



ANTONIO MENEGHETTI FACULDADE
MBA BUSINESS INTUITION “O EMPREENDEDOR E A CULTURA
HUMANISTA”

ROULA KOZAK

A PERCEPÇÃO DO CLIENTE SOBRE O SERVIÇO NA CLÍNICA
MÉDICA E A FORMAÇÃO CONTINUADA DO MÉDICO
CONTRIBUINDO PARA O ÊXITO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

RECANTO MAESTRO

2011



ROULA KOZAK

**A PERCEPÇÃO DO CLIENTE SOBRE O SERVIÇO NA CLÍNICA
MÉDICA E A FORMAÇÃO CONTINUADA DO MÉDICO
CONTRIBUINDO PARA O ÊXITO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - MBA Business Intuition “O Empreendedor e a Cultura Humanista”, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Wazlawick

RECANTO MAESTRO

2011



AGRADECIMENTO

Agradeço a Iria Martins pelo incentivo para ingressar neste MBA , Marisa Bontorin pelas provocações , companheirismo e suporte que me deu ao longo do curso, a professora e orientadora Patrícia Wazlawick pela paciência e por fim a todos que ajudaram na construção deste trabalho.



RESUMO

KOZAK, Roula. **A percepção do cliente sobre o serviço na clínica médica e a formação continuada do médico contribuindo para o êxito da atuação profissional**. 2011. 50 p. Monografia (MBA Business Intuition “O Empreendedor e a Cultura Humanista”)-Faculdade Antonio Menghetti, Recanto Maestro, 2011.

Estudos de qualidade focados em pesquisas de satisfação de clientes em serviços de saúde baseados na percepção dos mesmos têm mostrado uma mudança na relação médico-cliente e a importância de muitos aspectos desta, principalmente no que diz respeito a tipos de comunicação e relação entre os sujeitos envolvidos nessa díade profissional. A partir dessa proposta de pesquisa, buscou-se estudar como a percepção do cliente sobre o serviço na clínica médica e a formação continuada do médico podem contribuir para melhorias que irão favorecer o êxito da atuação profissional. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo em uma clínica médica particular, localizada na cidade de Brasília-DF, que aplicou dois questionários previamente estruturados, com questões abertas e fechadas, para 41 clientes com mais de duas consultas no período que compreendeu o mês de maio de 2011. Para a análise das informações foi realizada análise estatística descritiva através do teste de Friedman, onde são comparados os valores calculados com valores da tabela de distribuição qui-quadrado, de acordo com os graus de liberdade. Para efetuar essas análises foram utilizadas a planilha eletrônica Excel e o software Statística 7.0. Para a análise das informações coletadas por meio das questões abertas foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Os resultados mostraram uma mudança do perfil da relação no sentido de um maior profissionalismo e igualdade, assim como o nível de exigência do cliente que não se limita apenas relação médica de tratamento, mas também especifica outros detalhes do atendimento visto como um bem servir, por exemplo, os aspectos de música ambiente, entre outros, o que denotam uma busca maior pelo aspecto estético, compreendido também como saúde, de modo geral. O destaque de maior valor foi no aspecto humanista no modo de saber servir ao cliente na clínica médica.

Palavras-chave: relação médico-cliente; satisfação do cliente; qualidade de serviços; comunicação e fisionômica; saúde e estética.



ABSTRACT

KOZAK, Roula. **Customer perception of medical practice services and doctor's life long learning as contributing to successful of professional practice.** 2011. 50 p. Monografia (MBA Business Intuition "O Empreendedor e a Cultura Humanista")-Faculdade Antonio Menghetti, Recanto Maestro, 2011.

Quality studies focusing on health care customer satisfaction research based on customer perception have shown a change in doctor-patient relationship and the importance of many of its aspects, especially regarding the types of communication and relationship between the subjects involved in this professional dyad. From this research proposal, this study investigates how customer perception of medical practice services can contribute with improvements that will favor the success of the doctor-patient relationship. To this end, a qualitative research was carried out in a private medical clinic in Brasília, DF, through the application of two previously structured questionnaires containing open-ended and closed questions to 41 clients with more than two visits within the month of May 2011. The data analysis was performed using a descriptive statistical analysis through the Friedman test which compares the calculated values with values from the chi-square distribution table, according to the degrees of freedom. In order to perform these analyses, Excel spreadsheets and Statistica 7.0 software were used. For the analysis of the information collected through the open-ended questions, a content analysis procedure was employed. The results showed a change in the profile of the relationship towards greater professionalism and equality, as well as toward more demanding clients who do not restrict themselves to the medical treatment relationship, but also to other details considered to be part of a good service, such as the aspects of the background music, among others, signaling a greater pursuit of aesthetic aspects, also understood as health, in a general way. The greatest emphasis was on the humanistic aspect of knowing how to serve the health care customer.

Key-words: Doctor-patient relationship; customer satisfaction; quality of services; communication and physiognomy; health and aesthetics.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Tipo de Tratamento	30
Quadro 1 – Satisfação dos clientes (dimensões avaliadas quantitativamente).....	31
Quadro 2 – Resultado do Teste de Friedman para as variáveis analisadas	34



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escolaridade.....	28
Tabela 2 – Profissão	28
Tabela 3 – Tipo de Tratamento.....	30



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1	ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-CLIENTE.....	11
2.2	A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
2.3	RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO, COMUNICAÇÃO E FISIONÔMICA NA RELAÇÃO MÉDICO-CLIENTE	19
3	METODOLOGIA	24
3.1	DELINEAMENTO E TIPO DE PESQUISA.....	24
3.2	SUJEITOS DE PESQUISA.....	25
3.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES	25
3.4	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1	ANÁLISE DE FREQUÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA	28
4.2	ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES: CATEGORIAS AVALIADAS.....	30
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXO A.....	44
	ANEXO B.....	45

1 INTRODUÇÃO

A arte de curar de um médico, em primeira mão, passa pelo bom resultado que alcança com seus pacientes. Um dos fatores que interfere no resultado terapêutico diz respeito à relação médico-paciente ou, chamado por alguns autores de interação médico-cliente, pois a palavra paciente traz implícita a ideia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico. Enquanto, por sua vez, cliente denota a ideia de que o paciente é, sobretudo, um usuário ou comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que é atendido. Por este motivo adotamos e convencionamos utilizar, na alçada deste projeto de pesquisa o termo cliente.

Alguns profissionais sentem a necessidade de provar a cada caso que são bons médicos, dignos de confiança e capazes de ajudar, mesmo sabendo que isso nem sempre é possível porque, diversos fatores estão envolvidos no sucesso, ou fracasso deste processo; confrontam-se com a atuação médica a falta de conhecimento do próprio profissional médico como pesquisador exato, a falta de conhecimento acerca do cliente como um todo integral, os mais diversos fatores externos que podem influenciar a própria relação médico-cliente e, por fim, aspectos de deficiência na formação técnica específica. Dessa forma, percebemos que a relação médico-cliente é uma temática de extrema importância, vastamente abordada sobre aspectos psicológicos, ideológicos, éticos, econômicos e sociais de modo separado ou em conjunto, e que pode ser estudada a partir do ponto de vista de como o cliente avalia o serviço na clínica médica, sendo que, a partir desta avaliação, sob diversos aspectos da relação e do serviço, o profissional médico pode obter maiores subsídios que poderão orientar sua atuação profissional tendo em vista o sucesso do trabalho.

Ao longo da história da medicina na cultura ocidental, o conhecimento técnico, normalmente, confere ao médico um tipo de liderança, que, aos olhos de um cliente fragilizado, é a última esperança para a solução de sua dor, de seu problema. Esta imagem do médico que “acolhe e salva” vem dos primórdios da medicina e passa a fazer parte do

inconsciente coletivo¹. Todavia, este quadro tem se modificado nos últimos anos em função do acesso aos conhecimentos sobre doenças e suas sintomatologias disponíveis, através dos meios de comunicação e, também, em função da própria estrutura da saúde no país que cada vez mais apresenta elevada dependência nas organizações privadas do setor, como as de medicina de grupo e seguros.

Independente da forma como o cliente se coloca diante do médico e deste, diante do cliente, entre ambos se estabelece uma díade, isto é, em um pólo o cliente e no outro o profissional, que possui o conhecimento técnico sobre as necessidades do cliente.

Na Escola Ontopsicológica encontra-se estudos sobre a díade e os diversos tipos de díades humanas. Um deles diz respeito à díade provisório-ocasional que prevalece em relacionamentos de trabalho e se caracteriza por ser transitória e ter direção e objetivos (MENEGHETTI, 2008a, 2010). Um resultado de valor na relação diádica de trabalho é essencial para uma carreira profissional de êxito e contribui para um serviço de qualidade. Dentro do amplo espectro de serviços de cuidado à saúde, foca-se, aqui, a qualidade de serviços médicos de consultório percebida pelo cliente. Isso porque a maior parte do trabalho da classe médica tende a acontecer em consultórios, como o caso da Clínica Vita em estudo.

A partir dessas constatações configurou-se o seguinte problema de pesquisa: **Como a percepção do cliente sobre o serviço na clínica médica e a formação continuada do médico podem contribuir para melhorias que irão favorecer o êxito na atuação profissional?**

Para tanto, o objetivo geral da pesquisa foi “investigar como a percepção do cliente sobre o serviço na clínica médica e a formação continuada do médico podem contribuir para melhorias que irão favorecer o êxito na atuação profissional”. E os objetivos específicos foram: 1) analisar como o cliente avalia o serviço na clínica médica nos aspectos de ambiente, qualidade do serviço, atendimento realizado e prestado pelos colaboradores da clínica, atendimento realizado e prestado pelo profissional médico, comunicação, resultados do serviço e das intervenções médicas, fisionômica, entre outros; 2) verificar se, a partir da avaliação do cliente sobre os aspectos acima elencados, é possível formalizar pontos de melhoria a serem implementados nos serviços da clínica médica; 3) identificar, a partir da realização do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* MBA “O Empreendedor e a Cultura Humanista”, os resultados nos âmbitos pessoal e profissional do médico, decorrentes desta

¹ Inconsciente coletivo é um constructo teórico fundamentado pelo médico suíço Carl Gusto Jung que, na abordagem da Psicologia Analítica, seria a camada mais profunda da psique humana, e comum a todos os seres humanos. O inconsciente coletivo seria constituído pelos materiais e informações que foram herdadas na história da humanidade (CAPRA, 2004).

formação, e que se aplicam em uma formação *LifeLong Learning* (formação continuada/formação ao longo da vida) do profissional médico.

