentos por volume, em vez de orientados para o valor. Há, assim, “dificuldades impostas por uma gestão de saúde que prioriza o paciente como meio, seja com olhar no lucro, seja no número, e não na qualidade do atendimento” (CREMESP, 2017, p 25).

É importante ressaltar que tal questão pode implicar também em considerações éticas. Os deveres do médico estão muito claros no código de ética médica (Resolução nº 1931/2009) estipulados pelo CFM nos capítulos I ao XIV sendo os principais para esse estudo os capítulos III, IV e V que versam sobre a responsabilidade profissional do médico, sobre os direitos humanos e sobre a relação do médico com o paciente (Apêndice A). Já sobre os direitos dos pacientes, a portaria do Ministério da Saúde nº1286 de 26/10/93- art.8º e nº74 de 04/05/94 dispõe que: " O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, pôr parte de todos os profissionais de saúde".

Com base nisso, salienta-se a necessidade da associação genuína entre médico e paciente, com um maior envolvimento de ambas as partes, que decorre do compartilhamento bilateral de informações e tomada de decisão compartilhada (URDAN, 2001; MCLAWHORN et al., 2016), aprimorando o relacionamento de consultório.

Tendo em vista os aspectos mencionados, o presente estudo busca entender a relação médico-paciente no âmbito da problemática do atendimento em consultas, sob a perspectiva da pesquisa transformativa em serviços, visando o bem-estar dos pacientes envolvidos. Como resultado, objetiva, de forma prática, com base nas proposições de Mick et al (2012): a) desenvolver e projetar soluções de serviços médicos de alta qualidade, a fim de melhorar a satisfação dos pacientes com os mesmos; b) fomentar a educação dos pacientes para que saibam como se portar, o que devem exigir, seus direitos e atitudes a serem tomadas; c) promover uma maior conscientização da comunidade médica sobre o novo papel do consumidor, fornecendo indicações sobre como lidar e mudanças de atitude e postura; d) disseminação dos achados à sociedade, com o compartilhamento das orientações elaboradas como resultado da pesquisa, por meio da elaboração de proposições transformativas; e com implicações teóricas: e) explorar o atendimento médico em consultas sob a ótica da pesquisa transformativa em serviços.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo compreender como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços.

1.2 Perguntas de pesquisa

Considerando a natureza da problematização apresentada, o estudo tem um caráter humanista. Nessa perspectiva, a elaboração de perguntas de pesquisa, e não de objetivos, é mais adequada à abordagem qualitativa (CRESWELL; 2010), já que, por serem questões mais abertas, permitem uma maior exploração do tema.

A pergunta central foi estruturada para direcionar a pesquisa, já tendo sido expressa no item anterior: Como se dá a avaliação da consulta médica, sob a perspectiva da pesquisa transformativa em serviços?

Visando dar suporte à questão principal, foram elaboradas as seguintes perguntas para nortear a pesquisa:

a) O que caracteriza um bom atendimento em consultas na opinião dos entrevistados?
b) A duração temporal das consultas influencia a avaliação do serviço?
c) De que forma a existência de conhecimentos do paciente sobre condições clínicas impacta a avaliação do encontro de serviço?
d) Há diferença na duração das consultas realizadas usando planos de saúde ou quando particulares?
e) Como os resultados obtidos por intermédio da pesquisa transformativa em serviços pode contribuir para a melhoria no atendimento nas consultas?

1.3 Justificativa

A TSR é uma área importante e emergente na pesquisa em serviços, e tem sido defendida como prioridade de pesquisa (BLOCKER; BARRIOS, 2015), devido ao seu papel em abordar questões relevantes para o bem estar dos indivíduos. E o Brasil, dado ser uma nação em desenvolvimento, que vivencia diversos problemas sociais, possui um rico contexto para possíveis melhorias, abrindo, assim, uma gama de oportunidades para trabalhos utilizando a vertente transformativa (SHULTZ; SHAPIRO, 2012).

Há um fluxo crescente de literatura dedicada ao tema, particularmente, em relação aos serviços de saúde (LEE, 2016; DU, 2017), visto que todas as pessoas interagem ou já interagiram em algum momento com eles (DANAHER; GALLAN, 2016) e os seus consumidores são potencialmente vulneráveis, estando, na maioria, doentes e com emocional afetado. Com isso, analisar a experiência do paciente é crucial para garantir sua proteção e qualidade de vida (DAVIS; MOHAN; RAYBURN, 2017), fazendo com que este seja um campo fértil e impactante para pesquisa de serviços (ANDERSON; NASR; RAYBURN, 2018).

Segundo Danaher e Gallan (2016), investigações na área de saúde são desafiadoras e exigentes, mas também gratificantes e inspiradoras, porque é uma área com grande capacidade de fazer real diferença na vida das pessoas. Os defensores de uma Medicina fundamentada no humanismo enfatizam o quanto a empatia, o “subjetivo” é essencial para um

tratamento eficaz, tornando a relação médico-paciente algo tão especial e complexo (CREMESP, 2017) e que requer reflexões.

A saúde constitui um direito universal assegurado pela Constituição, o que gera reinvindicações sociais crescentes relativas à assistência prestada (CREMESP, 2017). Entretanto, o Estado não é capaz de suprir integralmente essa responsabilidade, sendo parte transferida à iniciativa privada. Tal fato suscita preocupações, tendo em vista que os objetivos do setor vão além da promoção de bem estar, buscando também a geração de lucros. Isto posto, é necessário, entender a sistemática e os interesses envolvidos dessas organizações particulares a fim de proporcionar a defesa do consumidor.

Seckin (2010) e Anderson, Nasr e Rayburn (2018) afirmam que os pacientes estão insatisfeitos e exigentes para com os serviços de saúde. Isso decorre de inúmeros fatores, como os elevados custos dos cuidados médicos; conflitos entre os usuários e prestadores de serviços; mudanças culturais; maior acesso à informação; avanços tecnológicos. Esse conjunto gera atenção renovada em estudos sobre a temática (OLIVEIRA, 2014). Também, torna-se importante à medida que há uma alta demanda reprimida para os serviços de saúde, exigindo uma racionalização de custos e eficiência no atendimento, que pode ter consequências para o bem estar do consumidor. Em todo o mundo, reformas no sistema de saúde, que visam melhorar o seu desempenho, tornaram-se questões-chave (DU, 2017). Nesse sentido, pesquisar o atendimento em consultas médicas trata-se de uma problemática atual e relevante.

Berry *apud* Danaher e Gallan (2016) salienta que é preciso construir uma ponte mais ampla e sólida entre as disciplinas acadêmicas de serviços e cuidados de saúde, pois a interdisciplinaridade pode ajudar a tornar os serviços mais eficazes, eficientes, acessíveis, equitativos e satisfatórios. A avaliação dos serviços médicos sob a perspectiva da pesquisa transformativa em serviços é um tema ainda pouco explorado pela academia. Como pode ser percebido no quadro 4, grande parte dos estudos tem como foco investigar os cuidados de saúde sob a ótica da qualidade e cocriação de serviço, satisfação do consumidor e relacionamento médico – paciente (VUONG, 2018; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018; SHABBIR; MALIK; JANJUA, 2017; KAVCIC; PAHOR; DOMAJNKO, 2015). Embora existam pesquisas com enfoque transformativo na saúde, quadro 2, estas salientam a melhoria do bem estar por meio de mudanças no ambiente físico/ atmosfera de serviço e pela coparticipação (ANDERSON; NASR; RAYBURN, 2018; HAMED; EL-BASSIOUNY; TERNÈS, 2016; ZHENG; YAO; FAN, 2016). A contribuição desse estudo é,

portanto, verificar como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços.

1.4 Estrutura da dissertação

Essa dissertação estrutura-se em cinco seções:

A primeira, da introdução, inclui a apresentação do problema de pesquisa, perguntas central e norteadoras do estudo, bem como a justificativa para sua realização e, por fim, a estrutura que molda o projeto.

Na segunda seção, encontra-se a revisão da literatura, abordando conceitos acerca da relação médico-paciente, qualidade e satisfação em serviços médicos, conhecimento do consumidor e situação da saúde no Brasil. Faz um levantamento, também de estudos realizados no âmbito da pesquisa transformativa e bem estar do consumidor.

Na seção três são abordados os procedimentos metodológicos, sendo apresentada a natureza da pesquisa com os pressupostos que lhe deram base; o percurso metodológico que foi seguido; e as estratégias para a realização da coleta e análise de dados. Exibi-se também os critérios utilizados para o alcance de rigor científico e as preocupações éticas.

A quarta trata da análise dos resultados e discussão, onde são apresentadas a caracterização dos informantes e os principais resultados encontrados, discutindo-os à luz da teoria.

Por fim, na quinta seção é expressa a conclusão do estudo, assim como suas limitações e sugestões para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Relação de consumo na prestação de serviços médicos

Na confluência das disciplinas de serviços e de saúde, há discussões sobre a questão de se a prestação de serviços médicos pode ser considerada ou não uma relação de consumo, por duas razões principais: 1) o direito à vida é constitucionalmente assegurado a todos (MARQUES, 2015), não podendo, então, ser compreendido como bem de troca; e 2) especificidade do trabalho, que já possui regulamentação própria, proveniente do Código de Ética da categoria (SOUZA et al., 2012);

Vasconcelos (2011, p. 272), todavia, salienta que atualmente é "pacífico o entendimento, tanto doutrinário, quanto jurisprudencial, de que o paciente coloca-se na posição de consumidor", nos termos da Lei 8078/90 - Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), que estabelece no art. 2º que "consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza um produto ou serviço como destinatário final", e no § 2º do art. 3º que aponta serviço como sendo "qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração". Dessa forma, conclui-se que a consulta médica constitui uma relação de consumo, posto que o médico disponibiliza à sociedade o serviço da medicina, enquadrando-se, então, como um fornecedor; enquanto o paciente é consumidor, uma vez que utiliza o serviço oferecido, mediante contraprestação pecuniária.

Contudo, mesmo sendo uma relação de consumo, por envolver um bem supremo, a vida humana, os clientes não devem ser vistos apenas como segmentos de mercado ou com fins empresariais, mas como cidadãos, cujo bem estar deve ser zelado e preservado (COELHO, 2015). Nesse vertente, surge um ramo de pesquisa, que será explorado a seguir, voltado para o estudo do consumo com objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

2.2 Pesquisa transformativa do consumidor

Tendo em vista que essa dissertação adota como perspectiva a pesquisa transformativa em serviços, é necessário o entendimento sobre essa vertente de estudo. A pesquisa transformativa em serviços é definida como pesquisa em serviço voltada para a criação de mudanças positivas e melhorias no bem-estar dos consumidores, seja a nível de indivíduos, comunidades ou ecossistema (ANDERSON et al., 2013). Para os autores, visa reduzir a lacuna deixada pela pesquisa transformativa do consumidor ao abordar o papel dos serviços, integrando assim ambos os campos de estudo. Dessa forma, torna-se imprescindível compreender em que consiste a pesquisa transformativa do consumidor.

A Associação de Pesquisa do Consumidor (*American Consumer Association* - ACR), fundada em 1969, é uma organização voltada para estudos do comportamento do consumidor (MICK et al., 2012) e tem por objetivo avançar as pesquisas nessa área e facilitar o intercâmbio de informações científicas entre os membros da academia, indústria e governo (ACR, 2013).

Mick et al.(2012) explicam que nos anos 80 e 90 devido à força do capitalismo, as corporações e pessoas estavam concentradas na busca por lucros. Entretanto, com o advento do século XXI, alguns fatos marcaram o cenário internacional, ocasionando rupturas que estimularam as reconsiderações desses paradigmas e práticas. Dentre esses eventos destaca-se a recessão econômica nos EUA, efeitos negativos do consumo no meio ambiente e na saúde, desigualdade social. Sendo assim, foi impulsionada a realização de pesquisas focadas no bem estar, qualidade de vida e ética.

Mick (2006) em seu discurso presidencial na ACR definiu a pesquisa transformativa do consumidor (*Transformative Consumer Research* – TCR) como “estudos que são enquadrados por um problema ou oportunidade fundamental, e que se esforçam para respeitar, defender e melhorar a vida em relação a inúmeras condições, demandas, potencialidades e efeitos do consumo" (MICK, 2006, p. 2). Assim, visa incentivar, apoiar e publicar pesquisas que melhorem o bem-estar de todos os que são afetados pelo consumo mundial (Mick et al., 2012).

Crockett et al. (2013) explicam que seu surgimento ocorreu em virtude de os estudos tradicionais não solucionarem adequadamente as questões sociais. Ungerer (2014) enfatiza que o movimento tem, além de enfoque teórico, um caráter mais prático, que exige esforço de todas as partes impactadas, como consumidores ativistas, decisores políticos e empresas.

Envolve pesquisadores que assumem uma posição mais focada no consumidor, intencionando evitar efeitos negativos para este (PETKUS, 2010). Para Ungerer (2014), havia o sentimento de que os especialistas em marketing ignoravam o impacto social negativo e os desequilíbrios de poder existentes no mercado, acreditando que a finalidade de pesquisa deveria ser apenas auxiliar o aumento das vendas. Porém, segundo definição da ACR (2013), “marketing é a atividade, conjunto de instituições e processos para criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que tenham valor para os clientes, parceiros e sociedade em geral”.

Brennan, Ozanne e Hill (2016) destacam que muitos discursos exigem ação, porém poucos realmente inspiram as pessoas a tal, tendo sido o de Mick (2006) uma dessas exceções, servindo de catalisador para um movimento acadêmico, no qual os pesquisadores interessados desejavam fazer um trabalho que fizesse a diferença na vida dos consumidores.

Deste modo, na década que se seguiu, foram publicados diversos artigos sobre o tema em periódicos internacionais renomados, levando a resultados concretos, desde participação em comitê de dissertação, sessões especiais e artigos em conferências, capítulos de livros, projetos de pesquisa.

Ainda, para Brennan, Ozanne e Hill (2016), o sucesso inicial da TCR dependeu de muitos fatores, dentre eles: a presença de líderes que já trabalhavam com foco na resolução de problemas sociais; e a realização de parcerias comunitárias estimuladas pelas conferências bianuais da temática. Nesses encontros facilitou-se a colaboração entre pesquisadores, com o propósito de proporcionar mudanças sustentáveis positivas. Isso porque questões sociais complexas, como obesidade, injustiça, vulnerabilidade, por exemplo, possuem pontos de convergência com diversas áreas de conhecimento, e investigadores atuando em domínios teóricos, metodológicos diferentes não conseguiam trazer substanciais contribuições para resolvê-las.

As delimitações conceituais da TCR foram especificadas por Mick et al. (2012), incluindo seis compromissos fundamentais:

1) O objetivo de melhorar o bem-estar, que abrange dimensões como saúde, felicidade e prosperidade. No entanto, essa finalidade é desafiante, uma vez que não é possível maximizar individualmente o bem-estar sem considerar as necessidades dos outros e a sobrevivência do planeta. Em suma, a TCR procura melhorar o bem-estar, maximizando a justiça social e a alocação justa de oportunidades e recursos.

2) Afiliação como valor da diversidade de paradigmas da ACR: A TCR reconhece, acolhe e apoia pesquisadores de diferentes nacionalidades, formações e perspectivas, assim como a pluralidade de paradigmas, teorias e métodos, uma vez que o fim único é proteger e melhorar o bem-estar

3) Adesão a teorias e métodos rigorosos, podendo fornecer informações mais ricas e profundas sobre o comportamento do consumidor e bem-estar, conduzindo a conclusões, implicações e recomendações mais confiáveis;

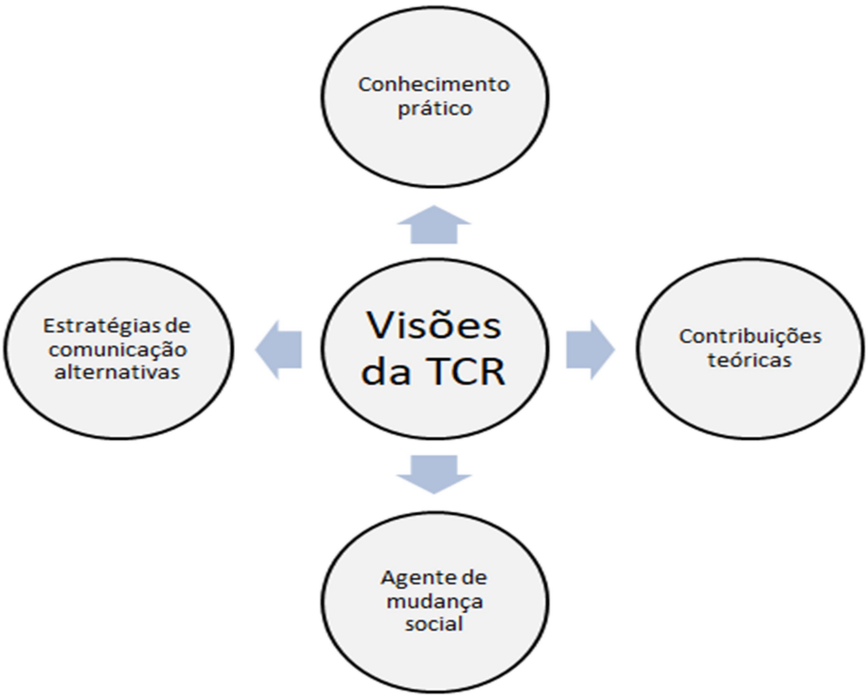
4) Compreensão dos problemas sociais como incorporados em contextos sociais e culturais que têm significados para os consumidores. Considera que diversos fatores influenciam as decisões de consumo. Para garantir sua relevância e utilidade, a TCR deve operar nos problemas mais urgentes para o seu público, desenvolvendo soluções dentro das condições específicas;

5) Formar parcerias entre consumidores e pesquisadores, com os últimos cumprindo o papel de estarem à serviço da sociedade, havendo uma aproximação entre eles;

6) Fazer com que os achados da pesquisa sejam acessíveis à todas as partes interessadas: A preocupação não é apenas com o design e implementação dos resultados, mas também como estes serão comunicados efetivamente. A forma de disseminação deve ser personalizada de acordo com a audiência.

Fundamentando-se no já exposto, a TCR tem quatro diretrizes:

Figura 1 - Visões da TCR



Fonte: MICK et al (2012)

Fave et al. (2011) salienta a distinção entre os dois tipos de bem-estar: a) subjetivo ou hedônico, enraizado em emoções positivas, felicidade e prazer; e b) psicológico ou eudaimônico, que envolve a busca por significado e propósito, desenvolvimento de potencial, como a autorrealização e crescimento pessoal - no nível individual - e compromisso com objetivos e valores socialmente compartilhados - ao nível social.

A respeito do processo da pesquisa transformativa, Crockett et al. (2013) argumentam que as abordagens tradicionais de estudo precisavam ser reestruturadas (desde o planejamento, execução até a divulgação dos resultados) a fim de conseguirem responder aos desafios da TCR. O quadro a seguir exibe o comparativo entre essas duas vertentes de pesquisa.

Quadro 1 - Comparação entre a pesquisa tradicional e a pesquisa transformativa

	Abordagem tradicional	**Abordagem transformativa**
Identificação do problema	- Estudos incrementais e de curto prazo; - Especialização e compartimentalização.	- Examina problemas sociais significativos em sua complexidade; - Abordagens longitudinais e com múltiplas perspectivas.
Grupo de pesquisadores	- Equipes menores, muitas vezes dentro de uma única disciplina, empregando conhecimentos específicos.	- Equipes grandes, multidisciplinares e multiculturais.
Seleção dos sujeitos de pesquisa	- Amostras representativas, em alguns casos priorizando o rigor a despeito da relevância; - Adesão aos padrões dos comitês de ética institucionais, evitando-se a escolha de sujeitos de pesquisa e a publicação de resultados que possam lhes ser adversos.	- Amostragem flexível e criativa, balanceando rigor e relevância; - Encoraja-se a escolha de sujeitos de pesquisa e a publicação de resultados que tragam benefícios sociais.
Técnicas de coleta de dados	- Adoção de poucas técnicas de coleta de dados, geralmente utilizando expressões orais e escritas.	- Adoção de um conjunto amplo de técnicas de coleta de dados, buscando maior inovação nos métodos utilizados.
Processo de análise dos dados	- Teste das hipóteses desenvolvidas a priori.	- Análise colaborativa entre pesquisadores e participantes em prol da comunidade.
Aplicação dos resultados	- Parte importante do processo de pesquisa, mas não é essencial.	- A aplicação é uma etapa essencial numa pesquisa transformativa bem planejada.
Disseminação da Pesquisa	- Divulgar os resultados da investigação através de revistas acadêmicas e conferências.	- Divulgar os resultados em ampla gama de veículos de comunicação acessíveis e de impacto aos consumidores.

Fonte: Adaptado de Crockett et al. (2013, p. 1172)

A respeito do quadro acima, foi preciso realizar adaptações no texto original, visto que a literalidade proporcionaria incoerências ou difícil compreensão.

Apesar de as diferenças entre os tipos de pesquisa serem evidentes em todos os aspectos, os autores salientam que na pesquisa transformativa alguns deles podem apresentar maiores dificuldade para aplicação. São os casos das abordagens longitudinais, com múltiplas perspectivas, equipes multidisciplinares. Isso ocorre em razão dos próprios padrões das

Instituições de Ensino, como pressões para publicação, incentivos à especialização e compartimentalização do conhecimento, que dificultam o diálogo entre pesquisadores de diferentes áreas e outros (CROCKETT et al., 2013).

Dado que as organizações de serviços são frequentemente criticadas por ignorar ou prejudicar o bem-estar do consumidor (ROSENBAUM et al., 2011), tornou-se necessário à pesquisa no assunto repensar a respeito do papel que os serviços podem desempenhar no aprimoramento e melhoria da vida humana, ao invés de ser tido como potencialmente prejudicial ou destrutivo (Anderson et al., 2013). Em virtude das próprias características dos serviços, com uma interação direta e dialógica entre a empresa e o cliente, estes apresenta significativo potencial transformativo (ANDERSON et al., 2013). Sendo assim, o próximo tópico aborda a pesquisa transformativa aplicada ao setor de serviços.

2.2.1 Pesquisa transformativa em serviços

Anderson et al. (2013) propõem uma estrutura de quatro dimensões para conceituar a relação entre as entidades de serviço e o bem estar do consumidor:

- Entidades de serviço: aspectos do serviço com o qual os consumidores interagem, que podem afetar positivamente ou negativamente o bem estar. Abrangem a forma como os empregados realizam a entrega do serviço, o desenho da oferta, os processos utilizados, as políticas da empresa e a estrutura do setor. Diferentes níveis de entidades de serviço podem afetar diferentes níveis de consumidores.
- Entidades de consumo: os consumidores se envolvem e podem ser afetados em diferentes níveis em suas interações com as entidades de serviço - individual, coletivo (famílias, redes sociais, bairros, comunidades, cidades e nações) e ecossistema (sistema de envolve o ambiente natural e as pessoas que nele residem). Às vezes, acontece de as entidades de serviço concentrarem-se mais no bem estar de uma entidade de consumo do que de outra, especialmente quando há conflito entre elas.
- Macroambiente: a TSR reconhece a importância do macroambiente, majoritariamente políticas públicas, culturais, tecnológicas e econômicas, em influenciar potencialmente as entidades de consumo e serviços.
- Resultados de bem-estar: podem ser positivos ou negativos. A interação entre diferentes entidades estabelece e mantém o bem-estar, gerando repercussões em âmbitos de inclusão, acesso, alfabetização, saúde, felicidade, harmonia.

Tang, Guo e Gopinath (2016) desenvolveram um modelo teórico para explicar como as estratégias de marketing dos prestadores de serviço podem melhorar o bem estar dos

consumidores. Esta influência é realizada por meio do desenvolvimento de variáveis sociocognitivas positivas nos clientes (autoeficácia, expectativas de resultados e de processos) e os meios para consecução dos objetivos. Para isso, a socialização e o apoio organizacional são fundamentais, auxiliando os consumidores a aprenderem sobre o serviço e fornecendo-lhes suporte contínuo, a fim de ajudar a converter a intenção do objetivo na realização real da meta.

Skalén, Aal e Edvardsson (2015) argumentam que um serviço não precisa ser lucrativo para ser considerado bem sucedido, sendo aquele que contribui para a criação de valor ao cliente. Valor que consiste não apenas de fatores econômicos, mas inclui também resultados como a qualidade de vida, saúde do consumidor, bem-estar e outros objetivos pessoais (ANDERSON et al., 2013). Similarmente, uma empresa de serviços que se concentre no bem-estar dos usuários seria capaz de obter a satisfação e lealdade dos mesmos (HAMED; EL-BASSIOUNY; TERNÈS, 2016). Esse foco também pode criar um ambiente de trabalho saudável, aprimorando-o da mesma forma para empregados e aumentando a produtividade, com isso, por intermédio desses aperfeiçoamentos, os prestadores de serviços podem ganhar vantagens competitivas no mercado (ROSENBAUM et al., 2011).

Finsterwalder et al. (2017), no entanto, fazem uma crítica a TSR ao afirmarem que, embora possa ser classificada como centrada no consumidor, na verdade tem como enfoque o serviço, visto que concentra a responsabilidade pela criação de mudanças no provedor. Contudo, transformações no bem estar exigem o envolvimento de diferentes atores, por meio de um processo de cocriação de valor. Black e Gallan (2015) afirmam que esta cocriação se estende para além de um contato diádico entre o prestador e o cliente, uma vez que estes interagem dinamicamente com elementos da rede de serviços na qual estão inseridos. Adotam, então, uma visão de que o valor emerge desta rede, da interação entre seus vários constituintes, sendo o valor concebido de maneira diferente por cada um deles. Essa concepção reconhece que os serviços fazem parte de um sistema complexo. Todavia, o encontro de serviço entre o provedor e o consumidor é o serviço principal dentro da rede, porque é quando o cuidado e o valor é diretamente entregue. Os demais membros da rede estão englobados para fornecer assistência.

Nessa perspectiva, uma rede de serviços, para os últimos autores, seria definida como um sistema colaborativo de múltiplas entidades, atuando em conjunto para cogerar valor, tendo por finalidade atender a uma necessidade do cliente. Entretanto, quando os resultados de um serviço não residem inteiramente em sua relação principal, e sim em diferentes atividades prestadas por várias agências, por meio de estrutura em nível de rede (BLACK;

GALLAN, 2015), há riscos significativos para o bem-estar de um cliente. Assim, é imprescindível que todos os elementos da rede estejam em sinergia para favorecer a criação de valor. Quando a interação funciona bem e atende às necessidades de um cliente, o valor é maximizado e a rede de serviços cumpre sua razão de ser. Sendo assim, os componentes de uma rede podem dificultar ou facilitar a colaboração, operando otimamente quando fornecem informações, apoio e recursos integrados.

Uma rede consiste de entidades (sejam individuais, grupais ou organizacionais) e seus respectivos laços. Contém entidades de serviço e entidades de consumidores interagindo de forma dinâmica e rodeadas e influenciadas por forças macroambientais. Usando a saúde como contexto, o objetivo seria promover o bem estar, reduzindo o sofrimento e aumentando a saúde emocional e física. Abrangem relacionamentos entre pacientes, seus colegas, amigos, familiares e empregadores; médicos, enfermeiros, seus pagadores públicos e privados, hospitais e centros de saúde; redes sociais, outros pacientes, outros prestadores de serviços; companhias de seguro e planos de saúde. As forças macroambientais incluem recessões econômicas, regulamentações governamentais, tendências tecnológicas e sociais. Assim, é imperativo que as várias entidades nas redes de cuidados de saúde se empenhem uns com os outros para melhorar a qualidade de vida de um paciente (BLACK; GALLAN, 2015).

Contudo, Black e Gallan (2015) expõem que fatores de relacionamento e estruturais de rede podem causar efeitos profundos na cocriação de valor. As propriedades de relacionamento baseiam-se na reciprocidade e simetria (medida em que o fluxo de informações relevantes entre entidades é bidirecional); força dos laços (associada à frequente comunicação que leva a níveis mais elevados de confiança e transferência eficaz de informações); transitividade (se as relações entre duas ou mais entidades são transitivas entre si); balanceamento estrutural das relações (se a valência das relações é balanceada). Os fatores estruturais são tamanho da rede (número de conexões); densidade (interconexão entre membros da rede); centralidade (importância e poder dos atores dentro da rede); status de contato (importância de cada entidade da rede em abordar a necessidade do cliente).

Após discussão sobre a pesquisa transformativa, essa dissertação buscou mapear a produção acadêmica, fazendo um levantamento de pesquisas na área, que, para Ferreira (2002), torna-se importante tendo em vista apontar os aspectos que vem sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares.

2.2.2 Estudos sobre o tema

Sobre pesquisa transformativa (do consumidor e de serviços) e bem estar do consumidor, alguns dos estudos mais recentes e relevantes encontram-se dispostos no quadro abaixo.

Quadro 2 - Estado de arte dos estudos em pesquisa transformativa e bem estar do consumidor

Ano	Autores	Título	Objeto de pesquisa
2018	Anderson, S., Nasr, L., Rayburn, S.	Transformative service research and service design: synergistic effects in healthcare	Discutir o papel transformador do design do serviço para melhoria do bem estar de todos os participantes no sistema de saúde - pacientes, famílias e cuidadores, podendo levar a melhores resultados do serviço de saúde.
2017	Edgar; Geare; Saunders; Beacker;Faanunu	A transformative service research agenda: a study of workers' well-being	Entender como as práticas de gestão de pessoas afetam o bem estar dos trabalhadores
2017	Barbosa; Veloso	Vulnerabilidade da Criança no Varejo: Um Estudo Sob a Perspectiva da Pesquisa Transformativa do Consumidor	Identificar as vulnerabilidades do consumidor infantil vivenciadas no varejo
2017	Brüggenet al.	Financial well-being: A conceptualization and research agenda	Consolidar e estender o conhecimento sobre o bem estar financeiro
2017	Hepi; Foote; Finsterwalder; Hinerangi; Carswell; Baker	An integrative transformative service framework to improve engagement in a social service ecosystem: the case of He WakaTapu	Entender o envolvimento entre um provedor de serviços sociais indígenas e clientes marginalizados para obter uma visão sobre como melhorar o engajamento e o bem-estar do cliente através da cocriação de valor transformador
2017	Rosenbaum; Seger-Guttmann; Giraldo	Commentary: vulnerable consumers in service settings	Entender como a estrutura e os processos de serviços afetam os consumidores vulneráveis
2016	Zheng,;Yao; Fan	Improving customer well-being through two-way on-line social support	Explorar a dinâmica das comunidades de cuidados de saúde on-line e o impacto do suporte social bidirecional sobre o bem-estar dos clientes e a qualidade de vida dos pacientes, em diferentes níveis de exclusão social.
2016	Batat	New paths in researching ''alternative'' consumption and well-being in marketing: alternative food consumption	Sugerir possíveis áreas de pesquisa com foco em modos alternativos de consumo
2016	Hamed; El-	Evidence-based design and transformative service research	Compreender como mudanças no ambiente físico de hospitais

	Bassiouny; Ternès	for the healthcare in hospitals: Setting the research agenda	podem melhorar o bem estar do paciente
2016	Sheng; Siguaw; Simpon	Servicescape attributes and consumer well-being	Como os atributos da atmosfera de serviço molda o bem estar do consumidor
2016	Tang; Guo; Gopinath	A Social-Cognitive Model of Consumer Well-Being: A Longitudinal Exploration of the Role of the Service Organization	Explicar o mecanismo psicológico subjacente às relações entre as estratégias de marketing das organizações de serviços e o bem-estar do consumidor
2015	Almeida; Casotti	Turismo voluntário e o bem-estar do consumidor na pesquisa transformativa do consumo	Analisar o fenômeno do turismo voluntário pelas lentes da abordagem transformativa, relacionado à redução da pobreza e da desigualdade social, destacando como esta abordagem pode contribuir para o desenvolvimento da pesquisa sobre o tema.
2015	Mende; Van Doorn	Coproduction of Transformative Services as a Pathway to Improved Consumer Well-Being	Explicar que a coprodução de serviços de aconselhamento financeiro dos consumidores é fundamental para aumentar seus escores de crédito e para diminuir seu estresse financeiro.
2015	Mano; Abreu; Silva	Eu Também sou Consumidor: Pessoas com Deficiência Física no Varejo Hipermercadista da Cidade de João Pessoa (PB)	Analisar, sob a ótica da pesquisa transformativa do consumidor, a interação das pessoas com deficiência física com o ambiente de consumo dos hipermercados da cidade de João Pessoa/PB.
2014	Nasr; Burton; Gruber; Kitshoff	Exploring the impact of customer feedback on the well-being of service entities: A TSR perspective	Investigar o impacto do feedback positivo dos clientes sobre o bem-estar dos funcionários, empresas e sociedade de primeira linha
2014	De Keyser; Lariviere	How technical and functional service quality drive consumer happiness	Como as empresas podem criar e cultivar a felicidade do consumidor entregando serviços de excelente qualidade.
2013	Blocker et al.	Understanding poverty and promoting poverty alleviation through transformative consumer research	Entender como as pessoas experienciam a pobreza e mecanismos para aliviá-la

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Pela análise de algumas das principais produções científicas acerca do tema, percebe-se que há um maior foco no estudo sobre grupos vulneráveis ou marginalizados (pessoas com deficiência, crianças, indígenas, em situações de pobreza); assim como nas áreas de saúde e

financeira. Outros tópicos discutidos sugeriram formas de consumo alternativas, coprodução, resultados do bem estar.

No que se refere à conexão entre serviços médicos e bem estar, núcleo de interesse dessa dissertação, as pesquisas abordaram, sobretudo as mudanças no design do serviço (atmosfera, ambiente físico, operações, tecnologias), mas também questões relativas a um novo comportamento dos pacientes em virtude de maior acessibilidade a internet, redes sociais.

