

**O MODELO SERVICESCAPE APLICADO EM HOSPITAIS PÚBLICOS: uma análise da influência do ambiente físico na experiência do cidadão-usuário do serviço**

**BÁRBARA CAVALHEIRO DA SILVA**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA (UDESC)

barbara.cavalheiro.s@hotmail.com

**ALINE REGINA SANTOS**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA (UDESC)

aline\_san@yahoo.com.br

# **O MODELO *SERVICESCAPE* APLICADO EM HOSPITAIS PÚBLICOS: uma análise da influência do ambiente físico na experiência do cidadão-usuário do serviço**

## **1 INTRODUÇÃO**

Os serviços, sejam eles prestados na esfera pública, privada ou terceiro setor, são atividades de natureza intangível, definidas como um ato, desempenho ou atuação, prestados por alguém ou alguma instituição e que, normalmente, envolvem simultaneidade entre a produção e consumo, impossibilitando a existência de estoques (BATESON e HOFFMAN, 2001; KON, 2004; ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014). Um atendimento médico, por exemplo, caracteriza-se pela própria atuação do profissional, mediante a interação médico-paciente. Sob a ótica da gestão de serviços, o ato de atender, diagnosticar e tratar um paciente enfermo configura-se como uma ação intangível, possível pela existência dos atores envolvidos no processo.

Face à natureza intangível dos serviços, os elementos tangíveis ou as chamadas “evidências físicas” têm importante papel na experiência vivenciada pelos consumidores/usuários, uma vez que oferecerem pistas sobre a qualidade do serviço antes, durante e após sua oferta. Segundo Lovelock e Wright (2006) as evidências físicas são elementos tangíveis, inanimados, perceptíveis aos sentidos. Assim, itens como a decoração, layout, temperatura do ambiente, odores e, até mesmo, a música podem afetar a experiência e a percepção de qualidade, sob a ótica de quem o recebe.

O ambiente físico onde o serviço é prestado, também conhecido como “cenário de serviço” ou *servicescape*, é considerado um dos elementos que compõe as “evidências físicas”. Bitner (1992) cunhou o termo *servicescape* ao desenvolver um modelo conceitual que analisa os relacionamentos entre os usuários, funcionários e o ambiente onde o serviço é prestado. Em analogia ao “palco teatral”, o cenário de serviço (*servicescape*) é composto tanto por elementos exteriores ao ambiente – tais como arquitetura externa, placas de sinalização e ambiente do bairro, quanto interiores, incluindo a decoração, móveis, temperatura do ar, entre outros (ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014).

O cenário em si pode ser um meio para transmitir uma mensagem, chamar a atenção, criar um efeito ou estimular o uso tentativo do serviço. Válido destacar, que o cenário é capaz de influenciar comportamentos. Ambientes agradáveis geram comportamentos de aproximação, enquanto ambientes desagradáveis, comportamentos de evitação (BITNER, 1992; VIEIRA, 2008; LOVELOCK e WRIGHT, 2006).

Ao abordar o tema no contexto dos hospitais públicos é notória a necessidade de disponibilizar ao cidadão um ambiente acolhedor (MARTINS, 2005), haja vista a situação por vezes incômoda, desagradável, de vulnerabilidade, de risco, entre outros possíveis sentimentos presentes em uma emergência de hospital. Logo, a melhoria do cenário de serviço de hospitais tem como função tornar um pouco mais aprazível tal situação, não apenas para reduzir o desconforto de pacientes/acompanhantes, mas também por estimular os funcionários ao seu potencial, afinal o ambiente influencia não apenas o usuário do serviço, mas também a equipe de colaboradores (BITNER, 1992).

Segundo Beckham (2001) estudos sobre os serviços de saúde na perspectiva do usuário despontaram no final da década de 1970, especialmente devido ao aumento da competitividade na área hospitalar. Tais abordagens analisavam os serviços da saúde à luz do marketing, com a busca da satisfação do usuário do serviço. De acordo com o autor, foi sob este mesmo enfoque que, a partir da década de 80, cresceram os estudos relação à importância da qualidade do ambiente físico. Entretanto, no Brasil, a escassez de produção de estudos acadêmicos sob tal enfoque é evidente. Em levantamento realizado em novembro de 2016 com os termos de busca “ambientes físico” ou “cenário de serviço” e “hospital” em dois

portais científicos com periódicos nacionais – Scielo e Periódicos Capes – foram identificados apenas seis artigos consoantes à temática deste estudo. No portal Scielo foi identificado apenas um artigo, já no Periódicos Capes foram 148 artigos mapeados inicialmente, mas apenas quatro com sob o enfoque da satisfação, qualidade percebida pelo usuário do serviço ou influência do ambiente no seu comportamento - excluindo-se, neste caso, as produções que tratam da influência do ambiente no tratamento do paciente e aquelas envolvendo ergonomia e qualidade de vida no trabalho. Cabe ressaltar que não foram identificados trabalhos acadêmicos relacionando o modelo conceitual de Bitner (1992) com ambientes hospitalares, vislumbrando-se assim a abordagem de estudo utilizada nesta pesquisa.

### **1.1 Problema e objetivos de pesquisa**

Considerando o exposto, o presente estudo busca encontrar respostas à questão: como o cenário de emergências de hospitais públicos influencia a experiência do cidadão? A pergunta fundamenta-se nos estudos que analisam a influência do ambiente no comportamento e experiência do usuário do serviço (BITNER, 1992; VIEIRA, 2008; BOLTON et al, 2014; ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014), combinada à relevância do ambiente de espera hospitalar para a sensação de conforto do paciente e/ou acompanhante. (MORAIS et al, 2015; LOURES, CAMPOMAR, 2005)

Tendo em vista o problema de pesquisa, o objetivo do estudo centra-se em analisar a influência do cenário de emergências de hospitais da rede pública de saúde, na experiência de serviço vivenciada pelo cidadão. Para tanto, são objetivos específicos descrever o cenário de serviços em emergências de hospitais públicos e analisar a percepção dos cidadãos sobre o cenário dos hospitais públicos, relacionando-os à experiência vivenciada.

Tendo em vista que a temática cenário de serviço (*servicescape*) sob a ótica utilizada neste estudo fundamenta-se no marketing de serviços, a revisão de literatura deste trabalho sustenta-se em dois pilares: o marketing de serviços e o cenário de serviço (*servicescape*), incluindo neste os estudos sobre o ambiente físico no contexto de hospitais.

## **2 MARKETING DE SERVIÇOS**

O marketing de serviços despontou como área de estudo, consultorias e pesquisas acadêmicas, de forma mais intensa, a partir da década de 80. Tal efeito acompanha a própria evolução e impacto do setor de serviços na economia, que desde meados da década 90 ultrapassa 60% do PIB em economias categorizadas como “desenvolvidas” ou “em desenvolvimento” (KON, 2004; LOVELOCK e WRIGHT, 2006).

