

Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Administração

GIOVANNA XAVIER DE TOLEDO ARAUJO

**CODESTRUIÇÃO DE VALOR NA RELAÇÃO DE SERVIÇO DE
CIRURGIA PLÁSTICA: uma análise de relatos de clientes e
provedores do serviço**

Brasília – DF

2021

GIOVANNA XAVIER DE TOLEDO ARAUJO

**CODESTRUIÇÃO DE VALOR NA RELAÇÃO DE SERVIÇO DE
CIRURGIA PLÁSTICA: uma análise de relatos de clientes e
provedores do serviço**

Projeto de monografia apresentado ao Departamento de Administração como
requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professora Orientadora: Dra. Josivania Silva Farias

Professor Coorientador: Dr. Renato Calhau Codá

Brasília – DF

2021

GIOVANNA XAVIER DE TOLEDO ARAUJO

**CODESTRUÇÃO DE VALOR NA RELAÇÃO DE SERVIÇO DE
CIRURGIA PLÁSTICA: uma análise de relatos de clientes e
provedores do serviço**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do
Curso de Administração da Universidade de Brasília da aluna

Giovanna Xavier De Toledo Araujo

Dra., Josivania Silva Farias

Professora Orientadora

Dr., Renato Calhau Codá

Professor Coorientador

Profa. Dra., Helena Araujo Costa

Professora-Examinadora

Prof. Dr., João Carlos Neves de Paiva

Professor-Examinador

Brasília, 21 de outubro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por sempre me incentivar e apoiar os meus sonhos, e por me inspirar a ser melhor a cada dia. Aos meus orientadores Renato Calhau e Josivania Farias pelo apoio, incentivo e ensinamentos. Aos meus amigos, pelos desabafos, celebrações e memórias que ficarão para sempre em nossos corações. A todos os professores da UnB, que contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo a identificação e a análise das causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica, a partir de queixas de clientes e relatos de justificativas de provedores do serviço para a ocorrência desse fenômeno. Para isso, foi utilizado o método de análise documental, com abordagem qualitativa. Foram analisados 60 comentários de clientes e 37 respostas de provedores do serviço, coletadas do site ReclameAqui. As análises textuais foram feitas por meio do software IRAMUTEQ e a categorização das queixas foi feita com a análise de conteúdo. Após as análises, concluiu-se que a principal causa desse fenômeno nos serviços de cirurgia plástica são os recursos operantes, visto que os fatores que mais geraram codestruição de valor no âmbito da cirurgia plástica foram relacionados ao atendimento, ao procedimento e ao pós-serviço. A pesquisa contribui para a melhoria desses serviços e para a redução da codestruição de valor e pode ser aplicada a mais áreas da medicina e de prestação de serviços.

Palavras-chave: *Codestruição de valor. Cirurgia plástica. Lógica dominante do serviço.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Análise de Similitude A	34
Figura 2 – Dendrograma A.....	36
Figura 3 – Análise de Similitude B	38
Figura 4 – Dendrograma B.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lógica G-D x lógica S-D na cocriação de valor :	17
Quadro 2 - Causas da codestruição de valor na perspectiva dos clientes:	41
Quadro 3 - Causas da codestruição de valor na ótica dos provedores de serviço:.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Formulação do problema	10
1.2	Objetivo Geral	13
1.3	Objetivos Específicos	13
1.4	Justificativa e contribuição do estudo.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	<i>Lógica Dominante do Serviço (LDS)</i>	15
2.1.1	Cocriação de valor.....	18
2.1.1.1	Díade médico-paciente	20
2.1.1.2	<i>Dialogic engagement (DE)</i>	21
2.1.1.3	Tomada de Decisão Compartilhada (TDC)	22
2.1.2	Codestrução de valor.....	25
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	29
3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa.....	29
3.2	Caracterização da área <i>lócus</i> de estudo.....	30
3.3	Sujeitos da pesquisa	30
3.4	Procedimentos de coleta dos dados da pesquisa.....	31
3.5	Instrumento de coleta de dados da pesquisa.....	31
3.6	Procedimentos de análise dos dados	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	Base A – As queixas dos clientes	34
4.2	Base B – As respostas e justificativas dos provedores dos serviços	38
4.3	Causas da codestrução de valor nos serviços de cirurgia plástica e o que justifica a ocorrência desse fenômeno.....	41

4.4	Convergências e divergências entre as queixas dos clientes e as justificativas das empresas	44
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	47
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICES.....	57
	Apêndice A – Planilha de Avaliações e Comentários.....	57

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, mais e mais pessoas buscam preservar a juventude, a beleza e o bem-estar. Predominantemente as mulheres em processo de envelhecimento preocupam-se, cada vez mais, em manter um padrão estético jovem com o auxílio de cirurgias plásticas, além de outros tratamentos estéticos e cosméticos (AUDINO; SCHMITZ, 2013). Desse modo, a área da medicina estética, como a cirurgia plástica e a dermatologia cosmética, é cada vez mais procurada. Além disso, a cirurgia plástica destaca-se entre os procedimentos cirúrgicos que estão associados à melhora da autoestima e da autoimagem de uma pessoa, bem como da percepção de sua imagem corporal (SANTOS *et al.*, 2012). Dessa forma, a demanda por procedimentos cirúrgicos estéticos aumenta.

Cirurgia plástica é a área da medicina que pode ser definida como “conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos utilizados pelo médico para reparar e reconstruir partes do revestimento externo do corpo humano”. E tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes (FERREIRA, 2000, p.61). A cirurgia plástica também é definida como a combinação da cirurgia cosmética com a cirurgia reparadora para corrigir defeitos causados por queimaduras, traumas, doenças, defeitos de nascença e afins (WILLIAMS, 2021). É dividida em duas grandes categorias: cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica estética.

De acordo com a American Medical Association (AMA, 2013) cirurgia reparadora é aquela realizada com o objetivo de corrigir deformidades causadas por defeitos congênitos, anomalias do desenvolvimento, trauma, infecção, tumores ou doença. Assim, cirurgia reparadora é voltada à reabilitação e reparação de tecidos e órgãos após acidentes ou eventos traumáticos, como queda, tiro por arma branca e afins, ou após cirurgias como a bariátrica, para a retirada de excesso de pele.

Já a cirurgia estética é realizada para remodelar estruturas do corpo, com o objetivo de melhorar a aparência e a autoestima do paciente (AMA, 2013). Assim, a cirurgia plástica estética busca melhorar a aparência de pessoas cujo problema não tenha sido causado por doença ou malformações. De acordo com Williams (2021), os procedimentos, técnicas e princípios da cirurgia estética são completamente focados em melhorar a aparência do paciente. Assim, melhorar o apelo estético, a simetria e a proporção são os seus principais objetivos.

Para Chrysopoulo (2018), a cirurgia estética é realizada para melhorar a aparência estética geral, remodelando determinada parte do corpo para torná-la visualmente mais atraente. Segundo a autora, ao contrário da cirurgia reparadora, a cirurgia estética não é considerada necessária do ponto de vista médico. Alguns exemplos populares de procedimentos de cirurgia estética são aumento dos seios, levantamento de mamas, lipoaspiração, abdominoplastia e *lifting* facial.

A pesquisa global mais recente da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), realizada em dezembro de 2019, concluiu que os procedimentos cirúrgicos mais comuns nas mulheres são mamoplastia de aumento, lipoaspiração e cirurgia das pálpebras. Entre os homens, os três primeiros são ginecomastia, cirurgia das pálpebras e lipoaspiração. Os procedimentos não cirúrgicos mais populares para ambos os sexos são toxina botulínica, ácido hialurônico e remoção de pelos.

O Brasil é o país com o maior número de procedimentos cirúrgicos no mundo, com 1.493.673 procedimentos no ano de 2019. Os procedimentos cirúrgicos mais procurados nas clínicas de cirurgia plástica são lipoaspiração, aumento de mama, abdominoplastia, cirurgia das pálpebras e aumento de nádegas. Dentre os procedimentos não cirúrgicos, os mais procurados são a toxina botulínica e o ácido hialurônico (ISAPS, 2019). Além disso, no ranking mundial de procedimentos cirúrgicos feito pela ISAPS, o Brasil está em primeiro lugar nos procedimentos de abdominoplastia e rinoplastia e em segundo lugar no aumento de mamas, cirurgia de pálpebras e lipoaspiração (ISAPS, 2019).

Em serviços de saúde, principalmente em situações de maior complexibilidade, como é o caso de cirurgias, é importante que os pacientes participem ativamente em todos os aspectos do seu atendimento (SKELLY *et al.*, 2020). Nos serviços de cirurgia plástica, não poderia ser diferente. Já que, dessa forma, os pacientes se sentirão seguros sobre o tratamento prescrito e irão para casa bem-informados e satisfeitos com o atendimento recebido.

Para que uma comunicação clara e eficiente ocorra, utilizam-se duas ferramentas: *dialogic engagement* e a tomada de decisão compartilhada, que proporcionam uma comunicação mais individualizada entre o médico e o paciente, e serão melhor elucidadas no referencial teórico, uma vez que se tratam de abordagens que levam em conta a chamada *díade*, que é a relação entre dois atores no processo de serviço – provedor e usuário.

dialogic engagement é um conceito híbrido que reúne a orientação para os outros a partir do diálogo e os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais do engajamento (KENT; TAYLOR, 2021), e é a base para que outras ações ocorram como a tomada de decisão compartilhada (KEELING *et al.*, 2020). Já a TDC engaja os pacientes a fazer escolhas ativas, estimulando a sua participação, sobre seus cuidados e vem se tornando padrão nas organizações de saúde (SKELLY *et al.*, 2020). Assim, entende-se que DE é a base para que a TDC ocorra e que a TDC é muito utilizada no setor de saúde, tornando-se um processo padrão para auxiliar o paciente a ter mais autonomia.

Para Elwyn *et al.* (2010), tomada de decisão compartilhada (TDC) é uma abordagem em que médicos e pacientes tomam decisões juntos usando as melhores pesquisas e estudos disponíveis, respeitando a autonomia do paciente e estimulando a sua participação. Para Adams (2011), a participação na área de saúde vai além de ser informado sobre as opções de saúde e cuidados, incluindo também a divulgação de informações pessoais para ajudar outras pessoas a tomar decisões e para uma melhoria de qualidade no serviço médico.

Otani *et al* (2010) identificaram que a avaliação da qualidade geral do atendimento, a propensão para recomendar e para retornar a um serviço médico são concepções únicas e podem ser afetadas de maneiras diferentes pela experiência do paciente. Os pacientes relatam suas experiências com empresas, profissionais, medicamentos ou tratamentos e podem avaliar aspectos do atendimento, como comunicação, agendamento, acessibilidade, condições higiênicas etc. Essas informações são disponibilizadas de forma online para que outros pacientes possam acessá-las, e também são utilizadas para gerar relatórios para hospitais, seguradoras ou profissionais de saúde (ADAMS, 2011). Dentro deste cenário, este trabalho visa identificar e analisar as causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica.

1.1 Formulação do problema

Como em todos os serviços, na cirurgia plástica é necessária a participação tanto do médico e da clínica quanto do cliente/ paciente. De acordo com Lovelock *et*

al. (2011), um serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra e, embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível.

Infelizmente, os clientes nem sempre estão satisfeitos com a qualidade e o valor dos serviços que recebem. As pessoas reclamam de atrasos nas entregas, equipe rude, horas inconvenientes de serviço, desempenho insatisfatório, procedimentos desnecessariamente complicados e uma série de outros problemas (LOVELOCK; WIRTZ, 2011). Além disso, nos serviços de cirurgia plástica, podem ocorrer falhas de comunicação e complicações na cirurgia ou procedimento. Isso gera uma redução no valor daquele serviço, ocorrendo assim uma codestruição de valor. Desse modo, valor não é algo que somente pode ser cocriado, mas também pode ser codestruído.

Codestruição de valor, é um processo de interação entre sistemas de serviço que resulta em uma queda do bem-estar ou do pleno funcionamento de pelo menos um dos sistemas. Durante este processo, os sistemas interagem diretamente ou indiretamente por meio da integração e aplicação de recursos (PLÉ; CHUMPITAZ CÁCERES, 2010). Para estes autores, a codestruição de valor ocorre quando um sistema faz uso indevido de seus próprios recursos, ou de recursos de outro sistema, ou uso inadequado de recursos por ambos os sistemas, de forma acidental ou intencional.