Um aspecto essencial a ser considerado para promover o bem estar dos consumidores em serviços de saúde é a relação médico – paciente, visto que uma interação mais humanizada pode influenciar significativamente o sucesso do tratamento, conforme foi discutido a seguir.

2.3 Relação médico-paciente

Considerando que o objetivo central desta dissertação é a avaliação da consulta médica, tem-se que um dos principais aspectos nela envolvidos é a relação médico-paciente, que abrange questões como a duração das consultas e a postura do consumidor decorrente do seu nível conhecimento sobre condições clínicas.

Os serviços de saúde são capazes de afetar diretamente a qualidade de vida dos pacientes (SWEENEY; DANAHER; MCCOLL-KENNEDY, 2015), por se tratarem de experiências íntimas, nas quais as emoções desempenham papel essencial (KEMP; JILLAPALLI; BECERRA, 2014). A complexidade e a falta de familiaridade e controle com os processos, longa duração e a gravidade das consequências associadas (BERRY; DAVIS; WILMET, 2015) são aspectos que provocam sentimentos de medo, ansiedade, incerteza, vulnerabilidade, desamparo (DANAHER; GALLAN, 2016; GALARZA-WINTON et al. 2013). Por essa razão, Kemp, Jillapalli e Becerra (2014) acentuam que nesse contexto a confiança é tudo em serviços de saúde.

Contudo, Malone (2003) realça que, apesar de possuir um caráter sensível e vital, a maioria dos serviços médicos é guiada por práticas estruturais que diminuem ou eliminam a proximidade entre o cuidador e o paciente. Dentre estas estão estratégias de redesenho do trabalho para conter custos, como empregos de meio turno, concentração em funções administrativas, uso da tecnologia e procedimentos padronizados, estabelecimento de metas, redução na duração de atendimento. Tudo isso, segundo a autora, restringe o tempo de contato direto entre as partes, impossibilitando conhecer, ouvir, entender os pacientes e respondê-los apropriadamente. O foco na eficiência torna o atendimento orientado a tarefas e não ao indivíduo (GALARZA-WINTON ET AL., 2013), prejudicando, assim, a relação médico-

paciente. Anderson, Nasr e Rayburn, (2018) sugerem que dentre as causas de falhas em serviços está a falta de foco no cliente, sendo ainda mais grave no ramo da saúde.

Malone (2003) contrasta no quadro 3 essa visão "distanciada" das relações coma perspectiva "proximal", em serviços de enfermagem, que também pode ser reproduzida à prática médica. Ling e McGann (2018, p. 235) dizem que, "embora bem intencionados, serviços de saúde fragmentados e mal coordenados podem resultar em danos inadvertidos".

Quadro 3 - Perspectivas "distanciada" e "proximal" dos serviços médicos

Perspectiva distanciada	Perspectiva proximal
Hospital como espaço institucional	Hospital como espaço de cura
Hospital como local de negócios	Hospital como local de atendimento/ cuidado
Médicos como gerentes	Médicos tem a função de curar
Preocupação com o geral e abstrato	Preocupação com o particular
Doenças como diagnósticos	Doenças como compreendidas narrativamente
Prática como gerenciamento técnico	Prática como engajamento humano
Diagnósticos e conhecimentos são objetivos	Diagnósticos e conhecimentos são negociados socialmente
Significados são irrelevantes e pessoais	Significados compartilhados e essenciais para a cura
Valores são externos	Valores estão refletidos nas práticas

Fonte: Adaptado de Malone (2003)

No contexto da perspectiva distanciada, insere-se a problemática do tempo de duração das consultas, pois essa conjuntura pode acarretar em profissionais trabalhando sob pressão, realizando um maior número de atendimentos por hora, o que pode incorrer em erros de diagnóstico e de tratamento, com possíveis consequências éticas e judiciais e prejuízos ao bem estar do consumidor. Sendo assim, visa-se lançar luz à questão que dispor de uma quantidade restrita de tempo a cada paciente não pode servir como justificativa para eventual falta de qualidade no atendimento ou como forma de mascarar o cenário provocado por uma gestão ineficiente da saúde (CREMESP, 2017).

Para o CREMESP (2017) não há como predeterminar um tempo específico para a avaliação médica, considerando-se as especificidades e demandas de cada situação, e devendo-se respeitar as respectivas comissões de ética e a valorização da humanização do atendimento, não impondo a cronometragem como critério de eficiência (CREMERJ, 1991). O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009), em seus princípios fundamentais, destaca que o médico não pode renunciar, sob nenhuma circunstância, a sua liberdade profissional, pois limitaria sua capacidade de investigar amplamente a condição do indivíduo a si submetido (CRM-PA, 2012).

Contudo, apesar de não existir no Brasil uma regulamentação acerca do tempo que deve durar uma consulta médica, a Portaria nº 1101 do Ministério da Saúde (2002) sugere que o tempo mínimo para que uma consulta seja adequadamente realizada é de 15 minutos (4 pacientes/hora) para a carga horária de 20 horas semanais. Segundo pareceres de consultas CREMESP nºs 1.138/97; 24.358/97; 29.349/97 e 85.150/10, o tempo reduzido de consulta poderá representar baixa qualidade do atendimento, por eventual falta de procedimentos indispensáveis, como a solicitação de exames diagnósticos, prescrição e orientação da medicação.

Em contrapartida, o setor de saúde vivencia consideráveis transformações na forma como presta seus serviços (ANDERSON; NASR; RAYBURN, 2018). Os pacientes progressivamente passam a não ser mais beneficiários passivos de cuidados, assumindo, por sua vez, uma postura ativa, atuando como cocriadores destes (DANAHER; GALLAN, 2016). Frow, McColl-Kennedy e Payne (2016) ressaltam que essa mudança de visão promove uma orientação mais centrada no paciente e em suas necessidades específicas, colocando-o no centro dos processos relacionados ao seu bem estar, com a tomada de decisão compartilhada entre o paciente, sua família e a equipe de saúde.

Oliveira (2014) discute que, com a chegada da era da informação, os pacientes estão cada vez mais empoderados, adotando uma postura questionadora, e, com isso, médicos não são mais vistos como os únicos detentores do conhecimento. A "confiança cega" é substituída por ceticismo.

Danaher e Gallan (2016) salientam que os pacientes geralmente descrevem suas vivências na saúde como uma jornada. Empresa e cliente podem coproduzir nesse período, mas a experiência do consumidor se estende para além desta díade, uma vez que este integra recursos de fontes diversas, que podem ser aspectos cognitivos e emocionais pessoais, de amigos, familiares, outras firmas e consumidores e da comunidade em geral (SWEENEY; DANAHER; MCCOLL-KENNEDY, 2015).

Com o advento do uso da internet, Oliveira (2014) ressalta que pacientes os buscam, antes do encontro clínico, dados sobre doenças, sintomas, medicamentos e custos de hospitalização e tratamento e, após a consulta, para checar as informações repassadas e em casos de insatisfação. Considerando-se esse novo cenário, a atitude de ambos os lados deve ser de cooperação. Os pacientes devem perceber que o médico possui a experiência, treinamento, habilidade e capacidade para interpretar essas informações e aplicá-las (OLIVEIRA, 2014). Por outro lado, sabendo que o cliente tem acesso a esse conhecimento, o

papel assumido pelo pessoal clínico tem que se diferenciar, saindo de dimensões puramente mecânicas e oferecendo principalmente suporte emocional e psicológico.

Todavia, sob outra vertente, ainda que a participação do consumidor seja crescente e relevante, é necessário o emprego de estratégias de incentivo ao envolvimento (HIBBARD, 2009). Em alguns casos, o contexto do serviço pode fazer com que ele seja inibido em vez de facilitado (GALLAN et al., 2013), como quando a comunicação é dominada pela médico. Ademais, Anderson, Nasr e Rayburn (2018) afirmam que os pacientes, muitas vezes, não sabem com clareza como devem proceder e, por conseguinte, devem ser auxiliados pelos prestadores de serviços, aos quais cabe realizar questionamentos para fornecer estímulos ao envolvimento (GALLAN et al., 2013).

Os consumidores podem cooperar fornecendo esclarecimentos e sugestões – como condições e sintomas, objetivos e resultados desejados, preferências de tratamento, preocupações com os riscos -, e tomando decisões compartilhadas (GALLAN et al., 2013). A comunicação e a colaboração é a chave para melhorar os resultados de bem-estar para todos os participantes do sistema. Uma organização pode projetar seu serviço de modo a educar a coletividade a fazer perguntas aos médicos durante a visita (ANDERSON; NASR; RAYBURN, 2018). Além disso, a participação é encorajada quando se oferece assistência e explicação personalizada para o cliente, e quando se reconhece e respeita o conhecimento e opiniões do mesmo (ELDH et al, 2006). Anderson, Nasr e Rayburn (2018) defendem que o processo não deve ser apenas direcionado aos consumidores, mas tê-los como parte integrante.

Para Black e Gallan (2015) o estado de mutualismo seria quando o controle pelo paciente e pelo médico são equilibrados. Quando prestadores reconhecem as contribuições do paciente e estes promulgam seu papel (por exemplo, fazer perguntas, esclarecer questões), há maior probabilidade de a cocriação de valor ser totalmente realizada. O mutualismo é respeitoso e transformacional, resolvendo a assimetria de informações, estando ligado à otimização de processos e resultados, aumento da aderência e na melhoria da saúde e do bem-estar.

Alguns autores procuraram definir como seria o atendimento médico ideal. Modelos de consulta são amplamente aplicados no ensino e treinamento de profissionais de saúde. Collins et al. (2007) narrou as fases observadas nas consultas médico-paciente: 1) abertura da consulta; 2) apresentação do problema; 3) exame verbal (incluindo verificação do histórico); 4) exame físico; 5) discussões de tratamento e 6) encerramento. Dependendo da natureza da consulta (seja a primeira consulta, de acompanhamento, com preocupação séria ou crônica),

bem como sobre outras contingências que podem ocorrer, algumas fases podem ser omitidas, realizadas em diferentes ordens ou se sobreporem. Eldh, Ekman e Ehnfors (2006) esclarecem que o indispensável é fornecer aos indivíduos informações suficientes nas quais possam basear o consentimento para o cuidado.

Considerando-se o novo papel do consumidor no âmbito das relações presentes nos serviços de saúde, na qual estão cada vez mais participativos e detentores de conhecimento (OLIVEIRA, 2014), é importante destacar como ocorre o seu processo de aprendizagem.

2.4 Aprendizagem do consumidor

Uma vez que os conhecimentos prévios dos consumidores sobre condições clínicas tem a possibilidade de exercer impacto nas consultas médicas, é interessante assinalar como ocorre este processo de aprendizagem. Iyengar, Ansari e Gupta (2007) explicam que os clientes têm crenças prévias sobre determinado tópico, que fazem com que criem expectativas e influenciem suas tomadas de decisão. Porém, a aprendizagem proveniente da experiência e observação é capaz de atualizar essas crenças. Atualmente, a web oferece informação imediata e gratuita sobre temas antes inacessíveis à população de modo geral. É possível verificar indivíduos que pesquisam sobre diagnósticos, exames, vacinas, doenças em sites de busca ou em grupos de discussão. Assim, espera-se que o paciente, na relação de consulta com o médico seja mais questionador e um "leigo" com conhecimento possivelmente não científico.

Na literatura do comportamento do consumidor, o processo de aprendizagem é discutido por diversas teorias, sendo as mais comuns: behaviorismo, cognitivismo e construtivismo (ERTMER; NEWBY; MEDSKER, 2013). Esses autores explicam e diferenciam essas três concepções, conforme disposto a seguir.

No behaviorismo a aprendizagem consiste em mudanças de comportamento, seja na forma ou frequência. Seria alcançada por meio do fornecimento de respostas adequadas a um estímulo ambiental específico, sendo o aprendiz, então, reativo a condições externas. Para isso, a associação entre o estímulo e a resposta deve ser mantida e fortalecida mediante a repetição (prática periódica) e generalização (situações envolvendo recursos semelhantes permitem que os comportamentos sejam transferidos de uma para outra). Concentra-se também na importância das consequências desses comportamentos, argumentando que as respostas seguidas por reforços positivos têm maior probabilidade de ocorrer novamente no futuro. Com isso, essa abordagem demonstra ter um caráter empirista, na qual a

experimentação é a fonte de conhecimento e todo o aprendizado é resultante das interações e associações com o meio ambiente.

O cognitivismo, por sua vez, considera que a aquisição de conhecimento é uma atividade mental, que envolve questões de como a informação é recebida, codificada, estruturada, retida e recuperada pela mente. O aprendizado, nessa perspectiva, não se refere aquilo que as pessoas fazem, mas ao que sabem, correspondendo a mudanças discretas entre estados de conhecimento e não de probabilidades de resposta, se aproximando, assim, do racionalismo. O aprendiz é visto como participante ativo no processo. Os pensamentos, crenças, atitudes e valores pessoais são, portanto, influentes no processo de aprendizagem.

Assim como o behaviorismo, enfatiza o papel que as condições ambientais e o feedback positivo desempenham na facilitação da aprendizagem. No entanto, devido à natureza "ativa" do aprendiz, os estímulos fornecidos não são utilizados para modificar o comportamento na direção desejada, mas para fornecer suporte para criação das conexões mentais necessárias à geração da resposta. O foco real da abordagem cognitiva está em como a informação é armazenada de maneira organizada e significativa na memória. Quando entende-se como aplicar o conhecimento em diferentes contextos, o aprendizado ocorreu.

Já o construtivismo, embora considerado um ramo do cognitivismo (ambos concebem a aprendizagem como uma atividade mental), distingue-se das teorias cognitivas tradicionais por pensar a realidade como algo construído pela mente, e não independente dela e simplesmente assimilado. Para os construtivistas, o que sabemos do mundo deriva de nossas interpretações das experiências e interações. Argumentam que o entendimento é determinado continuamente e situacionalmente. O objetivo não é garantir que as pessoas conheçam fatos, mas elaborem e interpretem informações (ERTMER; NEWBY; MEDSKER, 2013).

Siemens (2005), contudo, afirma que essas teorias foram desenvolvidas em uma época em não havia tecnologia, a qual reorganizou a maneira de viver, se comunicar e também de aprender. Para ele, as teorias de aprendizagem devem refletir os ambientes sociais subjacentes. Atualmente, as informações se desenvolvem rapidamente e o aprendizado ocorre de diversas formas, não apenas por meio do ensino formal. Como não é possível experimentar ou processar pessoalmente tudo, as outras pessoas e suas experiências tornam-se substitutos, fazendo com que o conhecimento seja disseminado por meio de conexões e redes. Essa abordagem é conhecida como conectivismo, que representa um modelo de aprendizagem que reconhece as mudanças da sociedade, na qual o aprendizado não é mais uma atividade interna individualista.

Alguns dos princípios dessa perspectiva são: a aprendizagem ocorre de modo contínuo e reside na diversidade de opiniões, que podem ser provenientes de múltiplas fontes, com conexões entre diferentes campos, ideias e conceitos; o conhecimento pode residir em aparelhos não humanos (SIEMENS, 2005; DUNAWAY, 2011).

Desse modo, conforme comentado anteriormente, pode-se aprender sobre problemas de saúde, procedimentos cirúrgicos, por meio de vídeos e textos, grupos de discussão, dentre outros, acessando a web. Mesmo sendo leigo, o paciente pode ir a uma consulta com questionamentos que antes poderiam não surgir pela ausência da informação de forma rápida e gratuita como acontece hoje em dia. Assim, o processo de aprendizagem a respeito do papel do médico em uma consulta, sobre os sintomas e possíveis diagnósticos, medicamentos, levam ao consumidor a um possível comportamento de cocriação na consulta mais ativo.

No entanto, o papel por vezes submisso e fragilizado do paciente em relação ao médico, pode levar a um posicionamento mais passivo e não interativo nesta relação de serviço. O que realmente importa é que a conexão à rede mundial de internet altera a dinâmica da aprendizagem não formal, e os indivíduos podem estar melhor informados na atualidade. Mas isso teria implicações na avaliação do serviço de consulta médica? Essa dissertação busca desvendar esta possibilidade como um de seus interesses de pesquisa e, por isso, é necessário verificar o que constitui qualidade em serviços.

2.5 Qualidade em serviços

Para que se possa avaliar determinado serviço, é preciso ter em mente quais são os atributos que lhe conferem qualidade. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) defendem que a qualidade dos produtos tornou-se uma preocupação fundamental da década de 1980, haja vista exigência dos consumidores e sua importância na redução dos custos de fabricação, melhoria da produtividade, retorno do investimento e participação no mercado. A sobrevivência de qualquer negócio está conectada à qualidade dos serviços que presta, porque o concede credibilidade (MALIK et al., 2018). Porém, enquanto a qualidade dos bens foi apontada com mais facilmente descrita (ausência de defeitos, conformidade) e medida pelos comerciantes, a qualidade dos serviços permanecia amplamente indefinida devido às suas próprias características intrínsecas de intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

Em 1988, os mesmos autores desenvolveram uma definição para qualidade percebida em serviço, que é amplamente reconhecida e utilizada. Segundo eles, trata-se de um julgamento ou atitude relacionada à superioridade ou excelência geral de um serviço,

envolvendo avaliações de resultado (o que o cliente recebe) e de processo (a forma como é entregue). De acordo com Said e Fathy (2015), está ligada à satisfação, sendo o conjunto de características capazes de atender as necessidades dos consumidores.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) explicaram também que ela decorre de uma comparação entre as expectativas dos consumidores, ou seja, o que eles pensam que a empresa deveria oferecer, e as percepções sobre a performance das organizações prestadoras do serviços (escala SERVQUAL). Estaria, assim, relacionada ao grau e à direção dessa discrepância. Quanto maior a discrepância negativa, menor a qualidade percebida do serviço, e o inverso, quanto maior a discrepância positiva, maior a qualidade percebida. Para Jain e Gupta (2004), a qualidade é vista como encontrada ao longo de um continuum, variando de "qualidade ideal" a "qualidade totalmente inaceitável", com alguns pontos ao longo do continuum representando qualidade satisfatória.

O meio de mensuração citado, apesar de bastante difundido e aplicado, não é uma unanimidade. Cronin e Taylor (1992), por exemplo, propuseram que a qualidade deve ser avaliada apenas pela performance percebida do serviço (escala SERVPERF), pois ao considerar as expectativas, uma mesma discrepância pode indicar níveis completamente diferentes de serviço.

Adicionalmente, os atributos de qualidade não são igualmente importantes. Podem variar consideravelmente a depender de cada tipo de indústria e clientes (JAIN; GUPTA, 2004). Os usuários analisam o serviço que recebem de acordo com cinco dimensões (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), sendo elas:

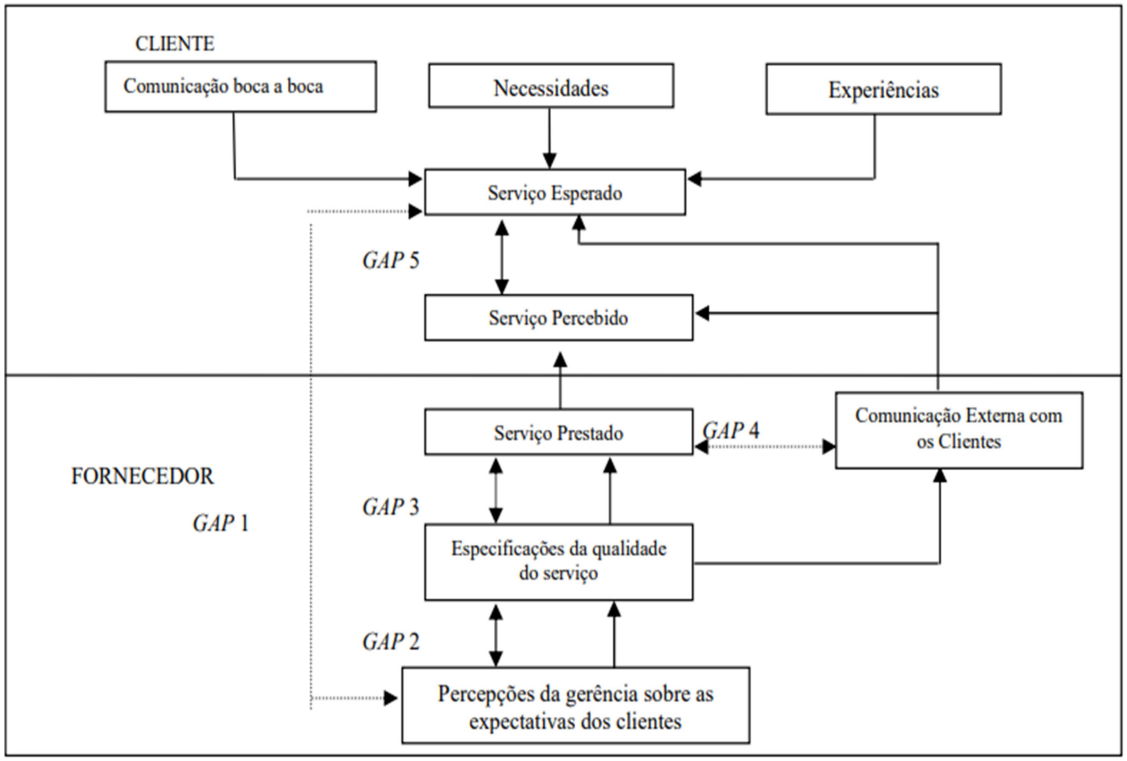
1) Aspectos tangíveis: recursos físicos, como instalações, equipamentos, ambiente, aparência do pessoal.
2) Confiabilidade: habilidade de performar conforme prometido, de maneira confiável e precisa.
3) Capacidade de resposta: disposição em ajudar o cliente e fornecer o serviço com prontidão.
4) Garantia: capacidade de transmitir confiança e segurança, proveniente de conhecimentos e competências dos empregados.
5) Empatia: relacionada ao atendimento cuidadoso, com atenção individualizada e personalizada.

Baccarani e Cassia (2017) afirmam que a qualidade não é apenas o resultado de esforços dos fornecedores, mas emerge das interações dos atores envolvidos. Sendo assim, o envolvimento do consumidor estaria relacionado com a sua percepção de qualidade do

serviço, fazendo com que as atividades de cocriação representem uma nova dimensão (GALLAN et al., 2013) para avaliação do construto.

As percepções sobre a qualidade de serviço entregue aos consumidores são influenciadas por uma série de 'gaps' distintos. Estes estão dispostas na figura 2 abaixo. No modelo apresentado, os quatro primeiros gaps seriam as causas e o último a consequência, sendo, então, a qualidade vista como uma atitude (MANGINI; URDAN.; SANTOS, 2017).

Figura 2 - Modelo de qualidade do serviço



Fonte: Figueiredo Neto et al. (2006), traduzido de Parasuraman,, Zeithaml e Berry (1985)

Os serviços médicos possuem particularidades quanto às preocupações com a qualidade, sendo necessário estudá-los em específico. Isso porque, para os consumidores, quanto mais importante julgarem um serviço, mais exigentes e sensíveis serão em relação ao seu desempenho (BERRY; MATE, 2016).

2.5.1 Qualidade em serviços médicos

A percepção de qualidade em serviços médico está relacionada ao que pode ser tido como um bom atendimento médico. Os serviços de saúde, geralmente, são classificados como uma necessidade e não uma escolha (BERRY; MATE, 2016). A crescente complexidade dos

procedimentos e preocupação com a segurança do paciente fez com que a qualidade passasse a ser mais bem monitorada (BAHADORI et al., 2015).

Du (2017) em seu estudo a caracteriza como a capacidade de promover a saúde, alcançando o melhor estado possível, por meio da utilização de métodos. Para a organização, oferecer alta qualidade seria um dos elementos chaves para garantir a satisfação e retenção do cliente.

Giarelli (2003 *apud* DU, 2017; LÓPEZ et al., 2012) discutiu a qualidade do serviço de saúde a partir de três dimensões:

1) Qualidade da gestão: eficiência e eficácia dos recursos alocados pela organização para atender as necessidades das partes interessadas;
2) Qualidade profissional: conhecimento profissional e tratamento ofertado pelos especialistas em saúde.
3) Qualidade percebida pelas partes interessadas: inclui a percepção das pessoas sobre questões de acessibilidade, responsividade, associação médico-paciente.

Oredola e Odusanya (2017) mencionaram outra forma de determinar a qualidade desses serviços, apoiadas em três categorias:

1) Estrutura: contexto em que o atendimento é entregue, como instalações e equipamentos modernos, seguros, pessoal qualificado e experiente, financiamento.
2) Processo: transações entre pacientes e provedores ao longo da entrega do serviço.
3) Resultados: efeitos dos cuidados realizados no estado de saúde de pacientes.

Para Lee (2016), a qualidade depende de muitas contingências, uma vez que, embora os processos possam ser fornecidos pelos mesmos indivíduos, a relação interpessoal estabelecida é particular, assim como os resultados são obtidos pelas condições singulares dos pacientes antes e após os tratamentos. Portanto, processos e resultados são avaliados de forma diferente por cada consumidor. Ainda, para o autor, a mensuração da qualidade dos serviços ocorre por meio da integração dos pontos de vista dos pacientes, organizações de saúde e instituições de acreditação e certificação. A melhoria contínua deve ser um objetivo do serviço de saúde, o que requer esforço conjunto de todos os envolvidos para o tratamento de doenças e prevenções (LEE, 2016).

Adicionalmente, segundo Peprah (2014), alguns fatores observados como essenciais para a percepção de qualidade são as atitudes da equipe médica, que envolvem empatia, isto é, compromisso em entender e ajudar os pacientes, com simpatia, compartilhando informações e demonstrando preocupações, atenção e personalização (LEE, 2016; LÓPEZ et al., 2012). Bahadori et al. (2015) salientam também custos, conforto, atmosfera de serviço, tempo de

espera, honestidade, compaixão pela família e amigos, comunicação, agilidade. Outros aspectos a serem considerados incluem confiabilidade, disponibilidade e adequação, equidade e igualdade, continuidade, respeito (OREDOLA; ODUSANYA, 2017). Padma, Rajendran e Prakash (2010) inseriram um componente ainda não considerado, a imagem e responsabilidade social hospitalar, e Venkatesh, Zhang e Sykes (2011), o tempo dispendido com o médico.

James, Calderon e Cook (2016) identificaram na literatura dois elementos distintos de uma experiência de serviço de saúde que podem afetar a percepção do cliente sobre sua qualidade: aspectos clínicos e de processo. A qualidade clínica é definida por Marley, Collier e Goldstein (2004) como qualidade técnica que resulta de procedimentos médicos, enquanto que a qualidade do processo refere-se à entrega do serviço. A primeira inclui, por exemplo, realização de exames e diagnósticos. A qualidade desses elementos pode ser difícil para os pacientes avaliarem, visto que provavelmente não possuem o treinamento necessário para a compreensão desses dados (JAMES; CALDERON; COOK, 2016). Por outro lado, a qualidade do processo, por ser centrada na prestação de cuidados de saúde, é mais fácil de ser julgada, ainda que esteja sujeita a diversas interpretações. Tratando-se de aspectos físicos, como organização, limpeza, há maior possibilidade de correspondência entre as opiniões dos pacientes, diferentemente de fatores mais subjetivos, como gentileza, aptidão.

Howie et al. (2000), entretanto, afirmam que os valores centrais que norteiam as consultas de rotina incluem o holismo e a orientação voltada para o paciente, e que, de forma geral, nenhuma das medidas de qualidade de atendimento captura a expressão desses valores na prática médica. O holismo corresponde à integração dos componentes físicos, psicológicos e sociais dos problemas de saúde na elaboração de diagnósticos, o que pode ser promovido por meio de consultas mais longas e maior continuidade de cuidados. Já a orientação ao paciente indica o compromisso em avaliar a contribuição destes nas tomadas de decisão.

Os autores, assim, procuraram construir um índice de qualidade na consulta médica (*Consultation Quality Index* – CQI) para investigar se as metas de holismo e orientação ao paciente são alcançadas. Com isso, para análise dos processos são avaliados o tempo de duração das consultas e o quão bem os pacientes conhecem os médicos (medida para verificar a continuidade pessoal dos cuidados). E para a análise dos resultados, avalia-se o grau em que os pacientes são empoderados. O índice relaciona-se, não apenas aos aspectos interpessoais, mas também aos de acessibilidade (sucesso na marcação de consultas com profissionais já conhecidos, disponibilidade de tempo do médico para cada consulta) e técnicos (favorecem

probabilidade de fazer um diagnóstico holístico e preciso). Mais tarde, Mercer e Howie (2006) inseriram a dimensão empatia do médico, criando a medida CQI-2.

A qualidade do serviço, em grande parte, está intimamente relacionada com a satisfação do cliente, tema debatido a seguir.

2.6 Satisfação em serviços

No processo de avaliação de um serviço, outra dimensão importante a ser considerada é o nível de satisfação que este proporciona. A satisfação é definida por Linder-Pelz (1982) como sendo uma avaliação ou resposta afetiva dada a alguma situação ou uma experiência. O conceito, assim como o de qualidade percebida, baseia-se no Paradigma de Desconformidade das Expectativas (OLIVER, 1980). Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), ambos os construtos estão diretamente relacionados, embora Gotlieb, Grewal e Brown (1994) salientem que a forma como se dá esta associação não está muito clara.

Alguns pesquisadores indicam que a satisfação é um antecedente da qualidade percebida (OLIVER, 1980; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988) e que esta, por sua vez, é que influenciará as intenções comportamentais. Sendo assim, os incidentes de satisfação ao longo do tempo resultariam na percepção de qualidade. Contudo, há discordâncias dessa visão. Outros autores (LAZARUS, 1991; JOHN; YATIM; MANI, 2011) apontam a relação inversa, propondo que a qualidade percebida é formadora da satisfação com a transação, e a esta última terá impacto nas intenções posteriores. Em estudo de Gotlieb, Grewal e Brown (1994) foi encontrado que o segundo modelo tem maior poder explicativo, sendo, portanto, a perspectiva utilizada nesse estudo.

Albayrak (2018) mencionou que os atributos do produto têm efeitos variáveis na satisfação do cliente. Há fatores que são básicos, ou seja, são pré-requisitos. Sua presença, por si, só não irá gerar satisfação, a não ser em casos que o desempenho é baixo. No entanto, sua ausência provocará insatisfação. Há fatores de entusiasmo, que correspondem a elementos inesperados e surpreendentes. Seu impacto na satisfação do cliente é alto quando seu desempenho é alto, mas seu baixo desempenho ou omissão não levam à insatisfação. Existe os de performance, nos quais quando o desempenho é elevado, também o é a satisfação do cliente, e vice-versa. Fatores de indiferença não exercem influência na satisfação do cliente.

A identificação das razões que levam à satisfação do consumidor é fundamental para o sucesso das empresas, uma vez que tem como consequências: a lealdade, se os índices forem altos, e reclamações, se baixos (ANGNES; MOYANO; LENGLER, 2015). A avaliação regular da satisfação dos usuários com um serviço pode auxiliar a apontar os seus pontos

fortes e fracos, assim como, seria útil para promover mudanças organizacionais, se necessárias (LASALVIA et al., 2012).

Assim como abordado no tópico sobre qualidade, é essencial também discutir a respeito da satisfação especificamente em serviços médicos, devido às características próprias do setor.

2.6.1 Satisfação em serviços médicos

Compreender o que torna os clientes satisfeitos com os serviços de saúde é fundamental por diversos motivos: permite avaliar se as necessidades dos pacientes estão sendo atendidas; é decisivo para promover a cooperação dos pacientes, visto que, se insatisfeitos, podem dificultar o processo, negando-se ao tratamento ou não comparecendo às consultas (BONSU et al., 2017); pode ser um indicador para melhorar os serviços e atuação das organizações (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

Para entender os vários fatores que afetam a satisfação do paciente, os pesquisadores exploraram as diversas dimensões da qualidade de serviço percebido, como medidas significativas e essenciais para a satisfação do paciente com os serviços de saúde (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

Em pesquisa realizada por Lasalvia et al. (2012) foram observadas as percepções de pacientes e familiares sobre a maioria dos domínios de satisfação. Para ambos os grupos, foi ressaltada a preocupação com a estrutura e conforto do ambiente, tipos de intervenção oferecidos e o nível de informações recebidas, tendo sido a falta destas últimas o determinante crucial para a insatisfação com o atendimento. Resultados de Padma, Rajendran e Prakash (2010) e Butt et al. (2013) demonstraram que o aspecto interpessoal dos cuidados foi tido como o mais importante para a satisfação de pacientes e acompanhantes, visto que não conseguem avaliar a qualidade técnica dos serviços. Entre outros fatores, a satisfação do paciente também foi impactada pelo cuidado clínico, imagem e confiabilidade da instituição, enquanto a do acompanhante, pela infraestrutura e procedimentos administrativos (PADMA; RAJENDRAN; PRAKASH, 2010).

Adicionalmente, Butt et al. (2013) e Anderson, Nasr e Rayburn (2018) relataram a falta de comunicação, as inconsistências na entrega e a crescente dependência da tecnologia como vinculadas ao menor grau de satisfação nos serviços médicos. Outro fator de relevância consiste em o médico não se apressar em examinar (DELOITTE, 2016). Já Sweeney, Danaher e Mccoll-Kennedy (2015) adicionam o envolvimento do consumidor como elemento ligado à elevada satisfação, qualidade de vida e intenções comportamentais.

Diversamente dos demais, Bonsu et al. (2017) procuraram explorar o que constitui a satisfação do paciente a partir da interpretação dos profissionais de saúde. Esta iniciativa é importante, pois os valores, experiências e opiniões dos prestadores podem moldar o tipo de serviços que eles oferecem, independentemente de estarem em conformidade com os padrões utilizados ou não. As respostas obtidas foram principalmente associadas à forma como os especialistas assumiram suas responsabilidades, que incluíram: educar e aconselhar o paciente (fornecer informações para que compreendam o problema, saibam lidar com ele e tratá-lo); acompanhamento e suporte contínuo (faz com que os clientes se sintam valorizados, encorajando-os a completar o tratamento); fornecer autonomia; qualidade do relacionamento interpessoal (considerando que o processo pode ser estressante, uma atmosfera de atendimento amigável proporciona às pessoas experiências de cura positivas); pontualidade; disponibilidade e oferta confiável de medicamentos.