O estudo da relação médico-cliente vem ganhando novos contornos não só em razão dos avanços biotecnológicos e da massificação do serviço, mas, principalmente, pelos princípios que o norteiam, como o da dignidade da pessoa humana e o da autonomia.

Não menos necessária, a tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão da medicina, porém de modo a ter uma ênfase tamanha, em detrimento do aspecto subjetivo da relação. Enquanto os avanços tecnológicos mostram-se significativos, não se percebem mudanças correspondentes nas condições de vida, como também, não se verifica o aperfeiçoamento das práticas de saúde, como práticas compostas pela comunicação, pela observação, por atitudes fundamentadas em valores humanistas. Na contemporaneidade existem recursos para lidar com cada “fragmento e parte” do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade (JASPERS, 1991).

A partir dessa proposta de pesquisa, busca-se estudar como a percepção do cliente sobre o serviço na clínica médica pode contribuir para melhorias que irão favorecer uma relação médico-cliente bem sucedida. Com este levantamento de informações será possível compreender características necessárias que podem nortear o perfil da relação médico-cliente, e por fim compreender a própria prática profissional desenvolvida na área da Dermatologia com vistas à melhora dos resultados de ambos, seja médico, seja cliente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-CLIENTE

A relação médico-cliente é o resultado das ofertas e exigências do cliente e as respostas do médico. Tal relação está sujeita a variadas interferências tais como a própria doença, problemas e dificuldades do cliente que pode ser fonte de gratificação pessoal, das instituições de saúde tanto de modo positivo no caso de serviços bem conceituados ou mesmo de modo negativo quando inexistente credibilidade no serviço prestado, por exemplo. Por fim, a influência da família, fornecendo suporte ao tratamento ou até mesmo como catalisador da enfermidade, quando a doença desempenha uma função e um papel importante na dinâmica familiar. Este é, portanto, um assunto dinâmico nem sempre claro, cuja importância faz dele uma disciplina obrigatória em todas as melhores faculdades de medicina do mundo, objetivando habilitar o futuro médico a ter um desempenho satisfatório e pertinente para com seus clientes, de modo a reforçar a tarefa terapêutica através de uma relação profissional, segura, confiável e positiva.

Centenas de obras de autores médicos foram publicadas a respeito de tal relação, muitas sob o enfoque de aspectos relativos à importância da mesma no desempenho de um bom resultado terapêutico, outras se referem à ética, à bioética, a aspectos jurídicos e de segurança. Muitos criticam a situação de sua época, e desembolsam das próprias experiências, modelos os quais ajudam a conduzir uma relação de aliança objetivando melhorar os resultados. Outras tantas obras escritas por pacientes/clientes, refletem particularidades, ressentimentos, frustrações e outras distorções até mesmo caricatas, ora dos médicos, ora dos pacientes/clientes, ou seja, superdimensionado uma ou outra (RAMADAM, 2004).

De acordo com Balint (1984), na história da medicina, a droga mais frequentemente utilizada na clínica é o próprio médico, isto é, não apenas importa os medicamentos, mas o modo como o médico os oferecia ao cliente somado a toda atmosfera na qual a substância é administrada e recebida. Desse modo, levanta-se a seguinte questão: “sendo o médico em si a

primeira droga a ser administrada, qual seria a dosagem e a forma de apresentação ideal para cada paciente, visando sua cura?”

Outros estudos têm confirmado que uma melhor relação médico-cliente interfere no sucesso do tratamento, como salientado por Dixon e Seweeny (2000), que afirmam que a adesão ao processo terapêutico depende mais do médico do que das características pessoais do cliente, em particular. O cliente é muito mais inclinado a atender a prescrição se ele pensa que conhece bem o médico que a está prescrevendo.

Na contemporaneidade, a formação e o modo de atuação do médico estão permeados por uma mentalidade tecnicista. Na prática clínica, o médico acaba por encarar o corpo humano quase como sendo apenas uma máquina, e suas doenças como situações decorrentes de desarranjos anatômicos, fisiológicos ou bioquímicos, de origem genética ou adquirida, levando a uma abordagem terapêutica voltada apenas ao organismo físico. Esta racionalidade pode gerar situações de grande dificuldade para fazer com que o cliente entenda e aceite que os aspectos psicológicos são importantes no desencadeamento de sua doença e cura (CAPRA, 1997, 2004).

A antiga relação do médico com seu cliente e a tradicional rotina que ocorre todos os dias vem sofrendo o dilema da novidade, cada novidade traz a atenção para o novo, negligenciando o que ocorre no transcorrer da rotina diária. O novo é o emergente que modifica a rotina; a vida cotidiana, mais conservadora e menos atraente tem dificuldades de receber atenção e, muito mais ainda, com essa falta de atenção, receber uma contribuição para seu aperfeiçoamento e melhoria.

Do ponto de vista bioético, Meira (2004) discute a vulnerabilidade da relação médico-cliente e aponta para alguns aspectos como o distanciamento do médico, em relação ao cliente, provocado pelo desenvolvimento das tecnologias, a complexidade das aparelhagens, a dificuldade em ter o conhecimento dos seus manejos e o tempo necessário para adquirir a capacitação de como aplicá-los corretamente; esta distância aumenta proporcionalmente, quanto mais especializada é a capacitação do profissional, que muitas vezes escondido atrás da sua aparelhagem, se quer apresenta-se ao paciente, sendo maior a evasão no tratamento.

Outros fatores, entretanto, acontecem produzindo uma maior deterioração na relação entre o médico e o cliente. Um deles, a ser destacado, é a espera evidenciada nos consultórios e ambulatórios médicos de todos os níveis. Muitas vezes o médico procura em pouco tempo atender um maior número de clientes, algumas vezes em razão da falta de tempo ou mesmo por falta de organização, esquece algum cliente por um longo tempo, assumindo que ao

cliente só resta esperar. Essa espera é agonizante, e dessa forma, lamenta-se que os princípios bioéticos destinados à clínica dificilmente possam ser atendidos.

Caprara et al. (1999) considera que a contribuição da hermenêutica mostra que nem o modelo paternalista, nem o modelo informativo assimilam a riqueza do momento clínico quando terapêutico, e convida para repensar a relação médico-cliente colocando o cliente em uma posição tão ativa quanto a do médico, na medida em que a queixa do mesmo guia o momento clínico. Este repensar do *locus* do cliente indica um dos alvos do projeto de humanização da medicina e o contexto para uma prática apoiada na aprendizagem, na reflexão, sem negar ou menosprezar os recursos tecnológicos presentes no cotidiano da profissão, mas utilizando-os como recursos e não como finalidades de intervenção na saúde.

Visando este ideal, Caprara, em 2004, propõe a inclusão de elementos das Ciências Humanas como filosofia, psicologia, antropologia e literatura na introdução da formação universitária e na educação continuada, denominando estes estudos de “humanidades médicas”, após constatar que os médicos de sua pesquisa não reconhecem os clientes como sujeitos capazes de assumir a responsabilidade e o cuidado pela sua própria saúde; além de não desenvolverem a autonomia e participação do cliente. Neste contexto se reconhece que apesar da maior atenção que a comunidade médica vem dando aos aspectos emocionais e psíquicos como sendo extremamente importantes na gênese ou desencadeamento de inúmeras doenças, é ainda, por vezes, muito difícil para o médico estabelecer com o cliente uma boa relação, saudável para ambos.

Um pré-requisito para proporcionar e instituir métodos terapêuticos que possam realmente levar o cliente a participar ativamente do processo de cura é uma relação médico-cliente bem construída. Logo, a partir de um contato em que o médico transmita simpatia, acolhimento, confiança, segurança e apoio, o paciente que se encontre envolvido por essas qualidades certamente acolherá de forma receptiva o que lhe for informado e proposto.

Portanto, é necessário ao médico saber questionar com paciência e respeito, ouvindo e demonstrando interesse pelas demandas, validar as informações trazidas pelo cliente, ou seja, ele precisa perceber que o médico acredita em sua história e que valoriza e entende seus sentimentos e necessidades. Para isto é importante ter toda a atenção voltada ao cliente, percebê-lo emocionalmente, estar em sintonia com seu ritmo, estar atento ao seu tempo, de modo que o cliente perceba no médico alguém que sabe o que ele está sentindo.

Outro ponto importante de ressaltar segundo Soar Filho (1998), é saber avaliar as expectativas do cliente em relação ao médico, a si mesmo e à doença e procurar saber o grau de entendimento do cliente sobre sua condição, e ainda observar o temperamento dele.

A relação médico-cliente se constrói por meio não somente de processos de verbalização entre os mesmos, mas também por meio da comunicação não-verbal que se estabelece entre os sujeitos em determinado contexto. Soar Filho (1998) aponta que grandes filas, esperas longas e desconfortáveis e falta de privacidade no local de atendimento constituem ataques à autoestima do cliente, à sua saúde e aos serviços médicos. O autor ainda distingue importantes atributos relacionados ao médico para uma melhor relação, dentre os quais se destacam a empatia, no sentido de colocar-se no lugar do outro, no entanto, sem confundir-se com ele; a capacidade de conter dentro de si toda a carga de pensamentos e sentimentos gerados pela relação com o cliente; a humildade, reconhecendo suas limitações profissionais, respeitando as verdades e crenças do cliente; não investir na tendência a se fazer portador de verdades morais válidas para seus clientes, não desqualificar as suas queixas; a curiosidade, estar aberto ao questionamento das próprias hipóteses, e às hipóteses construídas pelo cliente; capacidade de conotar positivamente, tendo disponibilidade interna para buscar novos sentidos para os comportamentos, a capacidade de comunicação eficiente, ou seja, de captar nexos comunicativos, incluindo não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do cliente e de interagir a esse nível com ele e de comunicar as próprias hipóteses, dentro de um ambiente de respeito para com as diferenças culturais.