Na Codestruição de valor há dois tipos de recursos: *operand resources* e *operant resources*. Recursos operados, ou *operand resources*, geralmente são recursos estáticos e tangíveis que requerem alguma ação para torná-los valiosos, como produtos e matéria-prima. Já recursos operantes, ou *operant resources*, são recursos intangíveis e dinâmicos que são capazes de criar valor, como habilidades físicas e mentais (VARGO; LUSCH, 2008). Assim, o uso inadequado ou inesperado dos recursos em uma interação ou sistema resultará em codestruição de valor para pelo menos uma das partes (PLÉ; CHUMPITAZ CÁCERES, 2010).

A partir destas considerações, visa-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais são as causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica, considerando-se as queixas do usuário do serviço e as explicações do provedor para a ocorrência desse fenômeno?”.

1.2 Objetivo Geral

Analisar as causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica, a partir de queixas de clientes e relatos de justificativas de provedores do serviço para a ocorrência desse fenômeno.

1.3 Objetivos Específicos

- 1) Identificar causas da codestruição de valor em serviços de cirurgia plástica;
- 2) Verificar a perspectiva do cliente e a ótica do prestador do serviço que justificam ou explicam a ocorrência da desintegração de recursos entre as partes, que podem levar à codestruição de valor;
- 3) Comparar divergências e convergências entre as queixas de clientes e as justificativas dadas por provedores do serviço, quando ocorre a codestruição de valor.

1.4 Justificativa e contribuição do estudo

Potenciais pacientes de cirurgia estética estão cada vez mais bem informados, geralmente como resultado de pesquisas *online*. Eles compram seus serviços de cirurgia plástica, comparando as opções, e esperam valor pelo seu dinheiro e que recebam bons cuidados (FIALA, 2012). Desse modo, há expectativa de receber um atendimento de boa qualidade.

Minossi (2009) encontrou que o número de causas judiciais por erro médico vem aumentando no Brasil. Em sua pesquisa, expôs que o erro presumido é uma das acusações mais frequentes nas ações judiciais e que os pacientes também incluem como erro exame superficial do paciente, realização de operações desnecessárias, prescrições erradas, negligência no pós-operatório, omissão de instrução necessária aos pacientes, dentre outras. Além disso, para o autor, um aspecto importante que

pode ter influenciado no aumento de conflitos é a mudança do relacionamento entre o médico e o paciente, que vem se tornando uma relação mais impessoal.

Os pacientes valorizam muito a empatia, o cuidado compassivo e a comunicação (FIALA, 2012). Desse modo, quando não recebem o atendimento esperado, podem surgir reclamações. Isso provoca uma redução de valor (percebido), ou codestruição de valor, nos serviços de cirurgia plástica.

Esta pesquisa busca contribuir para a melhoria desses serviços e para a redução da sua codestruição de valor. Além disso, é importante para a compreensão das causas de codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica, podendo ser aplicado a mais áreas da medicina e de prestação de serviços.

Atualmente, por ser um tema novo, ainda há poucos estudos sobre a codestruição de valor, e ainda menos aplicados aos serviços de saúde. Desse modo, interessa a futuras pesquisas acadêmicas, explorar mais acerca deste tema.

Foram encontradas 3440 pesquisas com as palavras chave "*value codestruction*" e 1010 com "*value co-destruction healthcare*" no Google Acadêmico, observando que esta ferramenta de busca não se restringe a somente artigos. Já em português, somente 81 estudos com as palavras chaves "codestruição de valor" e 47 com "VCD área saúde".

No portal de periódicos CAPES foi encontrado somente um artigo com as palavras chaves "codestruição de valor" e 19 artigos com "*value codestruction*". Assim, este trabalho pode ampliar a oferta de literatura sobre o tema da codestruição de valor.

Serão beneficiados com este estudo os interessados em codestruição de valor, assim como médicos, gestores hospitalares, e pessoas que trabalham com atendimento ao público e prestação de serviços na área da saúde. No âmbito público, serão beneficiados os formuladores de políticas públicas da área da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Longtin et al. (2010) identificaram que a participação do paciente tem sido cada vez mais reconhecida como um componente fundamental no redesenho dos processos da área da saúde e aplicada com sucesso a alguns aspectos do atendimento ao paciente, especialmente o processo de tomada de decisão e o tratamento de doenças crônicas. Os comentários e as avaliações fazem com que a empresa ou médico identifiquem potenciais falhas de serviço e possam ajustá-las e, assim, oferecer um melhor atendimento ao seu cliente/ paciente. Desse modo, é possível identificar as causas da codestruição de valor e tomar medidas para mitigar a sua ocorrência.

Este capítulo foi dividido em duas subseções. A seção principal apresenta a lógica dominante do serviço. Em seguida, na primeira subseção (2.1.1), são abordados os conceitos relacionados à cocriação de valor. E, na sequência (seção 2.1.2), são abordados os conceitos de codestruição de valor, trazendo as principais teorias que discutem e formulam o tema.

2.1 Lógica Dominante do Serviço (LDS)

Vargo e Lusch (2004) identificaram que a visão centrada nos bens postula que: o objetivo da atividade econômica é produzir e distribuir coisas que podem ser vendidas; para serem vendidas, essas coisas devem ser incorporadas com utilidade e valor durante os processos de produção e distribuição e devem oferecer ao consumidor um valor superior em relação às ofertas dos concorrentes; a empresa deve definir todas as variáveis de decisão em um nível que lhe permita maximizar o lucro da venda da produção; para obter o máximo de controle e eficiência de produção, o produto deve ser padronizado e produzido fora do mercado; e o bem pode então ser inventariado até que seja demandado e então entregue ao consumidor com lucro.

A Lógica Dominante do Produto (LDP), ou *Goods-Dominant logic*, é centrada no bem, ou no “produto”, como unidades padrão de troca. A essência da LDP é que a troca econômica está essencialmente preocupada com unidades de produção

(produtos), que são incorporadas com valor durante o processo de manufatura (VARGO; LUSCH, 2008).

Os autores Vargo e Lusch (2004) argumentaram que, já a visão centrada no serviço, percebe o marketing como um processo de aprendizado contínuo, direcionado a melhorar os recursos operantes. Essa visão tem os objetivos de: identificar ou desenvolver as competências essenciais, os conhecimentos e habilidades fundamentais de uma entidade econômica que representam uma possível vantagem competitiva; identificar clientes potenciais que poderiam se beneficiar dessas competências; cultivar relacionamentos que envolvam os clientes no desenvolvimento de propostas de valor personalizadas e competitivamente atraentes para atender a necessidades específicas; e avaliar o feedback do mercado, analisando o desempenho financeiro da bolsa para aprender como melhorar a oferta da empresa aos clientes e melhorar o desempenho da empresa.

Uma lógica dominante centrada no serviço implica que o valor é definido por e cocriado com o consumidor, em vez de embutido na produção (VARGO; LUSCH, 2004). A *lógica dominante do serviço*, surgiu em oposição à lógica dominante do produto. Enquanto a LDP vê os serviços como unidades de produção, a LDS vê o serviço como um processo. O lócus de criação de valor, então, passa do “produtor” para um processo colaborativo de cocriação entre as partes (VARGO; LUSCH, 2008).

Vargo e Lusch (2008) também identificaram que, na LDS, o serviço é definido como a aplicação de competências (conhecimentos e habilidades) para o benefício de outra parte. Além disso, é considerado como um processo, em vez de um bem. Para estes autores, a lógica dominante do serviço representa uma mudança do pensamento sobre o valor em termos de recursos *operand* - geralmente recursos tangíveis e estáticos que requerem alguma ação para torná-los valiosos - para recursos *operant* - geralmente recursos intangíveis e dinâmicos que são capazes de criar valor.

Vargo e Lusch (2004) identificaram que as pessoas têm dois recursos *operant* básicos: habilidades físicas e mentais. Para os autores, o conhecimento é um recurso *operant*, é a base da vantagem competitiva e do crescimento econômico e a principal fonte de riqueza. Na LDS, o processo de fornecer serviço para (e em conjunto com) outra parte a fim de obter serviço recíproco, é o propósito de troca econômica (serviço é trocado por serviço) (VARGO; LUSCH, 2008).

Os autores Vargo e Lusch (2008) explicaram que na LDS ocorrem algumas mudanças, como: de pensar sobre o propósito da atividade da empresa como produzir algo (bens ou serviços) a um processo de auxiliar os clientes em seus próprios processos de criação de valor; de pensar em valor como algo produzido e vendido para pensar em valor como algo co-criado com o cliente e outros parceiros de criação de valor; de pensar nos clientes como entidades isoladas para entendê-los no contexto de suas próprias redes; de pensar nos recursos da empresa principalmente como *operand*- recursos tangíveis, como recursos naturais - para *operant* - geralmente recursos intangíveis, como conhecimento e habilidades; de pensar nos clientes como alvos para pensar nos clientes como recursos; e de tornar a eficiência algo essencial para aumentar a eficiência através da eficácia.

Chandler e Vargo (2011) identificaram que a LDS enfatiza o conhecimento e as habilidades (*operant resources*) como recursos primários de troca econômica e social, em oposição à LDP, que enfatiza os recursos físicos (*operand resources*). Diante disso, no Quadro 1 são apresentadas as principais diferenças entre as visões da lógica dominante do serviço e da lógica dominante do produto.

Quadro 1 Lógica G-D x lógica S-D na cocriação de valor

	Lógica G-D	Lógica S-D
Processo de criação de valor	Atividades de valor agregado	Cocriação de valor
Visão central do valor	Valor em troca	Valor no contexto
Participantes na criação de valor	Empresa	Múltiplos stakeholders
Recursos centrais	Recursos <i>operand</i>	Recursos <i>operant</i>
Motor de criação de valor	Produção	Integração de recursos
Contexto de criação de valor	Empresas	Ecossistemas de serviços

Fonte: traduzido e adaptado de Akaka e Vargo (2013).

Para Vargo e Lusch (2004), o cliente torna-se principalmente um coprodutor (recurso *operant*) em vez de um “alvo” (recurso *operand*), e pode estar envolvido em toda a

cadeia de valor e serviço agindo sobre os recursos operando. Os autores também demonstraram que a lógica dominante do serviço tem onze premissas fundamentais (PF): 1) O serviço é a base fundamental da troca; 2) A troca indireta mascara a base fundamental da troca; 3) Bens são mecanismos de distribuição para prestação de serviços; 4) Os recursos *operant* são a fonte fundamental de benefício estratégico; 5) Todas as economias são economias de serviço; 6) O valor é cocriado por vários atores, sempre incluindo o beneficiário; 7) Os atores não podem entregar valor, mas podem participar da criação e oferta de propostas de valor; 8) Uma visão centrada no serviço é relacional e inerentemente orientada para o beneficiário; 9) Todos os atores sociais e econômicos são integradores de recursos; 10) O valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário; 11) A cocriação de valor é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais.

A partir dessas premissas foram formados os cinco axiomas da LDS, que são: 1. O serviço é a base fundamental da troca (PF1); 2. O valor é cocriado por vários atores, sempre incluindo o beneficiário (PF6); 3. Todos os atores econômicos e sociais são integradores de recursos (PF9); 4. O valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário (natureza genérica dos atores) (PF10); 5. A cocriação de valor é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais (PF11) (VARGO; LUSCH, 2015).

Estes autores também demonstraram em seu estudo que a lógica dominante do serviço aborda a tecnologia por meio de conhecimento e habilidades, aumentando a viabilidade humana, especialmente por meio da criação de novos recursos. Desse modo, Hansen (2019) identificou que na lógica do serviço, o cliente cocria valor, uma vez que a formação de valor está enraizada na vida e nas experiências do cliente.

2.1.1 Cocriação de valor

Para Prahalad e Ramaswamy (2004, p. 8), “a cocriação é a criação conjunta de valor da empresa e do cliente. Não é a empresa tentando agradar o cliente”. Para eles, ao criar um ambiente de experiência no qual os consumidores possam ter um diálogo ativo e coconstruir experiências personalizadas, o resultado pode ser o mesmo, mas as experiências construídas podem ser diferentes.

Os autores também argumentam que a cocriação de valor não se trata da transferência ou terceirização de atividades para clientes, nem da customização de produtos e serviços. Também explicaram que, na visão de cocriação, todos os pontos de interação entre a empresa e o consumidor são oportunidades de criação e extração de valor. Para os autores, a cocriação é mais do que o comarketing ou a participação dos consumidores como agentes de vendas conjuntas. É uma via de mão dupla. Além disso, demonstraram que, na cocriação de valor, o mercado é visto como um fórum e não como um alvo.