Ali (2017) pesquisou a satisfação dos pacientes no que diz respeito às dimensões da qualidade. De formal geral, foram encontrados gaps entre a performance e as expectativas nos itens de tangibilidade, confiabilidade e garantia. Responsividade e empatia foram superiores ao esperado. Em investigação de Oredola e Odusanya (2017) os respondentes ficaram mais satisfeitos com a eficácia do tratamento, tempo de consulta e habilidades de comunicação, enquanto que o tempo de espera foi o componente pior avaliado. Também comentaram que é possível que as pessoas tenham maiores expectativas quando em instituições privadas, devido aos maiores custos, e por isso os prestadores de serviço devem atentar mais para questões de facilidade de acesso, disponibilidade de pessoal e medicamentos, tempo de espera, horários flexíveis, atitude do pessoal e confidencialidade. No entanto, apesar disso, estudos não mostraram que o setor privado seja mais eficiente, responsável ou medicamente mais efetivo do que o setor público, apesar de este último pecar em prontidão e hospitalidade (BASU et al., 2012).

Al-Abri e Al-Balushi (2014) indicaram que há divergência na literatura sobre a correlação entre fatores demográficos, como idade, gênero, status de saúde e nível de educação do paciente com seu nível de satisfação. Alguns estudos demonstraram que indivíduos do sexo masculino, com mais de 50 anos de idade, com duração de tratamento mais curta ou melhor estado de saúde e aqueles com educação primária tem maiores pontuações de satisfação (QUINTANA et al., 2006; OTANI; HERRMANN; KURZ, 2011). Em contraste, outras pesquisas apontaram que essas características não podem ser preditoras significativas de satisfação geral do paciente (BJERTNAES; SJETNE; IVERSEN, 2012).

Numerosas pesquisas interdisciplinares vêm sendo realizadas entre as áreas de saúde e comportamento do consumidor. Alguns desses estudos são apresentados na seção adiante.

2.7 Serviços de saúde e comportamento do consumidor

Com o intuito de verificar os estudos já realizados sobre a temática, foi feito o levantamento de alguns artigos que fazem a associação entre serviços de saúde e comportamento do consumidor, percebe-se que a satisfação do paciente, qualidade dos serviços médicos, papel e envolvimento do consumidor, experiência de serviço, relação entre médico e paciente, inovação nos processos, acessibilidade aos serviços são temas recorrentes.

Quadro 4 - Estudos na área de serviços de saúde e comportamento do consumidor

Ano	Autores	Título	Objeto de pesquisa
2018	Vuong	Sociodemographic factors influencing Vietnamese patient satisfaction with healthcare services and some meaningful empirical thresholds	Analisar fatores sociodemográficos possivelmente influentes na satisfação do paciente.
2018	Osei-Frimpong;Wilson; Lemke	Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: The influence of on-line access to healthcare information	Examinar o desejo dos pacientes de buscar informações sobre a saúde, impulsionadas pelo aumento do acesso via Internet,e os impactos na cocriação de valor.
2017	Shabbir; Malik; Janjua	Equating the expected and perceived service quality: A comparison between public and private healthcare service providers	Investigar os pontos de vista dos pacientes em relação à qualidade do serviço percebido dos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
2017	Leslie; Sun; Kruk	Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: A cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries	Verificar se os insumos estruturais preveem a qualidade clínica dos cuidados prestados aos pacientes.
2017	Methley; Chew-Graham; Cheraghi-Sohi; Campbell	A qualitative study of patient and professional perspectives of healthcare services for multiple	Explorar as perspectivas e experiências de pacientes e profissionais dos serviços de

		sclerosis: implications for service development and policy	saúde de esclerose múltipla no Reino Unido.
2017	Ahmed; Tarique, Arif	Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector	Investigar a qualidade do serviço, satisfação e lealdade dos pacientes no setor de saúde de Bangladesh.
2017	Fortuna; Lohman; Batsis; DiNapoli; DiMilia; Bruce; Bartels	Patient experience with healthcare services among older adults with serious mental illness compared to the general older population	Comparar a experiência do paciente com os serviços de saúde e os prestadores de serviços de pacientes com mais de 50anos com e sem doença mental grave.
2017	Khanal; Veerman; Nissen; Hollingworth	Use of healthcare services by patients with non-communicable diseases in Nepal: A qualitative study with healthcare providers	Investigar o preparo dos prestadores de serviços médicos para enfrentar a crescente prevalência de doenças não transmissíveis.
2016	Sumaedi; Yarmen; Bakti	Healthcare service quality model: A multi-level approach with empirical evidence from a developing country	Desenvolver e testar um modelo de qualidade de serviço de saúde de vários níveis (HSQ) em Jacarta, Indonésia.
2016	McDermott; Pedersen	Conceptions of patients and their roles in healthcare: Insights from everyday practice and service improvement	Considera os papéis dos pacientes na entrega e melhoria de serviços.
2016	Sharma; Conduit	Cocreation Culture in Health Care Organisations	Explorar os comportamentos e valores que representam os diferentes níveis de uma cultura de cocriaçãoem cuidados com a saúde.
2016	Frimpong	Examining the effects of patient characteristics and prior value needs on the patient-doctor encounter process in healthcare service delivery	Examinar a influência das necessidades de valor pré-encontro clínico dos pacientes e como isso afeta o valor percebido experiencial e contribui para o papel do paciente na criação de valor na prestação de serviços de saúde.

2015	Rhynas	Access to healthcare services for people recovering from alcohol excess	Dar voz às pessoas marginalizadas por danos relacionados ao álcool,
2015	Kavcic; Pahor; Domajnko	User involvement in Slovenian healthcare	Descobrir sobre a situação atual do nível de envolvimento dos usuários de saúde na Eslovênia.
2015	Ponsignon; Smart; Williams; Hall	Healthcare experience quality: an empirical exploration using content analysis techniques	Explore como os pacientes com câncer e seus cuidadores percebem e avaliam a experiência de saúde.
2014	Nadkarni; Sabharwal; Ammakkanavar; Annapureddy; Malhan; Mehta; Kanakadandi; Agarwal; Fried	Patient satisfaction and resident postgraduate year status	Investigar a relação entre médicos após um ano de formados e a satisfação do paciente.
2014	Ganle; Parker; Fitzpatrick; Otupiri	A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition	Analisar as barreiras do sistema de saúde para a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde materna e neonatal em Gana após a abolição da taxa de utilização.
2013	Duong; Le Cardinal; Bocquet	Design of a healthcare service: Teledermatology	Estudar o uso de um sistema inovador na prática da medicina.
2013	Zhao; Tamura; Huang; Ma	Empathetic Healthcare Services based on U-pillbox System	Examinar o uso de um sistema de saúde eletrônico, que visa personalizar e humanizar a prestação de serviço.

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

O contexto social brasileiro exerce impacto na forma com a qual os serviços médicos são prestados e avaliados. Deste modo, essa dissertação buscou também analisar as conjunturas do macroambiente.

2.8 Panorama da saúde no Brasil

Para compreender os fatores que interferem na realização de uma consulta médica, como, por exemplo, a possibilidade de existência de distinção entre os atendimentos realizados por planos de saúde e particulares, é fundamental compreender o contexto ambiente em que essas consultas são efetuadas e sua capacidade de influência nas mesmas.

O direito social à saúde pública no Brasil foi estabelecido com a promulgação da Constituição Federal. Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), transformando o acesso à saúde em universal, presente em todas as Unidades da Federação, com atendimento igualitário, amplo e gratuito a toda a população (DANTAS; OLIVEIRA; PASSADOR, 2016). Sua implementação passou a vigorar com a Lei n. 8.080/ 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando as ações, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Porém, segundo Dantas, Oliveira e Passador (2016), os investimentos realizados no setor ainda não foram suficientes para cumprir a proposta.

Friedrich et al. (2017) afirmam que a precarização dos serviços públicos oferecidos pelo SUS permitiu a consolidação de opções privadas, com a ascensão de planos de saúde e outros meios, sendo o Estado um financiador desse processo, através da dedução no Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2011), órgão regulador das operadoras particulares, estabeleceu a resolução normativa nº 259, que dispôs sobre as garantias de atendimento aos contratantes.

Segundo dados da ANS de setembro de 2017, o número de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia no Brasil era de 47.303.952, representando 24,5% da população. Destes, aproximadamente 67% são coletivos empresariais, 20% individuais e 13% outros. São 773 operadoras médico-hospitalares. Já em Pernambuco, a taxa de cobertura é de 10 a 20% da população. Na mesma época, devido ao cenário de crise econômica vivida pelo país nos últimos anos, o crescimento do ramo foi de -0,8. Sendo assim, os planos de saúde constituem no Brasil um importante via de atendimento ao cidadão.

Spalenza, Ronchi e Pelissari (2017, p. 633) afirmam que, além dos pacientes, “os médicos também são consumidores, pois possuem com as operadoras de planos de saúde uma relação *Business to Business* (B2B)”, na qual o vínculo entre as partes tende a ser de longa duração. Ainda, segundo os autores, quando se fala da satisfação médica para com os planos de saúde é necessário entender o contexto atual do sistema de saúde brasileiro e as relações nele presentes. Este estaria dividido em três partes: médicos que atendem pelo SUS, particular e pelos planos de saúde.

Para eles, devido às dificuldades nos atendimentos realizados pelo SUS, como longas filas, defasagem em infraestrutura, o sistema público acaba por não satisfazer a população com um padrão de qualidade mínimo. Por outro lado, o alto valor de uma consulta particular limita o público, pois são poucos que têm condições ou estão dispostos a arcar com tal

despesa. Tendo em vista a popularização de alguns planos de saúde, grande parte da população adere a eles, por proporcionarem uma melhor qualidade de serviço, com um custo mais acessível.

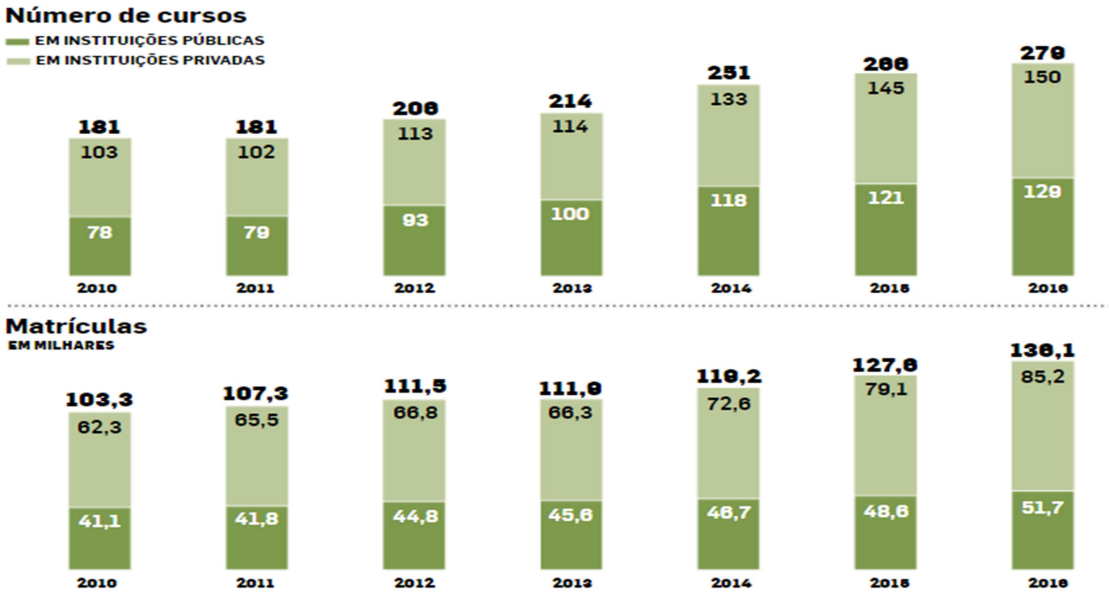
Os médicos, então, em sua maioria, acompanham a tendência do mercado, associando-se com as operadoras de planos de saúde. Porém, os profissionais consideram o valor pago pelos planos como baixo, constituindo, portanto, uma fonte de reclamações, que pode até resultar em queda na qualidade do atendimento (SPALENZA; RONCHI; PELISSARI, 2017). Para os autores, isso acontece uma vez que, pagando-se pouco por cada consulta, o médico sente a necessidade de realizar um número maior de consultas por dia, fazendo, assim, com que o serviço possa ocorrer de forma menos satisfatória. Com isso, os médicos, mesmo insatisfeitos, permaneceriam a eles aliados deles para exercerem sua atividade profissional.

Para Vasconcelos (2011, p. 268), a medicina progrediu bastante, com a tecnologia e informatização, o que, por um lado, garante curas e recuperações mais rápidas, mas de outro, faz com que o homem passe a ser quase um autômato, muitas vezes injustiçado e desrespeitado. O homem mencionado não se trata apenas do paciente, mas também do médico, que é frequentemente "submetido a uma carga de trabalho desumana, trabalhando em vários lugares e procurando dar conta de uma clientela que, em condições normais, seria simplesmente fora da realidade".

Ao passo que houve o desenvolvimento da esfera privada da saúde no Brasil, também ocorreu a expansão do ensino superior. Essa iniciativa para democratização da educação permitiu a inauguração de novas universidades e cursos, plataformas à distância (GENTIL; LACERDA, 2016). A figura 3 ilustra a evolução na quantidade de alunos e cursos de medicina de 2010 a 2016.

Ainda que positivo, esse crescimento considerável tem gerado preocupações nas entidades de classe. Segundo o jornal Estado de São Paulo - Estadão (2017), o governo federal cogita suspender a criação de cursos de Medicina no país, durante um período de cinco anos. A medida, sugerida pelo Ministro da Educação Mendonça Filho, teria como objetivo evitar o risco de queda na qualidade de ensino nas faculdades de medicina. Em nota, do Ministério da Educação (MEC) esclareceu que espera-se "um amplo e profundo estudo sobre a formação médica no Brasil, que contará com a cooperação do Conselho Federal de Medicina (CFM), associações médicas nacionais e será elaborado por especialistas e consultores com reconhecimento internacional" (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017). No entanto, ainda é necessária a sanção do presidente Michel Temer para que a medida seja válida.

Figura 3 - Evolução na quantidade de alunos e cursos de medicina no Brasil de 2010 a 2016



Fonte: Estadão (2017)

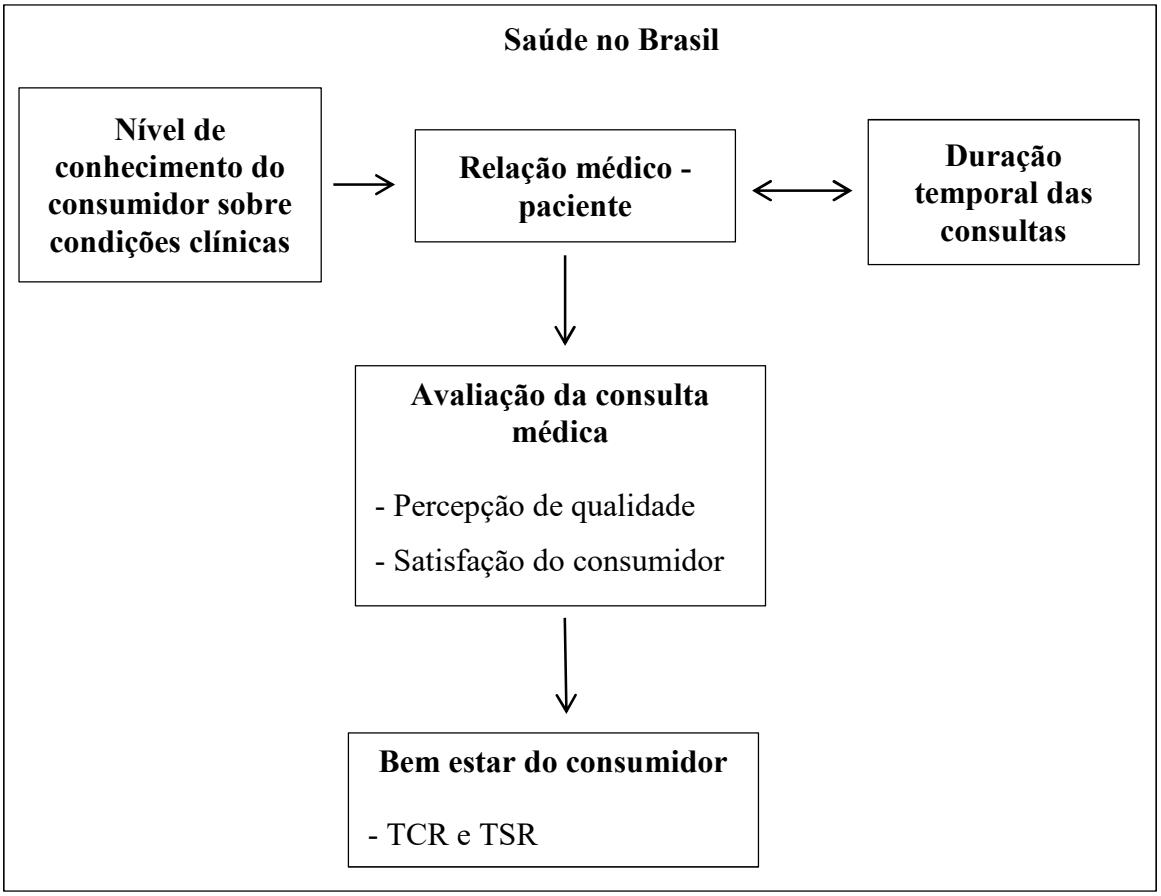
Ao longo desta dissertação, foram expostos diversos construtos que se inter-relacionam, visando responder as perguntas de pesquisa.

2.9 Relação entre os construtos

Essa dissertação investigou como ocorre a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços. Para responder essa questão, foram utilizados diferentes construtos, como: pesquisa transformativa em serviços, relação médico-paciente, aprendizagem do consumidor, qualidade e satisfação em serviços, saúde no Brasil, buscando averiguar se e como estes se relacionam, conforme a figura 4.

Muitos autores ressaltam a importância de estabelecer uma relação médico – paciente positiva, baseada na confiança e coparticipação (GALLAN ET AL., 2013; KEMP; JILLAPALLI; BECERRA, 2014). Todavia, conhecer, ouvir, entender e responder apropriadamente os pacientes requer tempo (MALONE, 2003), o que pode influenciar na duração temporal das consultas. Da mesma forma, a necessidade de atendimentos mais rápidos dificulta o aprofundamento da relação, podendo ocasionar um tratamento mais impessoal e padronizado. A associação, portanto, seria bidirecional.

Figura 4 - Relação entre os construtos



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Da mesma forma, à medida que o paciente possui maior conhecimento sobre suas condições clínicas, pode tornar-se mais questionador, interferindo na relação com o médico, uma vez que fica mais exigente (OLIVEIRA, 2014). Ainda, a atenção e o cuidado recebidos exercem impacto na avaliação do serviço pelo cliente, seja na percepção de qualidade ou em seu nível de satisfação (BUTT ET AL., 2013; LEE, 2016). Tudo isso traz implicações para o bem estar dos pacientes, pois a forma com a qual o serviço médico é prestado e avaliado influencia a qualidade de vida dos indivíduos, devido ao seu caráter essencial (DANAHER; GALLAN, 2016; DAVIS; MOHAN; RAYBURN, 2017).

No próximo capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados nessa pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nessa seção são indicados os procedimentos metodológicos que foram adotados para a operacionalização do estudo e contribuíram para responder o problema de pesquisa. São evidenciados a natureza da pesquisa, o desenho metodológico utilizado, os meios com os quais os dados empíricos foram levantados e analisados, e, por fim, os critérios que asseguram a qualidade da pesquisa.

3.1 Natureza da pesquisa

A intenção desta pesquisa foi entender como se dá a avaliação da consulta, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços. Tendo como base essa premissa, o presente estudo caracteriza-se como de abordagem qualitativa, pois essa tipologia busca "fornecer uma compreensão rica e contextualizada da experiência humana através do estudo intensivo de casos particulares" (POLIT; BECK, 2010, p.1452).

Os métodos qualitativos têm uma forte tradição no campo da saúde e do bem-estar, porque se adequam às "realidades experienciais e interpretativas dos próprios participantes" e oferecem "ideias ricas e convincentes sobre os mundos, experiências e perspectivas reais de pacientes e profissionais de saúde" (BRAUN; CLARKE, 2014, p.1). Para Yin (2016), envolve estudar a singularidade dos eventos, assim como os significados presentes na vida das pessoas nas condições em que realmente vivem, fazendo com que estas tenham liberdade para se expressar.

O paradigma que delineia esta pesquisa é o interpretativismo, seguindo a epistemologia construtivista. Lincoln e Guba (2000) enfatizaram que paradigma é o conjunto de crenças básicas que correspondem à visão de mundo. Para os interpretativistas, o conhecimento é relativo, pois a realidade é interpretada sob perspectiva das pessoas diretamente envolvidas e, por isso, é continuamente construída (BAUER; GASKELL, 2008; IOFRIDA et al.; 2016).

Sacool (2009) explica que no interpretativismo a realidade é criada por meio de interações sociais, sendo decorrentes da relação sujeito-objeto, ou seja, da compreensão que os seres humanos têm a respeito de determinado aspecto, que são transmitidas socialmente em um contexto. Consequentemente, o entendimento sobre questões sociais não deve partir de deduções e operações hipotéticas, mas de uma imersão no ambiente natural no qual são gerados. Dessa forma, é incentivado aos participantes utilizar suas próprias palavras,

expressões, baseando-se em seus próprios conceitos e experiências, com o intuito de atingir dimensões profundas do comportamento humano (SACOOL; 2009).

A utilização do viés interpretativa é adequado para os estudos de consumo, tendo sido Levy (1959) um dos precursores a aplicá-lo, ao defender que os produtos possuem significados pessoais e sociais a eles associados, indicando um consumo simbólico, indo além, portanto, da visão objetiva voltada a sua funcionalidade. Holbrook e Hirschman (1982) contribuíram, inserindo aspectos subjetivos importantes no processo de tomada de decisão, como elementos emocionais, estéticos e hedônicos, contestando a hegemonia do racionalismo.

Nessa dissertação foi adotada essa perspectiva, pois considerou-se que as experiências em consultas médicas são únicas, situacionais, tendo em vista o seu caráter relacional e crucial.

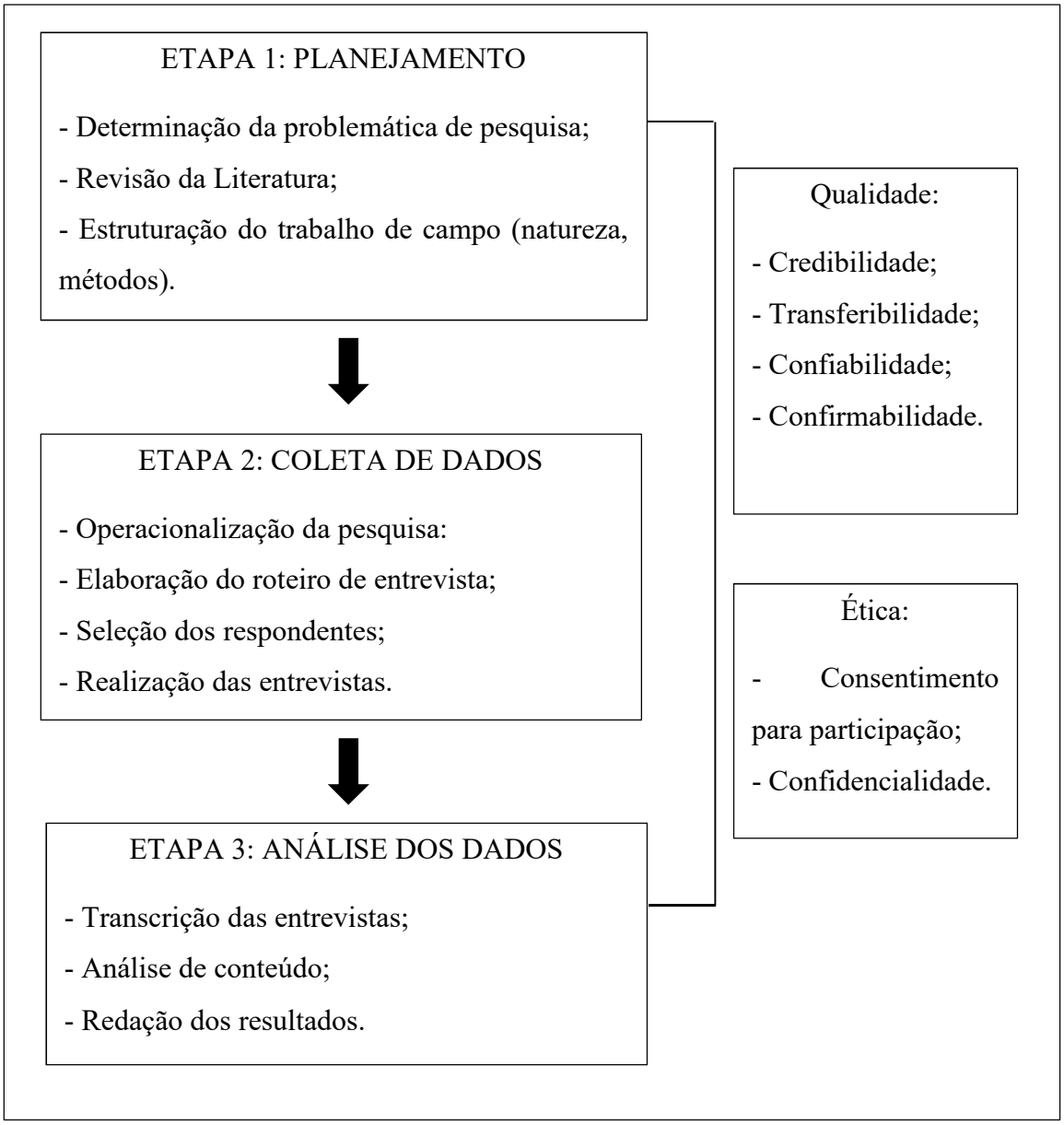
3.2 Desenho metodológico

O processo de pesquisa da dissertação está indicado na figura 5. A pesquisa teve início com a delimitação da problemática, baseada na observação prática e em ser uma questão relevante e atual, além de constituir uma abordagem diferenciada para o objeto "serviços médicos". A seguir, foi executada a revisão teórica sobre os campos da pesquisa, com os objetivos de: permitir familiarização com o tema e definir os construtos que serão abordados (FLICK, 2009), como: pesquisa transformativa do consumidor, qualidade e satisfação em serviços médicos, relação médico-paciente e situação da saúde no Brasil; averiguar o estado de arte do tema, realizado por busca nas bases de dados *Scopus e Esmerald;* realizar um diálogo com outras pesquisas relacionadas, fornecendo suporte para justificar o estudo (CRESWELL, 2010); escolher a metodologia que foi utilizada e compreender sua aplicação.

Nessa etapa também puderam ser estruturados os procedimentos para o trabalho de campo, uma vez que, para Merriam (2002), as técnicas adotadas devem ser aquelas que possibilitam responder a pergunta central de pesquisa. Por isso, para a coleta de dados efetuou-se entrevistas semiestruturadas e a técnica de incidentes críticos, que foram transcritas, organizadas e, logo após, analisadas mediante análise de conteúdo.

Em todas as fases da pesquisa citadas atentou-se para os critérios de qualidade e ética, de forma a assegurar a validade e confiabilidade das conclusões levantadas, bem com as implicações éticas a serem consideradas, que são intrínsecas ao trabalho de campo.

Figura 5 - Desenho metodológico da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2018), adaptado de Veludo-de-Oliveira; Oliveira (2012, p.3)

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Em projetos qualitativos, a escolha dos participantes deve ter um propósito claro e específico, consistente com a questão de pesquisa (COLLINGRIDGE; GANTT, 2008). Em geral, são selecionados por causa de suas experiências pessoais ou conhecimento sobre o tema em estudo (CLEARY; HORSFALL; HAYTER, 2014), devendo ser capazes de gerar informações ricas, densas e focadas, de maneira a fornecer ao pesquisador um entendimento sólido do fenômeno.

Yin (2016) destaca a importância de coletar, integrar e apresentar dados de múltiplas fontes de evidências. A variedade é decorrência de se estudar um ambiente complexo da vida real e, dessa forma, deve-se considerar os participantes que nele estão envolvidos. Para a presente investigação os sujeitos selecionados foram:

1) Pacientes atendidos em consultas nos últimos três meses, que vivenciaram incidentes satisfatórios e insatisfatórios no momento da consulta (incluindo espera no atendimento, duração da consulta, empatia do médico, dentre outros). Foi viável, assim, verificar como as consultas estão sendo avaliadas sob a ótica dos mesmos, bem como seus níveis de bem estar. Optou-se pelo intervalo de tempo 'dos últimos três meses', tendo em vista facilitar a lembrança dos eventos ocorridos.
2) Médicos em exercício da profissão e que atendem em consultas por planos de saúde e/ou particulares. A razão de escolha dessa categoria reside em realizar um contraste com a visão dos pacientes sobre o atendimento efetuado, e também compreender as particularidades da profissão que podem exercer impacto na forma de assistência prestada.
3) Estudantes de cursos de medicina. Estes foram selecionados em caráter complementar ao grupo dos médicos, com o intuito de levantar se no processo de formação são oferecidas recomendações sobre o que representa um atendimento médico ideal e as expectativas relativas ao mesmo, comparando com a opinião dos especialistas já em atividade. O intuito foi verificar a existência de distinção entre o que se aprende na universidade e a prática diária da profissão. Pelo curso ter média de duração de seis anos, foram selecionados estudantes a partir do 7º período, para que eles já tenham vivenciado, pelo menos, mais da metade de sua formação e terem, assim, melhores condições de explanar sobre como se dá este processo.

A seleção dos sujeitos foi por conveniência em razão da acessibilidade e disponibilidade dos informantes da pesquisa, adotando também a técnica "bola de neve" (FLICK, 2009), na qual um caso leva a outro, pedindo-se aos primeiros participantes que indiquem outros possíveis respondentes.

A definição da quantidade de informantes também envolve reflexão na tomada de decisão. Sandelowski (1995) argumenta que é a prioridade na pesquisa qualitativa é qualidade, e não o número (quantitativa), das entrevistas. Contudo, Cleary, Horsfall e Hayter (2014) dizem que uma quantidade pequena pode prejudicar a obtenção da amplitude e profundidade adequadas, e, por outro lado, se em grande escala, pode acarretar em dados superficiais ou de difícil avaliação. A interrupção da coleta depende da "saturação" das

informações levantadas, que, de acordo com Trotter (2012), refere-se ao ponto em que não há novos temas emergentes.

Com isso, por meio da técnica da saturação de dados, o corpus da pesquisa abrangeu o texto resultante das falas de 22 sujeitos, sendo 9 pacientes, 8 médicos e 5 estudantes de medicina, que serão caracterizados nas sessões posteriores. A saturação foi obtida, levando-se em consideração as limitações do estudo, mencionadas posteriormente em sessão específica. A numeração dos informantes foi realizada introduzindo-se a primeira letra do tipo de entrevista (sujeito P para pacientes, M para médicos e E para estudantes), tendo em vista facilitar a identificação no momento das citações.

Anteriormente, foram realizados pré-testes com 5 sujeitos (2 estudantes, 1 médico e 2 estudantes de medicina) para verificar a adequação e compreensão do roteiro de entrevista, porém, por se tratarem de conversas mais informais, estes não foram inseridos na análise final.

A seguir, são apontadas as técnicas de coletas de dados que foram utilizadas na pesquisa:

3.4 Coleta dos Dados

Os procedimentos para a coleta de dados correspondem a como foram compilados os dados específicos para a pesquisa. Há diferentes formas de fazer um registro do que é dito e feito durante a coleta de dados. Neste estudo, os dados foram coletados por meio de entrevistas, com solicitação de prévio consentimento dos respondentes para gravações em áudio, que foram transcritas textualmente em momento posterior, com o intuito acadêmico. Como complemento, também foram utilizadas notas de campo. As possibilitaram à pesquisadora coletar elementos não verbais, como impressões, contextos ambientais, comportamentos e sugestões, que não são devidamente capturados pela gravação de áudio, e ajudam na interpretação e lembrete de fatores situacionais importantes (SUTTON; AUSTIN, 2015).

A entrevista é a forma dominante de coleta de dados qualitativos, inclusive entre os acadêmicos que investigam mercados e consumidores na atualidade, e constituem um diálogo entre o pesquisador e um ou mais informantes (FISCHER; CASTILHOS; FONSECA, 2014), o que requer reflexividade e empatia. Conforme Creswell (2010) e Flick (2013), tem como benefício permitir que, por meio de questões geralmente abertas, os entrevistados respondam da forma mais livre e extensiva possível, favorecendo ampla exploração dos dados. Foi usada nessa dissertação para obter maior detalhamento e profundidade de informações.

3.4.1 Entrevistas semiestruturadas

No que se refere às entrevistas optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, isto é, orientadas por pontos-chaves que serviram de guia (GIL, 2010), embora, tendo havido a possibilidade de abordar outros assuntos interessantes à medida que surgiram. Flick (2009) salienta algumas vantagens desse tipo de entrevista sobre a estruturada, visto que estas últimas limitam o ponto de vista do informante ao impor quando, como e em que ordem tratar os assuntos. Já na semiestruturada há maior flexibilidade para abordar os questionamentos na circunstância mais apropriada, conforme as respostas dos entrevistados.