Na falta de muitas dessas características, ou na presença de traços psicóticos na personalidade do médico, estar-se-á diante de patologias da relação médico-cliente, denominada por Zimerman (1992). Nesses casos pode se instaurar relações cujo vínculo é de complementaridade entre as necessidades neuróticas, ou seja, mais regressivas, de ambos, médico e cliente.

Do ponto de vista da Ciência Ontopsicológica, Meneghetti (2010), aborda o homem como protagonista responsável por sua vida, e cada ser humano como único em um conjunto e em constante interação entre si e outras pessoas, objetos, situações, encontrando-se em díades que configuram interações dinâmicas. A relação médico-cliente seria, então, um exemplo de díade, mais especificamente a díade provisório-ocasional, que caracteriza relações profissionais transitórias.

Na relação diádica cada pólo mostra uma vektorialidade para si, porém o interrelacionar-se cria uma nova direção, sendo que a tarefa do sujeito é qualificar a sua unidade no conjunto e não sofrer a relação. Para se ter uma relação médico-cliente de valor, ou seja, fiel aos seus objetivos, o médico deve seguir alguns critérios e certos comportamentos para se manter vigilante. O primeiro critério a ser adotado é deter-se e observar a situação no

momento da relação, sem permitir que as emoções do paciente tomem conta, estando atento à própria percepção orgânica. O segundo discernimento é ter claro o escopo da relação e sempre fazer-se a pergunta que diz respeito à por qual motivo está nesta relação, o que busca realmente o cliente (MENEGETTI, 2010). O erro, geralmente, atua-se na confusão e, portanto, colhe resultado de perda justamente por não manter a postura racional e sim emotiva, como de piedade, amizade, *feeling*, ou outros. O terceiro ponto a seguir é manter o próprio profissionalismo e uma profunda dignidade de si mesmo, fundamental a todo profissional em sua área de atuação, pois desse modo é possível desenvolver o valor por si mesmo como profissional, o valor de sua atuação profissional, bem como não perder o escopo da relação e do trabalho desenvolvido.

Um aspecto perigoso desta relação é o vício, tanto pela parte do médico em manter o cliente em dependência na gratificação de poder sob a ajuda, e da parte do cliente em querer a gratificação, atenção e acolhimento.

Sob este enfoque, a Ciência Ontopsicológica aponta o critério de exatidão do pesquisador para exercício da ciência (MENEGETTI, 2010), que neste caso, na pessoa do médico, na qualidade de homem de ciência, certifica de ser pessoa exata ao demonstrar externamente funcionalidade circular a si mesmo, o que estabelece que o sujeito seja sadio – importante destacar que a sanidade do organismo humano, ao final, é uma harmonia determinada pela coincidência de todas as funções do corpo. Portanto, a exatidão do pesquisador diz respeito aos critérios de subjetividade, como funcionar em crescimento de modo circular e contínuo correspondente a si mesmo, ter consciência uniforme à intencionalidade de natureza, ter univocidade de percepções, ser capaz de mudar a realidade em vantagem própria a cada desafio ou situação problema, e por fim, ser um sujeito não só destituído de dificuldades somáticas ou neuróticas, mas também que evidencia o desaparecimento de sintomas e erros, e obtém resultados práticos de sucesso em sua atividade profissional e em todas as dimensões de sua vida. Ao se ter estes critérios de modo simultâneo, é possível conferir exatidão à pessoa do médico.

Considerando todos estes aspectos que dizem respeito às peculiaridades da relação médico-cliente – e tendo em mente que muitos outros aspectos circunscrevem a mesma – uma possibilidade é que pode-se passar a olhá-la também sob o ponto de vista do cliente, no sentido da avaliação que o mesmo possa fazer a respeito de vários aspectos que dizem respeito e estão envolvidos no acontecer prático do dia a dia desta relação, em uma especialidade específica de aplicação da medicina, como a Dermatologia, por exemplo. Entende-se que, ao se ter a visão do cliente sobre estes aspectos, é possível obter *feedbacks*

construtivos do serviço e da própria relação, de modo a implementar melhorias que poderão contribuir para que a clínica médica, bem como para relação médico-cliente, ser eficiente e bem sucedida.

2.2 A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade em serviços pode ser definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas, excedidas em base a sua percepção do serviço prestado (CORRÊA; GIANESI, 1994). A qualidade é percebida como sendo boa quando a qualidade experimentada ultrapassa as expectativas do cliente (URDAN, 2001).

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à “satisfação do paciente” para aumentar adesão do mesmo ao tratamento. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1978) permitiu avançar no sentido de incorporar os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento.

A avaliação dos serviços segundo Donabedian (1978), comporta contemporaneamente duas dimensões que devem ser consideradas: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos mesmos. Para o autor o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo no estudo do cuidado médico, apesar de não poder ser um indicador direto ou indireto, mas apenas aproximado, da qualidade do cuidado à saúde.

Aos poucos, a “satisfação do usuário” passou a denominar as pesquisas de modo geral, e também a ser utilizado nas pesquisas de avaliação em saúde, realizadas por meio da coleta direta de informações junto aos respondentes com utilização de questionários com respostas fechadas para a produção de dados estatísticos, os chamados *surveys*. Essas pesquisas vieram focalizar as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde.

Dois outros termos, a partir das duas últimas décadas (final do séc. XX e início do séc. XXI), começam a ser usados ainda, paralelamente, aos de paciente e usuário, a saber: “consumidor” e “cliente”. Reis (1990) conclui em seu trabalho teórico que, em países como Inglaterra e Estados Unidos, o exercício da cidadania leva a que o paciente seja respeitado enquanto “consumidor” do serviço de saúde. Este fato influencia na qualidade de tais serviços. No Brasil, a inexistência de mecanismos sociais de controle do Estado e a desigualdade na distribuição da riqueza limitam o papel do paciente como consumidor.

Existem vários modelos e instrumentos de pesquisa que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos (LINDER-PELZ, 1982; KLOETZEL et al., 1998; URDAN, 2001). A satisfação do paciente pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (LINDER-PELZ, 1982). Estas avaliações expressariam uma “atitude”, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (SITZIA; WOOD, 1997).

Uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigências individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997). O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência.

Outra crítica é a ausência de consequências práticas dessas avaliações: elas produzem efetivamente uma melhoria na qualidade dos serviços? Basta dizer que alguns estudos apontam que as avaliações longitudinais muitas vezes mostram resultados decrescentes, já que a visão e postura crítica dos entrevistados tende a aumentar com o passar do tempo, de modo geral.

Os resultados da maioria das pesquisas de avaliação, tanto nacionais como internacionais, têm sido bastante positivos em relação aos serviços de saúde, especialmente nas pesquisas com respostas fechadas. No entanto, a grande maioria dos estudos realizados evidencia que, quem utiliza os serviços – sejam eles chamados de pacientes ou usuários – são pouco críticos em relação à qualidade dos serviços.

No ano de 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição

ao de “satisfação”, utilizado desde a década de 1960. As pesquisas sobre responsividade consideram dois elementos: 1) o primeiro é medir o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde, o que implica coletar dados sobre o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde; 2) o segundo é medir como as pessoas atendidas pelo sistema de saúde percebem e avaliam o que acontece.

Trata-se, portanto, de dois procedimentos distintos quanto ao desempenho do sistema de saúde. Uma coisa é medir o que acontece, e outra é medir a percepção das pessoas sobre o que acontece, uma vez que as pessoas podem ter uma percepção negativa – ou positiva – sobre o sistema de saúde, mesmo que indicadores sobre o que acontece apontem o contrário.

É exatamente em relação ao tipo de pergunta e ao modo de formulá-la que a responsividade difere das pesquisas sobre satisfação. Se estas últimas costumam perguntar o quanto a pessoa está satisfeita ou não com algum aspecto do serviço de saúde, geralmente levando-se em conta suas expectativas prévias, as pesquisas que visam medir responsividade perguntam qual a frequência com que determinado evento ocorreu (OMS, 2000).

Se formos fazer um apanhado geral, as pesquisas de responsividade se distinguem das de satisfação do usuário em três pontos principais:

- 1) As de responsividade avaliam o sistema de saúde como um todo, enquanto as pesquisas de satisfação do cliente/paciente focalizam geralmente as interações clínicas em um *setting* específico do cuidado de saúde;
- 2) As de responsividade focalizam os aspectos não-médicos, ou seja, não diretamente relacionados ao estado de saúde, ao passo que as de satisfação do cliente/paciente cobrem geralmente os aspectos médicos e não-médicos do cuidado;
- 3) As de responsividade avaliam as percepções individuais sobre as “expectativas legitimadas universalmente”; já as de satisfação do cliente/paciente representam uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas determinadas individualmente e experiência de cuidado (OMS, 2000).

Mesmo assim o foco é o cliente, de acordo com Graminignano (2009). Praticamente em todos os setores e todos os níveis da instituição que está sendo avaliada, por meio de uma pesquisa de satisfação, passou-se de uma lógica de venda do produto à venda de serviços, sendo o *marketing*, nesta interrelação, a capacidade de criar uma relação cliente-empresa (cliente-instituição) que seja satisfatória para ambos. Importante se faz, neste contexto, que os serviços médicos, por exemplo, na situação específica de uma clínica médica, sejam avaliados em termos de satisfação do cliente que o utiliza, e verifique todas as dimensões envolvidas.

Para Bernabei (2009), em uma atividade de serviço desenvolvida a favor do cliente, ele deve ser satisfeito em 100%. Para isso deve ser definido o nível de qualidade a atingir no serviço prestado, tendo presente o cliente e todas as suas necessidades primárias e secundárias naquele ramo. Enfim, como salienta a autora, a qualidade total consistiria em revelar os problemas existentes, atuais, e também ainda potenciais, sendo fundamental analisar suas causas, para compreendê-los e eliminá-los de modo profundo até chegar à raiz do problema, destacar os fatores que têm maior influência no resultado e buscar as soluções pertinentes.