Chandler e Vargo (2011) argumentaram que a cocriação de valor pode ser vista tanto da perspectiva pessoal de um ator dentro de uma díade, quanto de uma perspectiva geral onisciente dos ecossistemas de serviço. Para os autores, quando redes complexas legitimam recursos com sucesso, elas se unem como um ecossistema de serviços. Além disso, estes autores acreditam que a noção de um ecossistema de serviço é um aspecto fundamental da cocriação de valor, porque reconhece como as estruturas e normas sociais em grande escala evoluem em relação aos esforços individuais de serviço de atores envolvidos, díades, tríades e redes complexas.

Vargo e Lusch (2015) demonstraram que a criação de valor não ocorre apenas por meio das atividades de um único ator ou entre uma empresa e seus clientes, mas entre uma série de atores. Para eles, a cocriação de valor é representada pela experiência mútua. A cocriação de valor surge quando o fornecedor e o cliente se envolvem em um relacionamento interdependente. Cada parte contribui com recursos únicos e complementares para a criação de valor. Sem a cooperação de ambas as partes, não é possível criar valor (SHETH, 2020). Deste modo, o diálogo é um elemento importante na visão da cocriação (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004).

Para Sheth (2020), cocriação de valor entre fornecedores e clientes para a satisfação e o bem-estar dos consumidores finais tornou-se o objetivo central da gestão de serviços. Em sua visão, a cocriação de valor amplia o propósito além de melhorias imediatas de qualidade, preço e serviço para os consumidores finais.

Keeling *et al.* (2020) identificaram que a cocriação de valor detém o maior potencial para serviços complexos, como prestação de serviços de saúde. Na área médica, uma das formas de se cocriar valor é fazendo com que os pacientes compreendam a natureza de sua doença, suas opções de tratamento, o prognóstico e o que fazer caso não melhore. Desta forma, os pacientes se sentem seguros para

tomarem decisões sobre tratamentos e seguirem com precisão as recomendações de seu médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde (WATSON; MCKINSTRY, 2009). Para isso, são usadas ferramentas como a *Dialogic Engagement* (DE) e a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC).

2.1.1.1 Díade médico-paciente

Petrovic e Blank (2015) identificaram que a relação diádica fornece o "controle da situação", em que ambos os indivíduos dentro da relação diádica compartilham o desejo de compreender como os comportamentos são influenciados não apenas pelas propriedades de cada indivíduo (como paciente ou médico) mas também pelos elementos da situação (confiança presente ou não/ mútua ou não). Os autores também argumentaram que a relação diádica compartilhada entre paciente e médico não é exceção.

Para proporcionar ao paciente um atendimento de alta qualidade, é necessário que haja uma relação saudável médico-paciente. Comunicação e confiança são os elementos-chave na construção de um relacionamento saudável (CHANDRA; MOHAMMADNEZHAD; WARD, 2018). Ademais, os autores acreditam que melhorar as habilidades de comunicação ajuda os médicos a construírem um relacionamento eficaz entre médicos e pacientes.

Para os autores Chandra, Mohammadnezhad e Ward (2018), na área da saúde, confiança e comunicação são rotuladas como pilares para melhorar o atendimento e satisfação do paciente. Além disso, os autores Birkhäuser *et al.* (2017) identificaram que pacientes relataram estarem mais satisfeitos com o tratamento, apresentaram comportamentos de saúde mais benéficos, menos sintomas e maior qualidade de vida quando tinham maior confiança em seu profissional de saúde. Os autores também confirmaram que a satisfação do paciente, que é influenciada pela confiança, é um indicador importante para conhecer a qualidade dos serviços hospitalares e clínicos prestados. Para eles, a confiança deve ser construída e conquistada, e ter boas habilidades de comunicação ajuda a construí-la entre o médico e o paciente.

2.1.1.2 *Dialogic engagement* (DE)

Keeling *et al.* (2020) explicaram que *dialogic engagement* (DE) é um conjunto de princípios e práticas usados por acadêmicos para compreender como ideias, conselhos e/ou informações durante as interações e a aprendizagem em evolução podem facilitar o desenvolvimento de uma interpretação compartilhada entre os envolvidos. Em seu estudo, os autores identificaram que, para os teóricos de DE, esta interpretação compartilhada é a base para que outras ações ocorram, como a TDC (KEELING *et al.*, 2020).

A DE tem três princípios: democracia dialógica, que reconhece a igualdade dos participantes no diálogo e que todos estão sujeitos a conflitos e tensões, lida com tensões de poder; honestidade intelectual, que permite um debate mais informado e a presença de perspectivas não especializadas, aborda as tensões de legitimidade da perspectiva; e afirmação, que exige que cada parte respeite as realidades da outra e o direito de expressar experiências e emoções, aborda tensões socioemocionais. Os autores identificaram que a DE oferece um conjunto de princípios conceituais para alcançar o diálogo "ideal". Na área da saúde, o diálogo possibilita que os pacientes absorvam o conhecimento do profissional de saúde em sua própria aprendizagem. Assim, por meio da DE, o valor é desenvolvido.

Já para Kent e Taylor (2021), *dialogic engagement* é um conceito híbrido que reúne a orientação para os outros a partir do diálogo e os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais do engajamento. Além disso, os autores identificaram que a DE descreve uma variedade de práticas que levam à compreensão do outro e a um entendimento mais amplo do mundo.

E para Lane e Kent (2018), *dialogic engagement* (DE) requer o uso de canais e métodos de comunicação que atendam às necessidades e preferências individuais dos participantes. Os autores identificaram que os princípios da *dialogic engagement* proporcionam melhores experiências com base na comunicação e relacionamentos mais prósperos entre organizações e seus clientes, ou, neste caso, entre médicos e pacientes.

2.1.1.3 Tomada de Decisão Compartilhada (TDC)

Acredita-se que alguns erros e eventos adversos na área da saúde podem ser evitados com a participação do paciente. A baixa adesão dos pacientes e o uso inadequado de medicamentos surgem de falhas de comunicações, falta de compreensão, por parte do paciente, de como o medicamento funciona e seus possíveis efeitos colaterais e falha em encontrar um consenso entre paciente e médico (GODOLPHIN, 2009).

Para Godolphin (2009) e Skelly *et al* (2020), os médicos devem ser capazes de desenvolver uma parceria com um paciente; saber e analisar as preferências e valores do paciente; responder às ideias, preocupações e expectativas do paciente; ajudar o paciente a refletir e avaliar o impacto de decisões alternativas em relação aos seus valores e estilos de vida; e chegar a uma decisão junto com o paciente.

Comunicação Centrada no Paciente (CCP), é uma comunicação de resposta rápida que está intimamente alinhada aos desejos, necessidades e preferências dos pacientes. A Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) é um componente da CCP em que os pacientes e médicos trocam informações sobre os valores e preferências do paciente ("conversa de escolha") e riscos e benefícios ("conversa de opção") para tomar uma decisão da maneira que o paciente preferir ("Conversa de decisão") (MELZER *et al.*, 2019).

Para Elwyn *et al.* (2012), a TDC é baseada nas conversas de escolha, opção e decisão. Explicam que a conversa de escolha refere-se à etapa de garantir que os pacientes saibam que há opções razoáveis disponíveis. A conversa de opção se refere a fornecer informações mais detalhadas sobre as opções, e a conversa de decisão refere-se a apoiar a consideração das preferências e decidir a melhor opção.

De acordo com o National Learning Consortium (2013), a TDC é um componente-chave dos cuidados de saúde centrados no paciente. É um processo no qual médicos e pacientes trabalham juntos para tomar decisões e selecionar exames, tratamentos e planos de cuidados com base em evidências clínicas que equilibram os riscos e os resultados esperados com as preferências e valores do paciente. A entidade também afirma que a TDC ajuda os profissionais de saúde e pacientes a chegarem a um acordo sobre um plano de tratamento. Quando os pacientes

participam da tomada de decisão e entendem o que precisam fazer, são mais propensos a seguir o plano.

Muitas tentativas foram feitas para definir a TDC. A maioria delas inclui as seguintes características principais: tem pelo menos duas partes (profissional de saúde e paciente) envolvidas; ambas as partes compartilham informações; todas as partes se esforçam para chegar a um consenso sobre o tratamento escolhido; e um acordo é alcançado sobre o tratamento a ser seguido (SKELLY *et al.*, 2020). Para Barry e Edgman-Levitan (2012), a TDC reflete a colaboração entre pacientes e médicos, que consideram os valores e preferências dos pacientes, junto com evidências, para tomar as melhores decisões. Ambas as partes compartilham informações: o médico oferece opções e descreve seus riscos e benefícios, e o paciente expressa suas preferências e valores.

Poon, Shortell e Rodriguez (2019) descrevem a TDC como um processo colaborativo no qual pacientes e médicos trocam informações sobre as preferências do paciente, opções de tratamento e *tradeoffs* para chegar às decisões de tratamento. O papel principal do médico deve ser o de aliviar o sofrimento e aumentar a autonomia. Ou seja, o paciente deve sair do médico (ou hospital, clínica e afins) mais independente, autossuficiente e capaz do que quando chegou. A TDC é um meio para esse fim (GODOLPHIN, 2009).

Além disso, para Correia *et al.* (2020), a tomada de decisão compartilhada é um processo pelo qual pacientes e médicos atuam juntos para a efetuação de escolhas em cuidados de saúde. Assim, segundo os autores, implica a adoção de uma postura colaborativa, compartilhando as evidências científicas disponíveis, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão e efetuar a melhor escolha possível. Alguns dos benefícios de se utilizar a TDC são: maior satisfação e aderência ao tratamento pelos pacientes, além de um aumento do conhecimento, da satisfação e da confiança do paciente em suas decisões de saúde (SKELLY *et al.*, 2020). Ademais, a TDC melhora a satisfação do paciente, reduz a ansiedade e melhora a adequação do atendimento (ABBETT; URMAN; BADER, 2020).

Apesar do potencial da TDC para melhorar o atendimento, nem todos os pacientes desejam se envolver na tomada de decisões médicas. Pacientes mais velhos, menos saudáveis e menos escolarizados tendem a preferir papéis menos

ativos na tomada de decisões médicas (POON; SHORTELL; RODRIGUEZ, 2019). Melzer *et al.* (2019) afirmaram que a falta de envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão foi uma barreira identificada pelos médicos. Muitos pacientes foram percebidos como desinteressados nos detalhes e encerraram a discussão. Além disso, foi identificado que o tempo era um problema significativo, pois a TDC foi percebida como um processo demorado. Para Skelly *et al.* (2020), a autonomia do paciente é crucial para o seu cuidado. Em suma, algumas barreiras para a autonomia e participação do paciente nas tomadas de decisão de seu tratamento médico são conhecimento insuficiente, tempo limitado, falta de experiência e falta de apoio familiar.

Na área cirúrgica, Boss *et al.* (2015) encontraram que a TDC diminui o conflito de decisão e melhora a qualidade da decisão para os pacientes que fazem escolhas sobre cirurgia eletiva. Abbett, Urman e Bader (2020) explicaram que a TDC de alta qualidade para o paciente cirúrgico requer quatro componentes principais: a cirurgia certa, o paciente certo, o lugar certo e o provedor certo. O procedimento cirúrgico escolhido deve ser o ideal para atender ao diagnóstico do paciente, e os riscos e benefícios desse procedimento devem oferecer o maior benefício para o paciente.

Além disso, para os autores, a decisão sobre o planejamento cirúrgico deve atender aos valores do paciente e atingir os seus objetivos. A unidade de saúde onde o procedimento será realizado deve ter todos os recursos necessários disponíveis para cuidar do paciente. E o profissional que executará o procedimento deve ter as habilidades, certificação e privilégios necessários para executar o procedimento para esse paciente específico, no local escolhido. Juntos, esses componentes facilitam o atendimento de alto valor/ alta qualidade (ABBETT; URMAN; BADER, 2020). Abbett, Urman e Bader (2020) também concluíram que o dia da cirurgia não é o momento ideal para a equipe médica utilizar a TDC, devido ao alto nível de ansiedade que os pacientes sentem naquele dia. Em vez disso, a TDC deve ser realizada bem antes do dia da cirurgia, no consultório do cirurgião e na clínica pré-operatória, onde o cirurgião e o anestesiológico podem orientar seus pacientes de acordo com seus objetivos e valores.

No setor hospitalar de trauma, os cirurgiões plásticos atuam no atendimento aos pacientes com perdas de substâncias, ferimentos mais complexos e queimaduras

(SERGIPE, 2018). Com um cirurgião plástico disponível em caso de emergência, é possível reparar lacerações e traumas faciais. Dessa forma, os reparos ocorrem antes que a pele fique com cicatrizes ou deformidades estéticas. Além disso, em casos de lacerações na bochecha, o cirurgião plástico pode verificar se há alguma lesão no nervo facial antes de reparar o ferimento (ADVANCE ER, 2019).

2.1.2 Codestruição de valor

O termo codestruição de valor surgiu pela primeira vez em 2010, no estudo de Plé e Chumpitaz Cáceres *“Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic”*.

Os autores sugerem que a codestruição de valor é um processo de interação entre sistemas de serviço que resulta em uma diminuição do bem-estar de pelo menos um dos sistemas, que pode ser individual ou organizacional (PLÉ; CHUMPITAZ CÁCERES, 2010). Além disso, Plé e Chumpitaz Cáceres (2010) identificaram que o uso inadequado ou inesperado dos recursos disponíveis em uma interação resultará em uma codestruição de valor para pelo menos uma das partes.

Echeverri e Skålén (2011) explicaram que a cocriação se refere ao processo pelo qual os provedores e clientes criam valor de forma colaborativa, por meio de práticas congruentes (as partes estão em consenso), e já a codestruição refere-se à destruição, ou diminuição, colaborativa de valor, por meio de práticas incongruentes (sem consenso entre as partes). Os autores também sugerem que a codestruição de valor ocorre quando as partes envolvidas discordam uma das outras, obstruem as respostas, interpretam mal ou guardam as informações para si próprias. Assim, valor não é apenas algo que é cocriado, mas também é codestruído. Para os autores, recursos operantes não apenas cocriam, mas também codestroem valor.

Para Järvi, Kähkönen e Torvinen (2018), a codestruição de valor refere-se a um processo falho de interação que tem um resultado negativo. Os autores identificaram que a codestruição de valor surge por ausência de informação, nível insuficiente de confiança, erros, incapacidade de servir, incapacidade de mudar, ausência de expectativas claras e mau comportamento do cliente. Além disso,

identificaram que cada razão pode resultar em uma interação falha entre as partes, fazendo com que ocorra uma redução no bem-estar de alguma ou ambas as partes, causando uma codestruição de valor. Ainda, Robertson *et al.* (2014) identificaram que o uso inadequado ou de forma inesperada de recursos pode levar à destruição do valor em termos do processo do serviço e/ ou do resultado do serviço.

Järvi *et al.* (2020) encontraram seis potenciais antecedentes de codestruição de valor: incapacidade de fornecer um serviço, rigidez contextual, comunicação de marketing incoerente, expectativas excessivas, comunicação insuficiente e comportamento inadequado. Destes, os três primeiros são originados pelo provedor e os outros três, pelo cliente. Os resultados de seu estudo sugerem que cada antecedente leva a diferentes resultados de codestruição de valor para os clientes e o prestador de serviço.

Além disso, outra causa identificada por Järvi *et al.* (2018) para a ocorrência da codestruição de valor foi a falha no processo de informação por parte do consumidor: os consumidores não conseguem entender as informações fornecidas (por serem muito técnicas ou em outro idioma), ou simplesmente escolhem não ler as instruções antes de manusear o produto. Quach e Thaichon (2017) argumentaram que a codestruição de valor pode surgir devido à falta de conhecimento do consumidor para avaliar a validade da informação e de resistir à influência de várias fontes de informação. Para eles, a discrepância entre as expectativas dos clientes e a realidade também podem levar à codestruição de valor.

Laud *et al.* (2019) identificaram que os estudos existentes de codestruição de valor podem ser divididos em quatro tipos: O primeiro tipo, adota uma perspectiva de uso indevido de recursos para descrever o processo de codestruição de valor. O segundo tipo, se concentra em identificar os antecedentes do uso indevido de recursos. O terceiro, foca em uma perspectiva alternativa para identificar os antecedentes da codestruição de valor, argumentando que esses desvios são desenvolvidos por meio de elementos desalinhados ou incongruentes de prática. E, por último, os estudos focam em ambas as causas de uso indevido de recursos e expressões de uso indevido para explicar as ocorrências de codestruição de valor em diferentes contextos.

Laud *et al.* (2019) identificaram dez manifestações de má integração de recursos da perspectiva do provedor de serviço, funcionário da linha de frente, ou cliente, em risco de sofrer codestruição de valor. São elas: falta de recursos para

integrar, que é uma indisponibilidade de recursos ou crença de tal por pelo menos um dos atores; acesso bloqueado para integrar recursos, que é uma restrição deliberada ou prevenção da integração de recursos por pelo menos um dos atores; relutância em integrar recursos, que é a retenção deliberada ou a retirada de recursos por pelo menos um dos atores; incompreensão de como integrar recursos, que é a falha em entender como integrar recursos corretamente por pelo menos um dos atores; discordância sobre como integrar recursos, que é a falha em concordar sobre como melhor integrar recursos por pelo menos dois atores; integração enganosa de recursos, que é a deliberada ocultação ou deturpação de integração de recursos por pelo menos um ator; integração negligente de recursos, que é a desatenção deliberada e / ou descuido na integração de recursos por pelo menos um dos atores; incapacidade de integrar recursos, que é a desqualificação para integrar recursos por pelo menos um ator; integração excessiva de recursos, que é a aplicação extrema de recursos por pelo menos um dos atores; e integração coerciva de recursos, que é a integração de recursos involuntária, forçada ou restrita de pelo menos um dos atores.

Para Daunt e Harris (2017) se um produto é de profunda importância pessoal para o consumidor, eles parecem mais propensos a se envolverem em um comportamento codestrutivo para satisfazer sua necessidade de informação. Eles argumentam que os consumidores intencionalmente codestroem o valor *online*, consumindo os recursos *online* de várias empresas antes de finalmente comprar de uma outra empresa e cocriar valor com essa empresa.

Jmour e Hmida (2017) verificaram em sua pesquisa o surgimento de diferentes emoções negativas, que podem destruir o valor na comunidade virtual. Dessa forma, a possibilidade da codestruição de valor ser causada pela interação entre as partes não deve ser negligenciada. Assim, os autores concluíram que interações negativas entre a empresa e os consumidores, a publicação de mensagens negativas sobre a marca e a narração de histórias ruins sobre a marca são causas de codestruição de valor. Os autores também encontraram que emoções negativas como insatisfação, frustração, hostilidade e decepção, assim como a presença de um comportamento oportunista, também são geradoras de codestruição de valor. Além disso, no âmbito de empresas, a codestruição de valor geralmente ocorre como resultado de recursos produto-serviço desalinhados e recursos relacionais (YIN; QIAN; SHEN, 2019).

Na área da saúde, a codestruição de valor depende de interações anteriores. Quando a compreensão da doença permanece em um nível médico, o valor

gradualmente diminui e ocorre um distanciamento progressivo entre as partes (KEELING *et al.*, 2020). Ainda para os autores, a codestruição de valor é descrita por: diálogo superficial, que é uma igualdade sinalizada, mas não executada, pois o controle da conversa é mantido por um participante dominante. Isso gera um distanciamento entre os agentes; instigação da solução, que limita o envolvimento do paciente na discussão. Imposição de uma solução clínica, muitas vezes como "aconselhamento especializado" em termos abstratos ou genéricos; e negação de afirmação:, que apenas reconhecimento simbólico em vez de afirmação; há um bloqueio de abertura para uma discussão de experiência emocional ou negativa do paciente.

Osei-Frimpong *et al.* (2015), por sua vez, consideram o conflito de conhecimento entre os atores no encontro de serviço (nesse caso, consulta médica) como um fator gerador da codestruição de valor, pois alguns médicos têm dificuldade em aceitar as recentes mudanças no comportamento e atitude dos pacientes. Isso gera um conflito de conhecimento que afeta adversamente as experiências dos atores no consultório.

Uma outra forma de codestruição de valor é o autodiagnóstico de doenças. Robertson, Polonsky e McQuilken (2014) argumentam que o autodiagnóstico pode levar à codestruição de valor tanto em termos do processo do serviço e/ou do resultado. Os autores identificaram, em sua análise, que se os recursos necessários ao consumidor e ao provedor de serviços de saúde eletrônica (*e-health service provider*) para um autodiagnóstico *online* eficaz, forem insuficientes e/ou mal utilizados, pode resultar em uma codestruição de valor do processo ou resultado.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Este capítulo foi dividido em seis seções. Na primeira, há o tipo e a descrição geral da pesquisa. Em seguida, são abordados a caracterização do lócus de estudo, dos participantes, e dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, e a descrição do procedimento de coleta dos dados. Por fim, os procedimentos de análise de coleta de dados (das evidências empíricas) são apresentados e descritos.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

O objetivo desta pesquisa qualitativa de caráter descritivo, com método de análise documental, é identificar e analisar as causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica e procedimentos estéticos, a partir de queixas de clientes e relatos de provedores do serviço para a ocorrência desse fenômeno.

Este estudo utilizou dados primários qualitativos de um website de resenhas online de consumidores que utilizaram recentemente serviços de cirurgia plástica. Foram coletadas classificações e suas respectivas respostas postadas na plataforma de avaliação ReclameAqui.

Foi analisado o conteúdo de 60 avaliações do ReclameAqui, bem como suas respectivas respostas. As análises foram geradas a partir de 60 comentários de clientes insatisfeitos e de 37 respostas de 17 empresas que receberam reclamações nos últimos cinco anos. A Base A, com as queixas de clientes, produziu 1017 segmentos de texto, com 20302 ocorrências, das quais 1827 foram *hápax* (citadas uma única vez). E a Base B, com as respostas de empresas, gerou 325 segmentos de textos, contendo 6661 ocorrências e 1013 *hápax*.

3.2 Caracterização da plataforma de registro das reclamações analisadas

A plataforma consultada que continha o registro das reclamações foi a ReclameAqui. É a maior plataforma de soluções de conflitos entre consumidores e empresas da América Latina. É um *site* de reclamação e consulta de reputação e atendimento das marcas, e experiência dos consumidores (RECLAMEAQUI, [2020] data provável).

Reclame Aqui é um *site* brasileiro de reclamações contra empresas sobre atendimento, compra, venda, produtos e serviços. É uma empresa da *holding* Óbvio Brasil, que oferece serviços gratuitos, tanto para os consumidores postarem suas reclamações quanto para as empresas responderem (WIKIPEDIA, 2021). No ReclameAqui, os consumidores podem escrever comentários e postar fotos para serem respondidos pelas empresas. O modelo de revisão pede que os consumidores avaliem as empresas em uma escala de 0 a 10.

3.3 Sujeitos da pesquisa

O sujeito do estudo foi o reclamante dos serviços de cirurgia plástica que fez avaliações e comentários negativos sobre o seu atendimento. Foram selecionados com base na sua participação no site utilizado nesta pesquisa. Já a amostra correspondeu às reclamações dos consumidores e as respostas dos prestadores do serviço.

Para Mead e Bower (2000), os pacientes, antes receptores passivos de cuidados médicos, são cada vez mais considerados como "consumidores" ativos (e potenciais críticos) com direito a certos padrões de serviço, incluindo o direito a informações completas, a serem tratados com respeito e a estarem ativamente envolvidos nas decisões sobre tratamento. Desse modo, esperava-se que os participantes fossem pessoas com acesso à internet e que soubessem usá-la, e que fizeram algum tipo de cirurgia plástica ou procedimento estético e relataram a sua experiência. Foram relevantes para esta pesquisa pois suas avaliações foram usadas para analisar as causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica.

3.4 Procedimentos de coleta dos dados da pesquisa

A coleta de dados foi feita por uma análise documental, com a coleta de informações em *website* de avaliações e comentários de clientes/ pacientes sobre clínicas de cirurgia plástica e sobre os próprios cirurgiões plásticos que os atenderam.

Para Iglesias e Gómez (2004), a análise documental é uma forma de pesquisa técnica que busca descrever e representar documentos de forma sistemática e unificada para facilitar sua recuperação.

3.5 Instrumento de coleta de dados da pesquisa

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma planilha Excel para trazer e registrar os comentários dos clientes, contida no Apêndice A deste trabalho.

A planilha continha informações sobre as avaliações escolhidas, como: o procedimento realizado; o que causou a má experiência; se obteve resposta; se a resposta da empresa/ cirurgião contribuiu para o processo de codestruição de valor.

3.6 Procedimentos de análise dos dados

O processo de análise dos dados foi feito pela técnica de análise de conteúdo com caracterização temática *a posteriori*, a partir dos comentários e avaliações negativas coletados e da análise da planilha utilizada.

Esse procedimento foi feito por meio do *software* IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Essa ferramenta consegue fazer as seguintes análises sobre corpus textuais, com base no *software* R: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto; Classificação Hierárquica Descendente (CHD) - método de Reinert; análise de similitude de palavras; e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Esta pesquisa teve como foco as análises de similitude e CHD. Camargo e Justo (2013) identificaram que a análise de similitude é baseada na teoria dos grafos. Além disso, permite a identificação das ocorrências simultâneas entre as palavras e identifica a sua conexidade. Já a análise CHD, conforme os autores, classifica os segmentos de texto de acordo com seus respectivos vocabulários e, assim, gera conjuntos que, posteriormente, são distribuídos conforme sua frequência e o seu grau de qui-quadrado.

Além disso, o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) constitui a estatística textual do corpus, onde você pode ver a média de ocorrências por segmento e o número de segmentos de classe em todo o do corpus (SALVATI, 2017). A autora encontrou que o *software* IRAMUTEQ utiliza o teste qui-quadrado (χ^2), cujo resultado deve ser maior que 3,84, representando $p < 0,05$ de significância. Desse modo, segundo Camargo e Justo (2013), o método CHD é aplicado a partir de matrizes cruzando segmentos de textos e palavras, em repetidos testes do tipo χ^2 . Assim, a partir dessas análises em matrizes o *software* organiza a análise dos dados em um dendrograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Em sua totalidade, foram coletados 60 reclamações de clientes e 60 justificativas de empresas. Porém, após a eliminação de respostas automáticas, visto que não agregariam valor à pesquisa, foram utilizadas somente 37 respostas das empresas. Um exemplo de resposta automática eliminada das análises foi:

*“Prezada,
Seu apontamento foi encaminhado para análise da área técnica.”*

Os comentários coletados foram codificados da seguinte maneira: foram numerados de CC1 a CC60, que significa Comentário do Cliente 1 (CC1) até Comentário do Cliente 60 (CC60), são as queixas dos clientes; e CE1 a CE37, que significa Comentário da Empresa 1 (CE1) até Comentário da Empresa 37 (CE37), são as respostas dos provedores de serviço.

A categorização temática *a priori* deste trabalho, que é um procedimento adotado na análise de conteúdo, foi extraída das seguintes referências, que trazem as causas da codestruição de valor: Laud *et al.* (2019), Järvi *et al.* (2018), Echeverri e Skålén (2011), Järvi, Kähkönen e Torvinen (2018), Järvi *et al.* (2020), Jmour e Hmida (2017) e Robertson *et al.* (2014). Para Bardin (1977, p. 38), a análise de conteúdo é

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Ainda segundo Bardin (1977, p. 167), “a análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto)”. Para a autora, a análise de conteúdo organiza-se em três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para a autora, a pré-análise é a fase de organização dos materiais coletados e tem o propósito de organizar e preparar as ideias iniciais. Essa etapa compreende: a) Leitura flutuante, b) Escolha de documentos, c) Formulação das hipóteses e dos objetivos, d) Referenciação dos índices, e) Constituição do *corpus* e f) Preparação do material. Já a etapa exploração do material resume-se em operações de codificação, decomposição ou enumeração. E, por fim, na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação foi realizado o tratamento dos resultados brutos com o objetivo de torná-los relevantes e válidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise das queixas dos clientes e respostas das empresas. Os resultados aparecem de acordo com a ordem dos objetivos específicos deste trabalho.

4.1 Base A – As queixas dos clientes

A base composta de queixas de clientes formou os resultados da Figura 1.

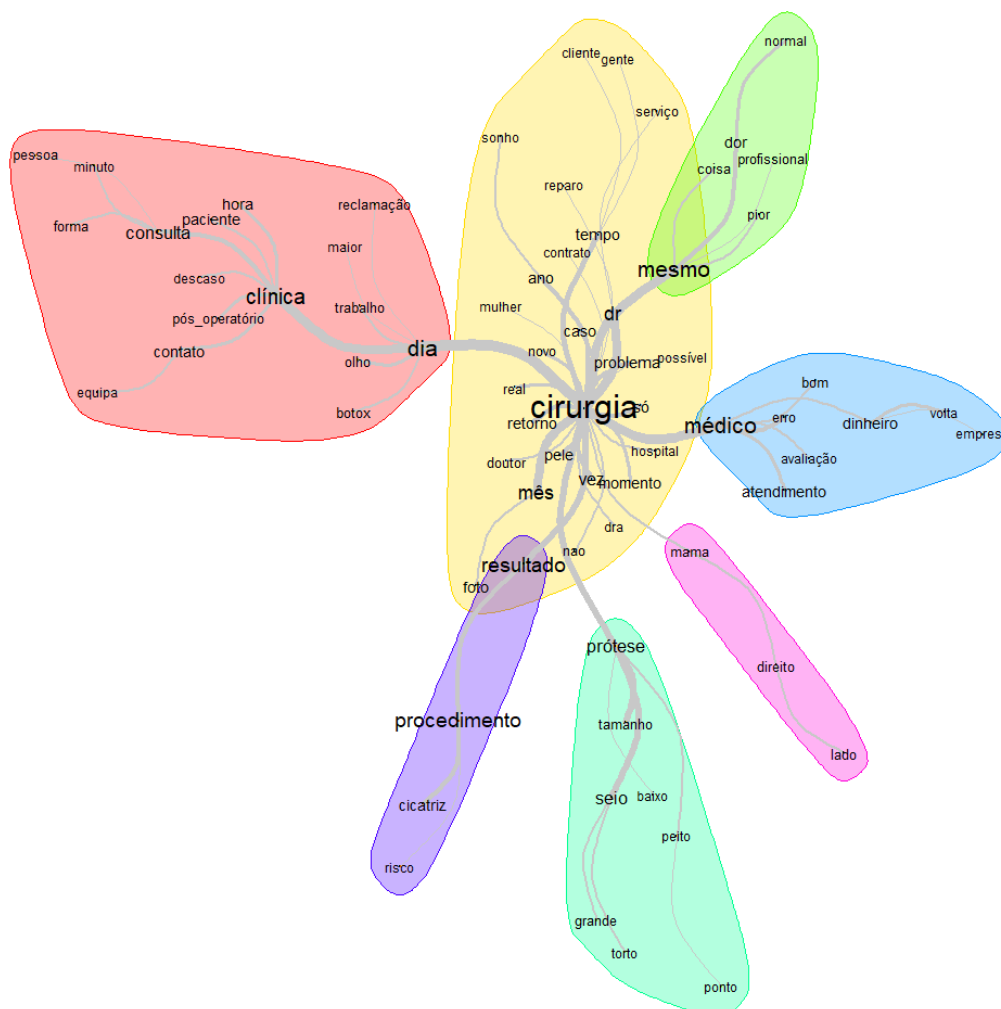


Figura 1 – Análise de Similitude A

Fonte: IRAMUTEQ (2021)

Foram selecionadas as palavras com ocorrência maior que 13 vezes, pois essa disposição atribuiu mais relevância aos agrupamentos, e filtradas por substantivos e adjetivos, para conferir mais clareza à figura.

Observa-se na figura gerada a palavra “cirurgia” em evidência e destacam-se as palavras “resultado”, “clínica”, “procedimento” e “médico”. Desse modo, entende-se pela palavra “cirurgia” no centro que a maioria dos procedimentos feitos foram cirúrgicos. Além disso, no conjunto formado pela ramificação da palavra “prótese, aparecem palavras como “seio”, “torto”, “grande” e “tamanho”, que indicam insatisfação com a prótese mamária. Na ramificação da palavra “resultado”, entende-se que há insatisfação quanto ao procedimento e à cicatriz, ao pós-operatório. Já na ramificação da palavra “mama”, indica algum problema com o lado direito da mama. Na ramificação da palavra “médico”, observa-se palavras como “erro”, “dinheiro” e “atendimento”, as quais mostram insatisfação com o profissional e com o atendimento/consulta. Por fim, na ramificação da palavra “dia”, nota-se a presença das palavras “clínica”, “consulta”, “descaso”, “paciente”, “reclamação”, “pós_operatório”, “hora” e “minuto”, indicando o desprazer e a indignação do cliente. Há também outras palavras com conotações negativas, como “dor”, “problema” e “pior”. Assim, é possível perceber que os clientes tiveram experiências desagradáveis e uma percepção ruim do serviço.

Em outro cenário, a análise pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) gerou um dendrograma de três classes, ilustrado na Figura 2.



Figura 2 – Dendrograma A

Fonte: IRAMUTEQ (2021)

Nota-se que na figura 2 há dois grandes conjuntos: um relacionado aos procedimentos e suas consequências adversas e outro relacionado ao atendimento e contato com a empresa. Esse último conjunto originou duas classes, formando, assim, as três classes presentes no dendrograma:

- Classe 1 (Desintegração de recursos): palavras relacionadas a resultados não satisfatórios e complicações pós cirúrgicas, indicam as características físicas que não agradaram o cliente. Causas prováveis para esse caso de codestruição de valor são a comunicação insuficiente - proposta por Järvi *et al.* (2018) o mau uso de recursos *operant* (nesse caso, as habilidades cirúrgicas) do provedor do serviço - descrita por Laud *et al.* (2019) ou o desalinhamento de expectativas e/ ou expectativas excessivas - apresentada por Järvi *et al.* (2018).

Para exemplificar a Classe 1, tem-se o comentário 20 (CC20): “*Fiz uma lipoenxertia nós glúteos um lado ficou bem maior que o outro. Ficou uma bola de gordura gigante em um dos lados. Lipo mau Feita*”. Assim, é possível observar que o resultado não foi satisfatório.

- Classe 2 (Expectativas): sugere insatisfação com a consulta, com o pós-operatório, atraso, insatisfação com o médico e com a clínica. Sugere também algum tipo de erro médico. Como potencial causa, tem-se: informações incompletas ou mal interpretadas - Echeverri e Skálén (2011).

O comentário 54 (CC54) ilustra a Classe 2, que mostra insatisfação com o atendimento e informações incompletas: *“O grande X da questão é que, EM MOMENTO ALGUM eu fui avisada sobre o risco de cicatrizes eternas que poderiam ser causadas por este procedimento. Eu não tive a chance de escolher entre querer correr o risco ou não, simplesmente pq eu não sabia que ele existia. Se essa oportunidade tivesse sido dada, a história seria diferente.”*

- Classe 3 (Contato): palavras relacionadas ao pós-atendimento, pós-compra ou pós-procedimento cirúrgico, sugere tentativas frustradas de contato com a empresa e problemas com o pagamento. Também há desejo de reclamar e recorrer à justiça. Tem como possíveis causas nível insuficiente de confiança, apresentada por Järvi, Kähkönen e Torvinen (2018) ou comunicação de marketing incoerente por parte da empresa - Järvi *et al.* (2020).

O comentário 20 (CC20) também exemplifica a Classe 3, que sugere tentativas frustradas de contato com a empresa. CC20: *“(..) Reclamei com eles e não tive retorno até hoje. Simplesmente ignoram minha reclamação.”*

4.2 Base B – As respostas e justificativas dos provedores dos serviços

A base composta de respostas das empresas que receberam reclamações gerou os resultados da Figura 3.

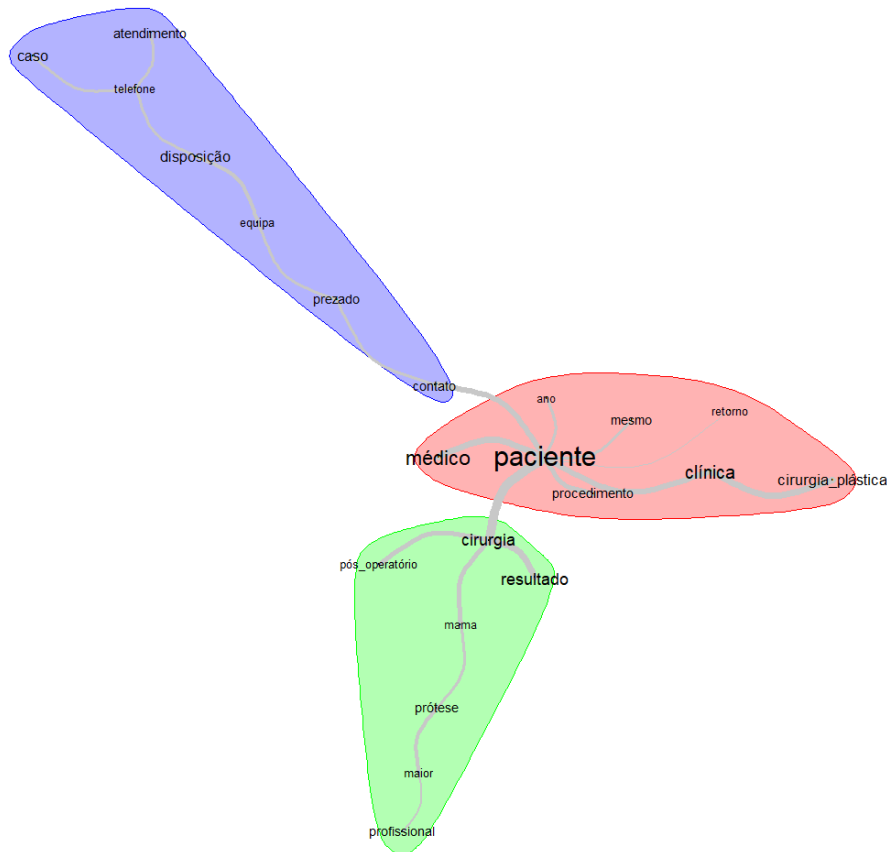


Figura 3 – Análise de Similitude B

Fonte: IRAMUTEQ (2021)

Foram selecionadas palavras com mais de 13 ocorrências, visto que essa configuração confere maior pertinência aos conjuntos formados, e filtradas por substantivos e adjetivos, com o objetivo de se obter uma figura mais limpa e otimizar a análise.

Observa-se na figura que a palavra “paciente” está em foco. Ademais, as palavras “resultado”, “médico”, “cirurgia” e “clínica” estão em destaque. Desse modo, pode-se perceber que as empresas evidenciam o paciente e tendem a transferir alguma responsabilidade pelas experiências e resultados não satisfatórios. Isentam o médico da culpa, com o argumento de que ele é um profissional capacitado para tal

procedimento ou serviço. Além disso, na ramificação azul entende-se que as empresas relatam que estão à disposição para contato. Por fim, também é possível perceber que as empresas focalizam o resultado, o pós-operatório.

Sob outra perspectiva, a análise CHD originou um dendrograma de três classes, apresentado na Figura 4.

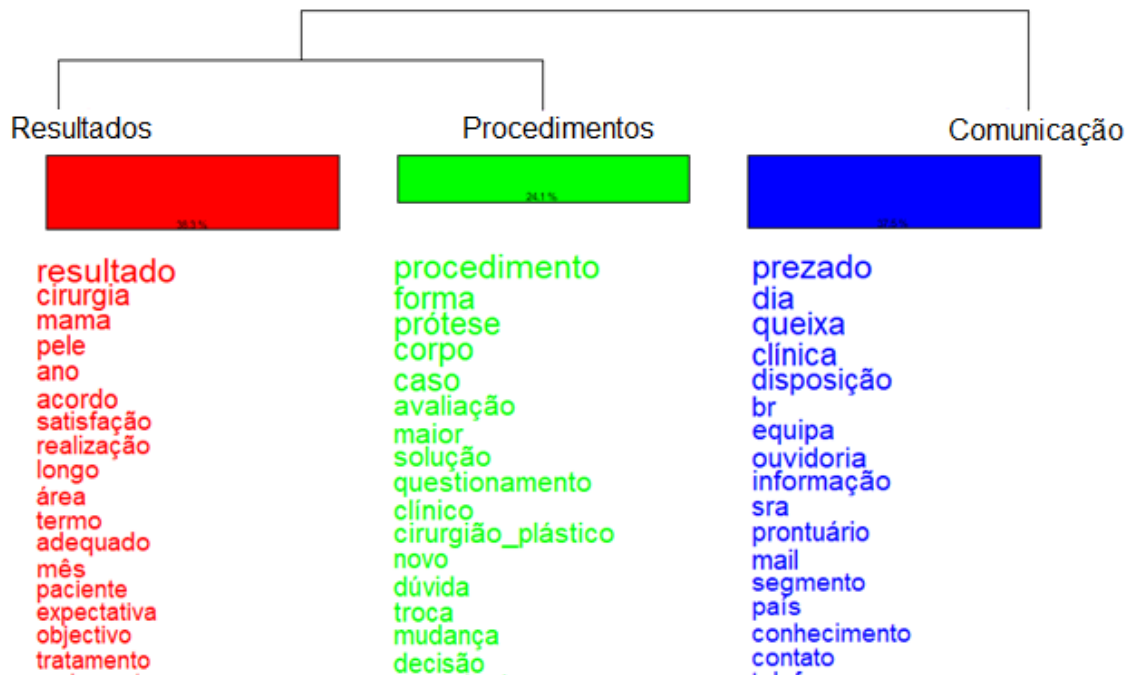


Figura 4 – Dendrograma B

Fonte: IRAMUTEQ (2021)

Pode-se observar na figura 4 que há dois conjuntos básicos: um relacionado à comunicação e à ouvidoria das empresas e outro relacionado ao atendimento de avaliação cirúrgica, questionamentos e dúvidas e ao processo cirúrgico e seus resultados. Posteriormente, o segundo conjunto se transformou em duas divisões e formou duas classes, criando, assim, as três classes expostas no dendrograma:

- Classe 1 (Resultados): indica o pós-operatório, o período de recuperação, e algum desalinhamento de expectativas. Além disso, entende-se que houve um tratamento adequado e a clínica isenta o médico e transfere a responsabilidade para a expectativa do cliente. Causas possíveis: divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente - Järvi *et al.* (2018) e falha no processo de informação por parte do consumidor - Järvi *et al.* (2018).

A resposta 29 (CE29), exemplifica a Classe 1 ao transferir parte da responsabilidade para o cliente: *“O resultado da cirurgia também não depende unicamente das técnicas utilizadas, mas também de fatores como qualidade da pele, hábitos, cuidados pós operatório.”*

- Classe 2 (Procedimentos): palavras relacionadas com o procedimento e cicatrização. Justificam a quebra de valor no procedimento. Uma causa pode ser o uso inadequado do recurso operante (habilidade cirúrgica) - Robertson *et al* (2014) ou expectativa excessiva do cliente - Järvi *et al.* (2018).

Já a resposta 15 (CE15) ilustra classe 2, justificando a quebra de valor no procedimento: *“Infelizmente intercorrências podem ocorrer em qualquer tipo de cirurgia inclusive na cirurgia plástica.”*. A resposta 11 (CE11) também exemplifica a classe 2, isentando a clínica e justificando a quebra de valor no procedimento cirúrgico e no organismo do paciente: *“Em um procedimento de cirurgia plástica cada corpo responde diferente do outro e cada caso é um caso e existe a possibilidade de se o resultado não ser alcançado, se fazer algum retoque ou ajuste na cirurgia realizada para atingir o desejado.”*

- Classe 3 (Comunicação): palavras relacionadas com a comunicação da clínica com o cliente, SAC. Indica que as empresas estão à disposição para contato. Uma possível causa é a presença de falha na comunicação ou comunicação insuficiente - Järvi *et al.* (2018).

A resposta 27 (CE27) ilustra a Classe 3, que Indica que as empresas estão à disposição para contato: *“Assim, como-nos (toda nossa equipe) a sua imediata e inteira disposição, na busca de sanar qualquer dúvida e buscar alternativas no que se baseou sua queixa.”*

4.3 Justificativas dos provedores de cirurgia plástica para a ocorrência da desintegração de recursos e análise das causas da codestruição de valor

Nesta seção 4.3 estão expostas as as justificativas dos provedores de cirurgia plástica para a ocorrência da desintegração de recursos e a análise das causas da codestruição de valor. Os quadros e análises a seguir foram elaborados com base nas informações contidas na seções 4.1 e 4.2 deste trabalho. O quadro 2 é baseado na perspectiva dos clientes, a partir de seus comentários na plataforma ReclameAqui.

- Base de clientes

Quadro 2 Causas da codestruição de valor na perspectiva dos clientes

Causas	Autor
1) Mau uso de recursos <i>operant</i> (nesse caso, as habilidades cirúrgicas do provedor do serviço)	Laud <i>et al.</i> (2019)
2) Desalinhamento de expectativas e/ ou expectativas excessivas	Järvi <i>et al.</i> (2018)
3) Informações incompletas ou mal interpretadas	Echeverri e Skálén (2011)
4) Desintegração de recursos ou falha do serviço	Laud et al (2019)
5) Nível insuficiente de confiança	Järvi, Kähkönen e Torvinen (2018)
6) Comunicação de marketing incoerente por parte da empresa	Järvi <i>et al.</i> (2020)
7) Interações negativas entre empresa e seus consumidores	Jmour e Hmida (2017)

Fonte: Elaboração própria.

A ocorrência da codestruição de valor pode ser justificada por: insatisfação com a prótese mamária, quanto ao procedimento e ao pós-operatório (causas 1, 2 e 3); insatisfação com o profissional e com o atendimento/ consulta (causas 3 e 5); resultados não satisfatórios e complicações pós cirúrgicas (causas 2 e 4); atraso (causa 4); algum tipo de falha médica (causas 1 e 4); tentativas frustradas de contato

com a empresa (causa 4); problemas com o pagamento (causas 3 e 6); desejo de reclamar e recorrer à justiça - emoções negativas (causas 5 e 7).

Para ilustrar a causa 4 - desintegração de recursos (Laud et al (2019)), o cliente número 18 (CC18) escreveu:

“Estou tentando contato por telefone pra não expor a empresa porém, sem sucesso, venho aqui pra tentar atendimento.”

Como disse o CC25, exemplificando a causa 4 - desintegração de recursos ou falha do serviço (Laud et al (2019)), e a causa 2 - desalinhamento de expectativas (Järvi et al. (2018)):

“Assim que percebi que tinha algo estranho na minha aureola já falei com o Dr. O mesmo não mostrou nenhuma preocupação e muito menos passou qualquer remédio”

Para ilustrar outra situação da causa 4 - desintegração de recursos (Laud et al (2019)), o cliente número 47 (CC47) relatou:

“Uma consulta agendada para as 17h só me atenderam as 20h”

Como disse o CC48, ilustrando as causas 4 - desintegração de recursos ou falha do serviço (Laud et al (2019)) e 2 - desalinhamento de expectativas (Järvi et al. (2018)):

“Péssimo atendimento, descaso total com seus pacientes/clientes, ao ligar você é informado que o atendimento é por HORA MARCADA, mas quando chega na clínica vive um verdadeiro inferno e tratamento desumano.”

Assim, pode-se observar que na base de clientes as principais causas para uma desintegração de recursos, que levam à uma codestruição de valor, são relacionadas à informação.

- Base de empresas

Já o quadro 3 representa a análise das causas da codestruição de valor na ótica dos provedores do serviço, a partir de suas justificativas para a ocorrência da desintegração de recursos nos serviços de cirurgia plástica.

Quadro 3 Causas da codestruição de valor na ótica dos provedores de serviço

Causas	Autor
a) Interações negativas entre empresa e seus consumidores	Jmour e Hmida (2017)
b) Falha no processo de informação por parte do consumidor	Järvi <i>et al.</i> (2018)
c) Divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente	Järvi <i>et al.</i> (2018)
d) Uso inadequado do recurso operante (habilidade cirúrgica)	Robertson <i>et al</i> (2014)
e) Desintegração de recursos	Laud <i>et al</i> (2019)

Fonte: Elaboração própria.

Na classe 1 (Resultados) da Figura 4, entende-se que houve um tratamento adequado e a clínica isenta o médico e coloca a culpa na expectativa do paciente. A causa c) - divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente (Järvi *et al.* (2018)) - explica esse caso de codestruição de valor.

Para ilustrar, a empresa D (CE03) relatou:

“O fato ‘da’ cirurgia não atender suas expectativas, não consiste em erro médico, pois em nenhuma das cirurgias realizadas conseguimos atingir plenamente todas as expectativas imediatamente ou ao longo dos anos.”

Ademais, na classe 2 (Procedimentos), observa-se que a empresa considera o procedimento como a justificativa da quebra de valor. As causas d) - uso inadequado do recurso operante (habilidade cirúrgica) (Robertson *et al* (2014)), c) - expectativa excessiva do cliente (Järvi *et al.* (2018)), e e) - desintegração de recursos (Laud *et al* (2019)) - explicam essa quebra de valor.

Por fim, na classe 3 (Comunicação), relacionada à comunicação da clínica com o cliente, é observado que as empresas consideram-se à disposição para contato. Uma causa para essa divergência de percepção entre o cliente e a empresa é a b) - falha no processo de informação por parte do consumidor (Järvi *et al.* (2018)).

Como diz o CE23, exemplificando essa causa:

“Não só o Dr xxxx xxxx, mas também toda sua equipe, estiveram e estão à sua disposição para lhe atender no que for necessário”.

Ainda, a empresa K (CE15) escreveu:

“Entendemos sua insatisfação quanto ao resultado da cirurgia e colocamos nossas equipes a sua disposição para realizar o retoque na sua mama.”

Para ilustrar a causa a) - interações negativas entre empresa e seus consumidores (Jmour e Hmida (2017)) -, a empresa K (CE16) relatou:

“Conforme constatado em seu prontuário médico e acompanhamento pós-operatório, houve um aumento de seu peso e isso interfere no resultado final da cirurgia”.

Assim, é possível observar que as empresas, com o intuito de justificar a transferência de responsabilidade para os clientes, sinalizam mais para as causas falha no processo de informação por parte do consumidor e divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente, ambas propostas por Järvi *et al.* (2018).

Diante disso, no próximo tópico há algumas das convergências e divergências das causas encontradas para a ocorrência de codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica sob a ótica dos dois sujeitos/atores.

4.4 Convergências e divergências entre as queixas dos clientes e as justificativas das empresas

Foram observadas convergências e divergências nas reclamações dos clientes e nas respostas das empresas. Como pontos convergentes, tem-se alusão ao procedimento, ao atendimento administrativo e ao pós-atendimento. Foram observadas causas em comum com os dois agentes, como interações negativas entre empresa e seus consumidores e uso inadequado de recurso operante. Ademais, há referências à expectativas desalinhas e a alguma falha na comunicação.

Já os pontos divergentes percebidos foram menção a complicações no pós-operatório e a desintegração de recursos mencionadas pelos clientes e suas respectivas negações por parte das empresas.

Ademais, nas figuras de similitude (Figuras 1 e 3) foram encontradas divergências quanto ao foco principal: na base de clientes focalizou-se o próprio procedimento cirúrgico recebido, e na base de empresas focalizou-se o paciente. Ainda, foram observadas palavras de caráter negativo na base A (queixas dos

clientes) e palavras que remetem ao contato da empresa com o cliente na base B (respostas dos provedores de serviços).

Com o objetivo de demonstrar uma situação de convergência, tem-se o que relatou o CC25:

“No mesmo momento liguei e pedi para trocar de médico, e expliquei que estava ficando deformada. (...) passei com a Dr. xxxxx, que comprovou que meus seios ficaram deformados.”

E o CE07 expôs:

“verificamos que seu procedimento de Mamoplastia foi realizado em 20/07/2018, em ambiente hospitalar, tendo ocorrido normalmente, sem qualquer intercorrência. No entanto, durante seu período pós operatório sua cicatriz evoluiu com uma deiscência. (...) em atendimento a sua solicitação, foi encaminhada e avaliada, sendo indicado o refinamento de sua cicatriz.”

Já para exemplificar um cenário de divergência, há os seguintes comentários:

A empresa J (CE11) escreveu:

“Em um procedimento de cirurgia plástica cada corpo responde diferente do outro e cada caso é um caso e existe a possibilidade de se o resultado não ser alcançado, se fazer algum retoque ou ajuste na cirurgia realizada para atingir o desejado. Nunca houve nada torto na cirurgia da reclamante, conforme ela relatou e ela falta com a verdade ao dizer que o resultado foi um pesadelo.”

O cliente 30 (CC30) relatou:

“(...) Dia após dia meus seios foram desinchando, e o resultado era HORRÍVEL, ele não tirou NADA de pele, então começou aparecer a prótese em cima, e o seios exatamente como antes, CAÍDOS! Além disso a mama do lado direito, ficou defeituosa, com uma grande ondulação. (...) Seios com queda ainda, aréola tortas com medidas totalmente diferentes. Defeito na mama direita visivelmente visível.”

Ainda, exemplificando a causa informações incompletas, descrita pelos autores Echeverri e Skálén (2011), houve o seguinte comentário e sua respectiva resposta:

CC56 relatou:

“(...) Então por que ela não me avisou dos riscos? Porque ela não me mostrou as fotos das infecções e cicatrizes para eu saber o risco que estava correndo? Esta

médica não tem o direito de submeter seres humanos à um procedimento cirúrgico sabendo que pode cometer o mesmo erro novamente! É desumano o que esta mulher fez conosco.”

CE34 respondeu:

“(...) esclarecemos que, todo paciente, ao se consultar com o médico, através de consulta, é devidamente examinado e orientado, sendo-lhe facultado tempo hábil para saneamento de possíveis dúvidas quanto ao procedimento a ser realizado, uma vez que, é na consulta médica que, médico e paciente, definem e planejam todo o tratamento a ser realizado.”

Assim, na situação acima, é possível observar a negação da empresa quanto à queixa do consumidor e a tentativa de isentar o seu profissional. Isso, segundo a literatura de Echeverri e Skálén (2011) pode ser explicado pela causa informações incompletas.

Neste capítulo foram analisadas as figuras 1 a 4, as justificativas dos provedores de cirurgia plástica para a ocorrência da desintegração de recursos e análise das causas da codestruição de valor, e as principais convergências e divergências entre as queixas dos clientes e as justificativas das empresas. Diante disso, a seguir tem-se o capítulo de conclusões e recomendações com algumas reflexões nesse sentido.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa buscou analisar as causas da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica, analisando a perspectiva do consumidor e a ótica do provedor do serviço. Para isso, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ, que possibilitou o processamento dos comentários desses agentes e a geração de figuras a partir de uma análise textual.

Além disso, o trabalho delimitou três objetivos específicos:

- 1) Identificar causas da codestruição de valor em serviços de cirurgia plástica;
- 2) Verificar a perspectiva do cliente e a ótica do prestador do serviço que justificam ou explicam a ocorrência da desintegração de recursos entre as partes, que podem levar à codestruição de valor;
- 3) Comparar divergências e convergências entre as queixas de clientes e as justificativas dadas por provedores do serviço, quando ocorre a codestruição de valor.

Tais objetivos foram alcançados, conforme é possível verificar ao longo do capítulo 4 de resultados e discussão. Desse modo, concluiu-se que, considerando o lócus estudado, a maior causa de codestruição de valor nesse setor são os recursos operantes, ou seja, as habilidades físicas e mentais (perícia, saber fazer, competências etc.). Isso pôde ser constatado pelo fato de os fatores que mais geraram codestruição de valor no âmbito da cirurgia plástica estarem relacionados ao atendimento, ao procedimento e ao pós-serviço.

Os resultados da pesquisa são relevantes para os provedores de serviços de cirurgia plástica e gestores da área da saúde, visto que, ao demonstrar as causas da codestruição de valor, pode ser tida como um “manual” do que não fazer. Entretanto, as evidências empíricas desse trabalho não permitem concluir que haja um reconhecimento da visão do paciente como legítima pelo provedor de serviço.

As causas expostas nessa pesquisa contribuem para uma melhoria ou um aperfeiçoamento da prestação de serviços e, conseqüentemente, um aumento da satisfação do consumidor. Além disso, apresenta contribuições para a redução da ocorrência da codestruição de valor nos serviços de cirurgia plástica, podendo ser aplicado a mais áreas da medicina e de prestação de serviços. Possui, ainda,

contribuição acadêmica, posto que ainda há poucos estudos sobre o fenômeno da codestruição de valor na América Latina e no Brasil, uma vez que se concentram muito mais na Europa, EUA e Austrália, além de alguns incipientes na Ásia. O Brasil pouco tem estudado as causas da codestruição de valor no âmbito do marketing de serviços.

Este estudo teve como principais limitações a perspectiva de um único *site* de reclamações e somente de serviços de cirurgia plástica. Assim, recomenda-se, para estudos futuros, a utilização de mais fontes de relatos, com a intenção de se obter uma visão mais ampla dos fatores que provocam essa redução de valor.

Uma sugestão para estudos futuros seria explorar as causas da codestruição de valor em outros campos da saúde, como medicina de emergência, clínica médica e medicina intensiva. Além disso, futuras pesquisas poderiam focar no aspecto administrativo (ex: gestão de pessoas e relacionamento com o cliente) e como os problemas da codestruição de valor podem ser mitigados.

Embora a pesquisa gere *insights* e algumas respostas, os resultados não representam uma análise completa desse fenômeno de codestruição de valor. Pesquisas futuras podem triangular clientes, funcionários e perspectivas organizacionais mais amplas para fornecer uma avaliação holística (do ecossistema de serviço e seus vários níveis) da dinâmica dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBETT, Sarah K.; URMAN, Richard D.; BADER, Angela M.. Shared decision-making – Creating pathways and models of care. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**. v. 34, n. 2, p. 297-301, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2020.05.006>.

ADAMS, Samantha A. Sourcing the crowd for health services improvement: the reflexive patient and “share-your-experience” websites. **Social Science & Medicine**. v. 72, n. 7, p. 1069-1076, abr. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.001>

ADVANCE ER. **WHY A PLASTIC SURGEON ON DEMAND IN AN EMERGENCY IS NEEDED**. 2019. Disponível em:

<https://www.advaneer.com/resources/blog/2019/may/why-a-plastic-surgeon-on-demand-in-an-emergency/>. Acesso em: 25 out. 2021.

AKAKA, Melissa Archpru; VARGO, Stephen L.. Technology as an operant resource in service (eco)systems. **Information Systems And E-Business Management**. v. 12, n. 3, p. 367-384, 9 maio 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10257-013-0220-5>.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Surgery**: definitions of "cosmetic" and "reconstructive" surgery h-475.992. Definitions of "Cosmetic" and "Reconstructive" Surgery H-475.992. 2013. Disponível em: <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/cosmetic?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-0-4326.xml>. Acesso em: 29 mar. 2021.

AUDINO, Maira Cristina Fistarol; SCHMITZ, Andréia. Cirurgia Plástica e Envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 21-26, 9 out. 2013. UPF Editora. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.030>. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/2789>. Acesso em: 27 mar. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa: Edições 70, Lda., 1977. 223 p. Tradução de: Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro.

BARRY, Michael J.; EDGMAN-LEVITAN, Susan. Shared Decision Making: the pinnacle of patient-centered care. **The New England Journal Of Medicine**. Massachusetts, v. 366, n. 9, p. 780-781. mar. 2012. Disponível em:

https://projects.iq.harvard.edu/files/shared_decision_making/files/sdm_pinnacle_of_patient_centered_care.pdf?m=1446225643. Acesso em: 15 abr. 2021.

BIRKHÄUER, Johanna *et al.* Trust in the health care professional and health outcome: a meta-analysis. **Plos One**. v. 12, n. 2, p. 1-13, 7 fev. 2017. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>.

BOSS, Emily F. *et al.* Shared Decision Making and Choice for Elective Surgical Care. **Otolaryngology–Head And Neck Surgery**. v. 154, n. 3, p. 405-420, 8 dez. 2015. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599815620558>. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/286446249_Shared_Decision_Making_and_Choice_for_Elective_Surgical_Care_A_Systematic_Review. Acesso em: 15 abr. 2021.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M.. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**. v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2013.2-16>.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 2013. Disponível em:
<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CHANDLER, Jennifer D.; VARGO, Stephen L.. Contextualization and value-in-context: how context frames exchange. **Marketing Theory**. v. 11, n. 1, p. 35-49, mar. 2011. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1470593110393713>.

CHANDRA, Swastika; MOHAMMADNEZHAD, Masoud; WARD, Paul. Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: a literature review.. **Journal Of Healthcare Communications**. v. 3, n. 3, p. 1-6, jan. 2018. OMICS Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.4172/2472-1654.100146>.

CHRYSOPOULO, Minas. **What's the difference between reconstructive and cosmetic procedures?** 2018. Disponível em:
<https://www.plasticsurgery.org/news/blog/whats-the-difference-between-reconstructive-and-cosmetic-procedures>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CORREIA, Isabel Cristina *et al.* Tomada de decisão compartilhada no contexto do paciente adolescente em programa de reabilitação. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 171-187, 16 dez. 2020. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitario. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i4.617>

DAUNT, Kate L.; HARRIS, Lloyd C.. Consumer showrooming: value co-destruction. **Journal Of Retailing And Consumer Services**. v. 38, n. 1, p. 166-176, set. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jretconser.2017.05.013>.

ECHEVERRI, Per; SKÅLÉN, Per. Co-creation and Co-destruction: a practice theory based study of interactive value formation. **Marketing Theory**. Karlstad, v. 11, n. 3, p. 351-373. out. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236693837_Co-creation_and_Co-destruction_A_practice_Theory_Based_Study_of_Interactive_Value_Formation. Acesso em: 26 mar. 2021.

ELWYN, Glyn *et al.* Implementing shared decision making in the NHS. **BMJ**. v. 341, n. 2, p. 5146-5146, out. 2010. Disponível em: [47429158_Implementing_shared_decision_making_in_the_NHS](https://doi.org/10.1136/bmj.341.7798.5146). Acesso em: 15 abr. 2021.

ELWYN, Glyn *et al.* Shared Decision Making: a model for clinical practice. **Journal Of General Internal Medicine**. v. 27, n. 10, p. 1361-1367, 23 maio 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-012-2077-6.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FERREIRA, Marcus Castro. Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 61-66, jan. 2000.

FIALA, Thomas G. What Do Patients Want? Technical Quality Versus Functional Quality: A Literature Review for Plastic Surgeons. **Aesthetic Surgery Journal**. v. 32, n. 6, p. 751-759. 01 ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090820X12452555>. Acesso em: 29 mar. 2021.

GODOLPHIN, William. Shared Decision-Making. **Healthcare Quarterly**. v. 12, n. , p. 186-190, 15 ago. 2009. Longwoods Publishing. <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2009.20947>. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/20947/healthcare-quarterly/shared-decision-making>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HANSEN, Anne Vorre. Value co-creation in service marketing: a critical (re)view. **International Journal Of Innovation Studies**. v. 3, n. 4, p. 73-83, dez. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijis.2019.12.001>.

IGLESIAS, María Elinor Dulzaides; GÓMEZ, Ana María Molina. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. **Acimed**. Ciudad de La Habana, p. 1-5. mar. 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v12n2/aci11204.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. **ISAPS Global Statistics**: pesquisa global anual sobre procedimentos estéticos/cosméticos. Pesquisa Global anual sobre procedimentos estéticos/cosméticos. 2019. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/ISAPS-Global-Survey-2019-Press-Release-Portuguese.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. **ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2019**. 2019. Pág. 16. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

JÄRVI, Henna; KÄHKÖNEN, Anni-Kaisa; TORVINEN, Hannu. When value co-creation fails: reasons that lead to value co-destruction. **Scandinavian Journal Of Management**. v. 34, n. 1, p. 63-77, mar. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.scaman.2018.01.002>

JÄRVI, Henna *et al.* Value co-destruction in hotel services: exploring the misalignment of cognitive scripts among customers and providers. **Tourism Management**. v. 77, n.1, p. 104030, abr. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tourman.2019.104030>.

JMOUR, Arij; HMIDA, Imen Charfi Ben. Not Always a Co-creation: exploratory study of reasons, emotions and practices of the value co-destruction in virtual communities. **Lecture Notes In Business Information Processing**. p. 41-54, 2017. Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-62737-3_4.

KEELING, Debbie Isobel *et al.* How value co-creation and co-destruction unfolds: a longitudinal perspective on dialogic engagement in health services interactions. **Journal Of The Academy Of Marketing Science**. v. 49, n. 2, p. 236-257, 30 jun. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11747-020-00737-z>.

KENT, Michael L.; TAYLOR, Maureen. Fostering Dialogic Engagement: toward an architecture of social media for social change. **Social Media + Society**. v. 7, n. 1, p. 1-10, jan. 2021. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2056305120984462>.

LANE, Anne; KENT, Michael L.. Dialogic Engagement. In: TAYLOR, Maureen; JOHNSTON, Kim A.. **The Handbook of Communication Engagement**. John Wiley & Sons, Inc, 2018. Cap. 5. p. 61-72. (Handbooks in Communication and Media). Disponível em: https://www.academia.edu/42021360/Chapter_5_Dialogic_Engagement. Acesso em: 16 maio 2021.

LAUD, Gaurangi *et al.* Value co-destruction: a typology of resource misintegration manifestations. **Journal Of Services Marketing**. v. 33, n. 7, p. 866-889, 12 dez. 2019. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/jsm-01-2019-0022>.

LONGTIN, Yves *et al.* Patient Participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic Proceedings**. v. 85, n. 1, p. 53-62, jan. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>. Disponível em: <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2811%2960311-X>. Acesso em: 16 abr. 2021.

LOVELOCK, Christopher H. *et al.* Distinctive Aspects of Service Management. In: LOVELOCK, Christopher H. *et al.* **Services Marketing**. Edinburgh: Edinburgh Business School, 2011.

LOVELOCK, Christopher H.; WIRTZ, Jochen. New Perspectives on Marketing in the Service Economy. In: LOVELOCK, Christopher H.; WIRTZ, Jochen. **Services Marketing: People, Technology, Strategy**. 7. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2011. p. 1-612.

LUSCH, R. F.; VARGO, S. L.; WESSELS, G.. Toward a conceptual foundation for service science: contributions from service-dominant logic. **Ibm Systems Journal**. v. 47, n. 1, p. 5-14, 2008. IBM. <http://dx.doi.org/10.1147/sj.471.0005>.

MEAD, Nicola; BOWER, Peter. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**. v. 51, n. 7, p. 1087-1110, out. 2000. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8).

MELZER, Anne C *et al.* What Exactly Is Shared Decision-Making? A Qualitative Study of Shared Decision-Making in Lung Cancer Screening. **Journal Of General Internal Medicine**. v. 35, n. 2, p. 546-553, 19 nov. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05516-3>.

MINOSSI, José Guilherme. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 1, p. 90-95, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912009000100016>.

NATIONAL LEARNING CONSORTIUM. **Shared Decision Making**. 2013. Disponível em: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_shared_decision_making_fact_sheet.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

OSEI-FRIMPONG, Kofi *et al.* Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a cit approach. **Journal Of Service Theory And**

Practice. v. 25, n. 4, p. 443-462, 13 jul. 2015. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/jstp-03-2014-0062>.

OTANI, Koichiro *et al.* How Patient Reactions to Hospital Care Attributes Affect the Evaluation of Overall Quality of Care, Willingness to Recommend, and Willingness to Return. **Journal Of Healthcare Management.** v. 55, n. 1, p. 25-38, jan. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00115514-201001000-00006>.

PETROVIC, Kimberly; BLANK, Thomas O.. The Andersen–Newman Behavioral Model of Health Service Use as a conceptual basis for understanding patient behavior within the patient–physician dyad: the influence of trust on adherence to statins in older people living with hiv and cardiovascular disease. **Cogent Psychology**, v. 2, n. 1, p. 1038894, 20 maio 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2015.1038894>.

PLÉ, Loïc; CHUMPITAZ CÁCERES, Ruben. Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic **Journal Of Services Marketing.** Lille, v. 24, n. 6, p. 430-437. set. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235263215_Not_always_co-creation_introducing_interactional_co-destruction_of_value_in_Service-Dominant_Logic_Keywords. Acesso em: 26 mar. 2021.

POON, Bing Ying; SHORTELL, Stephen M.; RODRIGUEZ, Hector P.. Patient Activation as a Pathway to Shared Decision-making for Adults with Diabetes or Cardiovascular Disease. **Journal Of General Internal Medicine.** v. 35, n. 3, p. 732-742, 23 out. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05351-6>.

PRAHALAD, C.K.; RAMASWAMY, Venkat. Co-creation experiences: the next practice in value creation. **Journal Of Interactive Marketing.** v. 18, n. 3, p. 5-14, jan. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1002/dir.20015>.

QUACH, Sara; THAICHON, Park. From connoisseur luxury to mass luxury: value co-creation and co-destruction in the online environment. **Journal Of Business Research.** v. 81, n. 1, p. 163-172, dez. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.06.015>.

RECLAMEAQUI. **Sobre nós.** [2020] data provável. Disponível em: <https://www.reclameaqui.com.br/institucional/>. Acesso em: 10 maio 2021.

ROBERTSON, Nichola; POLONSKY, Michael; MCQUILKEN, Lisa. Are My Symptoms Serious Dr Google? A Resource-Based Typology of Value Co-Destruction

in Online Self-Diagnosis. **Australasian Marketing Journal**. v. 22, n. 3, p. 246-256, ago. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ausmj.2014.08.009>.

SALVIATI, M. E. (2017). **Manual do Aplicativo IRAMUTEQ (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. Compilação, organização e notas de Maria Elisabeth Salviati. Acesso em: 10 mar. 2021. <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>.

SANTOS, Naiane Paula dos *et al.* Avaliação do nível de dor em pacientes submetidos a cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 190-194, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-51752012000200004>.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **18 cirurgiões plásticos atuam com destaque no tratamento de pacientes no Huse**. 2018. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/18-cirurgioes-plasticos-atuam-com-destaque-no-tratamento-de-pacientes-no-huse/>. Acesso em: 22 out. 2021.

SHETH, Jagdish N.. Customer value propositions: value co-creation. **Industrial Marketing Management**. v. 87, p. 312-315, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.indmarman.2019.10.012>.

SKELLY, Christy L. *et al.* **Shared decision making and patient-centered care**. 2020. Disponível em: <https://www.myamericannurse.com/shared-decision-making-and-patient-centered-care/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VARGO, Stephen L.; LUSCH, Robert F.. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. **Journal Of Marketing**. v. 68, n. 1, p. 1-17. jan. 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3384135/mod_resource/content/1/Evolving%20to%20a%20New%20Dominant%20Logic%20for%20Marketing.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

VARGO, Stephen L.; LUSCH, Robert F.. From goods to service(s): divergences and convergences of logics. **Industrial Marketing Management**. v. 37, n. 3, p. 254-259, maio 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.indmarman.2007.07.004>.

VARGO, Stephen L.; LUSCH, Robert F.. Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. **Journal Of The Academy Of Marketing Science**. v. 44, n. 1, p. 5-23, 16 jul. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11747-015-0456-3>.

WATSON, Philip W B; MCKINSTRY, Brian. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. **Journal Of The Royal Society Of Medicine**. v. 102, n. 6, p. 235-243. jun. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2697041/pdf/235.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

WIKIPEDIA. **Reclame Aqui**. 2021. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Reclame_Aqui. Acesso em: 10 maio 2021.

WILLIAMS, Dr. John. **Cosmetic Surgery vs. Plastic Surgery – What’s the Difference?** 2021. Disponível em: <https://brplasticsurgery.com/face-blogs/cosmetic-surgery-vs-plastic-surgery-whats-the-difference>. Acesso em: 07 set. 2021.

YIN, Juelin; QIAN, Lixian; SHEN, Junjie. From value co-creation to value co-destruction? The case of dockless bike sharing in China. **Transportation Research Part D: Transport and Environment**. v. 71, n. 1, p. 169-185, jun. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.trd.2018.12.004>.

APÊNDICES

Apêndice A – Planilha de Avaliações e Comentários

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Planilha de avaliações e comentários								
	Site	Empresa/ cirurgião	Procedimento realizado	Avaliação geral	Comentário/ queixa do cliente	Obteve resposta?	Resposta/ Justificativa do provedor	Título da reclamação/ queixa
1	ReclameAqui	Empresa A	Ex: botox	Ex: 4,0		Sim		Ex: Trabalho mal feito
2	ReclameAqui	Empresa A	Ex: mastopexia	Ex: 4,0		Sim		Ex: Erro na cirurgia
3	ReclameAqui	Empresa B	Ex: mamoplastia	Ex: 3,0		Sim		Ex: Cirurgia mal feita
4	ReclameAqui	Empresa C	Ex: blefaroplastia	Ex: 3,5		Sim		Ex: insatisfação
5	ReclameAqui	Empresa C	Ex: rinoplastia	Ex: 4,5		Sim		Ex: Péssimo atendimento
6	ReclameAqui	Empresa C	Ex: lipoaspiração e mamoplastia	Ex: 2,0		Sim		Ex: Péssima cirurgia
7	ReclameAqui	Empresa D	Ex: botox e preenchimento Labial	Ex: 4,0		Sim		Ex: Rosto deformado
8	ReclameAqui	Empresa D	Ex: lipoaspiração	Ex: 4,5		Sim		Ex: Plástica horrível