Para condução das entrevistas, foram seguidas as recomendações de Annis, Racher e Beattie (2004, p. 200) dispostas abaixo:

a) Preparação para a entrevista:
   - Explicar o propósito da pesquisa;
   - Esclarecer sobre os procedimentos;
   - Verificar a compreensão por parte do entrevistado, interrogando a respeito de possíveis dúvidas;
   - Solicitar registro da aceitação de participação e permissão para gravação.
b) Enfoque nas perguntas: parte central do estudo:
   - Iniciar com questões fáceis e gerais a fim de encorajar e criar conexão com os entrevistados, facilitando o retorno a indagações mais sensíveis;
   - Permanecer com clareza e neutralidade, sem interferir nas respostas ou demonstrar reações;
   - Manter os participantes envolvidos;
   - Garantir o controle da entrevista, não permitindo que os respondentes saiam do tópico ou percam o foco.
c) Fechamento:
   - Checar se o entendimento foi correto;
   - Agradecer ao participante.

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas pela pesquisadora junto aos médicos para analisar o caso sob seus pontos de vista, verificando como ocorre o dia-a-dia das consultas, do relacionamento com o paciente e o que consideram um bom atendimento médico; e com os estudantes de cursos de Medicina para obter informações sobre o processo de formação e suas visões sobre como deve ser a assistência a ser prestada. Os roteiros de

entrevista estão dispostos nos apêndices B e C, respectivamente. Os quadros com os dados das entrevistas encontram-se a seguir.

Quadro 5 - Dados das entrevistas com os médicos

Informante	Tipo de Entrevista	Data de Realização	Duração da Entrevista
Informante M1	Presencial	18/09/2018	14'41"
Informante M2	Presencial	19/09/2018	05'03"
Informante M3	Presencial	19/09/2018	14'21"
Informante M4	Presencial	24/09/2018	12'33"
Informante M5	Presencial	25/09/2018	13'15"
Informante M6	Presencial	26/09/2018	18' 20
Informante M7	Presencial	03/10/2018	09'02"
Informante M8	Presencial	04/10/2018	12'28"

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

As entrevistas com os médicos foram realizadas entre os dias 14 de setembro a 04 de outubro de 2018, com o tempo de duração variando entre 05 min e 03 segundos a 18 minutos e 20 segundos, conforme quadro 5. Ao final dessa etapa, resultou-se em um tempo de duração de 1 hora, 39 minutos e 43 segundos. Todas as entrevistas foram conduzidas no respectivo local de consultório dos profissionais. O contato inicial foi feito por meio de email e do *Doctoralia*, site de busca por especialistas na área de saúde, e o agendamento das entrevistas foi realizado por intermédio dos mesmos ou por telefone. Em dois dos casos, não foi obtida a autorização para gravação de áudio, tendo sido feitas detalhadas anotações de campo.

Quadro 6 - Dados das entrevistas com os estudantes de medicina

Informante	Tipo de Entrevista	Data de Realização	Duração da Entrevista
Informante E1	Virtual	25/09/2018	06' 39"
Informante E2	Virtual	27/09/2018	05' 15"
Informante E3	Virtual	01/10/2018	09'15"
Informante E4	Virtual	02/10/2018	04'57"
Informante E5	Virtual	10/10/2018	04'00'

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

As entrevistas com os estudantes de medicina foram realizadas entre os dias 25 de setembro e 10 de outubro de 2018, com duração de tempo variando entre 04 minutos e 09 minutos e 15 segundos, conforme quadro 6. Ao final dessa etapa, resultou-se em um tempo de

duração de 26 minutos e 06 segundos. O contato inicial foi feito pelo *Whatsapp e Facebook* com pessoas cuja pesquisadora conhecia ou que faziam parte de grupos da faculdade na rede social e pela técnica bola de neve. As entrevistas foram virtuais em decorrência da falta de disponibilidade de tempo dos sujeitos, visto que realizam plantões em hospitais como parte do processo de formação. Foram obtidas gravações de áudios para todos os sujeitos.

3.4.2 Técnica de incidentes críticos (TIC)

Já para capturar as experiências dos pacientes em um contexto de atendimento em consultas médicas foram realizadas entrevistas por intermédio da técnica de incidente crítico (roteiro disposto no apêndice D). Essa técnica foi formalmente desenvolvida por Flanagan (1954), e constitui um "conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano de forma a facilitar sua utilidade potencial na resolução de problemas práticos" (FLANAGAN, 1954, p. 327). Sendo assim, consiste, essencialmente, em um "procedimento para reunir certos fatos importantes sobre o comportamento em situações definidas" (FLANAGAN, 1954, p. 327), e tem como vantagem, não apenas coletar opiniões, mas também obter um registro de comportamentos específicos daqueles na melhor posição para fazer as observações e avaliações necessárias.

O autor entende por incidente qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa para permitir inferências sobre as pessoas que realizam a ação. Já para ser crítico, um incidente deve fazer uma contribuição significativa, positiva ou negativamente, para o objetivo geral de uma atividade, sendo esta clara e com consequências determinadas. Sharoff (2008) indica que o objetivo é focalizar a atenção do participante em uma situação particular, a fim de suscitar um entendimento mais profundo sobre esta.

Ainda, segundo Flanagan (1954), para sua realização os respondentes são solicitados a lembrar da última vez em que participaram de uma circunstância específica, a ser analisada. A técnica de incidentes críticos é frequentemente usada para coletar dados sobre observações feitas previamente, que são relatadas apenas pela memória. Isso geralmente é satisfatório quando os incidentes explanados são relativamente recentes e os observadores são motivados a fazer observações e avaliações detalhadas. A importância de se obter incidentes recentes deve-se à necessidade assegurar que eles representem acontecimentos reais. Se forem fornecidos dados completos e exatos, pode-se presumir que a informação é precisa. Já relatórios vagos sugerem que o incidente não é bem lembrado e que alguns dos dados podem estar incorretos. Com isso, a qualidade das evidências obtidas na pesquisa depende do nível de certeza e ou recordação do respondente a respeito dos fatos narrados.

Uma vez coletados os dados, deve-se categorizá-los, com o objetivo de buscar similaridades e diferenças reportadas nas experiências. O primeiro passo consiste na classificação dos incidentes. Após um sistema de classificação ter sido desenvolvido, deve-se distribuir os incidentes nas categorias definidas, permitindo formular os eventos críticos de uma atividade, servindo de base sólida para realizar inferências sobre procedimentos práticos para melhorar o desempenho baseado nos incidentes observados (FLANAGAN, 1954).

A TIC em pesquisas de serviços de saúde foi aplicada às configurações e sistemas de atendimento ao paciente para conseguir relatos compreensivos e detalhados dos mesmos sobre práticas significativas e decisivas efetuadas nos encontros, que poderiam gerar mudanças nos efeitos produzidos (BELKORA, STUPAR; O'DONNELL, 2011). Fundamentando-se nas experiências interativas únicas dos consumidores, é possível coletar informações essenciais em relação à qualidade dos serviços e conjunturas sob as quais suas necessidades foram ou não foram atendidas, influenciando a satisfação com prestadores de cuidados à saúde (YONAS et al.; 2013). Também, consoante os últimos autores, a focalização em identificar e caracterizar incidentes específicos fornece uma visão mais profunda sobre os efeitos dos processos institucionais no suporte aos clientes, com a finalidade de ajudar a desenvolver soluções práticas, e intervenções-chave que irão alavancar modificações.

As entrevistas com os pacientes ocorreram entre os dias 06 de setembro de 2018 e 15 de outubro de 2018, com duração de tempo entre 08 minutos e 32 segundos e 33 minutos e 11 segundos, conforme disposto no quadro 7. No total dessa etapa, contabilizou-se 3 horas, 02 minutos e 24 segundos. As entrevistas presenciais foram realizadas em local de melhor conveniência para o informante, e as virtuais foram feitas por meio de ligação. Com exceção de um sujeito, todas as demais entrevistas foram gravadas.

Quadro 7 - Dados das entrevistas com pacientes

Informante	Tipo de Entrevista	Data de Realização	Duração da Entrevista
Informante P1	Presencial	06/09/2018	22’23”
Informante P2	Presencial	06/09/2018	18’26”
Informante P3	Presencial	11/09/2018	08’32”
Informante P4	Virtual	12/09/2018	21’53”
Informante P5	Presencial	17/09/2018	33’11”
Informante P6	Virtual	01/10/2018	18’20”
Informante P7	Presencial	02/10/2018	21’48”
Informante P8	Presencial	14/10/2018	23’33”
Informante P9	Presencial	15/10/2018	12’18”

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

3.5 Análise de dados

A análise dos dados consiste na organização e interpretação dos dados, com posterior redação dos resultados (FLICK; 2009). Conforme orientado por Creswell (2010), foi realizada simultaneamente à coleta, pois permitiu à pesquisadora fazer eventuais modificações ou adaptações no decorrer do estudo (MERRIAM, 2002). Nesta dissertação a análise se deu por meio da análise de conteúdo temática.

3.5.1 Análise de conteúdo temática

Dentre as diversas opções de métodos qualitativos disponíveis para a análise de dados, a análise de conteúdo qualitativa vem sendo frequentemente aplicada a dados verbais como transcrições de entrevista (SCHREIER, 2012).

A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), consiste em um "conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens" (p. 38). Envolve o tratamento da informação contida nos textos, cuja intenção é a inferência de conhecimentos sobre a realidade. Em análise qualitativa, o que a caracteriza é o fato de a inferência, quando realizada, ser fundamentada na presença do índice (tema, palavra, etc), e não na contagem de sua aparição.

Ainda, consoante à autora, apresenta três abordagens: análise léxica (natureza e riqueza do vocabulário), análise sintática (modos ou tempos verbais) e análise temática (por temas ou itens de significação). Nessa dissertação foi adotada a análise de conteúdo temática, que consiste em "descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 2009, p. 131). Um tema é uma afirmação acerca de um assunto, uma frase, um enunciado, ideias constituintes de um texto, proposições portadoras de significados isoláveis.

Para Bardin (2009), os passos a serem seguidos no processo da análise de conteúdo são:

a) Organização da análise, que envolve realizar uma pré-análise e exploração do material, fazendo a seleção dos documentos, leitura flutuante para conhecer e familiarizar-se com o texto, formulação de objetivos.
b) Codificação dos dados, que é a escolha das unidades de registro, nesse caso, temas de registro, como: relação médico-paciente, qualidade em serviços de saúde, bem estar do consumidor, conhecimento do consumidor. É um processo de transformação dos dados brutos, que são agregados em unidades, permitindo uma descrição das

características do conteúdo. É necessária a checagem dos códigos para certificar a consistência (SCHREIER; 2012).

c) Categorização, na qual, tendo como base os códigos estabelecidos, agrupam-se os elementos que possuem características comuns.
d) Inferência, comparando-se declarações, com intuito de averiguar semelhanças. A partir de então, o pesquisador pode fazer uma proposição, ou seja, um enunciado geral apoiado no estudo cuidadoso e aprofundado dos dados.
e) Interpretação dos dados, que constitui o retorno ao referencial teórico, com o propósito embasar as análises e os achados.

Uma premissa da análise de conteúdo é que os dados possam ser condensados em conceitos que descrevam o fenômeno de pesquisa (ELO; KYNGÄS, 2008), criando um modelo ou mapa teórico. Gbrich (2007) define como abordagem para explorar um grande volume de informações, permitindo captar os padrões no texto, existência e frequência dos temas e palavras mencionadas, assim como o relacionamento entre elas. As temáticas que surgiram são exploradas nas categorias explicitadas na seção de resultados.

3.6 Critérios de qualidade da pesquisa

Segundo Leung (2015), a busca por validade na pesquisa qualitativa significa a "adequação" das ferramentas, processos e dados. Consiste, portanto, em averiguar se: a questão de pesquisa é condizente com o resultado desejado, a escolha da metodologia é apropriada para responder a pergunta de central, e, finalmente, os resultados e conclusões são válidos para a amostra e contexto.

Thomas e Magilvy (2011) argumentam que a existência de rigor (termo qualitativo para o que seria denominado confiabilidade / validade em investigação quantitativa) é a maneira de estabelecer confiança nos achados de um estudo, sendo útil para indicar a consistência dos métodos empregados e fornecer uma representação precisa da população analisada.

Já Noble e Smith (2015) salientam que avaliar a qualidade da pesquisa é essencial caso se anseie que os seus resultados possam ser utilizados na prática. Esclarecem também que a pesquisa qualitativa é frequentemente criticada por escassez de rigor científico, em consequência de pobre justificativa dos métodos, falta de transparência nos procedimentos analíticos e serem sujeitas ao viés do pesquisador, contrapondo-se a quantitativa que aplica estatística para estabelecer a validade dos resultados.

Para Noble e Smith (2015), se os métodos qualitativos têm paradigmas e propósitos inerentemente distintos dos quantitativos, então são necessários critérios alternativos, que lhes sejam próprios, para o alcance do rigor. Lincoln e Guba (1985) identificaram quatro componentes que são relevantes para a pesquisa qualitativa, que foram aplicados no presente estudo. Thomas e Magilvy (2011) os explicam em sua pesquisa:

1) Credibilidade, equivalente à validade interna na pesquisa quantitativa: Refere-se à apresentação de uma descrição precisa do fenômeno. Para isso, inclui: feedback dos respondentes, que envolve retornar aos entrevistados, assegurando que as interpretações do pesquisador são reconhecidas por estes como representações adequadas dos fenômenos investigados; exame por pares, no qual solicita-se a colegas ou consultores experientes para analisar e discutir o processo de codificação; e utilização das palavras dos participantes por citações diretas, a fim de dar suporte as descobertas.
2) Transferibilidade, análogo à validade externa: Extensão na qual as descobertas são aplicáveis em outros contextos ou com outros sujeitos. Em abordagem qualitativa, todavia, a replicabilidade é complicada pelas características particulares do método, como ser situacional e com amplo envolvimento do pesquisador. Porém, de acordo com os autores, esta pode ser atingida se a investigação for empregada em circunstâncias semelhantes. Dessa forma, uma estratégia a ser adotada é fornecer um relato denso da população estudada, com seus respectivos dados demográficos e geográficos.
3) Confiabilidade: está presente quando são expressos os procedimentos que foram aplicados e que levam às conclusões (SCHREIER, 2012), por intermédio de uma descrição clara e detalhada dos métodos de pesquisa, assim como manutenção meticulosa dos registros, garantindo a transparência.
4) Confirmabilidade, similar à objetividade: requer reflexibilidade, com uma atitude autocrítica por parte do pesquisador para gerar consciência sobre suas ações, vieses, sentimentos e percepções que afetam a pesquisa, permitindo-o aplicar as mudanças necessárias para assegurar a credibilidade de seus resultados (DARAWSHEH, 2014). Elucida o papel subjetivo do pesquisador, devendo haver um esforço para seguir, ao invés de liderar, a direção das entrevistas (THOMAS; MAGILVY, 2011).

Outra ferramenta para assegurar a qualidade da pesquisa consiste na triangulação de dados, isto é, o uso de múltiplos métodos e perspectivas (KUPER; LINGARD; LEVINSON, 2008). Para esses autores, um estudo pode triangular dados, usando diferentes fontes para

examinar uma questão sob diversas vertentes ou pontos de vista, ou diferentes métodos, coletando tipos de dados distintos para aumentar a visão de um fenômeno Para Flick (2009) auxilia não só a validação, mas também amplia o escopo, abrangência e profundidade das descobertas. Além disso, permite fazer um cruzamento entre os dados coletados, ampliando as possibilidades de interpretação.

O quadro 8 apresenta como esses critérios de qualidade foram aplicados nesta pesquisa.

Quadro 8 - Critérios de qualidade aplicados à pesquisa

Critérios de qualidade	Aplicação na pesquisa
Credibilidade	Uso de citações diretas, certificando que as conclusões encontradas são fidedignas e baseadas em relatos autênticos.
Transferibilidade	Descrições do gênero, faixa etária, profissão, cidade, nível educacional e de renda dos informantes, tempo em atividade (para médicos, coordenadores e alunos de cursos de medicina).
Confiabilidade	Apresentação e explicação dos procedimentos efetuados, evidenciando: locais, período, duração, quantidade e roteiros das entrevistas, assim como o processo de categorização dos achados; retenção e conservação das anotações de campo, transcrições e arquivos de áudio.
Confirmabilidade	Tentativa de manter-se o mais neutro possível durante a realização das entrevistas e análise de dados, por meio de um processo de reflexão e avaliação contínua do próprio desempenho.
Triangulação nos dados	Informações provenientes de múltiplos atores: pacientes, médicos, coordenadores e estudantes de cursos de Medicina, possibilitando a obtenção de diferentes pontos de vista.

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

3.7 Ética na pesquisa

Em pesquisa, Lahman et al. (2011) explica que ética é a justificativa das ações de um pesquisador, bem como essas ações afetam os participantes, a comunidade e o público-alvo da investigação. Adicionalmente, Aluwihare-Samaranayake (2012) considera não apenas a

proteção dos sujeitos, mas também um trabalho socialmente responsável, com vista a evitar danos.

Oye, Sorensen e Glasdam (2016) esclarecem que os informantes devem ser voluntários, sem coerção física ou psicológica durante o recrutamento, estando plenamente conscientes sobre o conteúdo da pesquisa, seu funcionamento (duração, natureza do envolvimento e contribuições esperadas), a fim de fornecerem consentimento, de preferência por escrito.

Resnik (2014) salienta também os dilemas éticos relativos à proteção das informações obtidas como parte do estudo. É exigido dos pesquisadores que protejam a privacidade e confidencialidade dos participantes e dados (explicando como isso será feito durante o processo de consentimento informado), e, se for o caso, até mesmo de terceiros que possam ser diretamente afetados, mesmo sem serem sujeitos de pesquisa. Hartnett e Cooper (2010) enfatizam que ambos os conceitos estão relacionados, mas são distintos. Privacidade refere-se ao interesse individual de controlar o acesso de outros a informações sobre si mesmo. Já confidencialidade são as medidas adotadas para garanti-la, como armazenamento seguro, criptografia para não permitir a identificação dos pesquisados.

Todas as medidas citadas foram adotadas nessa dissertação, tendo em vista realizar a pesquisa seguindo os princípios da ética. Prezou-se pela privacidade e confidencialidade dos participantes e dados, assim como em obter o consentimento informado voluntário.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esse capítulo apresenta a análise e discussão dos dados coletados por meio das entrevistas efetuadas na pesquisa desta dissertação. Inicia-se caracterizando o perfil dos respondentes e, sem seguida, analisam-se as informações levantadas, discutindo-as à luz das teorias expressas no referencial teórico.

4.1 Caracterização do perfil dos respondentes

Os quadros 9, 10 e 11 exibem as características do perfil dos entrevistados, respectivamente, pacientes, médicos e estudantes de medicina, que foram os informantes escolhidos a partir da problemática de investigação. Em relação aos pacientes e médicos foram inclusos também o perfil dos atendimentos que participaram, nos primeiros, e realizam, nos últimos. Essas informações são importantes para auxiliar a compreensão das experiências individuais.

Quadro 9 - Perfil dos pacientes e dos atendimentos que participaram

Informante	Sexo	Idade	Nível de Escolaridade	Profissão	Tipo de Consulta	Tempo estimado desde a última consulta	Especialidade da consulta
Informante P1	F	25	Mestrado	Estudante	Plano de saúde	2 meses	Ginecologia
Informante P2	M	25	Superior Completo	Estudante	Particular	1 mês	Oftalmologia
Informante P3	M	34	Superior Completo	Bancário	Plano de saúde	1 mês	Otorrinolarin-gologia
Informante P4	M	38	Mestrado	Professor	Plano de saúde	1 semana	Ortopedia
Informante P5	M	30	Superior Completo	Estudante	Plano de saúde	Menos de 1 semana	Dermatologia
Informante P6	F	40	Pós Graduação	Psicóloga	Plano de saúde	2 meses	Ginecologia
Informante P7	F	19	Ensino Médio Completo	Estudante	Particular	Menos de 2 semanas	Cardiologia
Informante P8	F	52	Superior Completo	Aposentada	Plano de saúde	Menos de 1 mês	Clínica Geral

Informante P9	F	81	Ensino Médio completo	Dona de Casa	Plano de saúde	2 semanas	Geriatria/ Cardiologia

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Pode-se constatar que houve um equilíbrio no número de respondentes de ambos os sexos, embora tenha havido maior esforço para conseguir encontrar pessoas do sexo masculino que tivessem ido a consultas médicas nos últimos três meses. Isso aconteceu, pois muitos dos homens contatados apontaram que não tinham o hábito de ir a consultas regularmente e, por isso, já fazia bem mais que três meses desde o último atendimento. Ressalta-se que os respondentes em sua maioria foi atendida por plano de saúde, possivelmente devido à questão de apresentar um custo mais acessível, como já preconizava Spalenza, Ronchi e Pelissari (2017). Os dois únicos sujeitos que foram a consultas particulares explicaram que isso ocorreu devido a terem tido indicação ou porque o plano não fazia a cobertura do procedimento desejado. Desse modo, no contexto investigado a consulta por meio de plano de saúde predomina entre os respondentes.

Abordou-se indivíduos que foram a consultas de diferentes tipos de especialidades, considerando que o estilo de atendimento pode variar a depender da especialidade, favorecendo a obtenção de uma diversidade de experiências. Foi possível também verificar que os informantes possuem um nível de escolaridade de médio a elevado (graduação) na maioria dos casos.

Quadro 10 - Perfil dos médicos e dos atendimentos que realizam

Informante	**Sexo**	**Especialidade Médica**	**Tempo no exercício da profissão**	**Tempo na realização de consultas**	**Locais em que atende**	**Média de pacientes no particular**	**Tipo de atendimento**
Informante M1	M	Ortopedista	10 anos	4 anos	4	10 a 15 por dia	Plano de saúde e particular
Informante M2	M	Cardiologista	7 anos	3 anos	-	12 por turno	Plano de saúde e particular
Informante M3	M	Ortopedista	40 anos	39 anos	3	10 a 12 por dia	Plano de saúde e particular

Informante M4	F	Oftalmologista	15 anos	15 anos	2	15 por dia	Plano de saúde e particular
Informante M5	F	Ginecologista	20 anos	18 anos	2	30 por dia	Plano de saúde e particular
Informante M6	F	Geriatra/ cardiologista	13 anos	10 anos	1 e à domicílio	5 a 8 por turno	Plano de saúde e particular
Informante M7	F	Gastroentero-logista	12 anos	5 anos	4	10 por turno	Plano de saúde e particular
Informante M8	M	Otorrinolarin-gologista	De 20 a 25 anos	De 20 a 25 anos	3	20 a 30 por turno	Plano de saúde e particular

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Similarmente aos pacientes, conseguiu-se a colaboração de médicos de diferentes especialidades e variados tempos de atuação na área. Como observado, todos os profissionais atendem particular e plano de saúde, conforme a tendência de mercado já defendida por Spalenza, Ronchi e Pelissari (2017). Dois dos sujeitos (M5 e M6) são mais centrados nos atendimentos particulares. No entanto, o sujeito M6 foi o único que afirmou que a intenção é continuar apenas com esse tipo de consulta. Trabalham em mais de um local, e, algumas vezes, atendem em consultório em apenas um turno do dia, precisando atender uma vasta clientela, como já apontado por Vasconcelos (2011).

Quadro 11 - Perfil dos estudantes de Medicina

Informante	Sexo	Idade	Universidade	Tempo no curso de Medicina
Informante E1	F	27	Particular/ Pública	7 anos
Informante E2	F	29	Pública	6 anos
Informante E2	M	25	Particular	5 anos e meio
Informante E4	F	23	Particular	3 anos e meio
Informante E5	M	23	Pública	5 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Dos estudantes, todos foram de universidades distintas, pois cada uma tem um processo de ensino singular. Um dos sujeitos trocou de universidade no decorrer do curso e, por isso, relatou sua experiência com ambas. A maioria dos respondentes já se encontra próximo ao fim do curso.

Nas seções a seguir são expostos os principais resultados obtidos com a coleta de dados. Para fins didáticos, optou-se por iniciar com o relato das experiências vivenciadas pelos pacientes, em seguida, dos médicos e, por último, dos estudantes de Medicina. Após essas etapas, procurou-se contrapor as visões dos diferentes grupos de entrevistados. Para o alcance do critério de credibilidade da pesquisa, foram inseridas no corpo do texto citações das falas dos entrevistados que reforcem as conclusões obtidas.

4.2 Atendimento médico sob o ponto de vista dos pacientes

Nessa seção, os pacientes descreveram os incidentes existentes na última consulta em que foram atendidos. Inicialmente, retrataram a relação com o médico, abrangendo o aspecto duração de tempo da consulta. Posteriormente, indicaram o que caracterizam como um atendimento ideal e os seus respectivos níveis de satisfação para com o serviço recebido. Ainda, foi analisado o nível de conhecimento dos pacientes sobre condições clínicas e suas opiniões sobre como o contexto da saúde no Brasil interfere na realização das consultas. Para melhor visualização, sumarização e comparação dos resultados, também foram elaborados quadros-resumo.

4.2.1 Relação médico – paciente

Malone (2003) havia salientado que algumas práticas realizadas no setor, como o uso da tecnologia e procedimentos padronizados, empregos de meio turno e redução na duração de atendimento, focam excessivamente na eficiência, prejudicando a relação médico-paciente, pois dificultam, assim, conhecer, ouvir, entender os pacientes e dialogar com eles. Para Galarza-Winton et al. (2013) esses aspectos fariam com que o atendimento fosse mais orientado a tarefas do que ao indivíduo. Dessa forma, foi investigado junto aos pacientes como se dá essa relação com os profissionais de saúde, tendo em vista responder a pergunta central da pesquisa: Como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços?

Quando perguntado aos pacientes, sobre a forma como foram tratados, os sujeitos P1, P2 e P7 informaram que a postura do médico (a) foi cordial, gentil, educada, prestativa. O P7 adicionou ainda descontraída. Ao mesmo tempo, os informantes P3, P4 e P6 ressaltaram a

objetividade e o profissionalismo, de que “é como se ele tivesse ali pra resolver aquele problema, então, não tem uma relação muito íntima, é algo mais técnico mesmo, bem profissional, não tanto entrando em detalhes né na vida do paciente” (Sujeito P4).

A respeito das evidências de atenção e zelo do médico para com o paciente, o sujeito P9 destacou que foi bem positiva “olhou para mim, chamou meu nome”. Entretanto, outros enfatizaram que não perceberam um nível de cuidado apropriado, definindo a relação como fria (Sujeito P1), indiferente e desatenta, “olhava mais pro computador do que pra minha cara” (Sujeito P5), reforçando a opinião anterior de que há uma busca acentuada pelo pragmatismo na resolução dos problemas “eu fui falando, ele já foi passando a medicação” (Sujeito P6). Segundo Kemp, Jillapalli e Becerra (2014) esse comportamento não é efetivo por se tratar de um ramo cujas experiências são muito pessoais e permeadas de emoções.

Nesse sentido, o elemento tido como de maior importância para essa relação foi a comunicação entre ambas as partes, com foco na interação e troca de informações. Muitos entrevistados (P1, P3, P5, P6) indicaram que não perceberam interesse do médico em buscar conhecer o paciente ou fornecer maiores esclarecimentos. P3 diz que a continuidade ao tratamento foi dada “porque eu toquei no assunto, porque se eu não tivesse tocado, eu tinha ido embora”. No relato a seguir do entrevistado P5 é exposto que não foram oferecidas explicações suficientes sobre o tratamento passado de forma a fundamentar o cuidado (ELDH; EKMAN; EHNFORS, 2006).

> Pra poder eu entender tudo isso, alguém precisa parar pra me explicar. Quem deveria parar pra me explicar o porquê é o médico, ela não faz isso, não tem aquela via de mão dupla, ela simplesmente diz o que eu tenho que fazer, mas não me dá um feedback acerca do porque eu tô fazendo aquilo ou quanto tempo vai demorar (Sujeito P5).

P1 e P3 adicionam que a abordagem seria predominantemente técnica, com foco na solicitação e verificação de exames, e padronizada, chegando a descreverem o atendimento como automático e “quase uma coisa mecânica, quem atendeu fazia o mesmo com outras pessoas, então foi ‘oi, não sei o que, pronto’ (...) Parece que a saúde é um mercado mesmo” (Sujeito P3).

Ainda, P1 e P5 relataram que não encontraram abertura para discutir determinadas questões com o médico. P1 declarou que, mesmo que tentasse, a conversa não progredia, pois para a médica não havia necessidade de preocupação. Enquanto P5 chegou ao ponto de se incomodar com a resposta que lhe foi dada pelo especialista, por acreditar ser papel deste compreender o lado do paciente e explicar adequadamente.

> E é, assim, quando ela tá mal humorada, ela chega a questionar às vezes que você reporta um determinado efeito que você sentiu do remédio, e daí ela diz que é coisa da sua cabeça, que tá errado. Uma vez ela ameaçou suspender meu tratamento, porque eu disse que o ácido que ela passou incomodou meu rosto, que ele ardeu. Ela disse que não era pra arder, que ou eu tava usando errado, ou que ela ia tirar o tratamento. E aí, eu tive que pedir desculpa, mil e uma vezes, porque eu não sou médico, eu não conheço o vocabulário e, assim, eu pedi desculpas porque às vezes eu não saberia me expressar, mas assim, eu precisaria pedir desculpa pra uma coisa que o médico deve saber? Eu não sou médico, eu não tenho a obrigação de saber termo técnico pra poder descrever meus sintomas. Eu vou descrever dentro do vocabulário que eu acho que se enquadra pra descrever aquela sensação. Ela como médica que deve filtrar e interpretar isso daí., né? Então, nesse sentido eu acho que ela poderia, não é nem medíocre, acho que é ruim mesmo (Sujeito P5).

No entanto, essas reclamações não foram unânimes. Ambos sujeitos que foram a consultas particulares (P2 e P7), assim como a de plano de saúde P8 e P9 não se queixaram a esse respeito. Para eles, os profissionais realizaram uma investigação detalhada, sendo solícitos não só para com o que era perguntando, mas indo além, fornecendo explicações extras. No caso da idosa, notou-se que pacientes de mais idade não tolerariam que fosse diferente, visto que para eles o diálogo é imprescindível. “Só vou em médico que fala, conversa, pergunta” (Sujeito P9).

Considerando a valorização do diálogo, muitos entrevistados acreditam que a duração da consulta exerce grande impacto nesse aspecto. Segundo Black e Gallan (2015), certos comportamentos do médico, como a pobreza de habilidades de comunicação (que envolve o balanceamento entre falar e escutar) e a necessidade de dominar a conversa, criam assimetria na relação, constituindo um desafio para os profissionais, dadas restrições de tempo e metas de produtividade.

Sendo assim, em teoria, havendo mais tempo, abre-se maior espaço para o compartilhamento de informações (HOWIE ET AL., 2000), que podem auxiliar no diagnóstico e solução do problema. Para P8, quanto mais se fala com o paciente, mais se pode descobrir sobre a doença, não só pelo exame concreto, pois pode ser algo que está sendo ocasionado psicologicamente, por exemplo. Essa visão foi compartilhada por P1, P3, P4, P7 e é evidenciada no relato a seguir.

> Se você faz uma consulta muita rápida tem um risco grande de o paciente não dá todas as informações necessárias e comprometer o diagnóstico e também explicações sobre o tratamento. Mas o mais grave é não ter a

> quantidade de informações necessárias pra ele dizer o tratamento ou dá o diagnóstico. Então o tempo influencia bastante, é tanto que, eu creio que, talvez um tempo máximo não exista, mas um tempo mínimo tem que ter de uma consulta, entendeu (Sujeito P4).

Quando perguntando sobre quanto tempo durou a consulta, P1, P3 e P4 informaram que a média era de quinze a vinte minutos. Em P5 e P6 foi em torno de cinco minutos. Todavia, houve exceções nas consultas particulares (P2 e P7), da idosa (P9) e da respondente P8, que duraram em média quarenta minutos. Para P1 há uma pressão para a consulta acabar logo, o que acaba deixando o paciente desconfortável e, consequentemente, prejudica o atendimento.

> Eu já fui numa dermatologista que eu não lembrava as coisas que era pra falar porque ela me apressou tanto que eu só falei duas coisas. Por exemplo, eu tinha um caroço na axila que eu esqueci de falar, que ela 'é só isso né, é só isso' e passando a receita já de creme, de não sei o quê. Aí eu esqueci, você se sente assim, pressionado a ir embora, tá entendendo? Eu acho muito, muita pressão pra acabar logo. Não sei, eu tenho essa sensação. Não me sinto tão confortável, aí, às vezes eu esqueço de falar. Eu acho que, quando ele termina de escrever a receita, ele já dá a receita pra você e já é um sinal que você tem que sair, entendeu. Eu me sinto é, que eu tô sendo apressada. Por exemplo, passa a receita, eu vou perguntar alguma coisa, ele já diz 'é isso aqui, isso aqui, isso aqui'. Aí se eu perguntar de novo, eu me sinto burra, entendeu, porque não prestei atenção direito (Sujeito P1).

Sobre esses aspectos os sujeitos P1 e P4 entendem que o atendimento acaba sendo mais rápido, em virtude da quantidade de consultas que um médico tem que realizar. Contudo, P1 continua, ressaltando que "mesmo assim, tem pessoas que não entendem da mesma forma, tem gente que entende rápido o que tá acontecendo, e tem outros que precisam assimilar".

Em relação a se as médias de tempo mencionadas foram suficientes ou não, se prejudicaram ou não, as opiniões foram diversas. Para o sujeito P5 o cerne da questão não se encontra em quanto tempo dura a consulta, mas em como esse tempo é aproveitado, até porque o médico é treinado para fazer perguntas, e, por isso, sabem quais delas são as mais oportunas.