2.3 RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO, COMUNICAÇÃO E FISIONÔMICA NA RELAÇÃO MÉDICO-CLIENTE

A percepção, de modo geral, está intimamente ligada ao fenômeno da comunicação. O estudo da percepção envolve diferentes áreas como a psicologia e a neurociência, por exemplo. Para Davidoff (1983), a percepção é o processo de organizar e interpretar os dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência de si mesmo e do ambiente. É um processo que envolve várias atividades cognitivas como atenção, memória, processamento de informações, consciência e linguagem.

A percepção do mundo por um sujeito pode ser definida em termos físicos, biológicos e fisiológicos. Neste âmbito, a percepção inicia-se através dos sistemas sensoriais, os quais começam a operar quando um estímulo é detectado por um neurônio sensitivo. Este converte a expressão física do estímulo (luz, som, calor, pressão, paladar, cheiro) em potenciais de ação, que o transformam em sinais elétricos conduzidos a uma área de processamento primário, na qual se elaboram as características iniciais da informação (cor, forma, distância, tonalidade, etc.) de acordo com a natureza do estímulo original. A informação já elaborada é transmitida aos centros de processamento secundário do tálamo nos quais se incorporam à informação outras, de origem límbica ou cortical, relacionadas com experiências passadas similares. Finalmente, bem mais alterada, a informação é enviada ao seu centro cortical específico, onde a natureza e a importância do que foi detectado são determinados por um processo de identificação consciente, denominado percepção (OLIVEIRA, 1997). Por fim o autor afirma que a nossa percepção não identifica o mundo exterior como ele é na realidade, e sim como as transformações, efetuadas pelos nossos órgãos dos sentidos, nos permitem reconhecê-lo. Sendo assim, por mais que duas pessoas tenham a mesma arquitetura biológica

e genética, possivelmente elas percebem uma cor ou um cheiro de maneira diferente, pois isto também depende de como elas se relacionam com o mundo externo, suas experiências anteriores, etc. Dessa forma, pode-se dizer que nos encontros interpessoais, a percepção que as pessoas têm é mediada pela subjetividade, ou seja, que está por “trás” do objeto (o que provém de um sujeito enquanto agente individual ou coletivo).

No entanto, a percepção não é apenas um processo físico, biológico e fisiológico. Sob a materialidade física humana a percepção se torna um fenômeno humano, subjetivo e social, uma vez que será perpassada pelas ideias, ideologias, crenças, formas de olhar, cultura, educação, tradições, aspectos psicológicos, entre outras dimensões, consideradas importantes por um sujeito em sua história, que forjam sua percepção.

Segundo Meneghetti (2006), a percepção é atitude para receber ou captar a ação e mensurar-lhe o valor. A percepção pode ser nativa – própria do organismo- e convencional. Para este autor, a percepção pode se subdivir em três momentos ou níveis: a) *percepção exteroceptiva*: compreende qualquer variação existente interna e externa ao organismo; diz respeito a todas as formas de sensibilidade cutânea (tátil, térmica, dolorosa), orgânica (visão, audição, olfato, paladar) e visceral ou neurovegetativa (todas as variações das funções vitais, viscerotônicas, neuromusculares e que se referem aos sistemas nervoso cérebro-espinhal e neurovegetativo, e o sistema parassimpático enquanto permanece ainda setorial; b) *percepção proprioceptiva*: é a percepção específica, a realidade do próprio sujeito, qualquer estimulação sensorial que se torna informática única para o organismo, isto é, cada setor do organismo é informado. Este conhecimento pode estar baseado no córtex cerebral ou no rinencéfalo, passando pela formação reticular, que faz sinapses a todo o organismo e que possui importância para a percepção organísmica. E, por fim c) a *percepção egoceptiva*: quando selecionadas pelos dois níveis precedentes e reportados ao Eu consciente voluntário e operativo, estas informações chegam alteradas e específicas segundo a função do sujeito que a metaboliza.

Importante se faz destacar que na relação e na comunicação médico-cliente a percepção do cliente é especialmente construída – também – pelas experiências pregressas de encontros com outros médicos, que fazem parte da história de vida do sujeito, e acaba interferindo na forma e na maneira como cada pessoa significa o mundo ao seu redor. A percepção, na relação médico-cliente, se dará na via do profissional médico em relação ao cliente, e na via do cliente em relação ao médico. Nesse estudo, a percepção que ocorre por meio do cliente em relação ao médico, ou seja, na interrelação entre os dois, e daquele em direção ao ambiente/espço da clínica, do atendimento em si, ao modo como é atendido pelos

demais profissionais que ali trabalham, etc., enfim, a percepção – e por meio dessa, a avaliação que faz dos serviços da clínica médica- são o foco de análise de pesquisa.

Outro fator que está diretamente interligado ao aspecto da percepção é a comunicação. Esta é um dos aspectos mais importante na relação médico-cliente comumente estudados na prática médica, pois o homem, em sua totalidade é tanto emissor quanto receptor de informações. É importante lembrar que a comunicação é integrada por suas dimensões verbais e não-verbais.

A linguagem oral e escrita são consideradas um dos níveis de comunicação. O diálogo é somente um dos modos do homem comunicar-se. A linguagem falada é o processo pelo qual cada sentido se coloca como palavra, no entanto, se a palavra foi destituída de seu significado original persiste na comunicação uma carência de sentido e uma confusão de mensagem, portanto uma distorção da linguagem (MENEGHETTI, 2006). Para Meneghetti (2006), com o uso do termo “comunicação”, de modo corrente se entende “eu digo as palavras, o outro as entende de certo modo, portanto já sub entende de qualquer forma um corte” (ibid., p. 95).

A comunicação verbal é o canal mais difuso e preferencialmente usado como meio de comunicação entre os seres humanos, mesmo sabendo que este pode não ser o mais adequado quando se quer entrar no real, de fato, das coisas (MENEGHETTI, 2006). Para se ter um olhar completo sobre os mais diversos canais da comunicação humana, deveríamos considerar as emoções, as mímicas faciais e corporais, as atitudes e os gestos, as mais diversas posturas e movimentos corporais, as entonações e formas de falar, os esquecimentos, as posições que o corpo ocupa no espaço, e todas as reações – inclusive viscerais – em qualquer situação de encontro entre duas ou mais pessoas. Esta dimensão caracteriza a comunicação não-verbal.

O nível primário de comunicação, de acordo com a Escola Ontopsicológica, é a linguagem base da vida, ou seja, o campo semântico. O campo semântico é a primeira descoberta científica da Ontopsicologia, sendo definido como “comunicação base que a vida usa no interior das próprias individuações” (MENEGHETTI, 2008a, p. 41). O nível secundário de comunicação não-verbal inclui todos os movimentos e sinais emitidos pelo corpo, tais como a fisionômica, a cinésica e a proxêmica. E o nível terciário de comunicação engloba a comunicação verbal escrita e falada.

A fisionômica é a arte de conhecer o caráter das pessoas pelos traços fisionômicos, ou seja, a forma física corresponde a um conteúdo psíquico tanto inato, quanto adquirido. Os estudos da fisionômica tiveram início na Grécia Antiga. Alguns estudiosos, como por exemplo, Sheldon, se dedicaram ao estudo da fisionômica. Para Sheldon os aspectos genéticos podem ser modificados conforme o ambiente, sendo que ele analisou os

componentes primários do temperamento como viscerotônico, somatotônico e cerebrotônico (KRECH; CRUTCHFIELD, 1973).

A proxêmica, por sua vez, é a gestão do próprio corpo em relação a outro ou ao próximo, e compreende todos os movimentos que uma pessoa faz quando entra em relação com outra, incluindo a gestão do espaço e as distâncias entre os corpos. É considerada a semiologia do espaço. Hall (1986) descreve quatro zonas que regulam as relações e estabelecem os modos de comportamento entre os ocidentais, por exemplo, como a) espaço íntimo de 45 cm é favorável aos encontros amorosos; b) espaço pessoal como limite de domínio físico que garante a privacidade varia de 45 cm a 1,2 m, sendo a distância favorável nas relações de amizade e entrevistas; c) enquanto a distância social e pública correspondem de 1,2 m a 1,8 m e 3,5 m, respectivamente.

O corpo fala e se expressa por meio da comunicação cinésica, isto é, a cinésica engloba o modo de se mover, engloba qualquer movimento autônomo específico e individual que o sujeito faz quando está presente, quer fale ou não fale, como tocar o nariz, cruzar as pernas, etc. Bitti (1997), por exemplo, admite a existência de movimentos de músculos faciais para cada estado emotivo primário. Pierre Weil (1986) descreve em torno de 350 ilustrações de expressão corporal no livro *O corpo fala*.

Meneghetti (2008) afirma que quem consegue realizar a leitura exata das linguagens fisionômica, cinésica e proxêmica do corpo, é capaz de ter a forma de natureza, pois estas revelam por projeção, ou seja, não são comandadas pela linguagem verbal.

No contexto da medicina contemporânea, as novas e sempre mais sofisticadas técnicas e ferramentas tecnológicas assumiram um papel importante no diagnóstico, em detrimento da relação pessoal entre médico e cliente, o que não a substitui, pois “as habilidades para realizar história, exame físico e para se comunicar com o paciente continuam as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas diante de um caso clínico” (AMARAL et al., 2007, p. 288).

Na obra “*O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*”, Ismael (2002) apresenta um estudo sobre as expectativas dos pacientes em relação à figura do médico, e também depoimentos de vários professores de medicina sobre esta temática. Aborda, de modo crítico, a postura do profissional médico com seus pacientes-clientes ao longo da história. O autor destaca o médico como o principal instrumento de diagnóstico, a importância da busca pelo conhecimento da subjetividade do paciente-cliente, bem como os desafios envolvidos na comunicação entre estes.