Como campo de estudo, o marketing de serviços busca a compreensão das expectativas e percepções do usuário do serviço, que pode ser um cliente (organizações privadas) ou cidadão (organizações públicas). Procura, desta forma, a satisfação, lealdade e/ou recomendação do usuário do serviço e, portanto, o posiciona em destaque ao desenvolver estratégias de gestão. (ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014; GROONROS, 2009). Desdobramentos mais recentes analisam a experiência do usuário (*user experience*), especialmente na abordagem multidisciplinar conhecida como *design thinking* (STICKDORN e SCHNEIDER, 2014).

Para auxiliar o gerenciamento da organização de serviço, Zeithalm, Bitner e Gremler (2014) sugerem a adoção de estratégias que contemplem sete áreas: além do “composto de marketing tradicional” formado pelos “4P’s: produto, praça, preço e promoção” – os autores recomendam também a adição dos elementos “processo”, “pessoas e “evidência física”, formando o “composto de marketing expandido para serviços”.

O “P de produto” diz respeito à oferta, foco no seu gerenciamento. Na teoria de marketing, o produto toma uma dimensão mais ampla e abstrata, “refere-se a qualquer coisa

que possa ser oferecida a um mercado, por uma organização ou indivíduo, para satisfazer uma vontade ou necessidade” (KOTLER; LEE, 2008, p. 60). Compreende, desta forma, as características que determinado produto ou serviço terá. A entrega do serviço refere-se ao “P de praça ou distribuição”, meio utilizado para o acesso ao serviço ofertado, incluindo local (se ambiente físico, online ou misto), e forma (se direta ou por intermediários), e o momento (se em horário convencional, estendido, permanente 24/7, dentre outras situações) (LOVELOCK e WRIGHT, 2006). O “P de promoção” envolve os meios de divulgação que serão utilizados para que o usuário conheça e sinta-se estimulado a retornar/ recomendar o serviço; e o preço, trata das decisões quanto à precificação do serviço e de que forma será aplicado. Neste exige-se uma análise de perfil de determinado cliente de forma a elaborar melhor as estratégias (KOTLER; LEE, 2008).

No mix expandido de marketing de serviços, as “pessoas” correspondem os atores humanos envolvidos na execução do serviço, tanto o quadro pessoal, quanto dos clientes, suas atitudes, comportamentos; o “processo” representa todo o fluxo de trabalho, metodologias, mecanismos e práticas, para concretizar o serviço, caracterizando o ciclo do serviço ou jornada do cliente; e a “evidência física” é representada pelos tangíveis em serviço, incluindo o ambiente consolidado onde o serviço será disponibilizado e será gerada a relação entre a empresa e o cliente, composta por representações tangíveis. (LOVELOCK e WRIGHT, 2006; ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014).

## **2 CENÁRIOS DE SERVIÇO (*SERVICESCAPE*)**

O cenário de serviço ou *servicescape* é considerado elemento fundamental para a criação de experiências positivas, juntamente com as interações pessoais e o sequenciamento de atividades vivenciadas durante a oferta dos serviços. Para Bolton et al (2014), estes três elementos são vistos como “pequenos detalhes” que fazem a diferença em serviços e podem, no âmbito empresarial, configurar vantagem competitiva. Isto porque o cenário do serviço tem a capacidade de estimular os cinco sentidos, possibilitando, em alguns casos, despertar emoções (VIEIRA, 2008) e, por consequência, criar experiências memoráveis. (SCHMITT, 1999; VERHOEF et al, 2009; GARG et al, 2012).

### **2.1 Efeitos comportamentais**

Segundo estudiosos da área, o cenário é capaz de promover bem-estar/mal-estar quando atua como estímulo, gerando impacto nas sensações e, posteriormente, no comportamento do usuário do serviço. Tal fenômeno é reconhecido no modelo estímulo-organismo-resposta (E-O-R), proposto por Mehrabian e Russell, na Teoria Ambiental (VIEIRA, 2008). De acordo com esta abordagem, a atmosfera, com estímulos predominantemente sensoriais (cor, cheiro, visual, ruídos, etc.), influenciam as reações emocionais do indivíduo (prazer, ativação, dominância), as quais podem gerar desejo de se aproximar/permanecer no ambiente ou evitar/sair do ambiente. Vieira (2008) explica que as reações emocionais, categorizadas como “P-A-D” (prazer, ativação, dominância) variam em um espectro positivo-negativo, representando as emoções relacionadas ao prazer (sensações agradáveis) e desprazer (desagradáveis); à ativação (sensações estimulantes) e desativação (desestimulantes, tediosas); e à dominância (sensações de liberdade) e submissão (falta de liberdade, perda de controle).

Conforme explica Vieira (2008), Russell e Pratt propuseram novas perspectivas de análise, partindo do modelo E-O-R. Esta observa as emoções decorrentes das combinações prazer/desprazer, ativação/desativação, dominância/submissão. No estudo teórico-empírico de Russell e Pratt, os autores identificaram oito estados afetivos, que guardam dependência entre si. Tais emoções são geradas a partir das dimensões prazer/desprazer e ativação/desativação,

sendo excluída a dimensão submissão/dominância. A Figura 1 ilustra o conceito, como se observa.

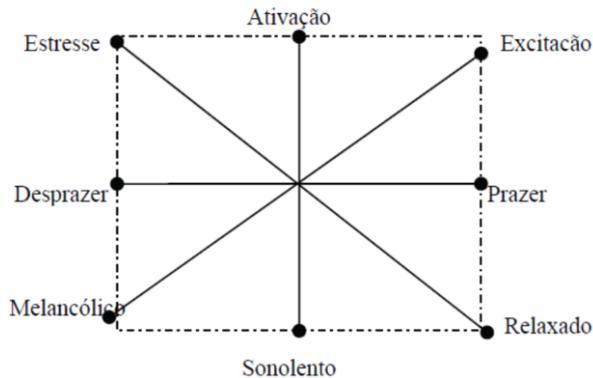


Figura 1 – Oito conceitos de afeto em ordem circular  
 Fonte: Russell e Pratt apud Vieira (2008, 6)

Lovelock e Wright (2006) utilizam do modelo de Russell e Pratt (Figura 1) para caracterizar as reações dos indivíduos em relação ao ambiente de serviço. De acordo com os autores, as percepções cognitivas podem ser conscientes e até mesmo inconscientes em relação ao espaço, odores, sons, entre outros. Entretanto, quanto maior o grau de complexidade desse processo cognitivo, maior o impacto emocional e a impressão que o cenário causará no indivíduo. Um ambiente agradável aumenta o estímulo de prazer e entusiasmo, gerando uma reação positiva; um ambiente desagradável, com muitos estímulos, leva a pessoa ao campo da angústia emocional.

Bitner (1992) também faz uso de um modelo E-O-R, reconhecendo assim a complexidade do ambiente, seus múltiplos impactos nos atores envolvidos (clientes, funcionários e suas interações) e as distintas respostas internas (cognitivas, emocionais e psicológicas), assim como os comportamentos individuais e sociais que resultam, em consequência. A Figura 2 ilustra esse modelo de interação entre o ambiente e o usuário do serviço.



Figura 2 - Modelo de compreensão dos relacionamentos entre o ambiente e o usuário em organizações de serviços.

Fonte: Livre tradução de Bitner (1992, p.60).

Tanto os funcionários quanto os clientes percebem o ambiente (*servicescape*). Tal percepção gera reações ou respostas internas, podendo ser de caráter cognitivo, emocional e/ou fisiológico. Similar ao modelo E-O-R, as reações internas geram comportamentos de aproximação ou evitação. Assim, são as reações internas que influenciam o comportamento, ou seja, “[...] o cenário de serviços percebido *não tem um papel direto* no modo como as pessoas se comportam” (ZEITHAML, BITNER e GREMLER 2014, p. 291). Bitner (1992) relata que as reações internas podem sofrer alterações em função dos moderadores de resposta, que atuam potencializando ou reduzindo as respostas internas.

O efeito do ambiente também pode ser essencialmente psicológico, “ruídos muito altos podem causar desconforto físico, a temperatura de uma sala pode fazer com que as pessoas tenham arrepios ou transpirem, a qualidade do ar pode tornar a respiração difícil (. . .)” (ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014, p. 293). Tais estímulos geram um impacto mental que influencia na permanência ou não de uma pessoa em determinado ambiente, lembrando que cada indivíduo, dependendo da sua personalidade, fatores situacionais e moderadores de resposta, pode ter uma reação individual específica frente os estímulos recebidos.

## **2.2 Dimensões ambientais**

As dimensões ambientais incluem os elementos físicos capazes de influenciar a experiência no cenário de serviço, dentre eles a iluminação, as cores, odores, sinalização, ruídos, temperatura, móveis, entre outros, sendo que mesmo que as pessoas reajam de forma individual ao ambiente, esses elementos estabelecem um padrão de estímulos, tanto aos clientes quanto aos funcionários.

Na Teoria Ambiental de Mehrabian e Russell, tais estímulos ambientais atuam, sobretudo, nos aspectos sensoriais, pressuposto aceito por Bitner (1992) quando afirma que as dimensões do ambiente afetam os cinco sentidos, podendo estes também serem imperceptíveis, mas ainda assim surtirem efeito principalmente àqueles que são submetidos ao ambiente por um tempo mais longo, como os funcionários. Quanto mais tempo a pessoa é submetida a determinado elemento ambiental, maior será o efeito e o impacto causado. (BITNER, 1992)

Os sinais e símbolos tanto implícitos quanto explícitos no cenário têm seus significados interpretados de forma cultural e funcionam como um formador de impressões e avaliação de qualidade no cliente. A música, tanto ritmo, quanto harmonia e volume, são percebidos de maneira específica em determinado grupo de pessoas. Entretanto, em locais de longa espera, a música se mostra como um instrumento eficaz na redução dos níveis de estresse, na percepção da passagem de tempo e no aumento da satisfação, se bem utilizada, como afirma Lovelock e Wright (2006).

Os odores, quando perceptíveis, afetam diretamente no estado de ânimo, nas reações emocionais e de avaliação. Certos aromas possuem características específicas e despertam reações emocionais, fisiológicas e comportamentais distintas. As cores também são um forte meio de estímulo na dimensão ambiental. Cores quentes podem estimular, animar, dar mais intensidade ao local, todavia um ambiente com cores de matiz vermelha, por exemplo, podem acabar gerando uma percepção negativa, tensa, menos atraente ou aguçar o apetite. Já as cores frias geralmente promovem sensação de paz, felicidade, estimulam concentração e incentivam os pensamentos. (ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014).

## **2.3 Cenário de serviços no contexto hospitalar**

Poucos estudos foram feitos até então sobre como os elementos do ambiente hospitalar na rede pública influenciam a experiência do paciente e seus acompanhantes, embora se acredite, conforme o conteúdo já apresentado, que o ambiente influencie o comportamento do

paciente, acompanhante e funcionário do hospital. Três das cinco pesquisas encontradas sobre o tema trazem o ambiente físico como fator que influencia a qualidade do serviço percebido.

Realizada com 122 pacientes de hospitais de Portugal, Morais et al. (2015) atestam e validam escala de percepção de qualidade do ambiente físico, desenvolvida considerando cinco fatores: Conforto físico-espacial, Orientação, Tranquilidade, Vista/ iluminação e Temperatura/qualidade do ar. Os autores realizaram levantamento em relação ao ambiente de espera e concluíram que todos os elementos, a exceção da vista/iluminação, são componentes da avaliação geral sobre a qualidade do serviço.

Com propósito similar, Fadel e Régis Filho (2009) buscaram identificar fatores determinantes na percepção da qualidade do serviço de saúde, na percepção de 82 pacientes e 45 profissionais de odontologia vinculados à rede municipal de Florianópolis. Entre os resultados, apontam “clareza ao esclarecer dúvidas”, “tranquilidade ao usar os serviços” e “equipe comprometida com o bem-estar dos clientes” entre os principais determinantes para os pacientes, alcançando os dois primeiros 91% dos entrevistados e o terceiro, 90%. O ambiente físico também figura entre os principais elementos, sendo fator determinante de qualidade para 84% dos pacientes que participaram da pesquisa.

Ainda na relação entre evidência física e qualidade, Loures e Camponar (2005) investigaram, mediante pesquisa qualitativa, as percepções de profissionais de marketing de três hospitais brasileiros sobre o tema. Entre os resultados, os autores confirmam a relevância dos tangíveis para a qualidade, consoante aos pressupostos teóricos.

Sob um outra perspectiva em relação às evidências físicas, Filus et al (2014) sugerem que os ruídos em ambientes hospitalares são elevados e interferem no bem-estar do paciente. Os autores realizaram levantamento de dados secundários a partir de estudos já publicados na área e sinalizam que as produções acadêmicas sobre o tema alertam para os níveis elevados de ruídos em unidades hospitalares, comprometendo o conforto acústico de todos os presentes no ambiente. A preocupação é consoante com o apontamento de Vasconcelos (2004), ao afirmar que

Os hospitais vêm sofrendo transformações consideráveis, seja quanto ao avanço tecnológico e científico, seja quanto ao espaço físico e sua importância para a população usuária. Hoje, um hospital, além de responder a todas as necessidades funcionais, deve atender a todos os requisitos que podem influir sobre a psicologia do paciente para uma recuperação mais rápida. (VASCONCELOS., 2004, p. 25-26)

Historicamente o ambiente hospitalar surge como um espaço para tratamento e cura, entretanto apresenta um caráter “desconfortável” aos pacientes naturalmente por se tratar de um ambiente desconhecido, onde os níveis de ruído podem ser mais elevados e a experiência negativa associada ao “estar em um hospital” é o mesmo que “estar doente” ou acompanhar alguém nessa situação.

Segundo Martins (2005) a Política Nacional de Humanização, elaborada pelo Governo Federal, tem uma diretriz transversal. Os esforços e ações para humanizar os ambientes hospitalares surgem através de conjunto de práticas nos serviços de saúde, assim como em diferentes níveis do sistema, formando uma construção coletiva, sendo todos os atores estão envolvidos. “O edifício precisa ser flexível e expansível para atender todas as demandas das inovações tecnológicas e, sobretudo, ser mais humano.” (MARTINS, 2005, p. 8).

O hospital é considerado um lugar estratégico de intervenção, na perspectiva da reforma do sistema de saúde. Trata-se de um território virgem de trabalho na perspectiva de humanização do atendimento e da defesa da vida e afirma que é possível pensar em promoção da saúde, em educação em saúde, em criação de vínculos, no espaço hospitalar. No entanto, pondera-se que para isso a prática no interior dos hospitais precisa ser repensada, assim como a relação médico-paciente, médico-equipe e sistema de saúde como um todo. É preciso introduzir a ideia de

cliente, concebendo o usuário como legítimo portador de direitos e necessidades. O conceito de cliente deve ser construído a partir de uma ética de solidariedade e compromisso com a construção da cidadania. (SILVA, M.; SOUZA, A.; MOREIRA, 2011, p. 597).

Desta forma, o ambiente do hospital possui um papel relevante na humanização do atendimento na área da saúde, cujo espaço de interação entre os diferentes atores pode interferir em toda experiência do serviço.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A presente pesquisa utiliza do método exploratório, haja vista o intuito da descoberta e da elucidação de fenômenos (GONÇALVES, 2014). A abordagem utilizada foi qualitativa valorizando o lado interpretativo do cenário natural, dos múltiplos métodos interativos e humanísticos na coleta de dados. Conforme Günther (2006) afirma, é uma abordagem que apresenta maior adaptabilidade e flexibilidade, pois leva em conta que cada problema exige um método com instrumentos e procedimentos específicos. A pesquisa configura-se como um estudo de caso, compreendendo o “caso” como o fenômeno contemporâneo (impacto do cenário de hospitais públicos na experiência do cidadão) em seu contexto real. (YIN, 2015)

Para tanto, foram selecionados o setor de emergência de dois dos maiores hospitais públicos localizados da região da Grande Florianópolis, com atendimento em emergência geral, aqui caracterizados como: Hospital 1 e 2. Tendo em vista a natureza da pesquisa e os objetivos propostos, o estudo foi conduzido mediante aplicação de duas técnicas de coleta de dados, a observação não participante nos hospitais escolhidos e a entrevista em profundidade com pacientes ou acompanhantes que estiveram nos locais de estudo.

#### **3.1 Observação não participante**

A observação possui um papel essencial no processo de elaboração do estudo de caso, ela favorece a construção de hipóteses, gera aproximação das perspectivas dos sujeitos. Segundo Godoy (1995) ao observar é possível apreender aparências, eventos e comportamentos. O pesquisador registra o máximo de ocorrências adequadas aos objetivos da pesquisa e ao roteiro de observação, sendo que a coleta de dados ocorre sem a interferência ao objeto de estudo. A técnica foi aplicada durante o mês de abril de 2017 pelo primeiro autor, sendo que cada visita teve uma duração média de trinta minutos. As observações foram realizadas nos ambientes de espera dos hospitais pesquisados face a acessibilidade ao local, sem interferir no tratamento e privacidade dos pacientes.

O diário de campo foi utilizado como instrumento de coleta, servindo como sistematizador das experiências recolhidas sob a ótica do pesquisador durante a visita. O registro ocorreu por meio de anotações escritas e gravação de áudios. Posteriormente realizou-se a análise interpretativa dos dados e enquadramento de acordo com as categorias identificadas na “dimensão ambiente” (BITNER, 1992).

#### **3.2 Entrevista em profundidade**

Ribeiro (2008) afirma ser a entrevista uma das técnicas mais pertinentes quando o pesquisador necessita adquirir informações sobre o seu objeto, indo além das respostas, pois é possível a percepção das atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento.

Para sua realização, um roteiro de entrevista semi-estruturado foi desenvolvido e as entrevistas foram conduzidas priorizando tom informal. A seleção dos entrevistados ocorreu mediante a indicação de pessoas que estiveram em pelo menos um dos hospitais analisados nos últimos cinco anos, na condição de paciente ou acompanhante. Os critérios utilizados para seleção dos participantes foram de acessibilidade e conveniência (FLICK, 2004), de forma

que as entrevistas foram conduzidas somente com os que tiveram interesse em participar, resultando num total de seis pessoas, um homem e cinco mulheres.

Três das entrevistas foram feitas à distância em razão da impossibilidade do entrevistado comparecer pessoalmente, nestes casos as perguntas foram enviadas por email e as respostas também foram obtidas pelo mesmo canal. Três das outras entrevistas ocorreram de forma presencial, tendo seu registro ocorrido através de gravação de áudio. Em seguida foi realizada a transcrição dos dados e a análise dos pesquisadores com base no conteúdo teórico que embasa esta pesquisa, especialmente o modelo de Bitner (1992). Considerando o elevado grau de subjetividade da análise, especialmente no tocante às respostas internas, buscou-se postura imparcial na coleta e análise, centrada nos termos e expressões presentes nos relatos recebidos por email e contidas na fala e tom de voz dos entrevistados, quando das entrevistas presenciais.

#### 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia com a descrição dos ambientes visitados, categorizados com base nas “dimensões ambientais” propostas por Bitner (1992). Em alguns momentos da descrição são indicados - entre parêntesis e formato itálico - as respostas internas do pesquisador, a partir das impressões geradas pelo ambiente. Após a apresentação das descrições, efetua-se a análise das entrevistas com os sujeitos de pesquisa.

<b>HOSPITAL 1</b>	
<b>CONDIÇÕES AMBIENTAIS</b>	
<b>Temperatura</b>	Temperatura ambiente - portas e janelas abertas e ar condicionado desligado.
<b>Odor</b>	Álcool e/ou éter, perceptível ao entrar no ambiente.
<b>Ruídos</b>	Ruído alto de pessoas conversando; grito das funcionárias chamando os próximos pacientes pelo nome, ocasionando certo incômodo/irritação ( <i>resposta interna – fisiológica e emocional</i> ).
<b>Iluminação</b>	Iluminação natural proporcionada por janelas que ocupam quase toda parede; ambiente claro (dia ensolarado). Lâmpadas fluorescentes distribuídas no teto.
<b>ESPAÇO-FUNÇÃO</b>	
<b>Layout</b>	Ambiente em formato circular e espaço é amplo; disposição dos móveis permite a livre circulação nos casos de cadeirantes e pessoas com muletas. A disposição das cadeiras e a existência de janelas em praticamente toda a parede lateral dão um ar moderno, de sofisticação ( <i>resposta interna – cognitiva</i> ), além de bem-estar ( <i>resposta interna – emocional</i> ) pela aproximação com a natureza, haja vista a área de vegetação/mata na parte externa.
<b>Móveis</b>	Há cinco bancos grandes de madeira posicionados no centro e três menores nas laterais, cuja disposição se parece com aqueles vistos em igrejas católicas. Os bancos eram coletivos e desconfortáveis ( <i>resposta interna – fisiológica</i> ). Havia uma cabine de vidro com duas recepcionistas atendendo.
<b>Equipamentos</b>	TV posicionada na parte superior da cabine da recepção, sem volume, mas com legendas ativadas. O ar condicionado é de aspecto moderno ( <i>resposta interna - cognitiva</i> ), localizado no teto, porém desligado. Há uma câmera de segurança.
<b>Estrutura</b>	Arquitetura do ambiente em formato circular; paredes brancas; janelas ocupam parede do teto ao chão (em uma das laterais); teto de gesso, com um pé-direito em tamanho padrão. Piso de mármore, sem antiderrapante, o que torna o deslizar mais fácil e perigoso para aqueles que andam de muleta, por exemplo ( <i>resposta interna – cognitiva</i> ).
<b>SINALIZAÇÃO</b>	
<b>Placas</b>	A sinalização das placas apresenta muitas setas e muita informação, se tornando confusa ( <i>resposta interna – fisiológica</i> ).

Figura 3: Condições Ambientais, Espaço-Função e Sinalização do Hospital 1.

Fonte: Dados Primários, 2017.

HOSPITAL 2	
CONDIÇÕES AMBIENTAIS	
<b>Temperatura</b>	Ambiente fresco por causa do ar condicionado, gerando uma sensação agradável ( <i>resposta interna – fisiológica</i> ).
<b>Odor</b>	Produtos de limpeza, álcool e éter.
<b>Ruídos</b>	Conversas entre as outras pessoas, também em situação de espera.
<b>Iluminação</b>	Iluminação clara, proveniente do ambiente (diversas janelas) e das lâmpadas no teto (várias luminárias quadradas, dando “ar” moderno ao ambiente – <i>resposta interna cognitiva</i> ).
ESPAÇO-FUNÇÃO	
<b>Layout</b>	Cadeiras enfileiradas gerando amplitude e espaço para movimentação; distância entre as cadeiras formava um corredor espaçoso, caso fosse necessário passar algum cadeirante ou pessoa usando muletas. Recepção ampla, protegida por vidro ampla e com espaço para dois atendentes. O fato de também haver paredes de vidro em uma parte do espaço intensificou essa sensação espaçosa ( <i>resposta interna – fisiológica</i> ).
<b>Móveis</b>	Presença de três fileiras individuais de cadeiras do lado esquerdo para quem logo entrava e duas fileiras no lado direito, além de uma fileira encostada na parede esquerda lateral. Duas cadeiras únicas dispostas na frente do atendimento da recepção. As cadeiras eram de um material que parecia plástico, conservadas, porém um tanto desconfortáveis ( <i>resposta interna – fisiológica</i> ).
<b>Equipamentos</b>	Ar condicionado de aspecto moderno ( <i>resposta interna - cognitiva</i> ), TV ligada sem som (com legendas), extintor de incêndio, bebedouro e uma câmera de segurança.
<b>Estrutura</b>	O pé-direito um pouco maior do que o padrão, paredes brancas e bem pintadas, sem muitos sinais de desgaste. No fundo das cadeiras enfileiradas havia janelas do chão ao teto e na parte lateral janelas menores dispostas no alto. O piso tinha aspecto limpo, bem conservado e imitava a consistência do mármore.
SINALIZAÇÃO	
<b>Placas</b>	Placa avisando “não entre aqui se não for autorizado”, outras placas de saída, uma ensinando como deve ser uma boa limpeza das mãos, uma placa sobre a última obra realizada naquela emergência, assim como um adesivo colado no vidro da recepção avisando que eles utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras sinalizações informativas.

Figura 4: Condições Ambientais, Espaço-Função e Sinalização do Hospital 2.

Fonte: Dados Primários, 2017.

A análise das Figuras 3 e 4 com seus respectivos descritivos indicam incidência de respostas internas em relação aos itens layout, equipamento e móveis nos dois hospitais analisados. Outro ponto a observar em relação às respostas internas trata do efeito percebido, algumas de caráter positivo (sensação agradável, aspecto moderno) ou negativo (irritação, desconforto), compatível com o modelo de Russell e Pratt apresentado por Vieira (2008).

#### 4.1 Análises das entrevistas

Os entrevistados foram predominantemente do sexo feminino, todos com ensino médio completo e suas idades variam entre vinte e dois e sessenta e sete anos. É descrito na Figura 5 a seguir o perfil dos entrevistados.

Entrevistados	Gênero	Idade	Formação	Profissão	Mora com quem?
A	Feminino	39	Pós-graduação	Administradora	Pais

<b>B</b>	Masculino	67	Ensino médio completo	Aposentado	Esposa e filha
<b>C</b>	Feminino	22	Superior em andamento	Estudante	Mãe
<b>D</b>	Feminino	54	Superior completo	Aposentada	Filha
<b>E</b>	Feminino	45	Superior completo	Servidora pública	Sozinha
<b>F</b>	Feminino	25	Ensino médio completo	Auxiliar de atendimento	Sozinha

Figura 5: Perfil dos Entrevistados.

Fonte: Dados Primários, 2017.

Cada entrevistado se dirigiu ao hospital por um problema específico, chegaram no ambiente da emergência de uma determinada forma e relatam experiências distintas. Os relatos sugerem que os entrevistados chegaram no ambiente com alguma sensação desagradável – dor, angústia, medo – caracterizando os moderadores de resposta indicados por Bitner (1992), os quais podem influenciar as reações internas decorrentes dos estímulos ambientais.

- Entrevistada A: última experiência no Hospital 2 como paciente (fev. 2013). Com fortes dores nos ombros e abdômen, foi encaminhada para fazer exames de rápido resultado (raio-x, ultrassom e tomografia). Ela permaneceu em sala de medicação recebendo remédios para a dor, juntamente com outras vinte pessoas.
- Entrevistado B: última experiência no Hospital 2 (fev. 2013), mas como acompanhante de sua filha, diagnosticada com hemangioma no fígado.
- Entrevistada C: última experiência no Hospital 2 (março 2017), como acompanhante do namorado, que se cortou com o vidro ao tentar abrir uma janela, resultando na necessidade de pontos. Como o acidente ocorreu na madrugada eles tentaram outro hospital, mas devido a emergência encontrar-se fechada, recorreram ao Hospital 2.
- Entrevistada D: última experiência no Hospital 2 (dez. 2013), como acompanhante de seu pai na emergência, que apresentava insuficiência renal e problemas pulmonares.
- Entrevistada E: última experiência no Hospital 1 (dez. 2016), como acompanhante de seu irmão. O rapaz tinha glaucoma e por ter ficado muito tempo sem tratá-la havia risco de perder a visão. Ele precisou de vários atendimentos, exames e posteriormente cirurgia nas duas vistas.
- Entrevistada F: última experiência no Hospital 1 (nov. 2016). Apresentava fortes dores de cabeça. Afirmou que a experiência em si não foi muito boa, pois os médicos demoraram bastante tempo para diagnosticar seu problema e nem fizeram nada de imediato para aliviar a sua dor.

#### 4.1.1 Descrição do ambiente, respostas internas e comportamentos

A descrição do ambiente, na percepção dos entrevistados, foi agrupada pelos hospitais mencionados. Buscou-se, na análise dos relatos, identificar as dimensões de ambiente citadas, bem como as respostas internas presentes e os comportamentos no local, categorizando-os, sempre que possível, de acordo com o modelo de Bitner (1992).

##### 4.1.1.1. Hospital 1 – Entrevistados E e F

A **Entrevistada E** relatou que a emergência oftalmológica ficava em um longo corredor, onde circulavam pacientes de outras emergências, inclusive pacientes traumáticos de acidentes e baleados. “É um corredor de circulação do hospital, muito movimentado, barulhento, cadeiras desconfortáveis, sujo. Inclusive têm sangue no chão, às vezes vômitos”, contou. Expôs ainda que os banheiros eram mistos (masculino e feminino). Observa-se que este relato traz elementos associados às “condições do ambiente”, do tipo barulho

(*barulhento*) e higiene/limpeza (*sujo, sangue no chão, vômito*); “espaço-função” do tipo móveis (*cadeiras desconfortáveis*) e layout (*banheiro misto*). Há também respostas internas do tipo fisiológica (*desconforto, sujeira*). Não foi possível categorizar o elemento “muito movimentado” dentro das dimensões de ambiente apresentadas por Bitner (1992).

Dada a situação vivenciada, a Entrevistada E sentiu-se com “*vontade de sair correndo e nunca mais voltar*”, observando-se aqui que o estímulo ambiental gera uma influência no comportamento do usuário do serviço, confirmando o postulado de Mehrabian e Russell (VIEIRA, 2008) e Zeithaml, Bitner e Gremler (2014). Alegou que o local é “*o cúmulo do descaso com o ser humano e com a saúde pública*”. Sua resposta emocional de um humor caracterizado como “negativo” chegou a gerar uma intenção de comportamento, demonstrada em sua fala pela expressão “*vontade de sair correndo*” e não voltar.

A **Entrevistada F** alegou não ter prestado muita atenção no ambiente, por sentir dores muito fortes de cabeça, permanecendo de cabeça baixa. Mas, de modo geral, descreveu que o ambiente não estava cheio, por ser de madrugada, e que era um local sujo e descuidado. “*Eu nunca gostei de hospital e para mim o ambiente é sempre triste, desesperador, porque você nunca vê coisas boas, são bem raros os momentos*”, declarou. Novamente o elemento “*sujeira*” aparece nos relatos, indicando a dimensão “*condições do ambiente*”, do tipo higiene/limpeza. A impressão de descuido, neste caso, configura-se como resposta interna do tipo cognitiva de caráter negativo (crença de que o ambiente não é cuidado). Outro elemento observável diz respeito ao moderador de resposta “*nunca gostei de hospital*”.

#### 4.1.1.2 Hospital 2 – Entrevistados A, B, C e D

A **Entrevistada A** descreveu o ambiente físico emergencial como precário. Relata que teve que ficar internada na emergência, pois não havia quartos disponíveis. Expôs que a distância que percorria de sua maca até o banheiro para tomar banho era longa, agravada pelo fato de sentir dor e de estar com o suporte de soro. Ao descrever o banheiro, ela menciona que o local não tinha condições mínimas de uso para uma pessoa com dificuldades de locomoção. “*A porta não trancava e tive que pedir para o meu acompanhante ficar segurando a porta enquanto usava o banheiro*”, contou. O relato indica situação envolvendo “*espaço-função*”, especificamente em relação ao layout (*trajeto, localização do banheiro*) e móveis (*porta do banheiro*). Observa-se resposta interna do tipo fisiológica (inadequação por não conseguir fechar a porta do banheiro). Ainda, a entrevistada apresentou outros elementos ao descrever sua experiência no local: “*eu vi muito sofrimento, poucos funcionários para atender a demanda, lembro de ver no rosto das pessoas a dor e sofrimento de estar se sentindo mal e não saber se iria sair dali rapidamente ou ficar internada*”. Interessante observar que, neste caso, o estímulo que forma o cenário do serviço não provém de algo controlável pelo hospital, mas sim das outras pessoas presentes no local, seu sofrimento e sua dor.

O **Entrevistado B** também descreveu de forma negativa o ambiente da emergência do Hospital 2: “*O ambiente físico era deprimente, pois havia oito leitos na emergência e mistos com pacientes homens e mulheres, se fosse preciso se despir o paciente era feito ali, sem nenhuma privacidade para o doente*”, assegurou. Observa-se, nesta fala, apontamentos relacionados ao espaço-função, do tipo layout (*quartos mistos*), ocasionando falta de privacidade. Apesar de não usar tais palavras, percebe-se uma sensação de vergonha/inadequação, possivelmente associada à uma resposta interna emocional. Ainda, ao classificar o ambiente como “*deprimente*” observa-se resposta interna cognitiva, além de resposta interna fisiológica, caracterizada pelo desconforto com o entupimento do banheiro e a persiana da janela sem funcionar (ver relato a seguir). Curiosamente, o efeito dos estímulos negativos sobre as respostas internas (possivelmente moderado por outros fatores) gerou, neste caso, um comportamento colaborativo, como se observa no relato:

Esse ambiente serviu para me mostrar que eu, os funcionários, os médicos, enfim, todos podem fazer um pouco mais para contribuir com o bom atendimento de todos. Por exemplo, no quarto que minha filha ficou internada a persiana da janela não estava funcionando, conversei com o administrador e propus a ajudar, eles prontamente vieram fazer a manutenção e arrumaram a persiana. Houve também um entupimento no banheiro, mais uma vez me propus a ajudar e os funcionários do hospital disseram: “se o senhor trabalhar aqui com a gente vamos arrumar todo este hospital!”. Até mesmo o atendimento médico melhorou pela maneira educada, mas firme, ao falar das necessidades da paciente. (ENTREVISTADO B, 2017)

A **Entrevistada C** relatou que a emergência se encontrava vazia no momento em que chegou no local. Descreveu o ambiente como “*acinzentado e meio frio, embora fosse limpo*” e adicionou outros elementos, como “*o ambiente parecia bem equipado, o que passou uma sensação de confiança e organização, mesmo com a pouca disposição dos residentes de medicina*”. A sala em que o paciente foi atendido foi descrita como “*pequena, com uma maca e alguns equipamentos, mas a maior parte do resto do corredor estava escura, pelo fato de haver outras pessoas dormindo em leitos próximos*”. As dimensões ambientais identificadas, neste caso, dizem respeito às condições do ambiente (cor, temperatura, higiene/limpeza, iluminação), ao espaço-função (layout, equipamentos) e a presença de poucas pessoas no ambiente. Destaca-se também, no relato da entrevistada, a sensação de confiança e organização (respostas internas cognitivas) proporcionadas pelo ambiente físico, que inclusive superam o aspecto negativo da falta de disposição dos residentes, demonstrando a relevância do cenário na experiência de usuários em unidades de saúde.

O ambiente emergencial foi descrito pela **Entrevistada D** como “*sombrio, desconfortável, revelando desgaste da parte física e falta de manutenção*”. Havia elevada circulação de pessoas no local, resultando na falta de cadeiras para alguns. As paredes eram gastas, piso solto em alguns pontos e o “*teto estava caindo*”, as cadeiras eram desconfortáveis para quem aguardava por muito tempo. Notou que os banheiros eram sujos e pequenos, contou ainda ter visto uma barata. O relato revela elementos de “*espaço-função*” da categoria móveis (falta de cadeiras, cadeiras desconfortáveis), estrutura (parede gasta, piso soltando, teto caindo) e layout (banheiro pequeno); elementos de “*condições do ambiente*” do tipo “*higiene/limpeza*” (banheiro sujo, barata). O termo “*sombrio*” indica resposta interna cognitiva (significado simbólico); já o termo “*desconfortável*” sugere resposta interna do tipo fisiológica; e a frase “*revelando (...) falta de manutenção*” indica suposta resposta interna cognitiva (crença sobre a falta de manutenção). A entrevistada D também descreveu os porteiros como agressivos, comprometendo o atendimento. Afirmou que seu pai (por ser idoso) foi logo atendido, porém muitas pessoas permaneceram ali por muito tempo. “*Foi uma experiência que não desejo repetir*”, relatou. A expressão revela comportamento do tipo “*evasiva*” (BITNER, 1992) ou de “*afastamento*” (MEHRABIAN e RUSSELL *apud* VIEIRA, 2008).

Na entrevista também mencionou sentir-se maltratada pelo fato de pagar tantos impostos e não ver esses investimentos aplicados em saúde: “*É um absurdo que pagamos tantos e tão altos impostos e alguns deles com a finalidade de serem revertidos e direcionados ao uso na saúde, e, no entanto, não vemos infelizmente os governos investindo na área e colocando o que deveriam em prática. Lamentável*” reiterou. O relato sugere relação com resposta interna do tipo cognitiva, no tocante à crença do baixo retorno em termos de qualidade do serviço público, frente ao pagamento de impostos. Foi lembrado ainda que o ambiente faz com que os médicos se sintam desmotivados: “*em um ambiente desagradável eles se esforçam para atender bem, mas acabam se encaixando em um sistema de atender rápido, porque há muita demanda, eles devem se sentir constrangidos de atender em um ambiente físico inadequado*”, descreveu ela. Há aqui uma consideração sobre a

influência do ambiente nas respostas internas dos funcionários, também observado no modelo de Bitner (1992).

A Figura 6 sintetiza os elementos da dimensão ambiental identificados nos relatos dos entrevistados. Na sequência, a Figura 7 traz o agrupamento das respostas internas e comportamentos identificados nos relatos. Entre parêntesis foi indicado a letra correspondente ao relato do/a entrevistado/a.

		Hospital 1	Hospital 2
<b>Condições do ambiente</b>	Temperatura	---	Frio (C)
	Qualidade do ar	---	---
	Barulho	Barulhento (E)	---
	Odor	---	---
	Música	---	---
	Higiene/limpeza	Sujeira (E,F)	Ambiente limpo (C); Banheiro sujo, barata (D)
	Cor da parede	---	Acinzentado (C)
	Iluminação	---	Corredor escuro (C)
<b>Espaço-função</b>	Layout	Banheiro misto (E)	Localização do banheiro (A); Quartos mistos (B); Sala médica pequena (C); Banheiro pequeno (D)
	Móveis	Cadeiras desconfortáveis (E)	Porta do banheiro (A); Falta de cadeiras, cadeiras desconfortáveis (D)
	Equipamentos	---	Equipamentos na sala médica (C)
	Estrutura	---	Parede, piso, teto deteriorados (D)
<b>Sinalização, símbolos e objetos</b>	Sinalização	---	---
	Artefatos pessoais	---	---
	Decoração	---	---
<b>Outras pessoas</b>	Presença/ausência	---	Ambiente vazio (C)
	Expressão visual/corporal	---	Dor e sofrimento (A)

Figura 6: Elementos das dimensões do ambiente presentes nos relatos dos entrevistados  
Fonte: Dados primários, 2017.

Observa-se que alguns elementos indicados pelos entrevistados são similares aqueles indicados por Morais et al (2015), ao analisar a percepção da qualidade em serviços de saúde, em específico, o “Conforto físico-espacial” (dimensão espaço-função), “Vista/ iluminação” e “Temperatura/qualidade do ar” (dimensão condições do ambiente).

Importante pontuar que, mesmo que alguns elementos não tenham sido relatados pelos entrevistados (ex. sinalização, qualidade do ar, odor), não significa que não tenham sido percebidos – eles não foram *lembrados*, o que pode guardar relação com os elementos de cenário mais relevantes para a experiência do paciente/acompanhante. Higiene/limpeza e layout foram os componentes da dimensão ambiental com maior número de comentários, o que sugere necessidade de atenção especial dos gestores dos hospitais analisados.

Ainda, cabe destacar a criação do item “Outras Pessoas”, composto pelas categorias “Presença/Ausência” e “Expressões visuais/corporais”. Tais categorias foram criadas em função dos relatos que trouxeram tais elementos como pertencentes ao cenário (*servicescape*) dos hospitais analisados.

<b>HOSPITAL 1</b>		
<b>Relato</b>	<b>Resposta Interna</b>	<b>Comportamento</b>
<i>... cadeiras desconfortáveis, sujo.</i> (E)	Fisiológica (desconforto)	---
<i>Cúmulo de descaso com o ser humano</i> (E)	Emocional (tom de indignação/ mau humor)	Vontade de sair correndo e nunca mais voltar
<i>Local descuidado e sujo</i> (F)	Cognitiva (crença)	---
<b>HOSPITAL 2</b>		
<b>Relato</b>	<b>Resposta Interna</b>	<b>Comportamento</b>
<i>A porta do banheiro não trancava</i> (A)	Fisiológica (inadequação por não conseguir fechar a porta do banheiro); Emocional (tom de indignação)	---
<i>O ambiente físico era deprimente</i> (B)	Cognitivo (crença)	Colaboração, auxílio para melhoria do local
<i>Persiana não funcionava, banheiro entupido</i> (B)	Fisiológico (desconforto)	
<i>Pacientes homens e mulheres no mesmo local, sem privacidade</i> (B)	Emocional (vergonha/inadequação)	---
<i>...sensação de confiança e organização</i> (C)	Cognitivo (crença)	---
<i>Ambiente sombrio</i> (D)	Cognitivo (significado simbólico)	Desejo de não repetir (a experiência no local)
<i>Falta de manutenção</i> (D)	Cognitivo (crença)	
<i>Baixo retorno na área da saúde pelos impostos pagos</i> (D)	Cognitivo (crença)	
<i>...eles (profissionais da saúde) devem se sentir constrangidos</i> (D)	Cognitivo (crença)	

Figura 7: Elementos das dimensões do ambiente presentes nos relatos dos entrevistados  
Fonte: Dados primários, 2017.

## 6 CONCLUSÃO

A literatura de marketing de serviços, em específico, a que trata de experiências em serviços, afirma que o cenário (*servicescape*) é capaz de influenciar as percepções dos usuários, afetando, inclusive, as percepções sobre a qualidade do serviço (ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014; LOVELOCK e WRIGHT, 2006). No contexto da saúde, alguns pesquisadores buscaram tecer esta relação e mostram, em seus estudos, que determinados elementos no ambiente físico são considerados mais ou menos importantes, sob a ótica de pacientes e/ou profissionais da área. (MORAIS et al, 2015; FADEL e RÉGIS FILHO, 2009; LOURES e CAMPOMAR, 2005)

Dada a relevância do tema, especialmente ao considerar o contexto da saúde pública, a presente pesquisa buscou analisar a influência do cenário de emergências de hospitais da rede pública de saúde, na experiência de serviço vivenciada pelo cidadão, tendo como principal base teórica o “Modelo de compreensão dos relacionamentos entre o ambiente e o usuário em organizações de serviços”, proposto por Bitner (1992). Para tanto, empreendeu-se pesquisa de caráter qualitativo, mediante observação em duas emergências de hospitais da Grande Florianópolis, combinada à entrevista em profundidade com seis pacientes e/ou acompanhantes que estiveram nos hospitais analisados nos últimos cinco anos.

A pesquisa revela elementos de cenário memoráveis na fala dos entrevistados (em sua maioria, de conotação negativa). Situações relacionadas ao layout, móveis, equipamentos e higiene/limpeza do local foram citadas um maior número de vezes, embora isso não signifique que outros elementos do ambiente não sejam notados.

Outro ponto interessante diz respeito aos relatos sobre como outras pessoas influenciam a percepção do ambiente. Estímulos do ambiente advindos das expressões faciais/corporais de outras pessoas presentes no mesmo local, assim como a quantidade de indivíduos no cenário – responsável por gerar a sensação de ambiente vazio ou de multidão –, foram perceptíveis no relato das entrevistadas A e F. Entretanto, tal situação não é pontuada por Bitner (1992), nem considerada por Mehrabian e Russel, no modelo E-O-R (VIEIRA, 2008).

Ainda, destaca-se o efeito de estímulos negativos no comportamento do Entrevistado B, que optou por atuar de forma colaborativa para resolver o problema. Naturalmente, entende-se que os estímulos não são responsáveis diretos pelo comportamento (VIEIRA, 2008; ZEITHAML, BITNER e GREMLER, 2014) e podem sofrer influência de uma infinidade de aspectos, desde a experiência de vida do indivíduo, personalidade, humor, motivação pessoal, entre outros.

Além, pontua-se também a possibilidade do cenário em sobrepor uma impressão negativa de atendimento, manifestada na fala da entrevistada C. A aparência de limpeza, organização e dos equipamentos disponíveis gerou uma sensação de confiança e segurança, ainda que fosse perceptível a pouca disposição dos residentes. Relatos como este revelam a importância do cenário na experiência do usuário do serviço, especialmente em áreas mais frágeis, como a saúde pública.

Diante do exposto, evidencia-se que o cenário do serviço (*servicescape*) afetou a experiência de seis pessoas (na condição de pacientes e/ou acompanhantes) no setor de emergência de dois hospitais públicos da região de Grande Florianópolis. Em que pese o caráter qualitativo e impossibilidade de generalização dos dados, a pesquisa contribui para o campo de estudos sobre experiências em serviços, trazendo a combinação do modelo *servicescape* à área da saúde – ainda inédito no Brasil, conforme levantamento bibliográfico realizado neste estudo. Cabe destacar que pesquisas sobre experiências em serviços foram classificadas por pesquisadores de todo o mundo entre os 12 temas mais relevantes, ocupando sétimo lugar (OSTROM et al, 2015); igualmente, saúde, educação, segurança e outros serviços públicos despertam interesse de análise, uma vez que buscam o bem-estar social.

O ambiente hospitalar normalmente remete-se a um local de dor, doença ou sofrimento, conforme observado nos relatos. Logo, um cenário que intensifica tal sensação, mediante estímulos desagradáveis, possivelmente reflete-se em uma experiência insatisfatória a todos: pacientes, acompanhantes e funcionários; de forma contrária, um cenário com estímulos prazerosos (ambiente limpo, organizado, silencioso, confortável – entre outras características), pode promover o bem-estar entre os presentes, impactando na experiência e na qualidade percebida do serviço.

## REFERÊNCIAS

- BATESON, John E.G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de Serviços**. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- BECKHAM, J.D. Branding. **20 years of health care marketing**. Health Forum Journal, San Francisco, v. 44, n. 4, p. 37-40, July/Aug. 2001.
- BITNER, Mary J. **Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees**. Journal of Marketing, 56, April 1992.
- BOLTON, R. N. et al. Small details that make big differences: A radical approach to consumption experience as a firm's differentiating strategy. **Journal of Service Management**, v. 25, n. 2, 2014.
- FADEL, M. A. V; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública [online]**. vol.43, n.1, 2009.
- FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FROEMMING, L. M. S. **Marketing Público**. Rio Grande do Sul: Unijuí, 2009.

GARG, R. et al. Identifying and ranking critical success factors of customer experience in banks: An analytic hierarchy process (AHP) approach. **Journal of Modelling in Management**, v. 7, n. 2, 2012.

GONÇALVES, H. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 2 ed. São Paulo: Avercamp, 2014.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

KON, Anita. **Economia de serviços: teoria e evolução no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LOURES, C; CAMPOMAR, M. **Um estudo sobre o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros**. Revista Brasileira de Gestão de Negócios – FECAP. Ano 7, Número 17, Abril 2005.

LOVELOCK, Christopher; WIRTZ, Jochen. **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall do Brasil, 2006.

MARTINS, V.P. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica – 2004.

MORAIS, R; ANDRADE, C. C; BERNARDES, S; PEREIRA, C. R. Escalas de Medida da Percepção da Qualidade do Ambiente Hospitalar - Um Estudo em Unidades de Dor. **Psic.: Teor. e Pesq. [online]**. 2015, vol.31, n.3.

MOREIRA, Rafael. **A saída da crise passa pelos serviços**. 2016. Disponível em: <<http://economiadeservicos.com/2016/07/19/a-saida-da-crise-passa-pelos-servicos/>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

OSTROM, A. et al. Service Research Priorities in a Rapidly Changing Context. **Journal of Service Research**, vol. 18, 2015.

PAULA, Ana Paula Paes. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2005.

RIBEIRO, E.; FRANCISCONI, K. **Marketing e serviços públicos: investigando a resistência ao marketing a partir de uma análise histórica e institucional**. Paraná, ca. 2000.

Schmitt, B. H. **Experiential Marketing**. New York, NY: Free Press, 1999.

SILVA, M.; SOUZA, A.; MOREIRA, A. **Promoção da saúde em ambientes hospitalares**. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Fortaleza, 2011.

STICKDORN, Marc; SCHENEIDER, Jakob. **Isto é design thinking deserviços: fundamentos, ferramentas, casos**. Porto Alegre: Bookman, 2014.

VASCONCELOS, R.T.B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VERHOEF, P. et al. Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics and Management Strategies. **Journal of Retailing**, v. 85, 2009.

VIEIRA, V. A. Meta-análise do modelo teórico “E-O-R” de Mehrabian e Russell (1974). **XXXII Encontro da Anpad**. Rio de Janeiro, set. de 2008.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J; GREMLER, D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. Porto Alegre: Bookman, 2014.