> Eu não costumo pensar na questão do tempo em si, mas na questão de como o tempo foi, como esse tempo foi usado durante a consulta. A consulta pode durar dez minutos ou pode durar cinco. Às vezes os cinco minutos podem ser mais proveitosos se a médica nos dias que ela tá de bom humor, ela

> interage, ela pergunta, entendeu? E assim, um médico é treinado para perguntar coisas específicas, então ela saberia o que investigar pra passar um tratamento melhor. Se nesses cinco minutos ela interagisse mais, fosse sempre mais diligente com o paciente, aí eu diria tempo bem aproveitado. Mas agora em compensação, já aconteceu de eu passar mais de cinco minutos, alguma coisa entre cinco e dez minutos, porque o computador dela travou e nesse momento não teve tanta interação, então pra mim, era melhor ter sido mais rápido (Sujeito P5).

Sendo assim, para esse respondente "a questão da duração de tempo pode dá a impressão de que a consulta foi melhor, de que o médico se dedicou mais, mas de novo, nunca é quanto tempo a consulta dura, mas como o tempo que ela durou foi aproveitado". Essa visão está consoante com o que diz Cape (2002) que as preocupações do paciente com o tempo podem ser tanto relacionadas ao tempo real quanto ao 'tempo de qualidade'.

Segundo essa interpretação, a fonte das insatisfações discorridas não teria sido a brevidade das consultas em si, mas o limitado nível de interações nela presentes. Sendo assim, apesar de atendimentos mais curtos poderem resultar em um diálogo deficiente, isso não ocorreria necessariamente, desde que os médicos consigam interagir administrando o tempo existente. Porém, mais frequentemente, a direção inversa se aplicaria, na qual uma comunicação falha teria como consequência consultas mais rápidas. Elmore et al. (2016) não encontraram associação entre a experiência do cliente e a duração da consulta, sendo possível o relato de boas experiências em consultas breves. No entanto, para eles, consultas mais longas podem contribuir para o alcance da eficácia clínica e a segurança do paciente, aspectos importantes para a alta qualidade de atendimento.

Desse modo, isso pode ser refletido nas seguintes narrações, que adquirem uma nova conotação nessa perspectiva, pois nota-se que o foco principal não é o tempo propriamente dito, mas a troca de informações que este proporciona.

> Então, ela não perguntou nada sobre a minha vida, sobre..., assim, foi muito rápida a consulta, foi uma coisa muito breve (...) Mas se eu tô ali pra ajudar alguém que tem algum problema, eu preciso conhecer a história dessa pessoa né, de uma forma breve, sucinta, mas clara (Sujeito P6).

> A conversa (duração) ajudou a entender um pouco melhor a situação, a passar os exames já direcionados, já que ela não é minha médica frequente. Ajudou para me conhecer e dá um resultado um pouco melhor, mais exato (Sujeito P7).

Isso ocorreria, pois há outros fatores que podem influenciar na duração de uma consulta. Por exemplo, o estilo do paciente, o tipo de consulta (se particular ou por plano de saúde), a especialidade médica. Sobre o estilo do paciente, aqueles que são mais ocupados, por exemplo, visam à maximização de tempo. Enquanto que os idosos, de maneira geral, prezam pela conversa e pessoalidade. Esse aspecto condiz com o exposto por Al-Abri, Al-Balushi (2014), que dimensões demográficas como a idade podem influenciar na satisfação.

> Tem gente que acha que pra ser bem atendido, já ouvi falar, é passar meia hora dentro do consultório, conversando lá da geração, da encarnação passada com o médico, que tem que contar né, tudo, do seu filho, enfim, do cachorro, aí demora e atrasa, a culpa não é do médico. Eu não tenho tempo pra ficar fazendo esse tipo de coisa. Pra mim é: chegou no médico, ele vai perguntar meu problema. Se ele perguntar, se propor um tratamento adequado, entendeu minhas razões e meus objetivos enquanto paciente, dentro do que é possível na medicina e que cabe a ele dizer o que é, aí eu acho que foi bem aproveitado. De preferência, que o médico conseguisse aproveitar com qualidade o tempo pra não ocupar meu tempo inteiro (Sujeito P5).

Também, pacientes de consulta particular desejam aproveitar bem o tempo pelo qual pagaram, para ter a sensação de dinheiro bem gasto e de que "valeu a pena" (Sujeito P2), mesmo que sejam abordados assuntos além daquele o qual é o foco primordial da consulta, conforme dito por P5 em "ficava implicando com um sinal que eu tenho no pescoço, mandou eu tirar mil e uma vezes esse sinal por uma questão de precaução. E aí eu percebi mais atenção". Oredola e Odusanya (2017) já indicavam que as expectativas poderiam ser maiores quando se utiliza serviços médicos privados.

Também, essa percepção de aproveitamento do tempo da consulta irá depender da especialidade, pois há aquelas que têm procedimentos bastante específicos e que, por isso, não haveria muita margem para personalização.

> Eu achei que foi satisfatório (o tempo), não foi nem, nem superior às expectativas, nem foi muito demais, nem também foi insuficiente, entendeu (...) É porque... como eles se especializam muito né, em áreas, por exemplo, tem um médico pra joelho, este é específico pra joelho, tem um que é específico pra tornozelo, então, eles são muito especializados. Então, é...eu vejo que o atendimento é, assim, bem padrão, né. Não é um atendimento personalizado, ele..., por já fazer vários diagnósticos dentro dessa especialidade, ele tem um padrão de atendimento né. Diferente de outros

> médicos que não são tão especializados, então aí, tem que estudar aquela causa e às vezes não tem um certo padrão porque não tem uma certa prática (Sujeito P4).

No entanto, na relação médico-paciente, os pacientes também têm o seu papel, devendo ser algo mútuo. Eles não mais beneficiários passivos, e sim cocriadores, por isso, devem assumir uma postura ativa (DANAHER; GALLAN, 2016). Com isso, saindo um pouco do lado dos médicos, outro aspecto pesquisado foi o nível de participação e colaboração dos pacientes. Anderson, Nasr e Rayburn (2018) explicam que o processo não deve somente feito para os clientes, mas com eles.

O sujeito P1 demonstrou ter um comportamento de maior passividade ao esclarecer "Eu acho que eu não falo muito. É porque eu não quero falar escutadora, mas como é uma pessoa que absorve, tá entendendo? Ela fala, eu absorvo, eu não questiono" (Sujeito P1). Já os demais, em sua maioria, manifestam terem maior grau de envolvimento, fornecendo, além de explicações sobre sintomas, dados de seu histórico, fazendo perguntas, tirando dúvidas (GALLAN et al., 2013). O benefício dessa prática reside em quanto mais o paciente fala, mais informações o médico terá para chegar a uma conclusão sobre a situação. Para P4, a participação deve ser de "dar o maior nível de detalhamento de informações, trazer esse histórico pra que ele entenda né, de onde vem o problema, minha rotina né, o quê que isso interfere no tratamento né".

Por outro lado, o respondente P5 explanou que, apesar de querer ser mais participativo e gostar de sempre tirar dúvidas, não encontrou espaço para tal, já que nos momentos em que a médica "está bem humorada ela interage, quando não, ela só fica: aham, sei".

Nesse sentido, o entrevistado P8 expressou ter uma postura mais acentuada no tocante a questionar o médico, afirmando ser "bastante chata, porque eu faço pergunta demais e não aceito tudo o que ela diz". No entanto, nem todos sentem essa liberdade, como foi o caso de P6, porque segundo a entrevistada os médicos não gostam desse tipo de postura "Eles são muito semideuses né. Então, como eles não gostam muito dessa questão, então, eu procuro não discordar, mas sugerir uma outra coisa".

Flanagan (1954) indica que há inúmeras maneiras pelas quais um conjunto de incidentes pode ser classificado, por isso a principal consideração deve ser qual o uso que será feito dos dados. Sendo assim, tomando por base os incidentes encontrados, foi elaborado um quadro-resumo com as categorias as que fazem parte, de forma a permitir a comparação posterior com os achados provenientes dos demais sujeitos de pesquisa.

Quadro 12 - Resumo da relação médico-paciente, sob o ponto de vista dos pacientes

Perguntas de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias	Subcategorias
Como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços? **A duração temporal das consultas influencia a avaliação do serviço?**	**Relação médico-paciente**	**Interação**	Postura do médico	
			Nível de atenção e cuidado	
			Troca de informações e comunicação	
			Nível de participação dos pacientes	
		Duração das consultas	Tempo de duração das consultas	
			Impacto do tempo de duração na realização das consultas	
			Fatores que influenciam a duração de uma consulta	Estilo do paciente
				Tipo de consulta
				Especialidade médica

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

No Quadro, os construtos fazem referência à literatura acerca do tema e às questões de pesquisa a que se pretendia responder. Já as categorias foram elencadas a partir dos dados do estudo, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2011). O processo de categorização, para a mesma autora, constitui uma representação simplificada dos dados brutos, reunindo um grupo de elementos sob um título genérico, em razão das características comuns.

4.2.2 Qualidade em serviços médicos (atendimento ideal)

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) tratavam a qualidade como sendo o julgamento sobre a excelência geral de um serviço, que envolve avaliações de resultado e de processo. Para mensurá-la, os serviços seriam analisados de acordo com algumas dimensões da qualidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Devido às contingências e particularidades individuais, a qualidade é avaliada diferentemente por cada um, tratando-se de uma experiência única (LEE, 2016).

Sendo assim, para verificar quais são os atributos considerados relevantes em consultas médicas, foi solicitado aos sujeitos que relatassem o que, em suas visões, seria uma consulta ideal. Isso está alinhado com a pergunta de pesquisa: O que caracteriza um bom atendimento em consultas na opinião de médicos e pacientes? Dos elementos tidos como de importância, o de maior destaque envolveu aqueles da relação médico – paciente (LÓPEZ et

al., 2012; PEPRAH, 2014; BAHADORI et al.,2015;. LEE, 2016; JAMES; CALDERON; COOK, 2016; OREDOLA; ODUSANYA, 2017).

Primeiramente, foram enaltecidos a maneira de falar, “com respeito, simpatia” (Sujeito P2), “calma, paciência e gentileza” (Sujeito P7), “ser claro também, ser transparente” (Sujeito P1), e posturas como “se manter disponível, cordial, profissional” (Sujeito P4),” “aparentar, assim, certa amizade com o paciente, fui em uma médica e no final ela me abraçou, é como se formasse um elo” (Sujeito P8).

Ter uma dimensão humana, de “se importar, se preocupar com o paciente, não ver a pessoa só como um sintoma” (Sujeito P6) ou “como mais um, tchau e próximo” (Sujeito P7), o que Howie et al (2000) caracterizavam como visão holística e integrada, também foi citado como elemento de grande relevância.

> Eu acho que você tem que se importar com o paciente, isso é essencial (...) Você tá lidando com uma parte muito sensível da pessoa, uma parte de doença também, a parte de, às vezes a pessoa não tá bem, entendeu, e vai se consultar e aquilo é um, um, não sei, eu acho uma interação muito sensível pra você se fechar, tá entendendo. Pode ser o melhor médico do mundo, ter o nome maravilhoso no mercado e etc,, mas se ele não olhar pra mim realmente, se importar, eu não vejo tanto talvez que ele vá se esforçar, entendeu. (...). Eu acho que é, talvez às vezes esquece que você lida com pessoas, que não é, que não tá na escola de medicina ainda, que é só diagnosticando e pronto. Você tá diagnosticando uma pessoa, ela é sensível aquilo, entendeu. Não tem esse aspecto humano, talvez, na hora que fez a universidade, não sei, difícil dizer. Eu sinto que na medicina tradicional não faz diferença sua vida (Sujeito P1).

Nesse aspecto, as habilidades do médico em buscar e transmitir informações foram ressaltadas (CHANG; CHEN; LAN, 2013), como procurar conhecer o paciente, o seu histórico, para compreender melhor o problema (Sujeito P4); fazer perguntas, pois, às vezes, as conjunturas do cotidiano podem interferir na saúde, e se ele não questionar, o paciente não sabe ou não lembra o que precisa dizer (Sujeito P5); tirar dúvidas (Sujeito P1) e esclarecer sobre procedimentos com disposição, paciência (Sujeito P2) e clareza, sem o uso de termos técnicos (Sujeito P4). Isso está condizente com o que Gallan et al. (2013) argumentavam sobre os prestadores de serviços serem responsáveis por impulsionar o envolvimento. Para Black e Gallan (2015), a boa comunicação traz inúmeros benefícios, que incluem níveis mais altos de adesão e satisfação do paciente, melhores resultados de saúde e qualidade de vida.

> Eu acho que também conhecer o paciente, assim, perguntar o que é que tá acontecendo de diferente na vida dele, porque eu acho que doença é também, é muito um desequilíbrio de como a pessoa tá vivendo, às vezes passa a dormir menos, a se alimentar mal e etc, e aí você fica tratando sintoma e sintoma, mas nunca passa pra pensar no que tá causando aquilo. Porque eu acho que médico também pode fazer essa, tirar esse, esse insight na hora. Porque, às vezes é até um hábito que você tem, que tá lhe causando uma doença, mas o médico não faz questão de procurar, só trata o sintoma e pronto, próximo. Tá entendendo. Aí isso é bem chatinho (Sujeito P1).

Esse achado corrobora o já mencionado no tópico anterior, de que é nas habilidades de comunicação, interação e troca de informações que reside um dos atributos de qualidade e não a duração da consulta em si, visto que esta não foi mencionada ao se questionar sobre o que seria importante para um atendimento ideal.

Alguns entrevistados (P1, P5 e P8) relataram também que envolve a existência de uma relação de paridade, na qual o médico não se coloque em uma posição superior, pois mesmo o paciente sendo um leigo, é importante que seja ouvido e exponha sua opinião. Eldh et al. (2006) acentuam a relevância de a fala do paciente respeitada e reconhecida. O respondente P1 afirma que "não é uma relação de submissão, você fazer exatamente o que o médico mandar, acho que tem que ser um diálogo, ele conhecer e saber indicar e o paciente vai aceitar e vai pensar também. Mas é muito difícil ter esse tipo de consulta".

Seguindo essa linha, fornecer opções de tratamento foi considerado um componente significativo, pois, segundo os sujeitos P4 e P5, é necessário proporcionar alternativas que variem no sentido de custo, rapidez, eficácia. Também, teria um papel para garantir que a escolha seja fruto de uma decisão compartilhada (GALLAN et al., 2013), conforme expõe a paciente 1 "não é só o que você quer, o que você acha que é melhor pro seu paciente e pronto, ele também é inteligente, entendeu, e ele se conhece". Hibbard (2009) complementa que participar de decisões sobre o próprio cuidado é um passo importante para que haja envolvimento.

Haver a preocupação com o emocional do cliente é outro ponto, buscando atenuar as tensões existentes, pois o médico também teria o papel de acalmar (P2), dar força (P8) e preocupar-se em saber como a pessoa está se sentindo afetivamente com o tratamento, pois em algumas situações afeta a autoestima, como demonstrado em: "porque é uma coisa que mexe com estética, que me prejudica, ela sabe, que eu já contei pra ela" (Sujeito P5).

Dimensões técnicas também foram citadas como importantes para a qualidade (MARLEY; COLLIER; GOLDSTEIN, 2004; SOARES; FARHANGMEHR, 2015; JAMES; CALDERON; COOK, 2016), no que concerne a ter a sua queixa solucionada (P4), obter um diagnóstico e um tratamento que funcione (P5). Envolve ainda os procedimentos realizados, pois, para P2 não é possível se obter resultados precisos sem a solicitação de exames.

> Isso eu acho muito displicente pra uma conduta de um profissional. Porque né, você vai, toma aquele medicamento e se não for aquilo mesmo?, sabe. Não lhe examina, nem um exame clínico nem nada, sei lá, de pedir um exame de urina, de sangue ou então, sei lá, olhar, avaliar aquela região, apalpar, dizer assim: 'ah, se eu tocar aqui, você sente dor?' e tudo mais. Não, simplesmente ele passa uma medicação lá, eu acho isso muito, eu não gosto de, de, eu não me sinto bem assim, em consultas assim, desse tipo eu não saio satisfeito não, sabe (Sujeito P2).

Ainda, evidencia-se que o especialista tem que estar bem fisicamente e emocionalmente para estar em condições de fornecer um tratamento adequado (P8), atentando para problemas de ordem pessoal do médico que podem ocorrer e que podem impactar a consulta. Todavia, segundo P5, apesar de não ser possível se distanciar totalmente desses aspectos, o profissionalismo deve imperar.

A logística de atendimento, que envolve a marcação de consultas e tempo de espera também foi uma questão mencionada como capaz de interferir na qualidade do atendimento, apesar de serem decorrentes da alta procura por esses serviços. Primeiro, P1 e P5 mencionaram a indisponibilidade de agenda dos médicos, com marcações realizadas às vezes com meses de antecedência, faz com que as pessoas não consigam ser atendidas nos momentos devidos, sobretudo, em casos de gravidade. Segundo, atrasos dos médicos e muitas pessoas aguardando atendimento (P3, P5 e P8) tornam o evento algo muito inconveniente que, conforme P1 "talvez as pessoas se consultassem mais se não fosse tão demandoso, entendeu, você tirar o dia pra ir na clínica, se fosse algo mais facilitado, mais acessível, ser mais prático".

A demora para atendimento teria uma outra consequência na consulta. O nível de estresse aliado à vontade de terminar logo para cumprir outros compromissos poderiam fazer com que o cliente compartilhasse menos informações (P8). Porém, a mesma entrevistada afirmou entender o motivo pelo qual os médicos, geralmente, chegam atrasados para as consultas "na verdade eu não acho que é mesmo falta de respeito, porque se é um médico que tá com um paciente em cirurgia, tá fazendo uma coisa, assim, mais urgente, ele não tem hora

certa" e ainda salientou que, em se tratando de um bom médico, a espera vale a pena "inclusive, quem tava esperando essa médica disse assim 'eu só fico com ela porque ela é boa, porque ela sempre demorou demais'".

A entrevistada de maior idade (P9), contudo, afirmou não se importar com essa dimensão, pois afirmava ser "coisa de médico", exibindo, portanto, maior flexibilidade nesse ponto, quiçá por serem de outra geração, na qual os pacientes eram menos empoderados. É importante notar que essa questão foi relatada apenas pelos pacientes de plano de saúde, uma vez que os dois que foram a consultas particulares expressaram que conseguiram marcar e serem atendidos imediatamente, para um ou dois dias depois, sem longo tempo de espera (P2 e P7).

O nível de comprometimento do paciente com a continuidade do tratamento também pode afetar uma consulta (HOWIE et al, 2000). O sujeito P5 relatou que em tratamentos de longo prazo, a médica já lhe confidenciou que muitos pacientes não retornam com a assiduidade correta, prejudicando os resultados. E, por isso, esse sujeito acredita que receitar um paliativo é um mecanismo para o profissional se expor menos, porque aos receitar um tratamento menos agressivo, há menos chances de se prejudicar, caso o paciente não cumpra à risca, pois sendo do plano de saúde, ele não tem como regular quando o paciente comparece à consulta.

Sobre isso, foi brevemente mencionado que seria interessante partir dos próprios médicos ou clínicas o contato com o paciente, o que demonstraria um maior grau de preocupação.

> É que realmente, eu vejo que muitas clínicas não dão o feedback em termos de assim: ahh, é o paciente sempre que procura, mas às vezes depois de uma consulta, um tempo depois, poderia saber como é que tá o paciente e tal, às vezes não tem muita essa preocupação né (Sujeito P4).

A seguir, foi apresentado o quadro-resumo dos resultados encontrados.

Quadro 13 - Resumo da qualidade em serviços médicos (atendimento ideal), sob o ponto de vista dos pacientes

Pergunta de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias	Subcategorias
O que caracteriza um bom atendimento em	**Qualidade em serviços médicos**	**Relação médico - paciente**	Postura do médico	
			Dimensão humana relacionada a se importar	
			Capacidade interacional e troca de informações	

consultas na opinião dos entrevistados?			Relação de paridade	
			Preocupação com o emocional	
			Aspectos de ordem pessoal do médico	
			Nível de comprometimento do paciente	
			Opções de tratamento	
		Aspectos objetivos	Dimensões técnicas	Resolução do problema
				Procedimentos realizados
			Logística do atendimento	Marcação de consultas
				Tempo de espera

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.2.3 Satisfação do consumidor em serviços médicos

A satisfação do consumidor nas consultas refere-se à avaliação que fazem da experiência, sobretudo em termos afetivos (LINDER-PELZ, 1982). Examiná-la seria uma forma de averiguar se as necessidades dos pacientes estão sendo atendidas, o que é essencial para cooperação dos pacientes em seguir o tratamento recomendado e para o retorno às consultas (BONSU et al., 2017).

A qualidade percebida seria a formadora da satisfação (LAZARUS, 1991; JOHN; YATIM; MANI, 2011), estando os dois construtos, segundo Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988), intrinsecamente ligados. Sendo assim, o nível de satisfação dos entrevistados é derivado da percepção de qualidade, que teve como base o grau e a direção da conformidade da performance em relação às expectativas deles (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988) para com os atributos de qualidade tidos como fundamentais (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014). Foi solicitado aos sujeitos avaliarem o serviço recebido em dois ângulos: no tocante ao que consideram ideal (atributos de qualidade) e aos seus níveis de satisfação, que podem ou não estar relacionados entre si.

Nesse aspecto, a partir dos resultados encontrados, o que mais impactou negativamente a satisfação foram os gaps de qualidade (ALI, 2017), no que diz respeito a distinção entre o serviço percebido e o esperado (Gap 5 de qualidade), principalmente no aspecto interpessoais da relação médico – paciente (PADMA; RAJENDRAN; PRAKASH, 2010; LASALVIA et aL., 2012; BUTT et al., 2013). Os outros tópicos citados como atributos da qualidade, como fatos técnicos e logísticos, o foram, mas não em caráter primordial.

De maneira geral, o que clientes desejam de um atendimento médico é atenção, fornecimento de explicações, retirada de dúvidas, solução do problema, que sejam oferecidas opções de tratamento, auxílio em lidar com o emocional, que haja uma relação de igualdade com o profissional e uma preocupação genuína, que envolve se importar com o paciente. Contudo, na percepção do consumidor, o serviço prestado, tornou-se impessoal, com falta de atenção, interesse e abertura para o diálogo, insuficiência de informações, o que estaria distante do ideal, sendo fonte de reclamações. A seguir são citados alguns trechos das respostas dos entrevistados indicando esse gap. Os sujeitos foram perguntados se ficaram ou não satisfeitos com o atendimento em questão:

> Não...A médica deveria investigar melhor né (...), como eu tava me sentindo também sobre a questão mais emocional no que concerne a minha condição, o quanto isso tava afetando a minha autoestima (...) Eu acho que se ela tivesse uma maior diligência em perguntar esse aspecto né, eu me sentiria mais feliz (Sujeito P5).
>
> Não, porque ela não me ouviu, não perguntou se eu tinha dúvidas, não perguntou se eu sentia alguma coisa (Sujeito P6).

Todavia, independentemente de existirem esses gaps, percebeu-se uma questão interessante. Alguns sujeitos, apesar de indicarem que os mais relevantes atributos de qualidade não foram supridos na consulta, ainda assim, foram capazes de se sentirem satisfeitos. Isso está condizente com o exposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1998) de que é possível sentir-se satisfeito com um serviço específico, mesmo sentindo ou percebendo que este não é de alta qualidade, uma vez que esta estaria relacionada a uma atitude geral, enquanto aquela seria específica a uma transação. Isso contradiz a visão adotada pelo estudo de que a qualidade percebida é formadora da satisfação (LAZARUS, 1991; GOTLIEB; GREWAL; BROWN, 1994; JOHN; YATIM; MANI, 2011). Nesse estudo, esse achado pode ser explicado de duas formas.

Primeiro, por terem uma orientação voltada para resultados. Esse aspecto ressalta a importância das dimensões técnicas que, mesmo não tendo sido consideradas como o atributo principal da qualidade (e sim a relação médico - paciente), podem o ser para a satisfação, talvez, por essa questão ser considerada como o mínimo em uma consulta, o que contraria a visão de Albayrak (2018) de que fatores básicos não seriam responsáveis por gerar satisfação. Esse achado demonstra uma perspectiva voltada exclusivamente para a performance (CRONIN; TAYLOR, 1992).

Por esse ângulo, se o objetivo pelo qual esses indivíduos foram ao consultório foi atingido, encontram-se satisfeitos. Em algumas situações, por exemplo, ocorre que o intuito principal do atendimento não é a investigação de um problema, mas uma consulta de volta, na qual precisava-se buscar uma receita (P5), ou então uma consulta de rotina, onde almeja-se realizar exames de praxe, cuja solicitação só o médico pode passar. Logo, a existência de gaps entre as expectativas e realidade seria mais relevante para a satisfação naquelas consultas em que há de fato uma queixa do paciente, o que o torna vulnerável a forma como é tratado.

> As pessoas que eu comentei sobre essa médica, todas falaram que ela era ótima, e aí eu não tive essa percepção não, mas assim, talvez tenha sido por conta do meu objetivo mesmo. Como eu queria, como o meu objetivo era realmente que ela passasse as guias pra eu fazer exame, porque ela é ginecologista, a gente que é mulher precisa fazer prevenção todo ano, então meu objetivo era esse, então, eu não fui pra lá com nenhuma queixa, entende. Eu fui pra ela passar o exame, e aí ela passou, então pra mim eu atingi meu objetivo (Sujeito P6).

Essa orientação para resultados está relacionada também à resolução do distúrbio apresentado, pois "ele sendo o especialista naquilo, então ele foca muito naquele problema, então eu acho que não teria como ser melhor não" (Sujeito P4), e ao tratamento efetuado "naquele momento me pareceu ser a mais adequada pra o tipo de tratamento que eu tô fazendo, mais ousada, digamos assim, colocou um tratamento mais funcional, com antibiótico" (Sujeito P5).

O segundo motivo seria pela comparação com consultas anteriores, uma vez que já tendo-se tido experiências piores, se a atual não equiparou-se, então, pode ser tida como como satisfatória. Segundo P1, "fiquei satisfeita.., pros níveis de consultas que eu tive na vida, eu já fui pra uns bem piores também, por isso que eu não desmereço o atendimento dela". Envolve também o risco da mudança por outro profissional, conforme disposto na narração abaixo.

> Eu prefiro arriscar...eu acho menos arriscado continuar com ela, num tratamento que agora eu tô vendo realmente melhoras, quando ela mudou a medicação um pouco, do que mudar pra um outro médico, e se de repente o outro médico for feito o primeiro dermatologista, não fazer, não mandar uma formulação específica, mandar um remédio pronto de farmácia, que não vai resolver meu problema. E aí? Ai eu acho menos arriscado. Pra mim o risco de mudar de médico é maior do que o de continuar com essa médica. O fato de eu indicar ela pra uma pessoa não significa que ela tá adequada pra mim,

> significa que em relação a outros médicos do meu plano de saúde, eu achei que ela não é a melhor, é a menos ruim (Sujeito P5).

Os entrevistados que foram a consultas particulares, demonstraram ter ficado mais satisfeitos, tendo relatado atendimentos próximos ao ideal, sem queixas. A seguir, encontra-se o quadro-resumo com as categorias as quais pertencem os incidentes vivenciados.

Quadro 14 - Resumo da satisfação do consumidor em serviços médicos, sob o ponto de vista dos pacientes

Perguntas de pesquisa	Construto	Categorias
Como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços? **O que caracteriza um bom atendimento em consultas na opinião dos entrevistados?**	**Satisfação do consumidor em serviços médicos**	Distinção entre serviço percebido e serviço esperado
		Orientação para resultados
		Comparação com experiências anteriores

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.2.4 Nível de conhecimento dos pacientes sobre condições clínicas

Para desvendar se pacientes com conhecimentos adquiridos na internet sobre condições clínicas são mais críticos na avaliação do encontro de serviço, foi perguntado a estes se procuravam buscar informações clínicas (sobre, por exemplo, sintomas, diagnósticos, formas de tratamento) com outras fontes, fora da consulta e que não com médico a que estavam sendo atendidos no momento. Todos afirmaram que era uma prática frequente (OLIVEIRA, 2014; BLACK; GALLAN, 2015) e a internet foi a principal fonte dessas informações para P1, P2, P3, P4, P6 e P7, o que demonstra a aprendizagem pelo conectivismo (SIEMENS, 2005), no qual o conhecimento pode ser disseminado por meio de conexões e redes tecnológicas.

> Leio bastante antes, pesquiso na internet em sites confiáveis, que sejam de profissionais renomados, que falem sobre o problema, que mostrem imagens pra gente saber realmente onde é, tá localizada a dor, pra você ver os tratamentos né (Sujeito P4).

Sweeney, Danaher e Mccoll-Kennedy (2015) já diziam que a experiência do consumidor ultrapassa a duologia médico-paciente, sendo possível a integração de múltiplos

recursos, principalmente na chamada era da informação. Pelos dados da coleta, além da internet, em alguns casos, foram pedidas opiniões de amigos, familiares ou outros especialistas e, mais raramente, busca-se em livros e artigos. Todos esses atores fazem parte do que Black e Gallan (2015) referem como rede de serviços que pode afetar o bem estar. Para eles, redes pequenas restringem a aquisição de conhecimentos, porém, se muito grandes dificultam o gerenciamento dos recursos. E o poder dos participantes na interação estaria fortemente associado ao acesso à informação em saúde (BLACK; GALLAN, 2015). No caso das pessoas de gerações anteriores, notou-se que essas outras fontes são mais comuns, uma vez que tendem a utilizar menos os meios tecnológicos.

> Não confio cegamente no médico não. Eu vou em mais de um. Se eu duvidar de alguma coisa e se implicar em alguma coisa, assim, mais grave. Por exemplo, se o médico passar um exame que eu não gostaria de fazer, meio complicado. Aí, eu não faço de cara, eu vou pra outros pra ver se ele vai passar aquele mesmo exame, certo (...) É difícil eu ficar procurando coisa na internet. A partir do que a médica diz é que eu vou pesquisar, falando com as pessoas, mas não pela internet porque eu raramente pesquiso (Sujeito P8).

Sobre as razões que levam a essa pesquisa, P1 citou a insuficiência de informações dadas pelos médicos e P9, a existência de constrangimento em abordar determinados temas, pois tem certas coisas que a pessoa não gosta de falar para o médico, no caso, ginecologista, então seria melhor pesquisar antes e só falar se realmente se aplicasse ao caso.

Em alguns casos, essas informações não impactaram na consulta, pois foram obtidas a posteriori, ou seja, pesquisou-se após a consulta, uma vez que, antes, ainda não se tinha ciência sobre determinada condição, que só foi detectada apenas a partir de exames (Sujeito P1). Já em outras situações, impactam à medida que há a interlocução com o médico sobre o assunto (Sujeito P3).

Quando indagados como esse conhecimento influencia a consulta, foram múltiplas as respostas. Para uns, é algo benéfico (OLIVEIRA, 2014), uma vez que teriam acesso a informações que podem lhes ajudar a melhor compreenderem seus estados clínicos. Para P4, permitiria a familiaridade com o problema e com as formas de tratamento. O respondente P7 supõe que seria positivo, "já que chegaria pra o médico com alguma suspeita, já sabendo o que pode acontecer, o que pode fazer, o que pode ajudar ou não". Por sua vez, P5 afirma que pode ajudar o paciente a "descrever melhor o que está sentindo e isso pode ser usado pro tratamento ser mais efetivo".

> Eu acho que sim, porque assim, você já vai com, com uma certa, digamos assim, é..., você vai com uma certa construção, uma certa ideia, você constrói um pensamento sobre o que poderia vir a ser aquilo. Tipo, dizer assim, 'ah, mas eu li sobre isso e eu li que pode ter, sei lá, eu posso apresentar tal e tal sintoma e tipo assim: isso é verdade mesmo?' e perguntar, aí ele vai dizer, se sim ou se não, ou se eu tava lendo uma coisa que realmente não é bem por aí, que era coisa que eu tava criando, assim, na minha cabeça (...) aí você pode comparar, ah, então eu tava errado, ou então eu tava certo mesmo achando que ia dá isso (Sujeito P2).

Todavia, em se tratando da internet, é importante saber distinguir quais são as fontes confiáveis. O informante P3 diz que "supostamente acho que estou pegando..., que sei separar fontes. Quando eu boto na internet, aí eu seleciono uma, eu sei dizer: 'ahh, esse site é besteira, e esse site é um site sério'. Eu acho que eu estou sabendo fazer aquilo ali".

Todavia, mesmo que os dados sejam corretos, há ainda a questão da inaplicabilidade, porque seria arriscado se basear apenas nesse conhecimento externo, pois os casos e indivíduos são distintos.

> O lance é que, assim, é como eu falei, você coloca lá o sintoma e a internet vai dizer assim N possibilidades, então assim, aquilo ali é uma base muito rasa, porque pode ser.., se você não fizer exames pra saber realmente o que é, pra constatar o que possa vir a ser, você vai tá imerso ali, num monte de informação, que, às vezes não tem nada a ver com aquilo que realmente você tá, aquilo que caracteriza, digamos assim, sua enfermidade (Sujeito P2).

Sendo assim, em virtude de as informações poderem não ser tão confiáveis, foi salientado que se deve sempre escutar a opinião do profissional, que é o mais indicado para avaliar o quadro clínico, e ser sincero, contando o que foi pesquisado, quais foram os achados. O informante P2 estabelece que a internet pode acabar distorcendo a informação e que um especialista poderia esclarecer melhor a situação, não sendo de bom tom estar no consultório questionando sua capacidade. Para P7, não se deve discutir com o médico, que "estudou aquilo por anos, diferente de você que estudou meia hora ou menos e acha que sabe porque leu na internet". E, por isso, continua, "tem que ser aberto à sugestão, mas deixar o médico fazer o trabalho dele, ele sabe o que tá fazendo, a internet não tá em contato comigo, só supõe. O médico teve outros casos parecidos". Oliveira (2014) a chave é a cooperação, visto que os médicos têm a experiência e treinamento para melhor compreenderem o cenário, mas,

simultaneamente, devem ter a sensibilidade para entenderem o lado daquele indivíduo que ali está buscando a recuperação.