Por isso, e por tantos outros fatores, verificamos a importância que o médico deve dar à sua fisionômica, cinésica, proxêmica e comunicação verbal, para saber e controlar que informação está comunicando ao seu cliente, de modo a manter o escopo da relação profissional.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO E TIPO DE PESQUISA

Esta foi uma pesquisa de abordagem qualitativa. Para Oliveira (2007) e Triviños (1987), o pesquisador qualitativo pauta seus estudos na interpretação do mundo real, preocupando-se com o caráter dos significados e sentidos na tarefa de pesquisar sobre a experiência vivida dos seres humanos, nos mais diversos contextos. De modo geral, a pesquisa de orientação qualitativa trabalha com seres humanos e sua produção de significados e sentidos, ou seja, trabalha com sujeitos que interpretam o mundo que os rodeia. Neste mesmo viés, Moreira (2002) salienta que os objetos de estudo das ciências humanas e sociais são as pessoas e suas atividades, considerando-os “não apenas agentes interpretativos de seus mundos, mas também compartilham suas interpretações à medida que interagem com outros e refletem sobre suas experiências no curso de suas atividades cotidianas” (MOREIRA, 2002, p. 51).

Ainda segundo Moreira (2002), a pesquisa qualitativa possui algumas características fundamentais, que não se esgotam no que será apresentado, mas que elucidam e apontam o diferencial deste tipo de orientação epistemológica de pesquisa em ciências humanas e sociais aplicadas, que podem ser descritas como:

- 1) A interpretação como foco. Nesse sentido, há um interesse em interpretar a situação em estudo sob o olhar dos próprios participantes; 2) A subjetividade é enfatizada. Assim, o foco de interesse é a perspectiva dos informantes; 3) A flexibilidade na conduta do estudo. Não há uma definição a priori das situações; 4) O interesse é no processo e não no resultado. Segue-se uma orientação que objetiva entender a situação em análise; 5) O contexto como intimamente ligado ao comportamento das pessoas na formação da experiência; e 6) O reconhecimento de que há uma influência da pesquisa sobre a situação, admitindo-se que o pesquisador também sofre influência da situação de pesquisa (MOREIRA, 2002, p. 63).

Considerando estes aspectos, então, a pesquisa a ser realizada se classifica como uma pesquisa qualitativa descritiva. Para Cervo e Bervian (2002), a pesquisa descritiva observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, desenvolve-se principalmente nas ciências humanas e sociais, abordando dados e problemas que merecem ser estudados e

cujo registro não consta de muitos documentos. A pesquisa descritiva assume várias formas, tais como:

- a) *Estudos descritivos*: trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existente na comunidade, grupo ou realidade pesquisada;
- b) *Pesquisa de opinião*: procura saber atitudes, ponto de vista e preferências que as pessoas têm a respeito de algum assunto/temática, com o objetivo de tomar decisões. Este tipo de pesquisa abrange uma faixa muito grande de investigações que visam identificar falhas ou erros, descrever procedimentos, descobrir tendências, reconhecer interesses e outros comportamentos, além de outras formas como estudo de caso e pesquisa documental (CERVO; BERVIAN, 2002).

Em síntese, a pesquisa descritiva, em suas diversas formas, trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade. A coleta dos dados aparece como uma das tarefas características da pesquisa descritiva, sendo que para viabilizar essa importante tarefa são utilizados instrumentos como a observação, a entrevista, o questionário, formulários, entre outros (CERVO; BERVIAN, 2002).

3.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram clientes da Clínica Vita, uma clínica médica particular cuja especialidade é dermatologia e estética, localizada em Brasília-DF. Os sujeitos selecionados foram os clientes que frequentaram a clínica durante os meses de abril e maio de 2011. A caracterização dos sujeitos será apresentada na parte de discussão e resultados desse artigo.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Para a busca e coleta das informações a esta pesquisa, foram utilizados dois questionários com perguntas abertas e fechadas, previamente elaborados pela pesquisadora,

de acordo com o objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa, e que foram respondidos pelos sujeitos de pesquisa acima apresentados.

- Questionário 1: Demográfico-Clínico para clientes (anexo A);
- Questionário 2: Questionário de perguntas fechadas e abertas elaborado pela pesquisadora (anexo B).

3.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para análise das respostas das questões fechadas, de acordo com o viés quantitativo de pesquisa, com o intuito de verificar o grau de satisfação dos clientes atendidos frente a vários itens relacionados à Clínica em questão, foi realizada a organização e tabulação dos dados pesquisados. Na sequência, foram feitas algumas análises pertinentes ao desenvolvimento do trabalho proposto. Inicialmente foram realizadas as estatísticas descritivas que visam uma melhor descrição e caracterização dos dados a serem analisados. Salienta-se que em muitos casos foi verificada a presença de questionários não respondidos, os quais também devem ser considerados nas análises realizadas a fim de serem incluídas as totalidades das informações examinadas.

Para a crítica do questionário aplicado para o grupo, será realizada a análise através do **teste de Friedman**, onde são comparados os valores calculados com valores da tabela de distribuição qui-quadrado, de acordo com os graus de liberdade. O teste de Friedman é empregado quando existem mais de duas condições de emparelhamento, onde cada variável é classificada numa escala de nível ao menos ordinal². Para efetuar as análises foram utilizadas a planilha eletrônica Excel e o software Statistica 7.0.

Para a análise das informações coletadas por meio das questões abertas foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo, de acordo com Bardin (1977). A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

² Hipóteses: H_0 : não existe diferença significativa entre as respostas, ao nível de 5% de significância; H_1 : existe diferença significativa entre as respostas, ao nível de 5% de significância. Compara-se o valor obtido pelo teste com o valor de qui-quadrado tabelado. Quando o valor obtido pelo teste for maior do que qui-quadrado tabelado, rejeita-se H_0 . Quando o valor obtido pelo teste for menor do que qui-quadrado tabelado, aceita-se H_0 . O valor de “p” obtido através do teste demonstra a significância obtida quando comparado com o nível de significância adotado. Definiu-se para todos os testes um nível de significância de 5%.

produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Tem como objeto de estudo a linguagem, e é utilizada como instrumento de análise em pesquisas para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto dos depoimentos dos sujeitos de pesquisa.

Quanto à pergunta número 11 do Questionário 2, sobre a escolha dos profissionais que em base de aparência física transmite maior credibilidade e profissionalismo – neste ponto foram analisados aspectos da fisionômica do profissional – o resultado foi tabulado e realizada análise sobre as três fotos de profissionais com maior frequência de escolha.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DE FREQUÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

A partir do questionário demográfico-clínico respondido pelos clientes sujeitos de pesquisa deste estudo, verificou-se em relação ao sexo que dos respondentes, 22% (9 respondentes) são do sexo masculino e 78% (32 respondentes) são do sexo feminino.

Em relação à idade, pode ser observado que dos pacientes respondentes, a idade média é de 44,49 anos com desvio padrão de 17,67 anos. A idade mínima é de 19 anos e a máxima é de 83 anos, com uma amplitude total de 64 anos.

Já quanto à escolaridade:

Tabela 1 – Escolaridade

Escolaridade	n	%
Ensino médio	2	4,88
Superior incompleto	6	14,63
Superior	25	60,98
Pós-graduação	8	19,51
Total	41	100,00

Fonte: informações coletadas pela pesquisa realizada.

Analisando as informações acima pode ser observado que dos clientes respondentes, 61% (25 respondentes) tem escolaridade superior e 5% (2 respondentes) tem 2º grau.

Em relação à profissão dos sujeitos participantes da pesquisa a análise evidenciou que:

Tabela 2 – Profissão

Profissão	n	%
Advogado	1	2,44
Analista de Sistema	1	2,44
Aposentado	3	7,32
Assistente de gabinete	1	2,44
Assistente fiscal	1	2,44
Continua		

Continuação

Profissão	n	%
Assistente social	1	2,44
Auditora fiscal da RF	1	2,44
Bancária	1	2,44
Bancário aposentado	1	2,44
Consultor de TI	1	2,44
Contador	1	2,44
Designer gráfica e web	1	2,44
Economista	1	2,44
Engenheiro	2	4,88
Estudante	6	14,63
Fisioterapeuta	1	2,44
Funcionário público	5	12,20
Gerente Administrativa	1	2,44
Gerente de contas	1	2,44
Nutricionista	1	2,44
Orientadora educacional	1	2,44
Professora	1	2,44
Psicóloga	1	2,44
Representante comercial	1	2,44
Servidora pública	2	4,88
Servidora pública aposentada	1	2,44
Socióloga	1	2,44
N. R.*	1	2,44
Total	41	100,00

Fonte: informações coletadas pela pesquisa realizada.

*N.R. representa os sujeitos que não responderam.

Analisando-se as informações acima pode ser observado que dos clientes respondentes, 15% (6 respondentes) são estudantes e 12% (5 respondentes) são funcionários públicos. Os demais respondentes possuem diversas profissões tal como apresentado.

Sobre o local em que os sujeitos de pesquisa residem, encontrou-se que 49% (20 respondentes) residem em Brasília e 7% (3 respondentes) residem no Lago norte.

Quanto ao tempo de acompanhamento na Clínica, pode ser observado que dos clientes respondentes, o tempo médio de acompanhamento é de 32,47 meses com desvio padrão de 32,78 meses. O tempo mínimo é de 2 meses e o máximo é de 108 meses, com uma amplitude total de 106 meses. Salienta-se que 7 sujeitos não responderam a questão.

Em relação ao tipo de tratamento que realizam na Clínica, tem-se que:

Tabela 3 – Tipo de Tratamento

Tipo de tratamento	n	%
Cirúrgico	2	4,88
Clínico	7	17,07
Clínico, cirúrgico	4	9,76
Estético	11	26,83
Estético, cirúrgico	1	2,44
Estético, clínico	11	26,83
Estético, clínico, cirúrgico	2	4,88
N.R.*	3	7,32
Total	41	100,00

Fonte: informações coletadas pela pesquisa realizada.

*N.R. representa os indivíduos que não responderam.

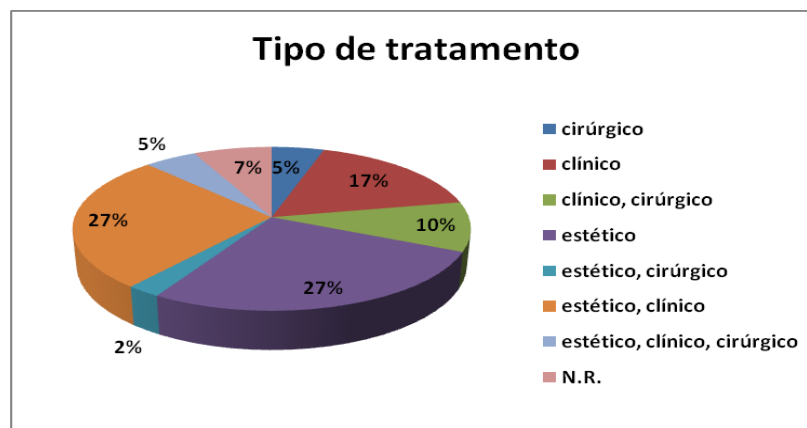


Gráfico 1 – Tipo de Tratamento

Fonte: informações coletadas pela pesquisa realizada.

Analisando-se o gráfico anterior pode ser observado que dos clientes respondentes, 27% (11 respondentes) fazem tratamento “estético” e “estético, clínico”, e 2% (1 respondente) faz tratamento “estético, cirúrgico”. Salienta-se que 7% (3) correspondem aos não respondentes.

4.2 ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES: CATEGORIAS AVALIADAS

Para o questionário que avaliou a satisfação dos clientes foi utilizada a escala de valores composta por: 1 = ruim; 2 = regular; 3 = bom; 4 = ótimo. Na sequência serão

apresentados resultados provenientes de análise estatística e de análise de conteúdo, a partir do discurso dos clientes. Dentre as categorias questionadas e avaliadas pelos instrumentos de coleta de informações, destacam-se os pontos abaixo e seus resultados estatísticos no Quadro 1:

Categorias avaliadas	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Não respondeu
1) Marcação de consultas					
- Facilidade de agendamento	32%	56%	10%	2%	-
- Informações recebidas no atendimento	68%	27%	3%	0%	2%
- Facilidade de acesso ao consultório	63%	24%	10%	0%	3%
- Iniciativa	46%	51%	0%	0%	3%
- Objetividade	63%	34%	0%	0%	3%
- Presteza	80%	20%	0%	0%	-
- Postura profissional	95%	5%	0%	0%	-
- Conveniência dos horários disponíveis para atendimento	56%	32%	12%	0%	-
2) Atendimento médico					
- Apresentação e aparência dos profissionais que trabalham na clínica	90%	7%	0%	0%	3%
- Apresentação e aparência do profissional médico	98%	2%	0%	0%	-
- Conhecimento técnico	90%	10%	0%	0%	-
- Postura profissional	90%	10%	0%	0%	-
- Qualidade do tratamento/resolução do caso ou satisfação com resultado	73%	27%	0%	0%	-
- Explicações sobre o tratamento e/ou problema	73%	24%	3%	0%	-
- Esclarecimento das dúvidas	83%	17%	0%	0%	-
- Segurança que os profissionais atendentes passam	76%	22%	0%	0%	2%
- Segurança que o profissional médico passa	95%	5%	0%	0%	-
- Sensibilidade do médico com o cliente	81%	17%	2%	0%	-
- Personificação do atendimento/individualidade	81%	17%	2%	0%	-
- Tempo utilizado para o atendimento	66%	27%	5%	0%	2%
- Comunicação verbal do profissional médico	83%	17%	0%	0%	-
- Comunicação não-verbal – fisionomia do médico e sua expressão facial	76%	20%	2%	0%	2%
3) Ambiente da Clínica					
- Limpeza	95%	5%	0%	0%	-
- Decoração	78%	20%	2%	0%	-
- Música ambiente	54%	29%	7%	3%	7%
- Sala de espera	63%	34%	3%	0%	-
- Revistas	37%	37%	19%	5%	2%
- Equipamentos e materiais/tecnologia	73%	24%	0%	0%	3%
- Estacionamento	29%	27%	37%	5%	2%
- Conforto	73%	22%	5%	0%	-
4) Tempo de espera					
- No agendamento da consulta	46%	42%	7%	3%	22%
- No atendimento pelo profissional	59%	27%	12%	0%	2%
- Nota geral da Clínica	63%	37%	0%	0%	-

Quadro 1 – Satisfação dos clientes (dimensões avaliadas quantitativamente)

Fonte: informações coletadas pela pesquisa realizada.

Em relação à categoria **marcação de consultas** (atividade que se dá por meio dos serviços dos colaboradores da clínica) e seus aspectos avaliados, encontrou-se um panorama no qual os aspectos técnicos e de comunicação da atividade são bons. Os aspectos de atendimento profissional e de presteza no serviço foram considerados ótimos, seja por parte dos atendentes que por parte do profissional médico. Destaca-se o fator humano profissional como postura adequada a esse serviço. Estes aspectos podem ser verificados a partir de alguns discursos dos próprios clientes, tais como apresentados:

“Na Vita achei as atendentes muito educadas e delicadas. No consultório que ía anteriormente a atendente foi indelicada comigo em alguns momentos” (S. 16).

“Muitos profissionais são correspondidos pela sua bagagem profissional, esquecendo o paciente. Hoje temos o atendimento caso a caso, onde existe mais preocupação com o ‘eu’. Vejo isso atualmente nesta Clínica e é muito bom” (S. 18).

“Aqui existe um maior conhecimento da personalidade, individualizar o paciente é muito importante” (S. 39).

“Os atendentes são bem treinados e atenciosos, o que não é a regra do mercado. O mesmo pode ser afirmado quanto ao médico” (S. 5).

“É notória a importância que a Clínica dá ao bom atendimento do paciente. O bom humor, aliado ao conhecimento e o ambiente agradável nos fornece uma sensação de que estamos sendo bem cuidados, quando temos confiança no atendimento sugerido e realizado” (S. 6).

“Sinto-me conhecida, bem tratada, com atendimento personalizado” (S. 12).

“A presteza, agilidade, esclarecimentos, a relação humana com o paciente são diferenciais” (S. 23).

No entanto alguns aspectos de insatisfação se apresentam quando se trata de facilidade de acesso à Clínica e disponibilidade de agenda e de horários, e indicam que melhorias devem ser realizadas no que tange a esses aspectos.

Todos os aspectos da categoria do **atendimento médico** investigados foram considerados ótimos pelos clientes sujeitos da pesquisa, o que demonstra um alto nível do fator humano profissional com postura adequada a esse serviço (atendimento médico) de modo geral. Esse ponto é de fundamental importância que tenha um índice elevado de satisfação, no caso da clínica médica, pois é o *core business*³ de todo o trabalho prestado.

“Grandes diferenciais são a pontualidade, cortesia, competência, ambiente agradável, limpo, bem cuidado, conhecimento técnico sobre o que fazem, uso de material de qualidade” (S. 15).

³ *Core Business* é o “escopo formal pelo qual a empresa quer o ganho ou o meio específico para centrar o *business*. Ou seja, o que você quer e sabe fazer de especial para o mercado e para a sua satisfação. O recurso-chave de uma empresa de sucesso é manter a vantagem competitiva no próprio *core business*” (MENEGETTI, 2009, p. 111).

“A diferença é em termos humanos, isso primeiramente, pois ser lembrado e chamado pelo nome é muito bom. Em outras clínicas as atendentes são tristes, conversam seus problemas em meio aos pacientes, que já tem os seus, e isso é muito deselegante” (S. 19).

“Atendimento mais humanizado” (S. 26).

“Percebo uma parceria entre todos os profissionais da clínica, o que é incomum em outros consultórios com mais de uma secretária. Essa parceria acaba passando maior segurança aos pacientes” (S. 40).

“A recepção pré-consulta foi muito boa e prestativa. Parecendo que realmente se importam com os compromissos do cliente. Me senti confortável” (S. 17).

“Correspondem ao que todo paciente espera como atenção, conhecimento profundo dentro da especialidade e resultado” (S. 3).

“Segurança. Firmeza e qualidade” (S. 7).

“A médica passou segurança, conhecimento, atualização sobre sua área de atuação e responsabilidade pelo tratamento” (S. 15).

“Excelente. A firmeza nas explicações, no que o paciente fala – coisas que não se vê mais. Achei um tratamento humano” (S. 23).

“Como já falei, total experiência, competência e confiabilidade” (S. 1).

“O bom atendimento em geral e a competência dos profissionais” (S. 5).

“Atendimento excelente, capacidade de atendimento diferenciado” (S. 6).

“Profissionalismo, qualidade e zelo pelo cliente” (S. 7).

“Pelo resultado alcançado” (S. 15).

“Qualidade do atendimento” (S. 21).

“Um local de atendimento médico profissional que prima pela pontualidade e bom atendimento” (S. 13).

“Obrigada pelo atendimento e pela vontade que vejo de quererem sempre melhorar” (S. 16).

“Faz com que você recomende a Clínica” (S. 36).

Contudo, não se pode ignorar que uma pequena porcentagem dos sujeitos da pesquisa, de 3% a 5 %, apontaram não estarem tão satisfeitos quanto às explicações feitas sobre o tratamento e ou problema, e sobre o tempo dispensado para atendimento. Este é outro ponto de melhoria a ser intensificado pela Clínica.

Em relação aos aspectos da dimensão **ambiente da clínica** os que merecem maior verificação de melhoria estão relacionados à música ambiente, revistas e estacionamento. São necessidades secundárias ao serviço prestado, porém apresentam-se também como diferencial de uma clínica médica de qualidade, e caso queira ter ainda maior excelência na prestação de seu serviço, também deve observar estes aspectos.

“Creio que o diferencial da clínica é o ambiente aconchegante, tanto das instalações, como em termos da postura dos profissionais” (S. 5).

“... Ambientes sujos, mal cuidados é um péssimo cartão de visitas. E aqui é diferente” (S. 15).

“Não tem música ambiente, poderia ter mais revistas novas” (S 33).

Nessa dimensão os aspectos de agendamento da consulta e de atendimento pelo profissional, no que diz respeito à espera, apresentam índices altos de satisfação, assim como a nota geral da Clínica. Porém, mesmo assim alguns sinais de satisfação não completa existem quanto à espera de agendamento, e do tempo de espera para o atendimento médico, temáticas que se repetiram, como apresentado anteriormente.

A fim de determinar a significância das variáveis analisadas, aplicou-se o teste de Friedman onde são comparados os valores calculados com valores da tabela de distribuição qui-quadrado, de acordo com os graus de liberdade. Na tabela seguinte são apresentados os resultados para o teste.

Variáveis	Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance ANOVA Chi Sqr. (N = 41, df = 32) = 296,8610 p =0,00000			
	Average Rank	Sum of Ranks	Mean	Std.Dev.
Facilidade de agendamento	10.60976	435.0000	3.170732	0.703649
Informações recebidas	16.74390	686.5000	3.585366	0.773809
Facilidade de acesso ao consultório	15.29268	627.0000	3.463415	0.868837
Iniciativa	13.60976	558.0000	3.390244	0.737497
Objetividade	16.20732	664.5000	3.560976	0.743262
Presteza	18.93902	776.5000	3.804878	0.401218
Postura profissional	21.10976	865.5000	3.951220	0.218085
Conveniência dos horários disponíveis para atendimento	14.80488	607.0000	3.439024	0.708829
Apresentação e aparência do(s) profissional(is) que trabalham na clínica	20.36585	835.0000	3.829268	0.667175
Apresentação e aparência do profissional médico	21.48780	881.0000	3.975610	0.156174
Conhecimento técnico	20.42683	837.5000	3.902439	0.300406
Postura profissional	20.40244	836.5000	3.902439	0.300406
Qualidade do tratamento/resolução do caso ou satisfação com resultado	17.69512	725.0000	3.731707	0.448575
Explicações sobre o tratamento e/ou problema	17.58537	721.0000	3.707317	0.512050
Esclarecimento das dúvidas	19.23171	788.5000	3.829268	0.380949
Segurança que o(s) profissional(is) atendente(s) lhe passa	18.10976	742.5000	3.682927	0.722462
Segurança que o profissional médico lhe passa	21.08537	864.5000	3.951220	0.218085
Sensibilidade do médico com o cliente	18.50000	758.5000	3.780488	0.474984
Personificação do atendimento/individualidade	18.53659	760.0000	3.780488	0.474984
Tempo utilizado para o atendimento	16.12195	661.0000	3.536585	0.809245
Comunicação verbal do profissional medico	19.24390	789.0000	3.829268	0.380949
Comunicação não verbal como a fisionomia do medico e a sua expressão facial	17.85366	732.0000	3.658537	0.761898
Limpeza	21.14634	867.0000	3.951220	0.218085
Decoração	18.34146	752.0000	3.756098	0.488901
Música ambiente	13.97561	573.0000	3.195122	1.166609
Sala de espera	16.06098	658.5000	3.609756	0.542128
Revistas	10.28049	421.5000	3.000000	1.000000
Equipamentos e materiais/tecnologia	17.57317	720.5000	3.658537	0.728346
Estacionamento	8.25610	338.5000	2.756098	1.019325
Conforto	17.36585	712.0000	3.682927	0.567407
No agendamento da consulta	13.12195	538.0000	3.268293	0.895109
No atendimento pelo profissional	14.54878	596.5000	3.390244	0.891012
Nota geral da clínica	16.36585	671.0000	3.634146	0.487652

Quadro 2 – Resultado do Teste de Friedman para as variáveis analisadas

Fonte: análise estatística realizada pela pesquisa.

Compara-se o valor de qui-quadrado obtido (296,8610) com o valor de qui-quadrado tabelado (43,773). Como qui-quadrado calculado é bem maior do que o valor tabelado,

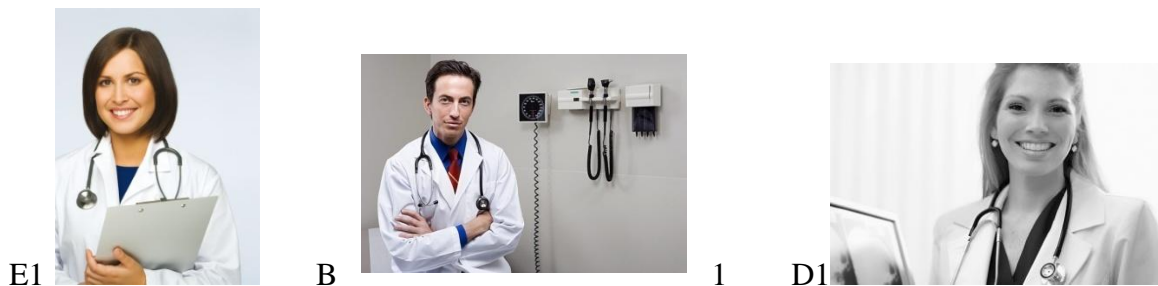
rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 , ou seja, existe diferença significativa entre as respostas, ao nível de 5% de significância. O valor de “p” obtido através do teste (0,00000) demonstra a significância obtida quando comparado com o nível de significância adotado (0,05).

Para determinar as variáveis mais significativas, observa-se a coluna de ordenação (*average ranks* - classificação média) na figura anterior. As variáveis que tem maior valor de ordenação são as mais significativas, ou seja, aquelas que têm um maior poder de explicação, sendo as mais importantes.

No caso anterior os maiores valores de ordenação estão destacados em negrito e são as variáveis postura profissional, apresentação e aparência do profissional médico, conhecimento técnico, postura profissional do médico, segurança que o profissional médico lhe passa e limpeza, indicando serem as variáveis mais representativas para as análises realizadas, e, portanto, que indicam o maior grau de satisfação dos clientes.

Uma questão que merece destaque especial é a questão 11 do Questionário 2, tal como já sinalizado anteriormente. Nessa questão foram apresentadas imagens de médicos, masculinos e femininos, dentre as quais, considerando a hipótese de que possuíssem a mesma formação e capacidade técnico-profissional, qual seria a escolha do cliente, em base à aparência física daqueles que lhe representassem maior profissionalismo e credibilidade.

As três imagens mais escolhidas pelo total de 41 sujeitos investigados nesta pesquisa, de modo decrescente, respectivamente com frequência E1 (35), B1 (32), D1 (26), foram:



As imagens com menor frequência de escolha foram: B2 (3) e E2 (1), conforme apresentadas abaixo.



Quanto à escolha das figuras dos profissionais médicos, observa-se quanto à vestimenta, fisionômica, e linguagem dos objetos, que os dois objetos que caracterizam a figura do médico são o jaleco branco e o estetoscópio (estereótipos clássicos do profissional médico), como mostram as três figuras mais escolhidas. Estes objetos não estão presentes nas figuras menos escolhidas, assim como cabelos arrumados, discreto uso de maquiagem e acessórios, apresentados nas imagens femininas. Quanto às roupas, destacam-se as roupas mais fechadas ou com pouco decote, diferentemente das figuras femininas com menor número de escolha pelos sujeitos de pesquisa, que mostram decotes maiores mesmo quando usam roupas brancas.

A postura visualizada com tórax ereto mostra posição de igualdade, ou seja, “meu eu como seu eu”, sorriso com lábios arqueados para cima e abertos em concordância com olhar claro, e olhos brilhantes mostrando uma expressão facial harmônica de simpatia e entusiasmo.

Quanto à posição de um ou dos dois braços posicionados mais perto ao tronco ou cruzados, demonstram certa distância a ser mantida e não aceitação de envolvimento emotivo, na relação médico-cliente.

Ainda em relação à fisionômica é importante destacar, para a postura do médico, que quanto mais organizada e coerente à sua identidade, no que tange ao modo de se vestir, de se arrumar e de se apresentar frente ao cliente, mais contribui para a manutenção da coerência profissional, da manutenção do escopo da díade, para manutenção do próprio profissionalismo e dignidade. Neste sentido, corroborando estas afirmações, Meneghetti (2008b, p. 66) destaca que o profissional líder em sua área de atuação e em seu setor deve “cultivar a própria personalidade, o próprio modo de falar, o próprio modo de vestir”. Este comportamento lhe fornece e ajuda a construir um estilo diferenciado, uma postura de distinção, um garbo especial, conservando e mantendo a inteligência, que é o que lhe auxilia também como “garantia prática ao negócio que se pretende fazer” (MENEGHETTI, 2008b, p. 66).

Para complementar a parte de análise dessa pesquisa, de acordo com os objetivos específicos, e tecendo uma análise pessoal e profissional direta do profissional médico envolvido nesse processo de pesquisa, pode-se abordar ainda a questão de sua formação continuada como médico, durante e após a finalização do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* MBA “O Empreendedor e a Cultura Humanista”, na Faculdade Antonio Meneghetti, no período de 2009 a 2011, como um depoimento em termos de sua formação profissional e pessoal continuada. Verifica-se que foi possível desenvolver a visão humanista do ser humano, agente em cada campo de conhecimento e de prática do contexto social e econômico, bem como uma visão humanista das relações profissionais de trabalho e do

próprio serviço prestado. Além disso, essa visão também passou a permear, de modo geral e particularmente nas relações de trabalho com os clientes na prática profissional médica diária, não se limitando unicamente à relação médico-paciente – como relação em que se refere ao ser humano como paciente e doença – mas como uma pessoa, sendo um cliente e finalmente também como consumidor.

Ampliou o conceito de saber servir, e saber *bem servir*, e aumentou a própria vigilância e observação do profissional médico quanto aos objetivos das díades ocasionais de trabalho. Tudo isso elevou, sem dúvida, o profissionalismo, como tem sido evidenciado nas respostas dos sujeitos participantes dessa pesquisa, verificando ainda que, enquanto profissional médico, se está mais centrado⁴ em si mesmo ao analisar os problemas que surgem no dia a dia e que devem ser resolvidos de modo prático e inteligente para que o trabalho na clínica médica e a relação médico-cliente seja bem sucedida, isto é, sem perder seu escopo profissional e com resultados adequados e coerentes ao serviço que se propõe. Neste ponto destaca-se Meneghetti (2008), quando explica que o líder deve ter, em sua área de atuação profissional, uma *racionalidade eficiente ao escopo*, isto é, que deve ter a “... capacidade de coordenar os meios necessários e de reforço para atuar a realização funcional do corpo social sobre a urgência histórica” (MENEGHETTI, 2008b, p. 95).

Um dos aspectos que é necessário destacar como um ponto que ainda se evidencia que deve ser melhor compreendido, desenvolvido, e atuado pelo profissional médico é o processo de delegação no trabalho, em relação aos colaboradores da Clínica.

Portanto, entende-se que para melhorar o atendimento em todas as categorias avaliadas na clínica médica, e em decorrência, aumentar a satisfação do cliente, por parte dos colaboradores da clínica, bem como do profissional médico, deve existir uma premissa fundamental a todo o trabalho: “o bem deve ser bem feito” (MENEGHETTI, 2008b, p. 128), orientado pela competência competitiva – por meio da qual se faz bem e melhor que os demais o próprio serviço prestado, pois se possui capacidade técnica, racional e de inteligência para tal, sendo continuamente atualizada.

⁴ “Trata-se de mover aquela unidade de ação segundo o contexto que já está no projeto, naquela virtualidade. *Centrar* significa atuar o escopo do próprio Em Si ôntico. Existem muitas estradas, cada um deve centrar a estrada que leva à sua verdadeira casa porque, se percorre um outro caminho, encontrará a casa de um estranho, de uma outra entidade, onde cada coisa não lhe corresponde. Se, ao contrário, o sujeito centra tecnicamente a estrada, tudo lhe corresponde: a vida lhe é familiar, lhe é amiga, lhe é serva (...). Quando não se obtém os resultados na vida, é em função de um erro técnico” (MENEGHETTI, 2008b, p. 125).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta se tratou de uma pesquisa qualitativa descritiva que buscou respostas fidedignas ao aplicar questionários previamente elaborados, analisando, posteriormente, de modo estatístico e por meio de análise de conteúdo, as informações para identificar a qualidade em serviços e satisfação dos clientes em um segmento de saúde nos seus mais variados aspectos, tendo como foco principal a clínica médica, e avaliando também a formação continuada do médico, como aspectos que contribuem para o êxito da atuação profissional.

Os resultados mostraram as mudanças quanto ao perfil do paciente como consumidor exigente dos serviços de saúde, não se limitando ao tratamento médico e os resultados obtidos desse tratamento, mas também evidenciou vários detalhes do serviço e atendimento, de modo geral, alguns já conhecidos como o tempo de espera, ambiente de espera confortável e limpeza, e outros novos, tais como a questão da música ambiente, assim como a necessidade de revistas novas e variadas, cujos assuntos atendam aos diferentes perfis e interesses dos clientes, e por fim ainda a questão do estacionamento. Esses pontos podem dizer respeito e ser um espelho do perfil do cliente específico da clínica médica em estudo, já que a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa buscaram aprimorar seu aspecto estético e bem estar, o que evidencia aqui a importância e a busca da estética como elemento fundamental também na visão integral de saúde do sujeito/cliente, denotando a saúde como não apenas ausência de doença, mas como um conceito bem mais amplo em relação à vida da pessoa.

Ao que se refere à relação médico-cliente mostrou-se como uma relação profissional e de igualdade premiada por respeito à pessoa humana e profundo profissionalismo, que cada vez mais deve ser intensificado para que seja essa uma relação útil e funcional a ambos os polos envolvidos nessa díade, ou seja, díade provisório-ocasional de valor.

Além disso, a formação pessoal e profissional continuada do profissional médico, no que diz respeito ao conhecimento humano e ao conhecimento técnico específico de sua área são pontos fundamentais de investimento constante por parte do médico, e contribuem sobremaneira para a melhoria e êxito em sua atuação profissional. Fundamental se faz, então, que o profissional tenha uma constante coerência e manutenção cotidiana dos aspectos que

desenvolve, nesse nível de formação, para que seus resultados sejam contínuos, e que possa inovar em sua área de atuação.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E.; DOMINGUES, R. C. L.; ZEFERINO, A. M. B. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2007.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a sua doença**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

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

BERNARBEI, P. **Psicologia da organização**. 2. ed. São Paulo: FOIL, 2009.

BITTI, R. **Comportamento non verbale e comunicazione**. Mulino: S. Corteesi, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2004.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1997.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2010.

_____.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência da Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, Rio de Janeiro, 1999.

CERVO, L. A.; BERVIAN, A. P. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORRÊA, L. H.; GIANESI, I. G. M. Qualidade e melhoria dos sistemas de serviços. In: _____.; _____. **Administração estratégica de serviço**. São Paulo: Atlas, 1994.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à psicologia**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

DIXON, M.; SWEENEY, K. **The human effect in medicine: theory, research and practice.** Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, p. p. 856-64, 1978.

GRAMINGNANO, E. **Psicologia da organização.** São Paulo: FOIL, 2009.

HALL, E. T. **A dimensão oculta.** Roma: Bombiani, 1986.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada.** 2. ed. São Paulo: MG Editores, 2002.

JASPERS, K. **Il medico nell'età della tecnica.** Milão: Raffaello Cortina Editore, 1991.

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

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. **Elementos de psicologia.** 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1973.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n. 3, p. 263-268, 1998.

MEIRA, A. R. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2010.

MENEGHETTI, A. **Manual de ontopsicologia.** 4. ed. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2010.

MENEGHETTI, A. **Dicionário de Ontopsicologia.** 2. ed. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2008.

MENEGHETTI, A. **Psicologia do líder.** 4. ed. Recanto Maestro: Ontopsicologica Editrice, 2008b.

MENEGHETTI, A. **Nova Fronda Virescit**: introdução à ontopsicologia para jovens. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2006. v. 1.

MENEGHETTI, A. **Aprendiz líder**. São Paulo: FOIL, 2009.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

OLIVEIRA, J. M. Percepção e realidade. **Cérebro & mente**: Opinião e discussão, Neurofórum. Universidade Estadual de Campinas, 2007. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/opiniaio/percepcao.htm>>. Acesso em: 3 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report**. Health Systems: improving performance. 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/en/>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

RAMADAM, Z. B. A. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2010.

REIS, E. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

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

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciências da Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, Rio de Janeiro, 2005.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**. 60. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. de (Ed.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXO A**QUESTIONÁRIO 1****DEMOGRÁFICO-CLÍNICO PARA PACIENTES****Iniciais do nome:** _____**Data:** ___/___/____**Sexo:** () masculino () feminino**Idade:** _____**Escolaridade:** _____**Profissão:** _____**Local em que reside:** _____**Tempo de acompanhamento na Clínica Vita:** _____**Tipo de tratamento:** () Estético () Clínico () Cirúrgico

ANEXO B

QUESTIONÁRIO 2 – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Esse questionário contém perguntas sobre atendimento geral, interações e procedimentos médicos que você realizou na Clínica Vita. Solicitamos, por gentileza, que responda cada uma das perguntas abaixo, avaliando a clínica de modo geral.

Responda às perguntas de **1 a 4** fornecendo notas para cada um dos itens de acordo com a seguinte escala de valor:

- 1 = Ruim
- 2 = Regular
- 3 = Bom
- 4 = Ótimo

1) Como você avalia os seguintes itens em relação à marcação de consultas:

- Facilidade de agendamento
- Informações recebidas
- Facilidade de acesso ao consultório
- Iniciativa
- Objetividade
- Presteza
- Postura profissional
- Conveniência dos horários disponíveis para atendimento

O que você acha que poderia melhorar em relação a esses itens?

2) Como você avalia os seguintes itens em relação ao atendimento médico:

- Apresentação e aparência do(s) profissional(is) que trabalham na clínica
- Apresentação e aparência do profissional médico
- Conhecimento técnico
- Postura profissional
- Qualidade do tratamento/resolução do caso ou satisfação com resultado
- Explicações sobre o tratamento e/ou problema
- Esclarecimento das dúvidas
- Segurança que o(s) profissional(is) atendente(s) lhe passa
- Segurança que o profissional médico lhe passa
- Sensibilidade do médico com o cliente
- Personificação do atendimento/individualidade
- Tempo utilizado para o atendimento
- comunicação verbal do profissional medico
- comunicação não verbal como a fisionomia do medico e a sua expressão facial

O que você acha que poderia melhorar em relação a esses itens?

3) Como você avalia os seguintes itens em relação ao ambiente da clínica:

- Limpeza
- Decoração
- Música ambiente
- Sala de espera
- Revistas
- Equipamentos e materiais/tecnologia
- Estacionamento
- Conforto

O que você acha que poderia melhorar em relação a esses itens?

4) Como você avalia os seguintes itens em relação ao tempo de espera:

- No agendamento da consulta
- No atendimento pelo profissional
- Nota geral da clínica

5) Comente as suas experiências, o seu histórico de atendimento médico x profissional médico ao longo de sua vida.

6) Baseado em suas experiências com tratamentos médicos, existe diferença entre o atendimento dos profissionais atendentes e médico dessa clínica e os demais que você conhece? Se sim, quais diferenças você percebe?

7) Descreva quais foram as suas expectativas em relação à primeira consulta médica nessa clínica. Quais eram os seus sentimentos, sensações antes da consulta?

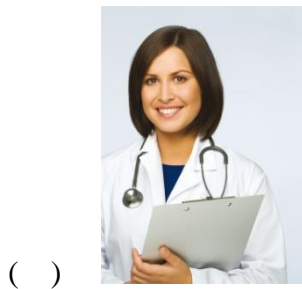
8) E como foi a sua primeira consulta? Quais os sentimentos/sensações que predominaram durante o atendimento?

9) Na segunda consulta, os sentimentos/sensações permaneceram semelhantes? Caso tenham mudado, quais foram as mudanças e por quais motivos se alteraram?

10) O profissional médico executou o tratamento médico conforme previamente planejado? Explique.

11) Dentre as duplas de profissionais médicos abaixo apresentados, considerando a hipótese de que possuem mesma formação e capacidade técnico-profissional, se você tivesse que escolher em base à aparência física aqueles que lhe representam maior profissionalismo e credibilidade, qual dos profissionais nas diversas duplas seria sua escolha preferencial? Assinale com um X.





12) Você utilizaria novamente o serviço médico realizado na Clínica Vita? Qual o principal motivo?

13) O serviço médico da Clínica Vita apresentou alguma novidade em relação aos outros atendimentos que você já utilizou? Se sim, qual?

14) Na sua opinião, o valor cobrado pelo tratamento foi justo? Por quê?

15) Exprese em uma frase a sua visão da Clínica Vita:

16) Que mensagem você diria para os profissionais da Clínica Vita? _____