Contudo, apesar de a conversa com o especialista ser o mais aconselhado, os sujeitos explanaram que isso não é posto em execução com frequência, pois outro aspecto negativo dessa busca por informações seria o consumidor se colocar em uma postura defensiva. Oliveira (2014) já havia dito que o conhecimento torna os pacientes mais empoderados, que se colocam em uma posição de questionador, o que antes não o faziam. A entrevistada P6 diz que chegar na consulta com uma determinada postura pode até atrapalhar, pois "fica bem difícil de desconstruir aquela certeza que o paciente já tem ou então investigar uma outra coisa, uma outra possibilidade".

A magnitude é tanta que se as informações encontradas forem diferentes das fornecidas pelo médico, pode ocasionar desconfiança e descrédito no especialista, conforme mencionaram P1 e P4.

> Quando você percebe daquilo que você já leu de profissionais renomados e que de repente por você..., se eu já tenho um nível de conhecimento, já passei por alguns tratamentos e exames e de repente eu vou pra consulta e o profissional ele tá indo fora dessa linha né, do que eu já tenho pesquisado, eu já tenho visto outros tratamentos, então isso, de certa forma, tira um pouco da credibilidade do profissional e aí eu fico com muito receio de ir numa nova consulta com esse profissional (Sujeito P4).

Contudo, essa confiança do paciente no cuidador, aspecto primordial na relação segundo Plomp e Ballast (2010) e Kemp, Jillapalli e Becerra (2014), estaria relacionada à proximidade entre eles e ao tempo de vínculo do paciente com o médico, primordiais para Howie et al (200). P4 e P8 consideram que há quanto mais tempo você for paciente daquele médico, a relação é mais próxima, menos técnica, e ambos estão mais confortáveis para fazer e responder questionamentos.

Outra questão levantada sobre essas informações adquiridas foi que, na visão dos pacientes, os médicos podem sentir-se incomodados quando o paciente já traz algum tipo de conhecimento, sobretudo, se oriundo de outros profissionais, pois sentiriam-se comparados. O paciente 5 notou que a médica ficou mais arredia quando citado outro tratamento feito anteriormente e não queria falar sobre. Porém, critica-a falando que a preocupação deveria ser mais em entender a condição clínica, de como o processo foi feito pra descobrir o que pode ter acontecido para a doença voltar a se agravar, do que com a vaidade de se sentir

comparada. “Se ela fizesse isso, eu acho que seria melhor, mas eu não acho que eles gostem muito não”.

Quadro 15 - Resumo do nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas, sob o ponto de vista dos pacientes

Pergunta de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias
De que forma a existência de conhecimentos do paciente sobre condições clínicas impacta a avaliação do encontro de serviço?	**Relação médico – paciente** **Aprendizagem do consumidor**	**Fonte das informações**	Internet
			Livros
			Pessoas conhecidas: amigos e familiares
			Outros profissionais
		Razões para a busca por informações	Insuficiência de informações dadas pelos médicos
			Constrangimento em abordar determinado assunto com o médico
		Impactos positivos da busca por informações	Melhor compreensão do estado clínico
		Impactos negativos da busca por informações	Informações incorretas
			Inaplicabilidade das informações
			Postura defensiva dos pacientes
			Incômodo dos médicos ao sentirem-se comparados

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.2.5 Panorama da saúde no Brasil

Considerando que os serviços estão inseridos dentro de um contexto, elementos do sistema afetam a relação entre prestador e cliente, e é preciso que todos os envolvidos estejam em sinergia para que haja a criação de valor (BLACK; GALLAN, 2015). Nessa dissertação, o cenário da saúde no Brasil foi analisando sob dois pontos de vista: a dinâmica do mercado de trabalho na área, que envolve as relações entre campos público, privado e de planos de saúde; a dimensão acadêmica, concentrando-se no processo de formação dos profissionais.

Malone (2003) sustenta que os serviços médicos são guiados por práticas estruturais que prejudicam a relação médico-paciente, havendo um maior foco eficiência, ignorando-se dimensões humanas e, prejudicando, assim, a relação médico-paciente. Nessa perspectiva, no âmbito do mercado de saúde, a conjuntura econômica (do paciente, médicos e dos planos de saúde), assim como a estrutura do setor, ambas integrantes do campo macroambiental (BLACK; GALLAN, 2015), impactam o processo de realização das consultas.

Muitos sujeitos tem a percepção de que interesses econômicos dos médicos são capazes de influenciar o decorrer de uma consulta. No entanto, a forma como isso ocorreria teve diferentes interpretações. Essa questão corrobora para investigar se há diferença na duração das consultas realizadas usando planos de saúde ou quando particulares.

Para uns, o fato de os médicos receberem mais em uma consulta privada do que por plano de saúde seria motivo para haver um tratamento diferenciado entre essas duas modalidades. Isso, na visão deles, aconteceria seja porque dariam mais atenção e valor ao paciente, em recebendo mais (P6), pois, caso contrário, "ficaria mal falado e ninguém vai querer ir" (P5) ou porque, em recebendo menos, teriam que realizar atendimentos mais rápidos para ganhar por quantidade, em uma produção em massa (P5) esta última sendo a visão defendida por Spalenza, Ronchi e Pelissari (2017) e Steenhuis et al. (2017). Forças financeiras visam limitar níveis adequados de cuidados aos pacientes, todavia, os prestadores dos serviços de saúde precisam se esforçar para fornecer o amparo apropriado (BLACK; GALLAN, 2015). P1 reforça esse segundo ponto de vista.

> Eu acho que o preço que os planos de saúde pegam em cima da consulta é muito alto pra o valor que os médicos cobram, aí não vale a pena, entendeu (...), ter um consultório é muito caro, ter uma clínica é caríssimo, tem muito custo, então, você tem que conseguir suprir isso. Se você fizer consulta, todas particulares, R$300,00 uma consulta, claro que você vai dá atenção maior, entendeu, mas se você faz uma consulta que é R$300,00, o plano lhe deixa só com R$60,00, você vai ter que fazer dez consultas pra poder suprir isso, tá entendendo. Então, eu acho que é um aspecto bem econômico que influencia também, não é nem por falta de vontade, é porque eles precisam (Sujeito P1).

Os sujeitos P6 e P7 ainda relataram que essa distinção pode ocorrer não apenas durante o atendimento na consulta, mas também desde o momento da própria marcação. Em planos de saúde, seria muito difícil conseguir uma data, entretanto, em dizendo que é particular, consegue-se a vaga imediatamente.

Outro sujeito ressalta que a existência dessa perspectiva financeira é reafirmada ao se deparar com situações nas quais os médicos tendo a oportunidade de abdicar de uma das modalidades (seja por ter atingido reconhecimento ou em caso de aposentadoria, nos quais há menor preocupação com o número de atendimentos), sempre irão optar pelas consultas particulares em detrimento das por plano de saúde.

> Eu acho que muitos médicos não gostam de ficar de plano de saúde não porque parece que plano, não sei se não repassa direito. Eu não sei como é a

> relação entre o médico e o plano de saúde, parece, eu acho que não é tão bom não porque senão porque o médico (antigo dermatologista que frequentava) sairia do plano? Então é porque alguma coisa não tava boa. Saiu, preferiu ficar só particular. Alguma coisa o plano faz, não repassa para o médico, não sei, tira dos direitos dele, porque por que ele sairia do plano? Se fosse uma coisa muito boa? (Sujeito P8).

Por essa razão, um dos entrevistados até disse cogitar ir para uma consulta particular da mesma médica que lhe atende no plano em busca de um acompanhamento melhor. Demonstrou também preocupação com o que está sendo ensinado nas universidades, ao falar que "Tenho mais medo ainda porque o carimbo que ela coloca tem lá professor de dermatologia, será que ela vai ensinar: quando chegar no plano de saúde, não olhe pra cara do sujeito não, passe logo a receita e despache, pra faturar mais" (Sujeito P5).

Já outros acreditam que, apesar de existir o aspecto econômico, todos os tipos de consultas acabariam sendo similares, uma vez que, sendo os mesmos médicos, já se adquiriu hábito, rotina.

> É o seguinte, é cada vez mais difícil você passar mais tempo com o médico. É mais complicado, assim, ele tem uma quantidade X de pessoas pra atender, quanto mais pessoas ele atender, mais ele vai ganhar, eu tô falando de qualquer médico. Eu acho assim, era ideal um maior tempo? Sim, sem dúvida, mas é difícil, vai depender do médico. Eu acho que....que....é a mesma coisa (particular e plano de saúde), mesmo particular, ele vai atender como se tivesse no plano de saúde, porque ele já está acostumado. É porque eu nunca fui num médico que só fosse particular (Sujeito P3).

Na categoria estruturação do setor, a prática de os médicos atenderem em diversos locais, se dividindo entre clínicas, hospitais, cirurgias e consultório (VASCONCELOS, 2011), e tendo um horário apertado convencionando-se de que é necessário para a aquisição de maior sabedoria e expertise, faz com que tenham que realizar atendimentos mais rápidos (Sujeito P1).

Outra questão citada foi a de que a forma como está organizado, com a concentração de profissionais da mesma especialidade em um só local pode desfavorecer a ação de mudança por outro especialista, em casos de insatisfação. Isso ocorreria pois "se eu for pra outro médico agora, ela (médica atual) provavelmente vai ver. Mesmo que ela não lembre de mim, outro médico vai filtrar: quem fazia tratamento com você, porque você tá mudando, e aí fica chato, eu me sinto constrangido de dizer pra outro médico que a sua coleguinha não tá fazendo o trabalho que eu acho que poderia ser feito melhor" (Sujeito P5). Também, o mesmo

respondente ressalta que a dificuldade dos planos de saúde para marcação de consultas desfavorece a busca por outros profissionais, uma vez que “não se tem a vida pra ficar indo em médico né”.

Na dimensão acadêmica, os motivos de escolha pelo curso de Medicina e a qualidade do ensino nas faculdades são fundamentais para a observação das aptidões e nível de preparo dos especialistas para o atendimento. Para um dos sujeitos, a perspectiva econômica teria um papel de destaque no processo de escolha pelo curso de Medicina. Ele discorreu sobre uma conversa que teve com um estudante de universidade particular por meio de financiamento estudantil, na qual este indicou que mesmo ficando com uma dúvida de quase meio milhão de reais, esse valor se apagaria rápido, em um ou dois anos.

> Hoje em dia é muito comum você ouvir que as pessoas só querem fazer medicina porque ganha muito dinheiro (...) mas a impressão que dá é que as pessoas estão sendo mais gananciosas e menos preocupadas com os seus deveres enquanto profissionais, com a responsabilidade daquilo ali. Eu digo assim, muita gente que não gosta de tratar de pessoas, que não gosta de lidar com gente faz medicina. Aí faz medicina por quê? porque ganha bem (....) Qualquer emprego, em qualquer plano de saúde, qualquer UPA, é o que eu escuto, dá plantão, duas vezes por semana, em duas UPAS, dois plantões em cada um, é tipo cinco, seis mil que ele ganha’. Complicado né? (Sujeito P5).

A seguir, é mostrado o quadro com o resumo dos resultados.

Quadro 16 - Resumo do panorama da saúde no Brasil, sob o ponto de vista dos pacientes

Pergunta de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias	Subcategorias
Há diferença na duração das consultas realizadas usando planos de saúde ou quando particulares?	**Panorama da saúde no Brasil**	**Dinâmica do mercado**	Aspectos econômicos	Preocupações financeiras dos médicos
			Estrutura do setor	Atendimentos em diferentes locais
				Concentração de profissionais da mesma especialidade no mesmo local
		Dimensões acadêmicas	Motivos para escolha do curso	

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.3 Atendimento sob o ponto de vista dos médicos

Nessa seção, foram avaliados os mesmos aspectos anteriores, agora sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

4.3.1 Relação médico-paciente

Do lado dos médicos, eles também relataram como veem a relação que possuem com o paciente, sendo esta "tranquila, de confiança, respeito" (M1), e como é sua atuação, indicando que buscam manter a objetividade, mas que sempre procuram obter todos os dados cruciais para o diagnóstico, explicar de forma clara, tirar dúvidas (M2, M3, M4 e M5), conforme descrito:

> Eu me considero bastante objetivo, não sou de ficar com muito arrodeio, muita coisa não. Eu vou direto ao assunto, digo ao paciente o que ele tem, procuro explicar da maneira mais fácil de entender possível, certo, e...digo abertamente o que ele tem, mostro os prognósticos, os tratamentos e ele fica à vontade (...) Eu costumo perguntar se ele tem alguma outra doença, fora aquela queixa que ele veio me procurar, sobre a qual ele veio me procurar, pergunto se tem outros problemas, outras intercorrências né: diabetes, hipertensão, alergia a alguma medicação, essa coisa toda (Sujeito M3).

Também, consideram que o estilo irá variar de acordo com o paciente, pois, segundo M5, existe aqueles que se expressam menos, e, por isso, devem ser estimulados a fim de compartilharem as informações necessárias. Já aqueles que falam mais é preciso filtrar dentro do que dizem aquilo que é ou não pertinente. Para a médica 4, há uma evolução com o passar do tempo e com a prática, visto que vão amadurecendo e passam a entender melhor "como cada um funciona"

A médica M6 que tem a maior parte dos atendimentos realizados por via particular demonstrou desempenhar um tratamento diferenciado, mostrando preocupação com aspectos que vão além de sua obrigação na consulta. Segundo ela, "demorei na consulta (anterior), porque tava marcando uma nutricionista pro meu paciente, consegui um desconto em um particular de confiança, porque o plano dele não cobria. Aí daí o paciente já sai com tudo certinho" (Sujeito M6). Esta mesma médica, que lida principalmente com idosos, relata que o tratamento com esse público é especial, pois geralmente são acompanhados pelos familiares, o que acaba sendo uma terceira parte envolvida, demonstrando que elementos da rede de serviços, externos à relação principal, também exercem influência no encontro (BLACK; GALLAN, 2015). Nesses casos, ela esclarece que prefere que o próprio idoso relate sua

situação e, se for o caso, conversa primeiro com o familiar em separado para que ele lhe forneça informações adicionais. Além disso, esse público estaria mais sujeito a terem necessidades especiais, sendo preciso realizar até atendimentos a domicílio.

Sobre o tempo das consultas, os médicos, de maneira geral (M1, M2, M3, M4) disseram que dura aproximadamente de 15 a 20 minutos. Já a médica 6 declarou que não consegue realizar esse tipo de consultas mais velozes. Segundo ela "Não consigo atender como o povo faz, em 10 min, minhas consultas são de 30 min a 1h". Ainda, alguns médicos acreditam que ter tempo para conversar com o paciente é importante para que possam melhor ajudá-los (Sujeito M2). Para a entrevistada M5, não daria para atender muitos pacientes seguidamente, pois isso diminuiria a qualidade, uma vez que não haveria tempo para escutar o paciente. A médica 6, que apresentou a maior média de duração de tempo afirma que suas consultas não são diferentes, são normais, "porque é o que deve ser feito".

Nessa linha, contudo, outros sujeitos assentiram que a objetividade na consulta seria melhor para todos, uma vez que há outras pessoas aguardando serem atendidas, e que é muito difícil satisfazer todo mundo, conforme descrito abaixo.

> O que é muito ruim pro médico hoje é a espera e ruim pro paciente, então quando o paciente é objetivo é bom pro médico, é bom pra ele e é bom pra quem tá esperando lá fora. Tá, então, quando você faz um agendamento, você marca X pacientes, e sempre liga A, liga B, liga C, pede encaixe, e aí você tem que conciliar essa gente e a sua agenda estoura, então você fica insatisfeito, fica insatisfeito quem quer marcar e não tinha vaga, fica insatisfeito quem tá esperando muito, então a consulta objetiva ela abre espaço pra mais pessoas e fica bom pra todo mundo, então, o paciente sendo objetivo naquilo que ele quer, o médico você consegue atingir muito mais pessoas e satisfazer muito mais pessoas com certeza (Sujeito M8).

Outros pensam que a duração de tempo da consulta é variável (CREMERJ, 1991; CFM, 2009; CRM-PA, 2012, CREMESP, 2017), não havendo como estabelecer um tempo ideal, pois irá variar de acordo com o paciente e com a especialidade médica. No que concerne ao paciente, às necessidades de cada um são diferentes. Em alguns casos, a situação é mais complexa e demanda mais tempo, já em quadros simples, o diagnóstico é rápido (ELMORE et al., 2016).

> Cada caso é um caso. Entendeu? Uma coisa é um paciente que chega pra mim com uma dor lombar baixa, com uma queixa aguda, que é apenas aquilo. Outra coisa é um paciente que chega com uma dor, que não sabe onde é que é, vou ter que gastar mais tempo com ele. Paciente pré-operatório

> é mais tempo. Paciente que me procura de urgência é mais rápido. Porque cada caso é um caso. Eu diria assim. Você pega um clínico que tem que fazer uma análise da existência, fazer diagnóstico diferencial, um bocado de coisa, ele vai ter que ter uma consulta mais prolongada, então, dependendo da queixa do paciente é mais rápido (...) Um paciente que vai ser operado por mim, num pré operatório, às vezes tem que passar uma hora, uma hora e meia pra ele, explicando o procedimento, agora um paciente que chega com uma dor lombar baixa há meia hora, é 15, 20 minutos, no máximo (Sujeito M1).

Um dos entrevistados reforça essa ideia dizendo que o tempo não interfere diretamente na consulta, pois às vezes pode-se demorar mais porque o paciente está lá simplesmente querendo conversar, principalmente paciente idoso, e seria mais tempo conversando do que na consulta em si. (Sujeito M4).

Adicionalmente, a duração de tempo vai variar de acordo com as particularidades de cada especialidade e com a experiência do profissional. M3 salienta que "a consulta ortopédica é uma coisa muito objetiva e que esse tempo de 15-20 min é extremamente suficiente pra se chegar a um diagnóstico, a uma consulta bem feita, mas lógico que isso é variável".

Essa concepção de que as diferentes modalidades demandam coisas distintas abrange os procedimentos que devem feitos em cada uma. A anamnese, que consiste na narração pelo paciente sobre o caso clínico é o padrão de todas as consultas. Acrescentando-se a ela, em alguns ramos, a realização de exames é considerada central ou básica, para se chegar a um diagnóstico preciso e, nesse aspecto, não haveria como não ser objetivo, pois ou a simples execução de operações físicas resolveria a queixa, ou não se teria como prosseguir o atendimento sem que fossem solicitados exames extra consultório. Albayrak (2018) menciona que há fatores que são pré-requisitos, como a realização de exames em determinadas especialidades, cuja presença não seria responsável por gerar satisfação, mas a ausência provocaria insatisfação.

O médico 2 afirma que na cardiologia praticamente todo paciente tem que fazer um eletrocardiograma e aferir pressão. Para o médico 3, ortopedista, há o exame físico da região afetada e, a depender deste, solicita-se exames complementares, como raio x, ressonância. Já o entrevistado M8 diz que a otorrinolaringologia é uma área muito restrita e que a maior parte é procedimento básico, por exemplo, em 90% dos casos de uma queixa auditiva, apenas olhar o ouvido e uma audiometria resolve o problema. (Sujeito M8).

Já em outros ramos, a investigação física é elemento acessório. Collins et al. (2007) já trazia em seu modelo todas as fases para uma consulta completa, mas esclarecia que a depender da natureza da mesma, algumas etapas poderiam ser omitidas. Contudo, a médica 7 esclarece que constitui um fator que os pacientes apreciam, sendo um diferencial, cuja ausência é alvo de contestação, e se o profissional não passa exames, os pacientes mudam para outro.

> Há médicos que só fazem a anamnese e não o físico. E daí, tem paciente que há muito tempo não fazia exame físico, quando veio aqui, se surpreendeu. Aí perguntam 'ah, vai fazer?'. Se espantam com coisas tão simples. Eles veem a consulta a menos do que deveriam (Sujeito M5).

Os procedimentos realizados também variam de acordo com o tipo de consulta: se é uma consulta de rotina, de reclamação, de retorno. Os médicos indicaram que em alguns casos não é necessário fazer exame, principalmente se em consultas de volta, nas quais é geralmente feito um atendimento mais básico, indo-se diretamente na queixa (M4 e M5), porém, a primeira consulta deve ser sempre completa (M7) a fim de se ter um panorama completo do paciente.

Sobre os níveis de participação dos pacientes, para os médicos, são distintos, há aqueles que são mais e menos proativos (M1). Mas em geral, são bastante interessados em desvendar a própria saúde (M2 e M3) e se sentem à vontade para tal (M4).

Da mesma forma que feito para os pacientes, foi elaborado um quadro resumo dos principais resultados de cada construto, sob a ótica dos médicos.

Quadro 17 - Resumo da relação médico-paciente, sob o ponto de vista dos médicos

Perguntas de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias	Subcategorias
Como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços? **A duração temporal das consultas influencia a avaliação do serviço?**	**Relação médico-paciente**	**Interação**	Estilo de atuação	
			Nível de participação dos pacientes	
		Duração das consultas	Tempo de duração das consultas	
			Impacto do tempo de duração na realização das consultas	
			Fatores que influenciam a duração de uma consulta	Necessidades do paciente
				Procedimentos de cada especialidade médica
				Tipo de consulta

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.3.2 Qualidade em serviços médicos (atendimento ideal) e satisfação do consumidor

Quando perguntados o que definiria uma consulta ideal, o entrevistado M8 defende que muitos dos problemas podem ser resolvidos por uma consulta básica, ou seja, por meio dos procedimentos realizados. Com isso, o que irá definir a percepção de qualidade e satisfação dos pacientes é a forma como foram atendidos.

Do ponto de vista dos médicos, “a atenção que se dá, o carinho” (M8) é o principal fator, que envolve “olhar no olho, escutar as queixas para direcionar o que o paciente quer” (M5). A capacidade interacional também foi prezada, ao destacar um médico que converse (M3), que se faça entender pelo paciente e explique a importância da medicação, dos exames requisitados (M2). Nesse aspecto, o grau de abertura do médico seria fundamental para deixar o paciente bem à vontade para perguntar o que quiser e fornecer todos os esclarecimentos (M3).

O nível de conhecimento do médico também seria considerado pelos pacientes, ou seja, que possuíam um “bom cabedal científico para resolver os problemas” (M3), “apesar de estar em segundo plano” (Sujeito M8).

Apresentar um diferencial também foi uma característica tida como sendo ideal pelo sujeito M4, pois o profissional tem que sair um pouco da mesmice, não deve ser apenas um a mais, o paciente tem que lhe achar diferente dos outros.

Esses atributos citados focam exclusivamente nas responsabilidades dos médicos nas consultas. Porém, Baccarani e Cassia (2017) já argumentavam que a qualidade não proveniente exclusivamente do empenho dos prestadores de serviços, como também das interações entre os atores. Assim, os pacientes também tem seu papel a desempenhar, uma vez que as consultas são cocriadas e a qualidade depende da interação entre ambas as partes. Para os médicos, de maneira geral, o paciente ideal é aquele participativo, interessado na própria saúde (M8), que é honesto e compartilha detalhadamente (M8) suas histórias, comportamentos, sintomas, preferências (GALLAN et al 2013), que não fica com dúvidas (M2), que é colaborativo e está aberto a opiniões (M4), que siga o tratamento proposto (M1). Isso está em conformidade com o que Black e Gallan (2015) salientaram ao dizer que há algumas ações dos pacientes que geram um relacionamento assimétrico, como desonestidade, omissão, falta de participação e restrições físicas e emocionais. O cliente é o principal integrador de recursos para a cocriação de sua própria saúde (SWEENEY; DANAHER; MCCOLL-KENNEDY, 2015). M6 acrescenta que seria um paciente que vem em busca de prevenção, acompanhamento e conhecimento sobre si mesmo.

> O que a gente quer é realmente um paciente que ....se disponha a ....ser examinado, a ser ouvido, a explicar detalhadamente ao médico o que ele tá sentindo, já sentiu ou o que ele já teve, tá tendo, é importante ele dá uma riqueza de detalhes pro médico, pro médico poder chegar a uma conclusão, às vezes o paciente omite certas coisas porque acha que aquilo não tem importância, quando na realidade têm né, então é importante o paciente que mostre, que explique tudo em detalhes, que tenha.., que seja bem aberto com o médico, que seja bem parceiro, isso facilita muito o trabalho da gente (Sujeito M3).

Alguns médicos (M1, M3) indicaram que não dá para estabelecer um paciente ideal, pois cada um tem seu estilo, podendo ser mais colaborativo e interessado ou não, mas o atendimento deve ser dado a todos. M1 destacou que apenas deve-se prezar pelos padrões mínimos de respeito e educação entre ambas as partes e pela confiança no profissional.

Para todos os médicos questionados, o atendimento é realizado de forma que a grande maioria dos consumidores fica satisfeita. Porém, reconhecem que alguns profissionais não realizam o atendimento conforme esperado, que há aqueles que mal olham para o paciente e só passam uma receita para ele ir embora e não dão a menor importância (M3). M5 ressaltou que ao ir em um médico de outra especialidade, passou a ser tratada diferente ao evidenciar que também era médica.

Os profissionais também comentaram sobre algumas questões que os pacientes comumente levantam. Sobre os anseios pela realização de exames físicos, os médicos afirmaram que são desnecessários em alguns casos. Os entrevistados M1 e M7 expõe que estes podem ser dispensáveis, uma vez que, por já terem certa prática com determinados tipos de diagnóstico, já tem a clareza sobre o que se trata. Para a médica 6, há a cultura de que um médico para ser bom tem que passar diversos exames, mas que isso pode ser até prejudicial para o próprio paciente, ao se submeterem a procedimentos invasivos diversas vezes.

> Eu vou dizer um exemplo: chega um paciente com dor lombar baixa, dor de lombalgia, que ocorre em cerca de 80% da população mundial. Paciente não tem nenhum sinal de alerta. A dor tá há três dias. Do ponto de vista médico, eu não preciso pedir uma ressonância pra ele. Mas tem paciente que quer porque quer porque quer porque quer fazer ressonância (Sujeito M1).

Ainda, sobre aspectos pessoais do médico que podem interferir na consulta, o respondente M8 admitiu que, como seres humanos, pode acontecer que haja dias que não estejam tão bem ou com outras preocupações, fazendo com que não seja dado o tratamento ideal.

> Eu acho que a relação médico paciente é uma coisa momentânea, ninguém é, é..é uma coisa de ser humano, você nunca consegue agradar todo mundo. Você tá preocupado com mil coisas, cê não consegue dá aquela atenção que você gostaria, infelizmente, tem isso, tá, então, a relação médico paciente tem isso. Você resolveu o problema do paciente, você fez uma limpeza no ouvido dele, mas talvez ele quisesse uma atenção a mais que naquele dia você não teve como dá (Sujeito M8).

Sobre a logística de atendimento e tempo de espera, a médica 4 ponderou que, por vezes, os pacientes chegam sem paciência, e que reclamam por coisas que não são da alçada do médico, pois o plano de saúde em algumas ocasiões demora para autorizar a consulta e o atraso não é inteiramente responsabilidade do profissional. Também salienta que os protestos são feitos para os atendentes, mas ao adentrarem o consultório, não comentam nada por respeito ao especialista. O quadro resumo para esse construto encontra-se abaixo.

Quadro 18 - Resumo da qualidade em serviços médicos (atendimento ideal) e satisfação do consumidor, sob o ponto de vista dos médicos

Perguntas de pesquisa	Construtos	Dimensões	Categorias
Como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços? **O que caracteriza um bom atendimento em consultas na opinião dos entrevistados?**	**Qualidade em serviços médicos** **Satisfação do consumidor em serviços médicos**	**Relação médico - paciente**	Nível de atenção
			Capacidade interacional e troca de informações
			Presença de um diferencial
			Participação do paciente
		Aspectos objetivos	Resolução do problema
			Nível de conhecimento do médico

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.3.3 Nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas

Sobre esse nível de conhecimento sobre informações clínicas, os médicos tiveram posições divergentes. Alguns confirmaram que hoje em dia é muito comum, e que os pacientes que vão as consultas já repletos de ideias é a maioria (M1, M5, M7, M8). Para esses, a maior fonte para essas informações é a internet. Segundo Shrivastava, Shrivastava e

Ramasamy (2014) esse aspecto tem causado profundas alterações na dinâmica da relação médico – paciente. Outros acreditam que esse nível é baixo (M2, M3, M4), pois, em alguns casos, a complexidade da especialidade pode dificultar a obtenção desse conhecimento "é uma coisa realmente muito específica, nem médico geral entende de oftalmologia" (Sujeito M4). Em outros, é possível que esses clientes tenham a ciência, mas não a compartilhem, a fim de estarem inclinados a observarem os pontos de vista do profissional.

Esses médicos também têm posições divergentes quanto ao impacto dessas informações. Muitos acreditam que esse tipo de conhecimento tem dois lados, um benéfico e outro maléfico. Os aspectos positivos seriam que "facilitaria muito o tratamento e o diálogo com o médico, se o paciente tiver conhecimento da anatomia e da fisiologia do seu corpo" (Sujeito M3). A respondente M4 também disse que é primordial em casos de uma doença silenciosa, pro exemplo.

Para outros, esse conhecimento é mais prejudicial do que benéfico, em virtude de três circunstâncias: informações incorretas ou inaplicáveis, adoção de postura defensiva e geração de desequilíbrios emocionais.

No primeiro caso, as informações incorretas podem produzir expectativas irreais nos pacientes, como exemplifica a médica 4, que realiza plásticas oculares e diz que é necessário conversar com o paciente sobre as expectativas, pois muitos creem que vão ter resultados de uma plástica de rosto. Segundo ela, "você precisa puxar o paciente um pouquinho pra realidade, entendeu".

Os médicos acreditam que a existência de um senso crítico para avaliar quais são os sites confiáveis pode auxiliar na utilização desse conhecimento de forma proveitosa. O ideal seria que houvesse páginas de melhor qualidade, científicas, mas em uma linguagem apropriada (M7) e que fosse específica para cada tipo de público, pois as que tem independem de quem vai ler (M6).

Todavia, mesmo que os dados sejam corretos, podem ser inaplicáveis para aquele caso. Para M3, o paciente, muitas vezes, procura na internet e encontra algo que na realidade não tem nada a ver com sua real condição. M6 ainda discorre que o paciente "não tem o feeling para pensar nas possibilidades", uma vez que não estudou para isso e, dessa forma, M8 complementa que o profissional termina tendo que desconstruir muitas informações indevidas.

Sendo assim, em virtude de as informações poderem não ser tão confiáveis, foi salientado por M5 que se deve sempre escutar a opinião do profissional, que é o mais indicado

para avaliar o quadro clínico. Ainda, deve-se ser sincero, contando o que foi pesquisado, quais os achados.

> Tem que dizer 'olha, eu tô sentindo isso e pesquisei e,..., comecei a tratar de tal forma, eu fiz isso, tomei isso', eu acho que ele tem que ser o mais sincero possível e dá o máximo de informações possíveis e informações objetivas, mas tem que relatar tudo, acho que é muito importante (Sujeito M8).

Contudo, os médicos acreditam que nem todos os pacientes o fazem. O entrevistado M8 diz que o bom é quando o médico consegue tirar as informações incorretas das pessoas, mas, em muitas situações, o paciente não chegaria nem a ir buscar a informação, se na internet ele não achasse nada. M6 afirma que nesses casos "Você fica se sentindo um inútil, um incapaz".

> Depende do paciente e depende do que ele quer na consulta. E aí, vai ter paciente que vai concordar com o que você tá falando, que vai entender você. Agora tem paciente que chega aqui batendo o pé (...) Então, o paciente chega aqui com um pré-conceito de uma doença que às vezes não é a dela, pré-conceito, eu digo, um conceito prévio estabelecido, de algum sinal ou sintoma que ele tem, e que ele vem conversar com você e às vezes você não tira isso da cabeça dele. Ele acha que tem aquele problema, e pra mudar essa visão que ele tem sobre aquele problema, porque ele quer fazer um determinado tratamento e não é necessário pra ele. Entendeu? (Sujeito M1).

A terceira circunstância de porque esse conhecimento pode se tornar prejudicial, seria a possibilidade de afetar negativamente o emocional dos pacientes, pois eles ficariam angustiados e assustados com as informações encontradas, que são muito diretas e pessimistas (M5 e M6).

Sobre a busca de informações com outros especialistas e a comparação entre médicos, M1 comentou que era de fato desagradável, pois existe a filosofia de tratamento que é baseada na opinião e forma de agir de cada um, e quando um paciente chega com várias ideias, é complicado inserir um tratamento novo ou querer acrescentar algo que algum dos outros falou.

> Eu tinha uma paciente aqui, com uma artrose de quadril, uma artrose terminal, mas a paciente não quer se operar, a paciente refere uma dor controlável, a paciente refere que dá pra aguentar mais um pouco, mas a paciente foi para uma colega que disse que tinha que operar de qualquer jeito. Eu tive que conversar com essa paciente pra explicar que não necessariamente ela precisaria operar. Ninguém tá 100 % certo, ninguém tá

> 100% errado, é simplesmente uma forma diferente de abordar um problema (Sujeito M1).

Já outros médicos afirmam não se importar, pois o momento é do paciente (M5), ele tem que se sentir confortável, confiante no que lhe está sendo dito, e por isso, é livre para escolha (Sujeito M8). O mesmo acrescenta também que essa desconfiança na conduta do médico é algo que os deixam chateados e constrangidos, mas que não é algo que possam interferir ou reclamar.

O indivíduo M5 considera que o tempo de vínculo é crucial nessa questão, pois em um curto tempo, pode ser que o paciente não sinta tanta segurança no médico (M5). A manutenção de laços fortes está associada à frequência das comunicações, que suscita níveis mais elevados de confiança e eficácia na transmissão de ideias. Já laços fracos, ainda que menos exigentes em relação aos recursos necessários para a preservação do vínculo, provocam resultados menos complexos (BLACK; GALLAN, 2015). Já outra entrevistada, acredita que apesar do tempo de vínculo ser crucial, a relação médico – paciente o ultrapassa, envolvendo dimensões como relacionamento e multidisciplinaridade. "Tem que aceitar o paciente como ele é, entender que o trabalho é multidisciplinar para haver uma boa resposta ao tratamento" (Sujeito M6). A seguir, é mostrado o quadro-resumo.

Quadro 19 - Resumo do nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas, sob o ponto de vista dos médicos

Pergunta de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias
De que forma a existência de conhecimentos do paciente sobre condições clínicas impacta a avaliação do encontro de serviço?	**Relação médico – paciente**	**Fonte das informações**	Internet
			Outros profissionais
		Impactos positivos da busca por informações	Melhor compreensão do estado clínico
	Aprendizagem do consumidor	**Impactos negativos da busca por informações**	Informações incorretas
			Inaplicabilidade das informações
			Postura defensiva dos pacientes
			Prejuízo emocional nos pacientes

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.3.4 Panorama da saúde no Brasil

Sobre as possibilidades financeiras dos pacientes, os médicos confirmaram o exposto pela literatura (SPALENZA; RONCHI; PELISSARI, 2017) de que o alto valor cobrado em uma consulta particular restringe o seu público, e os planos de saúde seriam uma alternativa

mais acessível. Para M3, o número de clientes particulares atualmente é ínfimo, cerca de 95% do atendimento é por plano de saúde, contudo, há exceções de médicos que só atendem particular.

O alto custo dessas consultas limitaria, então, o quantitativo de pacientes por duas razões: Primeiro, devido ao reduzido número de indivíduos com maior poder aquisitivo que teriam condições ou disposição de arcar com essa despesa; e segundo, porque muitas das pessoas que vão a esse tipo de consulta, o fazem por terem perdido por algum motivo o plano, mas não são abastadas financeiramente, sendo difícil, portanto, darem a continuidade ao tratamento, por se tratarem de especialidades caras, que requerem cirurgia ou exames adicionais.

> O paciente particular a gente tem dois perfis: o cliente que realmente tem dinheiro e não tem plano de saúde, mas o mais comum são pacientes mais humildes, que perderam o plano de saúde e, muitas vezes, a gente pede exame e eles não conseguem realizar. Às vezes a gente tem dificuldade em acompanhar paciente particular, por causa disso, é uma especialidade que pede muito exame complementar e nem sempre o paciente consegue (Sujeito M4).

Um dos médicos (M1) reconheceu que os honorários do plano são baixos, tendo-se que atender mais, porém, para ele, isso não afetaria a consulta, pois em sua especialidade o atendimento tem como característica ser mais objetivo. Em contraposição, outra médica discorre que a quantia paga pelo plano é realmente baixa e, por isso os atendimentos não são feitos conforme ela desejaria.

> Vou morrer de fome se atender só plano, porque com esse tempo de duração que faço (consultas demoradas), atenderia bem menos pacientes (...) Profissional clínico que atende direto o paciente é o que ganha menos. Em contraponto ao cirurgião, que atende em consultório, mas que vai ganhar mesmo é pela cirurgia (...) Plano de saúde não dá para atender como gostaria. Se fosse só particular, atenderia só uns quatro a tarde. Mais do que isso não cabe, a qualidade diminuiria. Se fosse bem pago, o interesse é fazer o meu, e fazer bem feito. Poderia atender quatro por dia, seria o ideal, não importa a quantidade. Não é o que acontece na prática (Sujeito M6).

Essa mesma profissional afirma que não é vinculada a nenhum plano, apenas a uma cooperativa que faz a intermediação, porque não vale a pena. E que pretende atender só particular no futuro, quando conseguir formar uma cartela de clientes maior nessa modalidade. Os demais médicos não relataram queixas em relação ao pagamento feito pelas

operadoras. Para um dos médicos, essa visão de que os profissionais valorizam prioritariamente a questão financeira é desmotivadora.

> A descrença no médico, isso é muito frequente hoje em dia, tá certo. Tem muito paciente que ele vem desdenhando, achando que, que a medicina hoje ela visa só dinheiro, achando que não vai resolver, achando que já foi, é muito, muito frustrante (Sujeito M8).

Do lado dos planos de saúde, a preocupação com a redução de custos também seria responsável por gerar dificuldades na consulta, não somente no que se refere aos honorários dos profissionais a ele associados, como também no que concerne à autorização para realização de procedimentos e exames (M3, M5 e M4). M3 diz que o plano pede muitas explicações que justifiquem a realização de exames. M4 discorre que há um limite de exames de determinado tipo que um paciente pode realizar por ano. M5 complementa dizendo que às vezes a solicitação tem que passar por uma junta médica para a aprovação e que os planos querem "barrar a conduta correta".

Outra questão relatada sobre planos de saúde foi a dificuldade para credenciamento, salientada por M7. Segundo ela, às vezes o médico não atende no plano, não porque o pagamento é baixo, mas porque o plano acha que naquela especialidade já há médicos suficientes.

Há, por outro lado, os médicos que defendem os planos de saúde.

> Você vê, os planos de saúde tão todos quebrados, pacientes exigindo solicitação de exames desnecessários, por isso que tá essa confusão com plano de saúde. Plano de saúde precisa ser preservado, é um mal necessário. Plano de saúde não dificulta, se você houver uma necessidade, a justiça tá aí pra intermediar isso, seu direito tá muito bem preservado (Sujeito M8).

Esse aspecto reforça o que Black e Gallan (2015) explicam, que é bastante provável que as conexões presentes em nesse ramo não sejam transitivas, dificultando o acesso à informação. Por exemplo, considerando-se um paciente que está conectado a um médico e este, por sua vez, está ligado a uma organização de serviço de saúde. A instituição comunica suas expectativas ao médico (de objetivos e produtividade, que impactam os tempos de consulta), mas esses não são explícitos para o paciente. "Nesse caminho, a falta de transitividade pode distrair a interação médico-paciente do foco total no bem-estar de um paciente" (BLACK; GALLAN, 2015, p. 834). Ainda nesse aspecto, os autores acentuam que o relacionamento entre as partes precisa ser equilibrado, isto é, paciente e médico devem ter pensamentos análogos sobre as práticas das companhias de planos de saúde, sejam eles

positivos, neutros ou negativos, pois, estando com os objetivos alinhados e compartilhando informações entre si, propicia-se melhor a cocriação de valor.

Quadro 20 - Resumo do panorama da saúde no Brasil, sob o ponto de vista dos médicos

Pergunta de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias	Subcategorias
Há diferença na duração das consultas realizadas usando planos de saúde ou quando particulares?	**Panorama da saúde no Brasil**	**Dinâmica do mercado**	Aspectos econômicos	Preocupações financeiras dos pacientes
				Preocupações financeiras dos médicos
				Preocupações financeiras dos planos de saúde

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.4 Atendimento sob o ponto de vista dos estudantes de Medicina

Aos estudantes, foi perguntado o que consideram um atendimento médico ideal, tendo em vista comparar com as respostas dos profissionais já em atuação, verificando se há distinção entre a expectativa e a realidade. Também foi questionado sobre quais motivos para escolha do curso, uma vez que são essenciais para se analisar os estilos de atuação posteriores, e sobre o processo de formação, se são oferecidas recomendações sobre como deve ser realizado o atendimento em consultas.

4.4.1 Qualidade em serviços médicos (atendimento ideal)

Os estudantes definem que um atendimento ideal abrange realmente escutar o paciente, não tratar com indiferença (URDAN; 2001), dando plena atenção a ele, mesmo que a algo aparentemente insignificante, uma vez que "qualquer paciente em ser ouvido já é um medicamento, uma forma de tratamento" (Sujeito E1). A estudante 5 valoriza pequenos detalhes, como olhar no olho, tocar no paciente mesmo sem haver a necessidade de fazer exames, chamar pelo nome, dar um sorriso, mostrar preocupação. Segundo ela, "dá pra saber quando alguém tá preocupado ou não com você, com a sua saúde".

Envolveria também ter uma dimensão humana, de se importar (HOWIE et al, 2000), pois, segundo E4, o paciente não deveria ser visto como mais um número, mas de forma integral. O cliente desses serviços é uma pessoa que tá passando por uma dificuldade e a

doença é só mais um aspecto para se analisar, mas também a parte psíquica, emocional, socioeconômica, cultural, porque "às vezes o tratamento ideal pra aquela questão não necessariamente se enquadrar para aquela pessoa específica". A informante 3 continua essa visão, citando Celeno Porto, escritor do livro de semiologia, mas, ao mesmo tempo, defende que um certo distanciamento pode ser importante para que o médico tenha a neutralidade para avaliar a situação e poder melhor auxiliar.

> O médico é um coapaixonado, ele tem que agir com compaixão, coapaixonado porque o co é do próximo né, é, e a paixão é o sofrer, então você sofre junto, sabe, daquele paciente. Mas é importante saber que a gente tem que ter um olhar também que vai afora, porque se a gente sofre junto e fica perdido dentro daquele tumulto de sensações que o paciente traz, a gente não consegue ter esse olhar externo pra ajudar, então é preciso que a gente tenha um pouquinho desse olhar distanciado, que não é o distanciamento da frieza que as pessoas falam tanto, sabe, mas é o distanciamento de como posso te ajudar melhor (Sujeito E3).

Além disso, seria ideal também uma relação um pouco menos desnivelada, onde o médico não seria o único detentor da sabedoria, mas que, ao mesmo tempo, o paciente se coloque na posição de que ele está ali para obter ajuda, sem adotar uma posição defensiva. O estudante 4 afirma que " uma relação que deve ter os dois lados, o médico deve se abrir pro paciente, deve permitir que ele tenha uma autonomia, e o paciente também deve entender que o médico é o melhor profissional pra cuidar daquela questão, a que ele tá se submetendo na consulta".

Foi questionado também aos estudantes se eles observavam alguma distinção entre o que consideram ideal e a prática cotidiana. A estudante 5 acredita que há aqueles que "Só olham e pedem exame, não conversam com o paciente pra saber a história dele" (Sujeito E5). Sendo assim, muitos entrevistados relataram que conhecem exemplos, os quais não se espelham e que não seria desejado seguir, mas que isso seria bom, pois permitiria a cada um identificar como quer ser no futuro (E5). Sobre esse aspecto, a entrevistada E3 justifica.

> Claro que a gente vê algumas coisas que são bem distintas, estão bem longes daquilo que a gente pensa como um cuidado né, mas eu acho que o nosso exercício é justamente fixar o nosso olhar naquilo que eu posso ser, sabe, então, até o exemplo ruim ele serve de escada, de gatilho, de trampolim pra que a gente não repita, então, sai daquele ciclo vicioso, sabe, de que eu aprendi assim, eu posso cortar um pouco dessa corrente (Sujeito E3).

Mas, apesar disso, a mesma respondente percebe um movimento em direção ao resgate da essência do que é ser médico e admitiu que, às vezes, questões de ordem pessoal do médico, como cansaço, fadiga ou a própria rotina, mesmo não sendo motivos para descontar no outro, dependendo das circunstâncias, impactam na consulta, pois as pessoas são formadas por um monte de adjacências. “O cuidado do cuidador é importantíssimo pra que ele possa de fato oferecer algo de bom também” (Sujeito E3).

Quadro 21 - Resumo da qualidade em serviços médicos (atendimento ideal), sob o ponto de vista dos estudantes de Medicina

Perguntas de pesquisa	Construtos	Dimensões	Categorias
O que caracteriza um bom atendimento em consultas na opinião dos entrevistados?	**Qualidade em serviços médicos**	**Relação médico - paciente**	Nível de atenção
			Dimensão humana, relacionada a se importar
			Relação de paridade
			Participação do paciente
			Aspectos de ordem pessoal do médico

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

4.4.2 Panorama da saúde no Brasil

Sobre o aspecto econômico do contexto, um dos sujeitos expõe que, às vezes, a má remuneração pode causar um desgaste (Sujeito E3). Porém, para outra entrevistada, não haveria diferença entre os tipos de atendimento (particular, plano e público), até porque isso implicaria em uma questão ética.

> Depende muito do perfil do médico. Não é porque ele é do privado que ele vai atender melhor, não. Isso é um equívoco. Porque, a menos que esse profissional, em especial, ele trate melhor só porque ele tá recebendo. Mas o que eu vejo na maioria dos serviços é que, tipo, o mesmo profissional que atende no público é o mesmo que atende no sentido privado, porque ninguém vai ficar só no privado. E ele não muda o seu jeito de ser, até porque é uma pessoa só. E agora, a única diferença é a quantidade de volume que ele atende no seu consultório, talvez. Mas como hoje tudo tá muito

> difícil pra área médica, ele vai atender a quantidade de pacientes, tanto quanto ele tá acostumado a atender. Até porque é antiético você tratar melhor um paciente porque tá numa rede privada, né, então acho que isso é mais coisa de, mais coisa de quem quer falar mal de médico em si, mas se bem que eu não vou defender porque existe muita gente ruim no mundo né (Sujeito E1).

Na dimensão acadêmica, os motivos que levam cada um a optar por essa área pode ter grande papel em como será desempenhada a função. Um dos entrevistados acredita que o aspecto monetário pode influenciar bastante. “Tem muitos médicos que não sabem tratar o paciente bem, que só tão lá pra ganhar dinheiro” (Sujeito E5).

Quando perguntado aos estudantes de Medicina sobre o motivo de escolha do curso, todos mencionaram que se tratava de um sonho ou pelo desejo de ajudar o próximo. Porém, nas respostas de E4 e E5, estes acabaram mencionando a questão monetária, ao falarem que ela não foi um fator, reconhecendo, dessa forma, que, para o senso comum, seria um elemento tido como de importância. O sujeito E3, no entanto, admitiu que foi sim um ponto a mais de incentivo, já que pensava também na estabilidade da família.

A respeito da formação dos médicos, todos os estudantes indicaram que na faculdade são fornecidas recomendações sobre como os pacientes devem ser cuidados. Estas são de ordem teórica, por meio de livros, e prática, quando os próprios estudantes passam a atender em ambulatório com o acompanhamento de professores. Talvez não focadas exclusivamente a consultas, mas ao atendimento ao público em geral, ética médica, direitos e deveres. Essas orientações são, sobretudo, focadas a como tratar e se comunicar com o paciente.

> Eles vão nos moldando pra que a gente fique mais maleável quanto as perguntas, desde, por exemplo, quando você vai perguntar, ou se usa drogas, então tudo isso tem que ter uma suavidade e não é o livro que nos ensina, então, de acordo, dependendo do professor, ele vai, é ele que vai nos orientando (Sujeito E1).

As recomendações oferecidas estão bem alinhadas com aquilo que os estudantes consideram como um atendimento de qualidade. Então, ainda que o crescimento do número de faculdades na área tenha gerado apreensões sobre a possibilidade de queda na qualidade do ensino (ESTADÃO, 2017), pelo menos no que condiz à forma de tratar o paciente, na visão dos estudantes, isso não parecer ter sido aplicado. No entanto, a estudante 1 indicou que, durante o treinamento, haveria um limite de tempo para as consultas, mostrando que essa busca pela objetividade já é algo intrínseco à natureza da profissão, considerando as

particularidades do contexto, principalmente referentes a consultas no setor público. Mas, em havendo necessidade, pode-se realizar consultas específicas com tempo estendido.

> Como estudantes, nós temos sempre limite de tempo de consulta, que são estimulados entre 15 min. Então nós temos que tentar abordar o máximo possível em 15 min do paciente. Até porque, o volume, dependendo do serviço, o volume de pacientes é exorbitante. Então, mesmo que você queira dá, fazer, realizar uma consulta para aquele paciente, da melhor forma pra ele, sempre temos que tentar reduzir (Sujeito E1).

Quadro 22 - Resumo do panorama da saúde no Brasil, sob o ponto de vista dos estudantes de Medicina

Pergunta de pesquisa	Construto	Dimensões	Categorias	Subcategorias
Há diferença na duração das consultas realizadas usando planos de saúde ou quando particulares?	**Panorama da saúde no Brasil**	**Dinâmica do mercado**	Aspectos econômicos	Preocupações financeiras dos médicos
		Dimensões acadêmicas	Motivos para escolha do curso	
			Processo de formação	

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Na seção posterior são feitas as comparações entre os pontos de vista dos diferentes grupos de sujeitos.

4.5 Discussão entre os diferentes grupos de sujeitos

No que se refere ao que é considerado um bom atendimento em consultas, pacientes e médicos tiveram visões similares, ou seja, de maneira geral, os profissionais sabem qual o serviço esperado pelos clientes. Ambos acreditam que uma consulta de qualidade envolve o fornecimento de atenção e explicações, retirada de dúvidas, solução do problema. Os estudantes de medicina também tiveram essa percepção, haja vista que recebem recomendações em seu processo de formação sobre como proceder.

No entanto, os pacientes vão mais adiante, aspirando também outras questões que não foram mencionados pelos médicos como: que sejam oferecidas opções de tratamento e auxílio em lidar com o lado emocional; que haja uma relação de igualdade e preocupação genuína com o bem estar, que envolve se importar com o paciente (empatia), o que é um nível maior

de cuidado que simplesmente olhar no olho e escutar. Esses dois últimos também foram apontados pelos estudantes, o que assinala que as práticas cotidianas da profissão podem ter relegado aspectos que durante o processo de formação eram tidos como significativos. Ainda, os médicos procuraram justificar as razões de alguns dos fatores que para os clientes influem na qualidade, como a logística de atendimento e problemas de ordem pessoal do especialista.

Contudo, apesar de entenderem, de forma geral, quais são os anseios dos clientes em uma consulta, devido à complexidade do sistema (de custo e alta demanda), os médicos, procuram realizar o atendimento baseando-se na objetividade. A adoção desse estilo fundamentado na praticidade e assertividade pode fazer com que o serviço prestado, na percepção do cliente, torne-se padronizado, genérico, desinteressado, assimétrico, com falhas na comunicação e atenção para com o paciente, o que vai de encontro ao ideal. Os próprios estudantes de Medicina admitiram que há exemplos de condutas no ramo que devem ser desencorajadas e evitadas, no tocante a não tratar adequadamente o paciente e só focar no âmbito técnico. Não obstante, os profissionais indicaram não perceber nenhum tipo de insatisfação ou imperfeição referente aos atendimentos que realizam, assinalando que as pretensões de seus respectivos clientes são cumpridas, mas reconhecem que “ouviram falar sobre reclamações” em alusão a outros colegas. Ambos, médicos e estudantes, não assentiram sobre nenhuma diferenciação entre as consultas por plano de saúde e particulares ou sobre problemas concernentes a honorários, questão essa que foi apontada pelos pacientes.

Por mais que muitos pacientes acreditem que o tempo da consulta contribui, ainda que não definitivamente, para um melhor diálogo e troca de informações entre as partes, os médicos, de maneira geral, defendem que não há relação de causa e efeito, pois a duração é algo extremamente individual e mutável, porque depende do paciente, da particularidade do caso, da especialidade, não devendo ser padronizado um período específico, a despeito da indicação de que o tempo mínimo de uma consulta deva ser de quinze minutos, de acordo com o Ministério da Saúde (2002).

No que se refere ao nível de conhecimento do paciente sobre condições clínicas, ainda que alguns clientes percebam o risco de se obter informações pela internet, a grande maioria dos consumidores julga ser algo positivo, uma vez que possibilita mais ampla conscientização sobre a própria saúde e corpo e maior capacidade de avaliação sobre a atuação do profissional. Enquanto que os médicos, apesar de perceberem esses benefícios, pensam que o resultado é mais prejudicial, em virtude da existência de dados incorretos ou inaplicáveis, que por não serem observados pelos pacientes como tal, geram uma postura defensiva e desconfiança, o que prejudica o tratamento correto.

O próximo capítulo apresenta as conclusões do estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços.

Com a finalização do estudo, foi possível identificar que, dos fatores mencionados pelos pacientes como de maior importância nesse encontro de serviços e, consequentemente, de maior causa das imperfeições em circunstância de escassez, o intercâmbio de informações se destacou. Black e Gallan (2015) declaram que, para que o valor seja totalmente realizado, deve haver a transferência e integração de conhecimento entre as entidades da rede, da forma mais harmoniosa possível, tal que o paciente e o provedor obtenham as informações críticas necessárias para abordar completamente os problemas relacionados à saúde. Nisto está incluso ter a curiosidade em conhecer o paciente e suas especificidades, esclarecer com detalhes o quadro clínico, explorando possibilidades.

É nesse enfoque que o tempo das consultas pode influenciar o atendimento. A duração propriamente dita não foi considerada como um indicador de qualidade pelos pacientes, interferindo somente à medida que uma maior disponibilidade de tempo favoreceria o diálogo, a interação, o sentimento de troca e o nível de detalhamento, os quais são indispensáveis para a extração de fatos relevantes e a percepção de qualidade. Da mesma forma, consultas relâmpago seriam tidas como inaceitáveis quando nota-se pressa para concluir o atendimento, que pode indicar falta de interesse do profissional para com o cliente (paciente).

Essa avaliação do tempo irá depender, então, do caso específico e condições (de idade, saúde, conhecimento) do paciente, da especialidade médica e seus procedimentos típicos, do tipo de consulta (se de queixa, volta, rotina, etc). Cape (2002) indicou que as percepções dos pacientes sobre a duração da consulta são influenciadas não apenas pelo tempo real, mas também por outros aspectos de sua experiência. A partir disso é que encontros mais breves podem ser considerados adequados, se percebido dedicação (ELMORE et al., 2016), e contatos mais longos, desnecessários se tratarem de assuntos que fujam à temática central.

A valorização pelos pacientes da troca de informações pode parecer paradoxal, já que o acesso à tecnologia na atualidade permite que a maioria tenha um elevado nível de conhecimento sobre condições clínicas. Todavia, por já terem esses dados é que buscam algo mais personalizado, voltado para sua situação específica, o que só é possível por meio da interlocução. Para os clientes, descrever sintomas e diagnósticos com base em referências generalizadas já não basta, pois isso até a internet faz. Em tempos anteriores, as pessoas iam

ao médico e se satisfaziam com o que mínimo que eles lhes proporcionassem porque aquilo já era mais do que eles possuíam. Hoje não mais. No entanto, é importante reparar que as fontes de pesquisa podem não ser de todo confiáveis, o que realça ainda mais a indispensabilidade de se estabelecer e construir uma relação efetiva entre médico e paciente.

Contudo, há fatores da rede de serviços (BLACK; GALLAN, 2015), como suas propriedades estruturais e econômicas, que interferem nessa relação. Sabe-se que o sistema de saúde no Brasil é problemático e que os indivíduos que não dispõem de planos de saúde, utilizam serviços públicos geralmente com atendimento precário, ou pagam consultas particulares. Os planos de saúde, por sua vez, são frequentemente censurados por se julgar baixo o valor que repassam aos médicos, e, por isso, estes últimos teriam que atender um maior número de pessoas para ganhar por escala, acarretando em consultas mais rápidas e com maior tempo de espera. Nessa visão, de acordo com a percepção dos sujeitos de pesquisa, os atendimentos nessa modalidade foram distintos daqueles no qual se paga individualmente por consulta, nas quais a alta quantia despendida teria que ser bem aproveitada.

Ressalta-se que, embora o aspecto temporal da duração da consulta não tenha sido explicitamente um elemento de destaque negativo nesse estudo, a experiências com consultas-relâmpago, que levaram a uma avaliação de descaso, desconfiança e de ausência de empatia por parte do médico, foram mais observadas no contexto de consultas por planos de saúde, em contraposição às particulares, onde os médicos tendem a ser mais atenciosos, com um atendimento que tem um tempo maior e mais detalhado.

Os pacientes expuseram que diversos pontos do atendimento recebido poderiam ser melhorados, especialmente no que concerne ao nível de atenção e à busca e fornecimento de informações pelo médico. Contudo, a satisfação é um elemento complexo, que decorre não apenas da expectativa sobre o que seria qualidade, mas também do objetivo do paciente e das suas experiências anteriores. Ainda, os elementos citados não devem ser uma construção exclusiva do prestador de serviço, os seus consumidores também tem um papel a cumprir. Devem ser o mais participativos quanto possível, sendo cocriadores de suas experiências.

Considerando a perspectiva da pesquisa transformativa em serviços, **sugestões transformativas** ao são apresentadas como se segue:

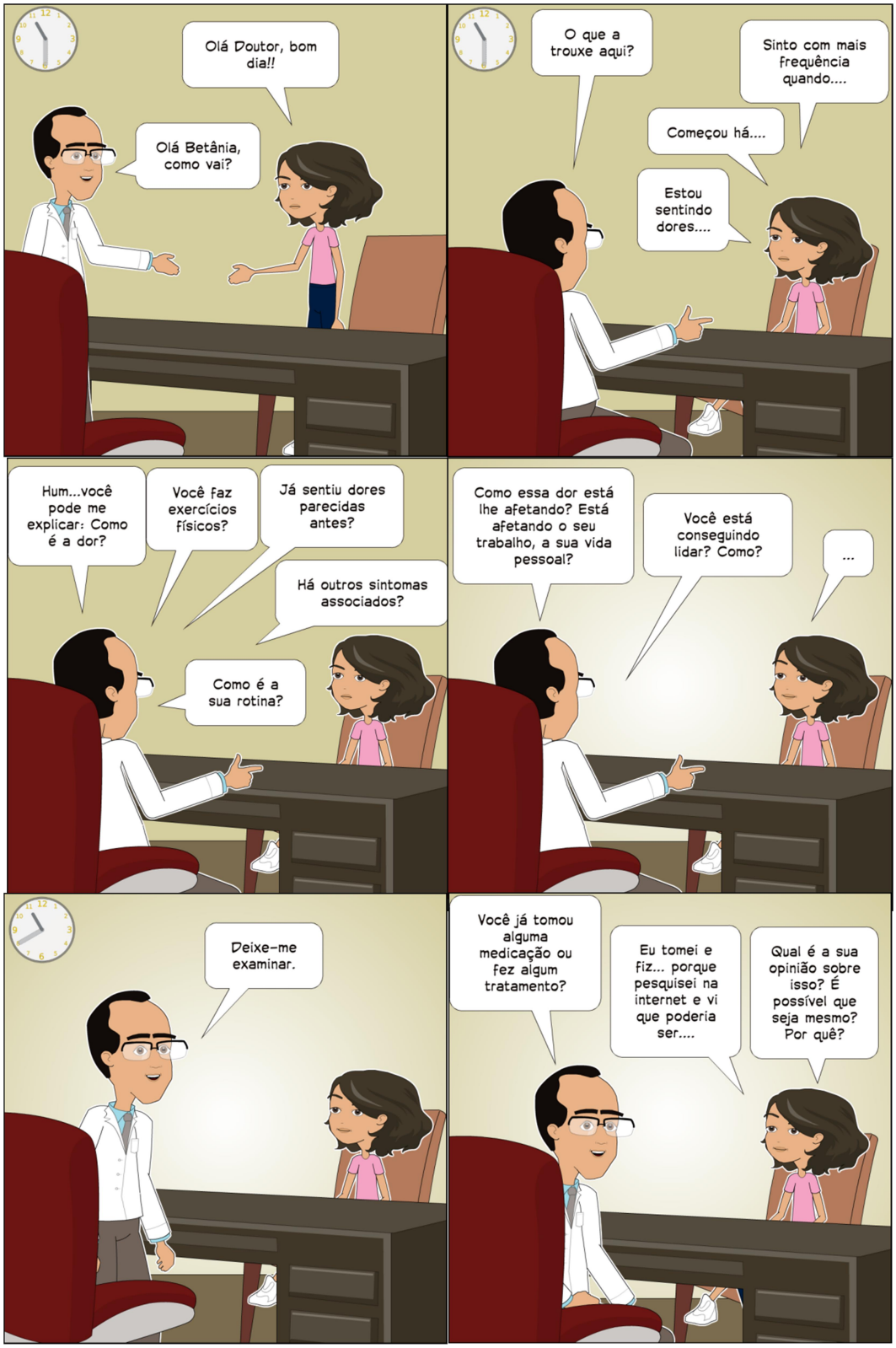
1) Que os médicos sejam proativos e elaborem perguntas direcionadas para um diagnóstico adequado, assim como forneçam explicações na linguagem do paciente sem o uso de termos técnicos, porque muitas vezes estes não sabem o que é significativo para que eles falem ou saibam e cabe ao profissional esse papel;

2) Que os médicos estejam propensos ao diálogo e a ouvir, proporcionando a liberdade para o paciente se expressar, sem postura de superioridade, respeitando o paciente e o conhecimento deste, e sem uma pressão para a finalização da consulta de forma rápida;
3) Que os médicos demonstrem verdadeiro interesse no progresso do paciente e que estejam atentos para sua compreensão "Você tem algo para perguntar, alguma dúvida? Fique à vontade";
4) Que os médicos se preocupem com possíveis estados emocionais do paciente e não apenas com questões de diagnóstico clínico ou visível;
5) Que sejam oferecidas diferentes opções de tratamento sempre que possível, levando em conta o contexto do paciente;
6) Que por meio desses pequenos detalhes que demonstram a diligência, mesmo havendo a necessidade de objetividade nas consultas e relativo tempo de espera, os médicos proporcionem a sensação de acolhimento, preocupação e empatia;
7) Que os pacientes forneçam informações detalhadas, com clareza e concisão;
8) Que os pacientes sejam honestos com os médicos ao relatarem o conhecimento que adquiriram em outras locais que não na consulta. É interessante que se utilizem de fontes confiáveis e procurem questionar, mas sem confrontar por meio de comparações ou desconfianças, e sim, buscando escutar e entender o que está sendo explanado e porque se aplica ou não a sua situação, sem adotarem comportamento defensivo.
9) Que "consultas relâmpagos" não aconteçam, a interação médico-paciente deve ser construída em uma relação de confiança, que demandará troca de informações e conversas que levem a um correto diagnóstico e tratamento. A perspectiva de tempo no atendimento, em especial em consultas realizadas por meio de planos de saúde, deve ser gerenciada adequadamente, com genuidade do atendimento ao paciente.

Acredita-se que estes pontos possam contribuir para a melhoria na percepção do atendimento médico (consultas) por parte dos pacientes, bem como impactar positivamente na formação dos futuros médicos.

Tendo em vista que um dos objetivos da pesquisa transformativa segundo Mick et al (2012) é fazer com que os resultados da pesquisa sejam comunicados efetivamente, sendo acessíveis à todas as partes interessadas, foi elaborada uma "história em quadrinhos" que ilustra as sugestões mencionadas, disposta na figura 6.

Figura 6: Sugestões transformativas ilustradas em quadrinhos



Fonte: Elaborado pela autora via Pixton (2018)

Continua

Figura 6: Sugestões transformativas ilustradas em quadrinhos

Fonte: Elaborado pela autora via Pixton (2018)

Os quadrinhos acima ilustram as sugestões transformativas propostas. Neste cenário, é mostrado o médico que: busca fazer diversas perguntas a fim de melhor conhecer o paciente e, consequentemente, obter um diagnóstico mais preciso; demonstra preocupação sobre como a condição clínica está afetando a vida do paciente; fornece explicações voluntariamente e de forma simples, sem desmerecer o conhecimento do outro; oferece opções de tratamento segundo as necessidades de cada um; demonstra atenção ao chamar pelo nome e interesse em checar se o paciente entendeu corretamente ou ficou com dúvidas.

Já do lado do paciente, mostra o papel deste em detalhar informações relativas ao seu estado e a honestidade em relatar o que pesquisou sobre o tema, estando disposto a ouvir a opinião do profissional.

Adicionalmente, a consulta exemplificada teve a duração de vinte minutos, indicando que é possível a observância desses aspectos em um intervalo de tempo limitado.

5.1 Limitações do estudo

Todo estudo possui limitações, sejam inerentes ao método escolhido ou por questões de acesso aos sujeitos. Mesmo assim, foi possível que as perguntas central e norteadoras da pesquisa fossem respondidas, não inviabilizando os resultados encontrados. Nessa dissertação, as principais limitações encontram-se dispostas a seguir.

Primeiramente, a escassez de tempo dos médicos, característica natural da profissão, pois, em grande parte, são muito atarefados, atendendo em diferentes locais e com uma alta demanda de pacientes, dificultou o acesso a estes sujeitos, uma vez que muitos alegaram não ter disponibilidade de horário para participação. Mesmo dentre aqueles que concordaram em conceder a entrevista, alguns apresentaram limitações de tempo, seja porque tinham pacientes aguardando na sala de espera ou, sendo fim do expediente, precisavam se deslocar para plantões ou outras atividades.

Outra limitação refere-se a omissões nas respostas dos sujeitos médicos, que pareciam se incomodar com alguns tópicos. Acredita-se na existência de certo "espírito de grupo" entre eles, que promove a defesa dos interesses da categoria. Esse fato foi sutilmente notado em determinados momentos da coleta de dados, nos quais verificou-se que os profissionais evitavam comentar sobre possíveis aspectos negativos, delicados e dificuldades presentes na relação com o paciente ou com os planos de saúde, desconversando. Contanto que, a única médica que relatou maiores problemas com os planos de saúde foi aquela que não era a eles diretamente vinculada, apenas por intermédio de uma cooperativa.

Outra dificuldade encontrada foi localizar pessoas que tivessem ido a consultas particulares. Como afirmam Spalenza, Ronchi e Pelissari (2017), grande parte da população é atendida pelo SUS ou aderem aos planos de saúde, estes últimos fornecendo acesso a uma ampla gama de médicos associados a um custo único. Com isso, a falta de condições ou interesse em pagar o alto valor cobrado por cada consulta particular restringe o seu público.

5.2 Sugestões para futuros estudos

Este estudo teve como objetivo compreender como se dá a avaliação da consulta médica, na perspectiva da pesquisa transformativa em serviços. Com base em suas conclusões, são feitas sugestões para estudos futuros, como:

- Investigar junto a hospitais públicos e privados como se dá consultas rotineiras, comparando atendimentos em rede pública e privada.
- Realizar estudos inserindo a perspectiva dos gestores das operadoras de planos de saúde;
- Flanagan (1954) diz que, na técnica de incidentes críticos, seria desejável que os dados fossem coletados e avaliados no momento da observação. E que, por isso, poderia ser dado treinamento aos observadores anterior à situação dos incidentes, para que todos os aspectos relevantes pudessem ser checados;
- Operar em conjunto com pesquisadores da área de saúde, uma vez que os médicos sentiriam-se com maior liberdade para compartilhar pormenores delicados do cotidiano da profissão.
- Levantar dados de outros países sobre procedimentos em consultas, roteiro de consultas, duração média e comparar com o Brasil, resultando em sugestões na formação de médicos (escolas de medicina), com a inclusão de disciplina de qualidade em serviços.

REFERÊNCIAS

ACR - **Association for Consumer Research**. Disponível em: <https://www.acrwebsite.org/>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. **Oman Medical Journal**, v. 29, n. 1, p. 3-7. 2014.

ALBAYRAK, T. Classifying Daily Tour Service Attributes by Three-Factor Theory of Customer Satisfaction. **Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism**, v. 19, n. 1, p. 112-125. 2018.

ALI, M. How patients perceive healthcare services: A case of Ayub Teaching Hospital, Abbottabad – Pakistan. SERV Service QUAL Quality. **International Journal of Healthcare Management**, v. 11, n. 1, p. 52-59. 2017.

ALUWIHARE-SAMARANAYAKE, D. Ethics in Qualitative Research: A View of the Participants' and Researchers' World from a Critical Standpoint. **International Journal of Qualitative Methods**, v.11, n. 2, p.64-81. 2012.

ANDERSON, S.; NASR, L.; RAYBURN, S. Transformative Service Research and Service Design: Synergistic Effects in Healthcare. **The Service Industries Journal**, v. 38, n. 1-2, p. 99-113. 2018.

ANDERSON, L.; OSTROM, O.; CORUS, C.; FISK, R.; GALLAN, A. GIRALDO, M.; MENDE, M.; MULDER, M.; RAYBURN, S.; ROSENBAUM, M.; SHIRAHADA, K.; WILLIAMS, J. Transformative Service Research: An Agenda for the Future. **Journal of Business Research**, v. 66, n. 8, p. 1203-1210. 2013.

ANDERSON, L.; OSTROM, A. Transformative Service Research: Advancing Our Knowledge About Service and Well-Being. **Journal of Service Research**, v. 18, n. 3, p. 243-249. 2015.

ANGNES, D.; MOYANO, C.; LENGLER, J. Avaliação da Satisfação do Cliente em Serviços de Restaurantes com Aplicação do ACSI. **Revista Brasileira de Pesquisa Em Turismo**, v. 9, n. 1, p. 174-193. 2015.

ANNIS, R.; RACHER, F.; BEATTIE, M. **Rural Community Health and Well-Being**: A Guide to Action. Brandon, MB: Rural Development Institute, University Press. 2004.

ANS – **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 07 de março de 2018.

BACCARANI, C.; CASSIA, F. Evaluating the outcomes of service ecosystems: The interplay between ecosystem well-being and customer well-being. The **TQM Journal**, v. 29, n.6, p.834-846. 2017.

BAHADORI, M.; RAADABADI, M.; RAVANGARD, R.; BALDACCHINO, D. Factors affecting dental service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 28, n. 7 p. 678 – 689. 2015.

BAKER, S.; GENTRY, J.; RITTENBURG, T. Building understanding of the domain of consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 128-139. 2005.

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

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASU, S.; ANDREWS, J.; KISHORE, S.; PANJABI, R.; STUCKLER D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: A systematic review. **PLoS Medicine**, v.9, n. 6, e1001244. 2012.

BAUER, M.; GASKELL, G.; **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 7 ed. 2008.

BELKORA, J.; STUPAR, L.; O'DONNELL, S. Using the critical incident technique in community-based participatory research: a case study. **Prog Community Health Partnersh**, v. 5, p. 443-451. 2011.

BERRY, L. L.; DAVIS, S.; WILMET, J. When the customer is stressed. **Harvard Business Review**, v. 93, n. 10, p. 86–94. 2015.

BERRY, L.; MATE, K. Essentials for improving service quality in cancer care. **Healthcare**, v. 4, n. 4, p. 312–316. 2016.

BJERTNAES, O.; SJETNE, I.; IVERSEN, H. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations. **British Medical Journal Quality Safety**, v. 21, n. 1, p. 39-46. 2012.

BLACK, H.; GALLAN, A. Transformative service networks: cocreated value as well-being. **The Service Industries Journal**, v. 35, n. 15-16, p. 826-845. 2015.

BLOCKER, C.; BARRIOS, A. The transformative value of a service experience. **Journal of Service Research**, v. 18, n. 3, p. 265-283. 2015.

BONSU, F.; AFUTU, F.; HANSON-NORTEY, N.; AHIABU, M.; AMO-ADJEI, J. Satisfaction of tuberculosis patients with health services in Ghana: Views of healthcare professional. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 3, n. 6, p.545-553. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL, V.; SLONGO, L. Tipo de interação de serviço: impactos sobre o processo de escolha do sistema de prestação de serviços. **REAd. RevistaEletrônica de Administração**, v. 10, n. 3, p. 1-22, 2004.

BRAUN, V.; CLARKE, V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers**. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**, v. 9, n. 1, p. 1-2. 2014.

BRENNAN, D.; OZANNE, J.; HILL, R. The Transformative Consumer Research Movement. **Journal of Publication Policy & Marketing**, v. 35, n. 2, p. 159-169. 2016.

BUTT, M.; MCGRATH, J.; SAMRA, H.; GUPTA, R. An integrative review of parent satisfaction with care provided in the neonatal intensive care unit. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 42, n. 1, p. 105–120. 2013.

CAPE, J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. **British Journal of General Practice**, v. 52, n. 485, p. 1004–1006. 2002.

CHANG, C.; CHEN, S.; LAN, Y. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. **BMC Health Services Research**, v.13, p.22. 2013.

CLEARY, M.; HORSFALL, J.; HAYTER, M. Data collection and sampling in qualitative research: does size matter?. **JournalofAdvancedNursing**, v.70, n. 3, p. 473-475. 2014.

COELHO, P. A pesquisa transformativa do consumidor: reflexões e diretrizes para pesquisadores brasileiros. **E&G Economia e Gestão**, v. 15, n. 40, P. 4-27. 2015.

COLLINGRIDGE D.; GANTT E. The quality of qualitative research. **American Journal of Medical Quality**, v. 23, n. 5, p. 389–395. 2008.

COLLINS, S.; BRITTEN, N.; RUUSUVUORI, J.; THOMPSON, A. Understanding the process of patient participation. In COLLINS, S.; BRITTEN, N.; RUUSUVUORI, J.; THOMPSON, A. (Eds.).**Patient participation in health care consultations**: Qualitative perspectives, p. 3– 21. New York: Open University Press. 2007.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Por que o governo pretende barrar novos cursos de medicina por 5 anos**. 2017. Disponível em: <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/noticias/547-por-que-o-governo-pretende-barrarnovos-cursos-de-madicina-por-5-anos.html?highlight=WyJtZWMiXQ>. Acesso em: 07 de março de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1931/2009**. Aprova o Código de Ética Médica.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARA – CRM/PA. **Parecer 009/2012.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpa/pareceres/2012/9_2012.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Parecer 10/1991.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmrj/pareceres/1991/10_1991.htm>. Acesso em 20 de julho de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Pareceres**. Disponível em: <www.cremesp.org.br>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

_____. **Guia da Relação médico – paciente.** Disponível em: < https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=22>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

_____. **Relação médico-paciente**: um encontro. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=84>. Acesso em 25 de maio de 2018.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CROCKETT, D., DOWNEY, H., FIRAT, A.F., OZANNE, J. L., & PETTIGREW, S. Conceptualizing a transformative research agenda. **Journal of Business Research**, v. 66, n. 8, p. 1171–1178. 2013.

CRONIN, J.; TAYLOR, S. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. **Journal of Marketing**, v. 56, p. 55-67. 1992.

DANAHER, T.; GALLAN, A. Service research in health care: Positively impacting lives. **Journalof Service Research**, v. 19, n. 4, p. 433–437. 2016.

DANTAS, M.; OLIVEIRA, L.; PASSADOR, C. Análise das Políticas Públicas Ambientais e de Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e Oportunidades. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia da FUNDACE**, v. 7, n. 3, p. 91-104, 2016.

DARAWSHEH, W. Reflexivity in research: Promoting rigour, reliability and validity in qualitative research. **International Journal of Therapy and Rehabilitation,** v.2, n. 12, p.560-568. 2014.

DAVIS, K.; MOHAN, M.; RAYBURN, S. Service quality and acculturation: Advancing immigrant healthcare utilization. **Journal of Services Marketing**, v. 31, n. 4-5, p. 362–372. 2017.

DELOITTE. **What matters most to the health care consumer?.** 2016. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-cx-survey-pov-provider-paper.pdf>. Acesso em 09 de março de 2018.

DU, T. Performance measurement of healthcare service and association discussion between quality and efficiency: Evidence from 31 provinces of mainland China. **Sustainability**, v. 10, n. 1,74. 2017.

DUNAWAY, M. Connectivism: Learning theory and pedagogical practice for networked information landscapes. **Reference Services Review**, v. 39, n. 4, p.675-685. 2011.

ELDH, A.; EKMAN, I.; EHNFORS, M. Conditions for patient participation and non-participation in health care. **Nursing Ethics**, v. 13, n. 5, p. 503–514. 2006.

ELMORE, N.; BURT, J.; ABEL, G.; MARATOS, F.; MONTAGUE, J.; CAMPBELL, J. ROLAND, M. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 66, n. 653, p. 896-903. 2016.

ELO, S.; KYNGÄS, H. The qualitative content analysis process. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, p. 107-115.2008.

ERTMER, P.; NEWBY, T.; MEDSKER, K. Behaviorism, Cognitivism, Constructivism: Comparing Critical Features From an Instructional Design Perspective. **Performance Improvement Quarterly**, v.26, n. 2, p.43-71. 2013.

ESTADÃO. **Governo vai suspender por 5 anos criação de cursos de Medicina no País**. 2017. Disponível em: <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,governo-vai-suspender-por-5-anos-criacao-de-cursos-de-medicina-no-pais,70002088828>. Acesso em: 07 de março de 2018.

FAVE, A.; BRDAR, I.; FREIRE, T.; VELLA-BRODRICK, D.; WISSING, M. The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and Quantitative Findings. **Social Indicators Research**, v. 100, n. 2, p. 185-207. 2011.

FERREIRA, N. S. A. de. As pesquisas denominadas "Estado da Arte". **Educação & Sociedade**, v.13, n 79, p. 257-272. 2002.

FIGUEIREDO NETO, L.; SAUER, L.; BORGES, G.; BELIZÁRIO, J. Método SERVQUAL: um estudo de satisfação em uma escola de idiomas. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - SIMPEP, 13., 2006, Bauru. **Anais...** Bauru: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2006, p. 1-12.

FINSTERWALDER, J.; FOOTE, J.; NICHOLAS, G.; TAYLOR, A.; HEPI, M.; BAKER, V.; DAYAL, N. Conceptual underpinnings for transformative research in a service ecosystems context to resolve social issues – framework foundations and extensions. **The Service Industries Journal**, v. 37, n.11-12, p. 766-782. 2017.

FISCHER, E.; CASTILHOS, R.; FONSECA, M. J. Entrevista qualitativa na pesquisa de marketing e do consumidor: abordagens paradigmáticas e orientações. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 13, n. 4, p. 67-79, 2014.

FLANAGAN, J. The Critical Incident Technique. **Psychological Bulletin**, v. 51, n. 4, p. 327-358. 1954.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
FLICK, U. Coleta de dados: abordagem qualitativa e quantitativa. In: FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Pensa, 2013. p. 107-132.

FRIEDRICH, M.; SILVA, R.; GUIMARÃES, J.; BASSO, K. Alternativas para a Saúde no Brasil. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 11, n. 3, p. 31-43, 2017.

FROW, P.; MCCOLL-KENNEDY, J.; PAYNE, A. Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. **Industrial Marketing Management**, v. 56, p. 24–39. 2016.

GALARZA-WINTON, M.; DICKY T.; O'LEARY L.; LEE S.; O'BRIEN K. Implementing Family-Integrated Care in the NICU. **Advances in Neonatal Care**, v. 13, n. 5, p. 335-340. 2013.

GALLAN, A.; JARVIS, C.; BROWN, S.; BITNER, M. Customer positivity and participation in services: An empirical test in a health care context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 41, n. 3, p. 338–356. 2013.

GBRICH, C. **Qualitative Data Analysis**: An Introduction. London: Sage Publications. 2007.

GENTIL, V; LACERDA, M. Expansão do ensino superior do sistema federal brasileiro no período 2003-2006. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v.32, n. 3, p.829-849. 2016.

GIL, A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOTLIEB, J.; GREWAL, D.; BROWN, S. Consumer Satisfaction and Perceived Quality: Complementary or Divergent Constructs?. **Journal of Applied Psychology**, v. 79, n. 6, p. 875-885. 1994.

HAMED, S.; EL-BASSIOUNY, N.; TERNÈS, A. Evidence-based design and transformative service research for the healthcare in hospitals: Setting the research agenda. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, v.10, n. 2, p.214-229. 2016.

HARTNETT, T.; COOPER, J. Issues in research ethics: privacy and confidentiality. **Research Practitioner**, v.11, n. 3, p.94-101. 2010.

HIBBARD, J. Using systematic measurement to target consumer activation strategies. **Medical Care Research and Review,** v. 66, n. 1, p. 9S–27S. 2009.

HOLBROOK, M.; HIRSCHMAN, E. The experiential aspects of consumption: Consumer fantasies, feelings and fun. **Journal of Consumer Research**, v. 9, p. 132-140, 1982.

HOWIE, J.; HEANEY, D.; MAXWELL, M.; WALKER, J.; FREEMAN, G. Developing a 'consultation quality index' (CQI) for use in general practice. **Family Practice**, v.17, n. 6, p.455-461. 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Mensal em Serviços**. Set. 2017.

IOFRIDA, N.; DE LUCA, A.; STRANO, A.; GULISANO, G. Can social research paradigms justify the diversity of approaches to social life cycle assessment?. **International Journal of Life Cycle Assessment**, v. 23, p.1-17. 2016.

ISTO É. **A praga das consultas a jato**. 2016. Disponível em: <https://istoe.com.br/182300_A+PRAGA+DAS+CONSULTAS+A+JATO/>. Acesso em: 13 de dezembro de 2017.

IYENGAR, R.; ANSARI, A.; GUPTA, S. A Model of Consumer Learning for Service Quality and Usage. **Journal of Marketing Research,** n. 529, v. 44, p. 529–544. 2007.

JAIN, S.; GUPTA, G. Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. **Vikalpa**, v. 29, n. 2, p. 25-38. 2004.

JOHN, J.; YATIM, F.; MANI, S. Measuring service quality of public dental healthcare facilities in Kelantan, Malaysia. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 23, n. 5, p. 742-753. 2011.

KEMP, E.; JILLAPALLI, R.; BECERRA, E. Healthcare branding: Developing emotionally based consumer brand relationships. **Journal of Services Marketing**, v. 28, n. 2, p. 126–137. 2014.

KUPER A; LINGARD L; LEVINSON W. Critically appraising qualitative research. **BMJ**, v. 337, p. 687-692. 2008.

LAHMAN, M.; GEIST, M.; RODRIGUEZ, K.; GRAGLIA, P.; DEROCHE, K. Culturally responsive relational reflexive ethics in research: the three rs. **Quality & Quantity**, v.45, n. 6, p.1397-1414. 2011.

LASALVIA, A.; BOGGIAN, I.; BONETTO, C.; SAGGIORO, V.; PICCIONE, G.; ZANONI, C.; CRISTOFALO, D.; LAMONACA, D. Multiple perspectives on mental health outcome: needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.47, n. 7, p.1035-1045. 2012.

LAZARUS, R. **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press. 1991.

LEE, D. HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. **Service Business**, v. 11, n. 3, p. 491-516. 2016.

LEUNG, L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research (Research and Audit). **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 4, n. 3, p.324. 2015.

LEVY, S. Symbols for Sale. **Harvard Business Review**, v.37, p.117-124. 1959.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, CA: Sage. 1985.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences.IN DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Eds.). **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage. p. 163-188. 2000.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, v. 16, p. 577-582. 1982.

LING, S.; MCGANN, P. Changing Healthcare Service Delivery to Improve Health Outcomes For Older Adults: Opportunities Not to Be Missed. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n. 2, p. 235-238. 2018.

LÓPEZ, A.; DETZ, A.; RATANAWONGSA, N.; SARKAR, U. What patients say about their doctors online: A qualitative content analysis. **Journal of general internal medicine**, v. 27, n. 6, p. 685-692. 2012.

LÓPEZ-BONILLA, J.; LÓPEZ-BONILLA, L. Validation of the Need for Social Interaction Scale between Customer and Service Provider. **Review of Business Management**, v. 16, n. 53, p. 560-574. 2014.

MALIK, S.; AKHTAR, F.; RAZIQ, M.; AHMAD, M. Measuring service quality perceptions of customers in the hotel industry of Pakistan. **Total Quality Management and Business Excellence**, p. 1-16. 2018.

MALONE, R. Distal nursing. **Social Science & Medicine**, v. 56, p. 2317 – 2326. 2003.

MANGINI, E. R.; URDAN, A. T.; SANTOS, A. Da Qualidade em Serviços à Lealdade: Perspectiva Teórica do Comportamento do Consumidor. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 16, n. 2, p. 207-217, 2017.

MARLEY, K.; COLLIER, D.; GOLDSTEIN, S. The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. **Decision Sciences**, v. 35, n. 3), p. 349-369. 2004.

MARQUES, E. Planos de saúde e relação de consumo: sobre o princípio da não intervenção em orientação terapêutica. **Espaço Jurídico Journal of Law**, v. 16, n. 2, p. 533-554, 2015.

MCLAWHORN, A.; MARTINO, I.; FEHRING, K.; SCULCO, P. Social media and your practice: navigating the surgeon-patient relationship. **Current Reviews in Musculoskeletal Medicine**, v .9, n. 4, p.487-495. 2016.

MERCER, S.; HOWIE, J. CQ1-2 - a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. **British Journal of General Practice**, v.56, n. 52, p.262-268. 2006.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research in practice**: examples for discussion and analysis. 1. ed. The Jossey-Bass higher and adult education series, 2002.

MICK, D. Meaning and mattering through transformative consumer research. **Advances in Consumer Research**, v. 33, n. 1, p. 1-4. 2006.

MICK, D.; PETTIGREW, S.; PECHMANN, C.; OZANNE, J. Origins, Qualities, and Envisionments of Transformative Consumer Research. IN MICK, D.; PETTIGREW, S.; PECHMANN, C.; OZANNE, J. **Transformative consumer research for personal and collective well-being.** New York: Taylor & Francis/Routledge, p. 3-24. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993**. Disponível em:<http://www.lex.com.br/doc_4362_portaria_N_1286_DE_26_DE_OUTUBRO_DE_1993>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

_____. **Portaria nº 74, de 04 de maio de 1994**. Disponível: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aih/SAS_P74_94aih.doc>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

_____. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002**. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P1.101_02informes.doc>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

NOBLE, H.; SMITH, J. Issues of validity and reliability in qualitative research. **Evidence Based Nursing**, v.18, n. 2, p.34-36. 2015.

OLIVEIRA, J. The effect of the internet on the patient-doctor relationship in a hospital in the city of Sao Paulo. **Journal of Information Systems & Technology Management**, v. 11, n. 2, p. 327 – 344. 2014.

OLIVER, R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17, n. 4, p. 460-469. 1980.

OREDOLA, A.; ODUSANYA, O. A survey of the perception of the quality of and preference of healthcare services amongst residents of Abeokuta South Local Government, Ogun State, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice,** v. 20, n. 9, p. 1088-1097. 2017.

OTANI K.; HERRMANN P.; KURZ R. Improving patient satisfaction in hospital care settings. **Health Services Management Research**, v. 24, n. 4, p. 163-169. 2011.

OYE, C.; SORENSEN, N.; GLASDAM, S. Qualitative research ethics on the spot. **Nursing Ethics**, v.23, n. 4, p.455-464. 2016.

PADMA P.; RAJENDRAN C.; PRAKASH S. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. **Benchmarking: An International Journal**, v. 17, n. 6, p. 807–841. 2010.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L.A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. **Journal of Marketing**, v. 49, p. 41-50. 1985.
PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40. 1988.

PARKER-POPE, T. **Doctor and patient**. The New York Times: Now at Odds. 2008.

PEPRAH A. Determinants of patients' satisfaction at Sunyani Regional Hospital, Ghana. **International Journal of Business, Management and Social Research,** v. 4, n. 1, p. 96–108. 2014.

PETKUS, E. Incorporating transformative consumer research into the consumer behaviour course experience. **Journal of Marketing Education,** v. 32, n.3, p. 292–299. 2010.

PLOMP, H.; BALLAST, N. Trust and vulnerability in doctor–patient relations in occupational health. **Occupational Medicine**, v. 60, n. 4, p.261-269. 2010.

POLIT, D.; BECK, C. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 1451–1458. 2010.

QUINTANA, J.; GONZÁLEZ, N.; BILBAO, A.; AIZPURU, F.; ESCOBAR, A.; ESTEBAN, C.; SAN-SEBASTIÁN, J.; DE-LA-SIERRA, E.; THOMPSON, A. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. **BMC Health Services**, v. 6, n. 102. 2006.

RESNIK, D. Protecting Privacy and Confidentiality in Environmental Health Research. **Ethics in Biology, Engineering & Medicine**, v.1, n. 4, p.285-291. 2014.

ROSENBAUM, M.; CORUS, C.; OSTROM, A.; ANDERSON, L.; FISK, R.; GALLAN, A.; WILLIAMS, J. Conceptualization and Aspirations of Transformative Service Research. **Journal of Research for Consumers**, v. 19, p. 1-6. 2011.

SACOOL, A. Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. **Rev. Adm. UFSM, Santa Maria**, v. 2, n. 2, p. 250-269. 2009.

SAID, O. A.; FATHY, E. Assessing university students' satisfaction with on-campus cafeteria services. **Tourism Management Perspectives**, v. 16, p. 318-324. 2015.

SANDELOWSKI M. Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, v. 18, n. 2, p. 179–183. 1995.

SCHREIER, M. **Qualitative content analysis in practice**. Thousand Oaks, CA: Sage. 2012.

SECKIN, G. Patients as information managers: the Internet for successful self health care & illness management. **Open Longevity Science**, v. 4, p. 36–42. 2010.

SHAROFF, L. Critique of the critical incident technique. **Journal of Research in Nursing**, v. 13, n. 4, p. 301-309. 2008.

SHI, H.; JING, F.; YANG, Y.; NGUYEN, B. The concept of consumer vulnerability: Scale development and validation. **International Journal of Consumer Studies**, v.41, n. 6, p.769-777. 2017.

SHRIVASTAVA, SR.; SHRIVASTAVA, PS.; RAMASAMY, J. Exploring the dimensions of doctor-patient relationship in clinical practice in hospital settings**. International Journal of Health Policy and Management**, v.2, n.4, p.159-160. 2014.

SHULTZ, C.; SHAPIRO, S. Transformative Consumer Research in developing economies: perspectives, trends, and reflections from the field. In: MICK, D..; PETTIGREW, S.; PECHMANN, C.; OZANNE, J. (Eds.) **Transformative Consumer Research for personal and collective well being**: reviews and frontiers. New York: Routledge, 2012.

SIEMENS, G. Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. **International Journal of Instructional Technology and Distance Learning**, v. 2, n. 1, p. 3-10. 2005.

SKALÉN, P.; AAL, K.; EDVARDSSON, B. Cocreating the Arab spring: understanding transformation of service systems in contention. **Journal of Service Research**, v. 18, n. 3, p. 250-264. 2015.

SOARES, A.; FARHANGMEHR, M. Understanding patient satisfaction in a hospital emergency department. **International Review on Public and Nonprofit Marketing**, v.12, n.1, p.1-15. 2015.

SOUZA, J.; TEIXEIRA, I.; SANTANA, H.; DIAS, I.; MOREIRA, P.; KALIL, R.; REGGIANI, T. Responsabilidade civil do médico: breves reflexões. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, v. 1, n. 1, p. 1-19. 2012.

SPALENZA, A.; RONCHI, F.; PELISSARI, A. Satisfação e relacionamento B2B: investigação da reciprocidade na relação entre médicos e planos de saúde no Espírito Santo. **Revista de Administração da UFSM**, v. 10, n. 4, p. 632-651. 2017.

STEENHUIS, S.; GROENEWEG, N.; KOOLMAN, X.; PORTRAIT, F. Good, better, best? A comprehensive comparison of healthcare providers' performance: An application to physiotherapy practices in primary care. **Health policy**, v.121, n.12, p.1225-1232. 2017.

SUTTON, J.; AUSTIN, Z. Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. **The Canadian journal of hospital pharmacy**, v .68, n. 3, p.226-231. 2015.

SWEENEY, J.; DANAHER, T.; MCCOLL-KENNEDY, J. Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. **Journal of Service Research,** v. 18, n. 3, p. 318-35. 2015.

TANG, C.; GUO, L.; GOPINATH, M. A Social-Cognitive Model of Consumer Well-Being: A Longitudinal Exploration of the Role of the Service Organization. **Journal of Service Research**, v. 19, n. 3, p. 307-321. 2016.

THOMAS, E.; MAGILVY, J. Qualitative Rigor or Research Validity in Qualitative Research. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v.16, n. 2, p.151-155. 2011.

TROTTER R. II. Qualitative research sample design and sample size: resolving and unresolved issues and inferential imperatives. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 5, p. 398 - 400. 2012.

UNGERER, L. Transformative consumer research: Its origins and possible enrichment of the field of consumer research in South Africa. **SA Journal of Industrial Psychology**, v. 40, n. 1. 2014.

URDAN, A. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 4, p. 44-55. 2001.

VASCONCELOS, F. Proteção do consumidor na área da saúde: responsabilidade civil de médicos, hospitais e planos de saúde. **Revista Direito e Desenvolvimento**, v. 2, n.4, p. 266-281. 2011.

VELUDO-DE-OLIVEIRA, T.; OLIVEIRA, B. Diretrizes para a Adequação Metodológica e Integridade da Pesquisa em Administração. **RAD – Revista Administração em Diálogo**, v.14, n.1, p.79-107. 2012.

VENKATESH, V.; ZHANG, X.; SYKES, T. “Doctors do too little technology”: A longitudinal field study of an electronic healthcare system implementation. **Information Systems Research**, v. 22, n. 3, p. 523-546. 2011.

WALKER, J.; CARAYON, P. From tasks to processes: the case for changing health information technology to improve health care. **Health Affairs**, v. 28, n. 2, p.467-477. 2009.

WILSON, A.; CHILDS, S.; GONÇALVES-BRADLEY, D.; IRVING, G.. Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians’ consultation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8. 2016.

YIN, R. Pesquisa qualitative do início ao fim. Porto Alegre: Penso. 2016.

YONAS, M.; ARONSON, R.; SCHAAL, J.; ENG, E.; HARDY, C.; JONES, N. Critical incident technique: an innovative participatory approach to examine and document racial disparities in breast cancer healthcare services. **Health education research**, v.28, n. 5, p.748-759. 2013.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE BASE PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MÉDICOS

Cotidiano profissional

1 - Há quanto tempo está no exercício da profissão? Há quanto tempo realiza atendimentos em consultas?

2 - Em quantos locais você atende? No total e particulares.

3 - Você atende por plano de saúde e/ ou particular?

4 - Quantos pacientes, em média, você atende diariamente?

Relação médico – paciente

5 - Como você definiria uma relação ideal entre médico- paciente?

6 - Como você descreve o comportamento e a postura dos pacientes nas consultas?

7- Como é o nível de participação e envolvimento dos pacientes na consulta? (tirar dúvidas, explanar com detalhes sobre sintomas/ pedir outras formas de tratamento)

8 - Tem alguma postura/ comportamento do paciente que possa ser considerada ideal?

9 - Tem algo que o deixa frustrado em uma consulta? Por exemplo, alguma atitude dos pacientes que você considera prejudicial? (Comparando-se a postura dos pacientes com aquela que seria esperada dele)

10 – Há algum estilo de atuação que você considera mais eficaz: aquele mais objetivo, que conversa mais? Por quê?

Duração da consulta

11 - Como você realiza uma consulta? Há alguns procedimentos básicos que você segue?

12 – Esses procedimentos são sempre necessários/suficientes? Há alguma diferença nos procedimentos entre os tipos de consulta: de rotina, de queixa ou de volta?

13- As consultas duram, em média, quanto tempo?/ Há um tempo mínimo que seria ideal para uma consulta?

14 - Você acredita que a duração de uma consulta é um elemento importante?

Nível de conhecimento dos pacientes sobre condições clínicas

15 – Qual é o nível de conhecimento dos pacientes sobre suas próprias condições clínicas (sintomas, diagnósticos, tratamentos)?

16 – Em sua maioria, qual é o tipo de conhecimento que eles trazem? (sobre o que, onde adquiriram?)

17 – Você acredita que um maior nível de conhecimento por parte dos pacientes pode impactar na realização da consulta? Como? E benéfico ou não?

18 – Como você acredita que os pacientes podem/ devem utilizar esse conhecimento de forma a ser proveitoso nas consultas?

Qualidade no atendimento

19 – Como você descreveria uma consulta excelente?

20 - Quais são os fatores que os pacientes mais valorizam em um atendimento?

21 - Tem algo que os pacientes tendem a reclamar? O que normalmente? Você acredita que alguns pacientes tem expectativas irreais?

Panorama da saúde no Brasil

21 – Há algum elemento que dificulta/ facilita a realização da consulta?

22- De uma forma geral, como você descreveria sua relação com os planos de saúde?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE BASE PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM ESTUDANTES DE MEDICINA

Motivações pessoais

1 - Por que você optou por esse curso?

Processo de formação

2 - Há quanto tempo você está na faculdade de medicina?

3 - São oferecidas recomendações durante o seu processo de formação sobre como deve ser realizado o atendimento a pacientes em consultas? Se sim, por quem? Em que período? Quais são elas?

Qualidade no atendimento

4 - Como você caracterizaria um atendimento médico ideal? E a relação médico – paciente ideal?

5 - Você percebe alguma distinção entre o que considera um atendimento ideal em consultas e àquele que vê sendo praticado cotidianamente pelos profissionais?

Perfil

6 - Sexo

7 – Idade

APÊNDICE C – ROTEIRO DE BASE PARA ENTREVISTA UTILIZANDO A TÉCNICA DE INCIDENTES CRÍTICAS COM PACIENTES

Questões introdutórias:

1- Quando foi a sua última consulta médica?

2 - Qual foi a especialidade médica?

3 - Foi por plano de saúde, particular?

Descrição da consulta

4 - Você poderia me relatar detalhadamente como foi a sua última consulta médica, desde o momento da marcação da consulta, chegada ao consultório até a finalização do atendimento? (incluindo, por ex, se foi fácil ou não marcar, se era hora marcada ou não, como foi o atendimento, o que foi realizado, etc)

*Nessa questão, atentou-se para os seguintes elementos: aspectos gerais da consulta: por que foi marcada a consulta/ qual era a queixa/ reclamação/ solicitação/de rotina; qualidade do atendimento: quanto tempo esperou-se desde que chegou ao consultório até ser atendido, como foi o atendimento (o que foi realizado e recomendações feitas), se o problema foi resolvido.

Relação médico-paciente

5 - Há quanto tempo você é paciente desse médico? Como você chegou até ele?

6 - Você pode discorrer sobre como você caracterizaria sua relação com o médico?

7 - Como você percebe a forma como você foi tratado pelo mesmo?

8 - Como você define o comportamento e postura do médico (a) na consulta?

9 - Como você descreveria qual foi o seu papel na consulta médica?

10 - Você poderia discorrer sobre como você vê o seu nível de participação e interação durante a realização da consulta?

Duração temporal da consulta

11 - Comente sobre sua experiência levando em consideração a duração de tempo da consulta.

12 - Você acredita que a duração de tempo impacta na qualidade do atendimento?

Nível de conhecimento do consumidor sobre condições clínicas

13 - Como você caracterizaria o seu nível de conhecimento sobre condições clínicas (sintomas, diagnósticos, tratamentos) durante a consulta?

14 - Onde/ como você obteve tais informações? Você confia nessa fonte de informações?

15 - Como esse nível de conhecimento influenciou a realização da consulta?

Satisfação com o atendimento

16 - Você se sentiu satisfeito com a consulta? Por quê?

17 - Você pretende seguir o tratamento recomendado?

18 - Você voltaria a se consultar com esse médico?

19 - Você indicaria esse médico para outro paciente?

Qualidade no atendimento

20 - Como você caracterizaria um atendimento médico ideal?

21 - Há algum tipo de comportamento ou situação que você considera como negativa em um atendimento médico?

Bem estar do consumidor

22 - Há alguma maneira pela qual o atendimento recebido poderia ter sido melhorado?

23 - Se sim, por que você acredita que esse atendimento ideal não ocorreu?

Panorama da saúde no Brasil

24 - Você acredita que há alguma diferença entre atendimentos por plano de saúde e particular? Por quê?

Perfil

25 - Sexo

26 – Idade

27 - Nível de escolaridade

28 – Profissão

ANEXO A - OS DEVERES DO MÉDICO ESTIPULADOS PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (RESOLUÇÃO Nº 1931/2009 - CFM)

"Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente".