

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC - SP

Ligia Cristina Nishioka

A gestão da marca do profissional liberal: um estudo de caso na área médica  
na cidade de São Paulo

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

SÃO PAULO  
2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Ligia Cristina Nishioka

A gestão da marca do profissional liberal: um estudo de caso na área médica  
na cidade de São Paulo

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Administração, sob a orientação do Prof. Doutor Francisco Antônio Serralvo.

SÃO PAULO  
2013

Banca Examinadora

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

Neste momento de imensa satisfação por ter concluído uma etapa que exigiu muita dedicação e inspiração, minha memória resgata, instantaneamente, aquelas pessoas que contribuíram, decisivamente, para que aqui eu pudesse chegar.

Missão árdua descrever em linguagem os sentimentos profundos que navegam entre minha mente e coração, mas palavras, como: amor, amizade, admiração e gratidão não poderiam faltar nestes agradecimentos.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Kiyokazu e Nobuco, que, com afeto, simplicidade e exemplos, sempre me ensinaram o valor dos estudos, família e persistência.

Deixo aqui também registrado o meu muito obrigado ao Doutor Francisco Antonio Serralvo, exemplo máximo de orientador e professor, que, de forma generosa, me aceitou como orientanda e soube conduzir minha pesquisa com paciência, sabedoria e sensibilidade.

Agradeço, ainda, aos inúmeros amigos que, de muitas formas, colaboraram com esse projeto e compreenderam minha ausência na convivência diária.

Aos médicos entrevistados meu especial obrigado, pois sem eles a conclusão deste estudo não seria possível. Agradeço o tempo despendido, bem como a troca de ideias que iluminaram meus pensamentos e enriqueceram a pesquisa.

Por último, agradeço às duas pessoas que dão sentido a minha vida e conquistas: meu marido e filha. O carinho e incentivo deles foram inestimáveis para eu ingressar e concluir o mestrado. Obrigada, Ricardo. Obrigada, Sofia. Amo vocês!

## RESUMO

Assim como atitudes e experiências facilitam o processo decisório de compra e consumo, as marcas também assumem uma função muito importante para que o consumidor possa decidir entre as múltiplas opções existentes, tanto para bens quanto para serviços. Ocorre que, nos últimos anos, tem-se notado que as marcas vão além de produtos e serviços. Pessoas e organizações também podem ser vistas como marcas. Qualquer pessoa que esteja tentando construir sua carreira pode pensar em criar sua própria marca. A exemplo de empresas produtoras ou prestadoras de serviços, os profissionais liberais também buscam se destacar no mercado e se diferenciar dos demais competidores. Portanto, o referido profissional, visando gerir e consolidar o seu nome no campo de trabalho, poderia obter resultados eficientes utilizando as mesmas ferramentas adotadas por empresas. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo verificar se os médicos, como exemplo de um dos profissionais liberais, adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome visando projetar-se profissionalmente. Optou-se por uma abordagem metodológica qualitativa com estudo de caso único cujo objeto é a categoria médica, com a finalidade de compreender como esses profissionais pensam e agem sobre o assunto. A partir dos resultados, conclui-se que profissionais médicos não adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome para projetar-se profissionalmente, bem como sinalizaram um alto grau de resistência para essa utilização.

**Palavras-chave:** Médicos. Gestão de marcas. Identidade. Marca. Profissional liberal.

## **ABSTRACT**

As attitudes and experiences facilitate the purchasing decision process and consumer, brands also assume a very important role for the consumer to decide between the many options available, both for goods and for services. It happens that, in recent years, it has been noticed that brands concept go beyond products and services. Individuals and organizations can also be viewed as a brand. Anyone who is trying to build his career may consider creating your own brand. As manufacturing companies or service providers, the independent professionals also seek to excel in the market and differentiate themselves from other competitors. Therefore, the professional, in order to manage and consolidate his name in the field of work could get efficient results using the same tools used by companies. Accordingly, this paper aims to determine whether physicians, as an independent professionals example, adopt the brand identity tools to his name in order to design professionally. We opted for a qualitative approach with one single case study for physicians' profession, in order to understand how these professionals think and act on the matter. From the results, it is concluded that medical professionals do not adopt the brand identity tools to his name to design professionally, and signaled a high degree of resistance to such use.

**Keywords:** Physicians. Branding. Identity. Brand. Independent professional.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Funções de uma marca.....	45
Quadro 2 – Evolução do número de médicos e da população brasileira – Brasil, 2013....	71
Quadro 3 – Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo capitais – Brasil, 2011.....	72
Quadro 4 – Distribuição de especialistas e generalistas, segundo unidades da Federação – Brasil, 2011.....	75
Quadro 5 – Comparativo da quantidade de especialistas no estado de São Paulo e Brasil, 2011.....	76
Quadro 6 – Lista de especializações/Residência.....	81
Quadro 7 – Lista de turmas – ano de graduação.....	82

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMA	<i>American Marketing Association</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INPI	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
UNESP	Universidade Estadual Paulista
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
Unisul	Universidade do Sul de Santa Catarina

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
1.1 Aspectos da marca.....	31
1.1.1 Histórico.....	31
1.1.2 Proteção legal.....	34
1.1.3 Conceito.....	36
1.1.4 Dimensão do conceito.....	38
1.1.5 Categorias.....	40
1.1.6 Funções do uso de marcas.....	42
1.2 Construção de marca.....	46
1.3 Identidade e imagem da marca.....	48
1.3.1 Identidade.....	49
1.3.2 Imagem.....	52
1.3.3 Prisma de identidade da marca de Kapferer.....	54
1.3.4 Modelo do planejamento da identidade de Aaker.....	55
1.3.5 Comparação dos dois modelos.....	61
1.3.6 Associações.....	62
1.3.7 Lealdade.....	65
2 ESTUDO DE CASO.....	70
2.1 Médicos.....	70
3 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO.....	78
3.1 Mercado de trabalho atual.....	78
3.2 Perfil dos entrevistados.....	80
3.3 Análise dos resultados.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
APÊNDICES.....	101

## INTRODUÇÃO

Assim como atitudes e experiências facilitam o processo decisório de compra e consumo, as marcas também assumem uma função muito importante para que o consumidor possa decidir entre as múltiplas opções existentes, tanto para bens quanto para serviços. As marcas conseguem distinguir os produtos e serviços concorrentes, entre si, reduzindo-se assim o esforço do consumidor em seus momentos de escolha. Não somente as marcas ajudam o consumidor a escolher, como também reduzem a insegurança gerada no momento de se optar por um produto ou serviço em detrimento de outro.

A gestão de marcas, ou *branding* (termo correspondente em inglês), é definida como um conjunto de atividades que visa otimizar a marca em uma organização, como diferencial competitivo, envolvendo atividades, como nome, imagem, proteção legal, pesquisa de mercado, avaliação financeira, posicionamento e comunicação (KELLER; MACHADO, 2010).

O nome torna-se uma marca, com poder para influenciar o mercado, quando as pessoas tomam conhecimento da mesma, são convencidas e confiam nela (KAPFERER, 2009). Uma marca só existe realmente quando uma importante parcela do público associa o seu nome às satisfações garantidas.

As associações, além de possuírem elevado poder diferenciador, funcionam como síntese de informações, facilitando o processo de compra do consumidor – certas associações dão ou aumentam a credibilidade à marca e conferem, assim, confiança quanto ao seu consumo. As associações, como fonte de valor para as marcas, ainda, podem proporcionar sentimentos positivos que são transferidos para a marca, aumentando a satisfação decorrente do seu uso ou escolha (AAKER, 1996). As evocações decorrentes da imagem da marca podem ser tangíveis ou intangíveis; as primeiras dizem respeito aos atributos funcionais, tais como *performance* do produto, preço, garantia, serviços e tecnologia; e as intangíveis ou emocionais são atributos, como entusiasmo, confiança, diversão, eficiência, etc.

De acordo com Keller (2008), a consciência da marca é um antecedente determinante para a formação das associações, já que uma pessoa não pode criar associações de algo que desconhece.

As associações representam o significado da marca para o consumidor, a maneira como a percebe; a síntese de todos os sinais emitidos por ela, expressando sua identidade (KELLER, 2008; KAPFERER, 2009; AAKER, 1996). Nesse sentido, a identidade da marca é um quadro de referência construído pela empresa com o objetivo de auxiliar e tentar direcionar os pensamentos, sentimentos e avaliações dos consumidores em relação à marca. É a forma como a empresa gostaria que a marca fosse percebida (AAKER, 1996).

A identidade exprime, de forma rápida, condensada e simplificada, a grande variedade de significados e de nuances das manifestações da marca. Define a missão, especificidade e a promessa da marca. Torna-se fundamental para fixar as linhas diretrizes da gestão e de seu desenvolvimento (SEMPRINI, 2006).

Em termos de gestão de marcas, enquanto a identidade é um conceito de emissão, a imagem é um conceito de recepção. Dessa forma, antes de projetar uma imagem ao público, é necessário definir o que se deseja transmitir (KAPFERER, 2009). É nesse contexto que Aaker e Joachimsthaler (1999, p. 9) realizam uma analogia da ausência de uma identidade forte como “um barco sem o leme”. Visualiza-se a necessidade e importância da coerência dos conceitos que deseja transmitir desde a concepção, desenvolvimento de um produto ou serviço, bem como as estratégias de comunicação. A importância da marca aumenta quanto maior for a concorrência entre as empresas.

Embora, originalmente, esteja associado a bens manufaturados, o *branding* também é importante e aplicado em serviços. As marcas fortes aumentam a confiança no processo de decisão do consumidor, especialmente, caso se considerar que os serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes da compra.

Ocorre que, nos últimos anos, tem-se notado que as marcas vão além de produtos e serviços. Pessoas e organizações também podem ser vistas como marcas. A visualização do nome pessoal como uma marca fica mais evidente quando se remete às figuras públicas, como políticos, artistas e atletas profissionais. Essas pessoas competem, em algum sentido, pela aprovação e aceitação do público e beneficiam-se por passarem uma imagem forte e desejável. De fato, essas pessoas, na maioria das vezes, utilizam-se de estratégia de gestão do nome ou da imagem, pré-avaliando suas ações, falas e posturas em atos que, de alguma forma, são divulgados na mídia.

Com maior ou menor eficácia, centenas de celebridades emprestam seu nome para a venda de todo o tipo de produto, o que tem despertado interesse na gestão da imagem pessoal como uma marca. Tal interesse assume relevância quando se observa que muitas vezes a exposição demasiada de uma celebridade pode desgastar sua imagem, principalmente se a imagem ou a marca for utilizada sem consistência e sem um planejamento adequado, vendendo de tudo para todos. Outras vezes, certas celebridades aparecem ligadas a produtos ou empreendimentos fracassados ou eticamente questionáveis, o que pode trazer prejuízos a sua imagem. Em função disso, algumas celebridades começam a buscar assessoria profissional para a gestão de suas próprias marcas, e percebe-se uma crescente profissionalização no tratamento das celebridades como marca no Brasil (KELLER, 2008).

Isso tudo não quer dizer que é preciso ser conhecido ou famoso para considerar o nome como marca. Qualquer pessoa que esteja tentando construir sua carreira pode pensar em criar sua própria marca. Certamente, uma das chaves para uma carreira de sucesso é que determinadas pessoas (colega de trabalho, superiores ou até mesmo pessoas de seu convívio social) saibam quem você é, bem como conheçam suas habilidades, talentos e atitude. Ao construir um nome e uma reputação dentro de um contexto de negócios, a pessoa está essencialmente criando sua própria marca (KELLER, 2008).

A exemplo de empresas produtoras ou prestadoras de serviços que adotam, de alguma forma, estratégias de gestão administrativas, mercadológicas e/ou de marketing; os profissionais liberais, de uma forma geral, também compartilham dos mesmos objetivos, quais sejam: se destacarem no mercado e se diferenciarem dos demais competidores. Portanto, a utilização das mesmas ferramentas adotadas por empresas para gerir e consolidar o seu nome como profissional poderiam surtir resultados eficientes por esses profissionais.

A escolha da profissão médica para o presente estudo, dentre os vários profissionais liberais, deve-se à constatação de aumento significativo de sua quantidade no Brasil e de sua alta concentração nas principais capitais, criando um mercado de profissionais, nesses locais, mais acirrado. De fato, os resultados da pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011) revelam um crescimento exponencial histórico do número de médicos, nos últimos 40 anos. Em 1970, havia 58.994 médicos no Brasil e, em 2011, o total era de 371.788 médicos em atividade, representando um aumento de 530%, em contraponto ao crescimento da população brasileira de 104,8%, no mesmo período.

Apesar de os médicos serem tão numerosos, a edição da Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011) demonstra uma realidade brasileira com 1,95 médico registrado para cada 1.000 habitantes, valores inferiores à média da Europa de 3,33 médicos. Outra característica peculiar brasileira refere-se às acentuadas desigualdades na distribuição dos profissionais entre as regiões, estados e municípios. Analisando e isolando as unidades da federação brasileira, encontram-se resultados completamente distintos da média nacional. No Distrito Federal há 4,02 médicos por habitante; no Rio de Janeiro 3,57; em São Paulo 2,58 e no Rio Grande do Sul 2,31. Na outra ponta, estão estados das regiões Norte (Amapá e Pará) e Nordeste (Maranhão) com menos de um médico por 1.000 habitantes, índice comparável ao de países africanos.

Especificamente na cidade de São Paulo, a razão médico por habitante é de 4,33 médicos para cada 1.000 habitantes no ano de 2011, e 4,48 em 2013. Dessa forma, o médico atuante na capital paulista depara-se com uma realidade de mercado bastante competitivo.

No caso dos médicos, além da confiança, característica precípua da profissão, por estar lidando com a saúde de seus pacientes, invariavelmente são agregados outros atributos diferenciadores dos demais profissionais, tais como: nível de estudo, inovação, etc. Na hipótese do profissional optar pela abertura de um consultório e/ou clínica, a gama de informações que serão transmitidas aumentam significativamente; desde o bairro escolhido para o consultório; perfil do edifício; proximidade do consultório em relação aos hospitais; cores e decoração utilizada. Não adianta ter um consultório luxuoso internamente, se este está localizado em um prédio com aspecto sujo e desgastado. A quantidade de recepcionistas; decoração da sala de recepção; disponibilidade na agenda; sala de espera cheia ou vazia podem representar aspectos positivos ou negativos, dependendo do referencial do observador, ou seja, uma pessoa pode entender que a sala vazia representa atendimento personalizado, e outra que não há procura pelo profissional, vindo a questionar suas qualificações pela ausência de pacientes; assim como o material gráfico, tal como o receituário, a letra utilizada na impressão do nome, qualidade do papel, utilização ou não de cores, existência de *site*, etc.

Tudo isso são formas de comunicação. Essas características são recebidas pelos usuários como sinais, traduzindo uma parte da identidade do médico. Invariavelmente, o receptor da mensagem formará um juízo de valor com essas informações.

Nesse sentido, depreende-se a importância do médico em buscar a coerência das mensagens que gostaria de transmitir e do que efetivamente é transmitido, facilitando, ao longo do tempo, a consolidação de sua imagem, conforme seu plano inicial.

A contextualização do presente estudo se dá a partir do tratamento do nome do médico como uma marca e, a partir daí, foi feita uma discussão sobre a possibilidade de utilização pelo profissional de ferramentas de gestão de marcas, especificamente a definição de uma identidade de marca, concretizando um planejamento para a construção de uma carreira bem sucedida.

A verificação empírica foi desenhada para que seja observada a percepção do médico sobre o assunto em estudo, especialmente em áreas com grande concentração de profissionais, como na cidade de São Paulo.

### **Problema de pesquisa**

As marcas, como importante sinal de distintividade entre produtos e serviços, representam para o consumidor um conjunto de associações, características e símbolos que conferem ao produto um grau maior ou menor de diferenciação, qualidade, superioridade e confiança (PEREZ, 2004).

Sendo assim, a gestão de marcas ganha importância nas estratégias de uma corporação, pois agrega informações aos consumidores das características, qualidade, confiabilidade e diferenciação dos concorrentes, facilitando o processo de decisão (KAPFERER, 2009).

Competição em serviços não é nenhuma novidade. Bancos, hotéis, empresas provedoras de informações virtuais sempre enfrentaram uma situação na qual competir é crítico para o sucesso. Todavia, empresas de um número cada vez maior de setores, inclusive profissionais liberais, encontram-se agora em uma situação na qual o produto central, qual seja a aptidão técnica e/ou qualidade do serviço, oferecem apenas um ponto de partida para o desenvolvimento de uma vantagem competitiva, mas não mais garante essa vantagem competitiva.

Quando ou onde os consumidores estiverem decidindo entre alternativas, as marcas poderão

desempenhar papel importante no processo de escolha. Se o consumidor reconhece uma marca e tem algum conhecimento sobre ela, minimizará a necessidade de um processamento de várias informações para a decisão sobre o produto ou serviço. Assim, a marca permite ao consumidor a diminuição de custos inerentes ao processo de avaliação de um produto, seja internamente, referindo-se à diminuição do tempo necessário para pensar sobre o assunto e tomar uma decisão, seja externamente, na economia de tempo na procura de produtos ou serviços similares. Baseado no conhecimento sobre a marca (qualidade, características), o consumidor realiza suposições e formula expectativas razoáveis sobre o que não sabe sobre a marca (KELLER, 2008).

O que é mais importante na maioria das marcas fortes é ser percebido, lembrado, mudar as percepções, reforçar atitudes e firmar relações profundas com o seu público-alvo.

Considerando a grande quantidade de médicos, a diversidade e o rápido acesso às informações, especialmente através da *internet* (rede mundial de informações), a coerência das informações enviadas ao público-alvo merece maior atenção pelo profissional. As mensagens que as pessoas recebem não se referem apenas ao que está escrito, mas também a diversos outros critérios, tais como a percepção sobre o ambiente, equipe (secretárias, auxiliares), rapidez e qualidade no atendimento, entre outros.

Nesse contexto, o entendimento de uma mensagem de forma equivocada pelo paciente é um ponto negativo para a imagem do médico ou do consultório. É importante que a imagem formulada pelo paciente sobre o médico se coadune com a realidade.

Depreende-se que, além da necessidade do nome do médico ser lembrado pelos seus pacientes e/ou colegas, visto que há uma oferta ampla de profissionais, ainda constitui desafio que as informações e/ou mensagens enviadas sejam coerentes, criando ou aumentando a confiabilidade e segurança na escolha ou indicação de seu serviço. Dessa forma, a disputa pela consolidação de seu nome requer esforços e planejamento, a exemplo de empresas de manufaturas ou prestadoras de serviços.

Considerando o contexto explicado anteriormente, a pergunta de pesquisa é: Os médicos adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome para projetar-se profissionalmente?

## **Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo geral identificar o processo de criação da identidade do médico.

Dentre os objetivos que buscam complementar este estudo e colaborar para o entendimento do tema, encontram-se:

- Conhecer com maior profundidade a preocupação do médico sobre sua projeção profissional;
- A preocupação do médico em se diferenciar em um mercado competitivo;
- Identificar as características que os médicos gostariam de transmitir ao público-alvo;
- Visualizar o grau de aceitação dos médicos em utilizar ferramentas de gestão de marcas.

## **Justificativas**

A origem dos serviços profissionais pode ser identificada na Idade Média em atividades ligadas às leis, à Igreja e às forças armadas. As pessoas que exerciam essas profissões desfrutavam de uma importância social elevada. Nesse sentido, esforçavam-se para mantê-la, desenvolvendo e promovendo atributos que os diferenciavam dos demais trabalhadores. Durante séculos, os profissionais se empenharam para distanciar-se cada vez mais das outras atividades, criando práticas exclusivistas para se protegerem da concorrência do mercado, tais como organizar o treinamento e o credenciamento de seus próprios membros (HART; HOGG, 1998).

Assim, o estabelecimento institucional do conhecimento é um requisito imprescindível da profissão, na medida em que apenas pessoas que passam por um longo e rígido treinamento, orientado por um currículo padronizado, são aptas a exercê-la. A sociedade pressupõe que apenas aquele profissional treinado pela escola específica e sancionado pelo respectivo

conselho profissional tem condições de auxiliá-lo (WILENSKY, 1964).

Nesse sentido, a habilitação em determinada profissão persuade a sociedade a crer que ninguém mais, salvo o profissional, pode fazer este trabalho com sucesso (PEREIRA-NETO, 1995). É nesse contexto que a medicina, engenharia e direito adquirem relevância, pois trazem em sua carga de conhecimentos a resolução de problemas concretos na vida das pessoas, ao se depararem com doenças, construção ou reformas e qualquer forma de litígio.

Desde sua origem, esses profissionais conquistaram um lugar privilegiado na sociedade, dentro de um mercado regulamentado e com uma restrita oferta, ensejando um ambiente de baixa competitividade.

Ocorre que grandes transformações sociais e econômicas aconteceram nas últimas décadas, dentre elas, as profissões tradicionais passaram a enfrentar uma acirrada concorrência diante da grande oferta de profissionais nas áreas em questão. Agravando o cenário, especificamente em relação à profissão aqui em estudo, com a distribuição desproporcional de médicos em regiões afastadas das grandes capitais, o governo federal vem apresentando e implantando inúmeras propostas para amenizar essa situação em um curto espaço de tempo, tais como o aumento da quantidade de vagas dos atuais cursos de medicina; abertura de novos cursos de medicina e importação de médicos para supostamente suprir as áreas carentes, sem a necessidade de realização do exame nacional de revalidação de diplomas expedidos por instituições de educação superior estrangeiras (“Revalida”).

Os profissionais, através das respectivas associações de classe, como o Conselho Federal de Medicina e o CREMESP, em São Paulo, têm se manifestado veemente, trazendo à discussão preocupação referente à qualidade dos profissionais; ausência de estrutura para exercício da profissão, especialmente nas referidas áreas carentes; agravamento da concentração de profissionais nas principais capitais; e, a longo prazo, a aparente ausência de um planejamento estratégico para suprir problemas da saúde brasileira.

Essa conjuntura traz a medicina como foco de várias discussões. Apesar de o número de médicos ter apresentado um crescimento exponencial nos últimos 40 anos, decorrente da maior entrada do que saída de médicos no mercado de trabalho e do aumento expressivo na oferta de vagas e cursos de medicina, tal incremento não minimizou as carências de

profissionais de forma igualitária no país. Muito pelo contrário, considerando a hipótese de não abertura de novas vagas nos cursos de medicina – o que nesse momento trata-se apenas de hipótese argumentativa – a projeção de concentração de médicos na cidade de São Paulo, para 2020, é de quase 6 médicos para cada 1.000 habitantes (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011), fato que demonstra uma saturação na oferta de profissionais médicos.

É dentro deste quadro que o presente estudo baseia-se; frente ao grande número de concorrentes, está cada vez mais difícil para os médicos, a exemplo dos demais profissionais liberais, projetarem seu nome como profissional e formar uma carteira de pacientes. Um dos seus grandes desafios é gerar uma imagem de confiança e aumentar a percepção de um serviço de qualidade, diferenciando-se dos demais concorrentes.

A gestão de marcas apresenta-se como um processo que diferencia os produtos ou serviços em um mundo cada vez mais competitivo. Aaker (1996) defende que a marca forte é a principal vantagem competitiva na nova economia. Nesse sentido, as marcas assumem um importante diferencial competitivo, sendo compreendidas como uma combinação de atributos, como valores, associações e qualidade que influenciam o processo de decisão do consumidor, nesse caso, o público-alvo, pacientes, colegas e pessoas de convívio social.

Há vários estudos acadêmicos sobre a gestão de marcas relacionadas à área da saúde. Entretanto, na maioria das vezes são relacionados às estruturas empresariais, tais como hospitais, clínicas, laboratórios clínicos ou farmacêuticos (FRIEDRICH; WITT, 1995). Pesquisas direcionadas à pessoa do médico abordam, na maioria das vezes, assuntos relacionados às atitudes técnicas necessárias ao exercício profissional (COSTA, 2007; DELGADO; LOPEZ-FERNANDES; LUNA, 2001); processo de formação profissional dos médicos (RONZANI; RIBEIRO, 2003; MIRANDA et al. 2006; MOREIRA et al. 2006; OLIVEIRA; GONÇALVES; BELLINI, 2011) ou a relação médico e paciente (MICELI, 2009; NASSAR, 2003; PEREIRA; AZEVEDO, 2005; SILVA, 2006; SANTOS, 2012; COSTA; AZEVEDO, 2010).

Diante desse contexto, detecta-se uma lacuna referente à abordagem da atuação do médico como prestador de serviços visando projetar-se profissionalmente através de utilização de ferramentas de gestão de marcas. A realização deste estudo é uma forma de conhecer de forma empírica o processo adotado pelo médico para formar sua identidade profissional em

volta do seu nome. Como contribuição prática, pode-se incitar os profissionais interessados a uma reflexão sobre seu momento atual, abrangendo médicos já atuantes no mercado há anos, bem como aqueles que estão no início de sua carreira.

Feitas essas considerações introdutórias, no próximo tópico apresenta-se a metodologia para a realização da pesquisa, bem como a trajetória percorrida para chegar às informações e aos resultados.

## **Metodologia**

A metodologia é o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, indagando acerca de seus limites e possibilidades. Só se aprende algo quando comparando a atuação anterior com a posterior, nota-se algo novo. “Se apenas, reproduzimos conhecimento, temos o antes e depois, possivelmente até menos depois, porque ainda mais deturpado. Por isso, aprender é reconstruir, no sentido preciso de que a aprendizagem autêntica desconstrói e reconstrói constantemente seus limites” (DEMO, 2011, p. 14).

Segundo Martins (2004, p. 298),

todo conhecimento deve ser dirigido a alguém ou a um grupo que dele tem necessidade, e está relacionado ao que ele chamava de “política da verdade” – pela qual um conhecimento teria de se transformar em discurso político eficaz. Ao escrever, um autor deve preocupar-se com a possibilidade de que seu discurso venha a ser apreendido pelo outro que dele necessita. É isso que contribuirá para a difusão da imaginação sociológica – uma sensibilidade, uma qualidade do espírito que construirá um novo estilo de pensamento e uma nova maneira de explicar o mundo que nos cerca.

A metodologia qualitativa volta-se para a busca do significado de fenômenos que tem um papel organizador na vida dos seres humanos. São as manifestações, ocorrências, fatos, eventos, ideias, sentimentos, assuntos, que são compartilhados ou não, que impactam na organização do grupo social (TURATO, 2005). Nesse sentido, privilegiam a análise de microprocessos através do estudo de ações sociais individuais ou grupais. Realiza-se um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude como em profundidade, da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor aprendê-la e compreendê-la (MARTINS, 2004).

Embora haja uma diversidade entre os trabalhos qualitativos, Godoy (1995) enumera alguns aspectos comuns entre eles, quais são:

- A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. O estudo e a análise ocorrem em seu ambiente natural e o pesquisador é uma peça fundamental no processo de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados;
- A pesquisa qualitativa é descritiva. Nesse sentido a palavra escrita ocupa lugar de destaque nessa abordagem, desempenhando papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados. O pesquisador preocupa-se com o processo e não simplesmente com os resultados. O interesse está em verificar como determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações diárias;
- O significado que as pessoas dão às coisas e à vida é a preocupação essencial do investigador. O pesquisador busca compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes;
- O pesquisador utiliza o enfoque indutivo na análise de seus dados. A partir de questões ou focos de interesse amplo, vão se tornando mais diretos e específicos no transcorrer da investigação.

Como a pergunta de pesquisa que orienta este trabalho diz respeito à abordagem da percepção dos médicos sobre a gestão de sua projeção profissional – um tema complexo, delicado e pouco explorado – optou-se por uma abordagem metodológica qualitativa, com a finalidade de compreender como esses profissionais pensam e agem sobre o assunto e, assim, preencher, mesmo que modestamente, uma lacuna na literatura.

Como estratégia de pesquisa adotou-se o método do estudo de caso. Trata-se de linha de pesquisa adequadamente utilizada quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e/ou quando o foco de interesse é sobre fenômenos reais que só poderão ser analisados dentro de algum contexto da vida real (GODOY, 1995; YIN, 2010).

Para Yin (2010), o estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo – planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos. O conhecimento gerado a partir do estudo de caso é diferente do conhecimento gerado a partir de outras pesquisas porque é mais contextualizado, mais voltado para a interpretação do leitor e baseado em populações de referência para o leitor (ANDRÉ, 2005). Nesse sentido, Laville e Dionne (1999) ponderam que essa opção de metodologia tem razões basilares se o representante escolhido para estudo puder ser considerado como típico de um conjunto mais amplo, podendo auxiliar a compreensão de um fenômeno.

No presente estudo, o médico foi o profissional liberal escolhido por apresentar claramente as características inerentes a essa categorização, quais sejam: “conhecimento técnico (científico e/ou manual) sobre certa profissão; conhecimento atestado por meio de um diploma, conferido por escola capacitada; profissão regulamentada; livre exercício da atividade e relação *intuitio personae*” (SARAIVA, 1941 apud CALDEIRA, 2004, p. 312).

Nesse contexto, foi adotado o estudo de caso único cujo objeto é a categoria médica dentre os profissionais liberais. Segundo Yin (2010, p. 72), justifica-se o caso único quando é representativo, ou seja, “o objetivo é captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar-comum”.

Foram adotadas como método de coleta de dados entrevistas semiestruturadas a médicos utilizando a rede de contato da pesquisadora, além de indicações de amigos, colegas e conhecidos de outros médicos que possivelmente poderiam contribuir com o estudo.

As entrevistas contribuem para descobrir os aspectos a ter em conta e alargam ou retificam o campo de investigação da base teórica. Portanto, revelam “luz sobre certos aspectos do fenômeno estudado, nos quais o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo, e assim completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras” (QUIVY, CAMPENHOUD, 1992, p. 67).

O trabalho foi dividido em etapas; primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura pertinente ao tema, buscando elucidar e fundamentar o trabalho. E, em um segundo momento, foi conduzida uma verificação empírica baseada no método do estudo de caso, buscando entender a abordagem do médico sobre sua identidade visando projetar-se profissionalmente.

Feitas as considerações referentes à metodologia, a seguir apresenta-se o protocolo do estudo de caso, em que são descritos os procedimentos e regras gerais adotados na presente pesquisa.

### **Protocolo do estudo de caso**

O protocolo para o estudo de caso, mais do que um instrumento, traz juntamente os procedimentos e as regras gerais que devem segui-lo. Sua realização visa aumentar a confiabilidade do próprio estudo, propiciando a sua repetição em pesquisas posteriores (YIN, 2010).

Ainda de acordo com Yin (2010), um protocolo do estudo de caso deve ser representado, inicialmente, por uma visão geral do projeto no qual o pesquisador apresenta os objetivos do projeto, questões gerais do estudo e leituras importantes sobre o tema abordado; em seguida, devem ser abordados os procedimentos de campo, elucidando as credenciais e acesso aos locais de estudo; como terceiro tópico, o trabalho deve apresentar as questões do estudo de caso, ou seja, questões específicas que o pesquisador deve ter em mente na busca de informações e, finalmente, deve existir um plano de análise com guia para o relatório do estudo de caso.

Para este estudo, apresenta-se o protocolo da seguinte forma:

#### **a) Visão geral do projeto**

O presente projeto tem em seu escopo a busca do entendimento atual sobre a gestão de marca do profissional liberal, especificamente os médicos.

As diferenças entre um profissional liberal e os demais profissionais são: o seu conhecimento técnico, que deve ser certificado através de um diploma profissional, conferido por escola superior autorizada, ou seja, habilitada para conferir a titularidade; a profissão deve ser regulamentada por legislação específica; o profissional deve possuir autonomia para exercer livremente seu trabalho técnico, tomando decisões por conta própria, sem subordinação ou vínculo hierárquico; e a contratação pela pessoa interessada deve ser pessoal, o interessado procura pela pessoa e não pelo pacote de serviços ou o resultado final (CALDEIRA, 2004).

As pessoas que queiram alcançar o estatuto profissional devem se submeter a um rígido e longo treinamento orientado por um currículo padronizado. A profissão deve ser capaz de estabelecer estratégias que busquem conquistar o monopólio do exercício de sua atividade no mercado de trabalho. Nesse sentido, organiza-se em associações visando regulamentar a habilitação e formação de futuros integrantes e a relação que estabelecem entre si e seus clientes (PEREIRA-NETO, 1995).

As referidas entidades zelam pela qualidade de seus membros, pelo autogoverno das profissões e por sua responsabilidade ética e moral. Cada vez mais, os membros de uma nova profissão disciplinam seus próprios membros, definem e promulgam um código profissional de conduta (ARRUDA, 2005).

Diferentemente de tempos passados, a diversidade de profissões consideradas como liberais aumentou consideravelmente. Torna-se difícil, se não impossível, listá-las, pois as novas exigências e necessidades da população, impulsionados pela revolução científica e tecnológica, fazem com que surjam as correspondentes atividades profissionais. Já não é possível elencar todas as profissões liberais. Entretanto, é referência exemplificar tais atuações com advogados, engenheiros e médicos.

Sobre a regulamentação das profissões, o primeiro código a ser descoberto na Antiguidade, foi o Código de Hamurabi. Voltado à orientação do povo do Império Sumerino, fixava os costumes e as tradições jurídicas já seculares no país. Definiam a divisão de classes, direitos de propriedade, herança e princípios norteadores do comércio e das profissões, especialmente a médica. Neves (2008, p.111) esclarece:

No capítulo XII, trata de honorários e penalidades profissionais, de médicos, veterinários, barbeiros, etc. assim como a Pena de Talião (olho por olho, dente por dente), quando ocorria erro médico. Embora, para padrões atuais, esse Código, sem dúvida, possa ser considerado demasiado severo, tendo se originado, provavelmente, na *mal practice*, denota que desde aquela época já se percebia a importância de regulamentar não apenas o comportamento social, mas também as práticas profissionais, especialmente nos casos em que afetavam diretamente a vida dos indivíduos e da comunidade, como é o caso da medicina.

Em 1803, Thomas Percival produziu o primeiro código de ética médica visando superar conflitos entre profissionais, moralizar a profissão e a formação do caráter dos médicos novos, persistindo na ideia de que o médico deveria ser um cidadão virtuoso e cortês. A partir desse período, muitos conflitos envolveram a área médica; grandes avanços científicos trouxeram

várias dificuldades para o comportamento médico ante o surgimento de novas tecnologias (NEVES, 2008).

No Brasil, o primeiro Código de Ética Médica foi editado em 1867 e o último, em vigor, em 2009. Esses códigos contêm princípios norteadores do comportamento profissional e foram enriquecidos a partir da criação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

### O atual Código de Ética Médica

contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina (inciso I, do Preâmbulo da Resolução CFM nº 1.931/2009).

Em que pese o mesmo cuidado às demais profissões liberais tradicionais em seus respectivos códigos de ética, no que se refere ao profissionalismo de seus membros e à responsabilidade ética e moral; a medicina, seguida pela advocacia, possui uma das regulamentações mais rigorosas referente à publicidade do profissional.

De fato, a divulgação de assunto médico, em qualquer meio de comunicação de massa, só é permitido com o caráter de esclarecimento e educação da sociedade. Assim como o médico, não poderá divulgar assunto médico de forma promocional, bem como participar de anúncios de empresas comerciais valendo-se de sua profissão.

Nesse contexto, o médico, como profissional liberal, possui um universo limitado de ferramentas de comunicação para projetar-se, quando comparado às demais profissões.

Como se não bastassem tais limitações, o mercado de trabalho desses profissionais vem sofrendo profundas transformações, sendo uma delas, com significativo impacto nos profissionais atuais e futuros, a distribuição desproporcional de médicos no território brasileiro.

O Brasil é um país marcado pela desigualdade de distribuição de médicos. Os médicos nunca foram tão numerosos, ao mesmo tempo em que persistem acentuadas desigualdades na

distribuição de profissionais entre as regiões, estados e municípios. A cidade de São Paulo em 2011 possuía uma taxa de 4,33 médicos para cada 1.000 habitantes (Tabela de Distribuição de médicos registrados nas capitais – Brasil, 2011) e, dois anos depois, em 2013, a taxa média subiu para 4,48 médicos para cada 1.000 habitantes (Tabela de Distribuição de médicos registrados nas capitais – Brasil, 2013) (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011).

Nesse cenário, compartilha-se da falta de médicos em vários municípios afastados das grandes capitais e um mercado acirrado em outros locais, obrigando o médico a uma quantidade de horas excessiva e o desdobramento em vários locais de trabalho.

Sobre a atual prática médica, Scheffer esclarece:

A prática médica no Brasil tem migrado para o exercício liberal – o médico trabalhava onde queria, com os horários que escolhia e a remuneração que determinava – para uma prática no seio de organismos públicos e privados.

A expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do segmento regulamentado de planos e seguros de saúde privados intensificaram mecanismos de intervenção do Estado e do mercado sobre a profissão médica.

Diante da organização fragmentada do sistema de saúde brasileiro, a profissão assumiu determinados perfis. Hoje, a maioria dos médicos tem vínculos públicos e privados, cumprem carga horária de trabalho excessiva e acumulam vários empregos.

A jornada de trabalho dos médicos é, em média, superior a 50 horas semanais e quase um terço dos profissionais trabalham mais de 60 horas por semana. Os médicos atuam em média em três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho, dividindo a atuação em consultório, com recebimento por produção, com a atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados. (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011, p. 11).

Nesse contexto, com a atuação polivalente do profissional, com sua remuneração advinda de várias fontes, uma reputação forte e consistente poderá proporcionar condições favoráveis para um melhor posicionamento no mercado de trabalho.

Ressalta-se ainda que a escolha da categoria médica, dentre as demais profissões liberais, também foi motivada por uma das principais características dessa profissão: o caráter pessoal da relação entre o profissional e o contratante. Na maioria das modalidades de prestação de serviço de um médico, seja em um hospital público ou privado, seja em clínicas, a sua relação é pessoal, propiciando, de uma forma ou de outra, um momento de avaliação com uma natural formação de opinião sobre o profissional.

Tal situação normalmente assume maior importância quando o médico possui ou planeja abrir

um consultório. Nesse sentido, as opiniões dos pacientes refletirão no sucesso ou não de seu empreendimento. Entretanto, ressalta-se que as consequências de tais opiniões afetarão, de alguma forma, sua projeção profissional. Seja pela própria satisfação pessoal no reconhecimento de suas qualidades pelos seus pacientes, ou pelos seus pares; ou, ainda, eventual “*status*” privilegiado diante do reconhecimento de ser um bom profissional. De igual forma, uma péssima imagem poderá lhe trazer resultados desfavoráveis à mesma situação.

No contexto da presente pesquisa sobre a gestão de marca do profissional liberal, a categoria médica foi a escolha como unidade de análise por traduzir características comuns a outros profissionais, ou até mais rígidas (no caso da publicidade), quais são:

- Limitação de utilização de publicidade pelo Código de Ética;
- Mercado de trabalho competitivo na cidade de São Paulo;
- Caráter pessoal da relação de serviço.

Dessa forma, buscou-se compreender se os médicos adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome para projetar-se profissionalmente. Nesse sentido, os objetivos visaram:

- Conhecer com maior profundidade a preocupação do médico sobre sua projeção profissional;
- A preocupação do médico em se diferenciar em um mercado competitivo;
- Identificar as características que os médicos gostariam de transmitir ao público-alvo;
- Visualizar o grau de aceitação dos médicos em utilizar ferramentas de gestão de marcas.

Trata-se, por conseguinte, de um caso que pode contribuir para a academia e para o mercado de trabalho do profissional liberal, o que, por si só, justifica uma análise mais pormenorizada

acerca do tema proposto.

## **b) Procedimento de campo**

O procedimento de coleta de dados no estudo de caso visa estudar os seus eventos dentro de seu contexto na vida real. Por essa razão, o estudo de caso apresenta diferença com relação a outros tipos de pesquisa. Em se tratando dos dados, a coleta pode ser realizada por pessoas ou instituições, bem como em seu ambiente em situações do cotidiano. Diante disso, o pesquisador aprende a integrar os acontecimentos do mundo real.

Yin, (2010, p. 124) afirma que:

As evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros, em arquivo, entrevista, observação direta, observação participante e artefatos físicos. [...] Além da atenção dada às seis fontes, alguns princípios dominantes são importantes para qualquer esforço de coleta de dados na realização de estudos de caso. Eles incluem o uso de [...] um encadeamento de evidências (vínculos explícitos entre as questões formuladas, os dados e as conclusões a que se chegou).

No presente trabalho, a pesquisadora buscou evidências em todas as fontes possíveis, disponíveis e acessíveis, que permitissem obter conclusões, com enfoque nas entrevistas de caráter qualitativo.

A entrevista na pesquisa qualitativa permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo, favorecendo o acesso às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante (FRASER; GONDIM, 2004).

Há duas modalidades mais gerais de entrevista: a face a face e a mediada. A primeira se refere àquela em que o entrevistador e entrevistado se encontram um diante do outro e estão sujeitos às influências verbais. A segunda modalidade inclui as entrevistas feitas por telefone, por computador, que também estão sujeitas às mesmas inferências verbais e não verbais, mas de modo diferenciado. Em relação a sua estrutura, as entrevistas podem ser:

- Não estruturadas – quando o entrevistador introduz o tema, pedindo que o sujeito

discorra sobre o assunto;

- Semiestruturadas – também chamadas de focalizadas, quando o entrevistador faz perguntas específicas, mas também permite que o entrevistado responda com seus próprios termos.

O instrumento de pesquisa desenvolvido e utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, buscando compreender as atitudes do médico para projetar-se profissionalmente.

O universo estudado compreende pessoas físicas, todas exercendo a profissão médica, com o registro no Conselho Regional de Medicina, atuantes na cidade de São Paulo. Dada a característica desse profissional, da natural falta de tempo, optou-se por realizar a entrevista através da *internet*.

A estratégia de aplicação adotada foi o envio de mensagem eletrônica (*e-mail*) de um convite para a participação, explicando em linhas gerais o objetivo da pesquisa, que os dados pessoais serão tratados como confidenciais e utilizados para fins acadêmicos, e apresentando a forma de participação através de respostas abertas e fechadas.

Além do envio aos entrevistados, também foram enviadas mensagens eletrônicas (*e-mail*) a rede de relacionamento da pesquisadora, para que os mesmos retransmitissem o convite de participação aos seus médicos amigos e conhecidos.

Dessa forma, os médicos entrevistados fazem parte da rede de contato da pesquisadora, além de indicações de amigos, colegas e conhecidos de outros médicos.

Como havia profissionais indicados desconhecidos da pesquisadora, uma das primeiras perguntas referia-se à confirmação de sua atuação em São Paulo. Após a realização de todas as entrevistas, realizou-se uma verificação através do número de registro do profissional no conselho de classe – número do Conselho Regional de Medicina (CRM) no *site* do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), para confirmar se o entrevistado é membro ativo. Tais procedimentos visaram assegurar que os resultados das entrevistas abrangessem apenas pessoas pertencentes ao universo pretendido, quais sejam, médicos e

atuantes na cidade de São Paulo.

### **c) Questões da pesquisa**

As questões foram desenvolvidas seguindo os objetivos do estudo com o intuito de captar a percepção do médico sobre os seguintes assuntos:

- O conhecimento por seus pares desde o período da faculdade reflete em sua projeção profissional?
- Há o entendimento de que a participação extracurricular é uma forma de associação positiva à sua profissão?
- Quais são as formas mais usuais de escolha de um médico pelo paciente?
- Há a preocupação em se diferenciar dos demais profissionais?
- Você já pensou quais características que gostaria de transmitir aos pacientes?
- Há preocupação com as demais características do local da prestação de serviço, tal como decoração, atendimento da secretária, aparência dos equipamentos?
- Utilizaria ferramentas de gestão de marcas?

### **d) Procedimentos analíticos**

A análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar ou recombinar as evidências coletadas para tratar as proposições iniciais de um estudo (YIN, 2010). Como apontadas anteriormente, as proposições deste trabalho versam sobre a adoção de ferramentas de definição de identidade de marca pelo médico visando projetar-se profissionalmente.

O exame do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens que permitem inferências

de conhecimento (BARDIN, 1994 apud SILVA et al., 2005).

O processo descrito se refere a uma visão interpretativa da realidade do ponto de vista dos entrevistados. Para tanto, faz-se necessária uma operacionalização do trabalho, não como uma estrutura rígida e sim como um direcionador do trabalho da pesquisa. A partir dos dados coletados em entrevistas semiestruturadas, parte-se para a análise e, em seguida, chegar à etapa da conclusão (SILVA et al., 2005).

Bardin (1994 apud SILVA et al., 2005) define três etapas básicas na análise de conteúdo:

- Pré-análise: a organização do material coletado, assim como outras matérias que podem auxiliar a entender o fenômeno e fixar o que o autor define como corpus da investigação;
- Descrição analítica: os dados são codificados a partir das unidades de registro, sendo orientado pelas hipóteses e referencial teórico, surgindo quadros de referências;
- Interpretação referencial: é a fase da análise propriamente dita. A reflexão e a intuição, com embasamento em materiais empíricos, estabelecem relações com a realidade, aprofundando as conexões das ideias.

Através da análise e interpretação dos dados, a pesquisa permitiu a formulação de conclusões sobre as questões propostas e espera-se que este trabalho revele aspectos fundamentais relacionados à gestão do nome do profissional liberal.

Para avaliação dos resultados, serão adotados os principais aspectos teóricos da definição da identidade de Kapferer (2009) e Aaker (1996), que se aplicam à categoria em estudo.

Como metodologia de avaliação, foi utilizada a técnica do discurso do sujeito coletivo. Nesse sentido, foram analisados os resultados das entrevistas, extraindo-se de cada um deles a ideia central, para compor um discurso síntese, expressão do sujeito coletivo “médicos”.

No capítulo de apuração de resultados são apresentadas as apurações a partir dos depoimentos dos médicos.

## **Organização do estudo**

Para atingir o objetivo proposto e responder a questão problema do estudo, esta dissertação foi estruturada em quatro partes, incluindo a presente introdução, dividida em problema da pesquisa, objetivos, justificativas, metodologia, protocolo do estudo de caso e a própria organização do estudo.

A segunda parte desta dissertação refere-se à fundamentação teórica. A estrutura deste trabalho é construída adotando-se como fio condutor a marca. Desse modo, resgatam-se na primeira parte os aspectos da marca, incluindo o histórico, proteção legal, conceito, dimensão do conceito, categorias e funções do uso da marca; em seguida, aborda-se a construção da marca; e, por fim, é apresentada uma revisão teórica sobre a identidade e imagem de marca, discorrendo sobre a própria identidade, imagem, os modelos de prisma de identidade da marca de Kapferer (2009), modelo de planejamento de identidade de Aaker (1996), associações e lealdade.

A terceira parte é dedicada à apresentação do estudo de caso. E, no tópico posterior, os resultados da pesquisa de campo, refletindo uma narrativa sobre o mercado de trabalho atual, perfil dos entrevistados e análise dos resultados, relacionados às informações coletadas nas entrevistas.

A quarta parte traz as considerações finais da dissertação, elaborada a partir da discussão e interpretação dos resultados na parte anterior e complementada pela apresentação das limitações e contribuições do trabalho. E, por fim, são listadas as referências bibliográficas e os apêndices pertinentes.

## **1 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico, marco teórico ou revisão bibliográfica destina-se a embasar os conceitos necessários para o entendimento deste trabalho descritos na literatura acadêmica. Nesse caso, foi elaborado um referencial teórico sobre os aspectos da marca, identidade e imagem, bem como modelos de planejamento da identidade, onde advirá a fundamentação teórica para a pesquisa e conclusão do trabalho.

### **1.1 Aspectos da marca**

A marca é um elemento chave na relação da empresa com seu público-alvo e sua gestão traz resultados na relação com o consumidor, aumenta ou solidifica a participação no mercado, pode contribuir com a lucratividade e garante, a longo prazo, a sustentabilidade da empresa.

O propósito desta seção é explorar os aspectos da marca. Assim, serão abordados: o histórico de formação da marca; proteção legal; conceito; dimensão do conceito; categorias e funções do uso da marca.

Em seguida, a discussão é dedicada à compreensão do papel da identidade, da imagem e dos modelos de planejamento da identidade, apresentados por dois acadêmicos referenciados na área: Kapferer (2009) e Aaker (1996).

#### **1.1.1 Histórico**

A marca está vinculada à ideia de distintividade, identidade, autoria e propriedade. Acredita-se que muito antes da existência da escrita os homens já possuíam nomes, uma designação verbal, pelos quais podiam ser identificados de forma clara e individualmente. A própria assinatura das pessoas tem sua origem, supostamente, nas tribos nômades que a utilizavam com o objetivo de assinalar a propriedade de seu gado e de seus objetos. Vestígios de assinaturas foram descobertos em fragmentos de utensílios de barro procedentes da Idade da Pedra. Em um recuo histórico, há correntes que reconhecem a origem das marcas na prática de identificar barris de cedro com bebidas destiladas com brasa; outras acreditam que as principais marcas tiveram seu berço nas marcações de gado com fogo; e, por fim, há linhas que atribuem seu início nas artes (PEREZ, 2004).

Na Antiguidade, era costume indicar a proveniência do produto agrícola ou manufaturado através da marca, servindo também para atestar a excelência do produto e seu prestígio (PINHO, 1996). Segundo Ruão (2003), os romanos tornavam públicos, por meio de pinturas, locais de comércio, mercadorias e prestadores de serviços: os açougues exibiam a figura de uma pata traseira de boi, os comerciantes de vinho colocavam na fachada dos seus estabelecimentos o desenho de uma espécie de moringa e a figura de uma vaca indicava a existência de um vendedor de laticínios.

Na época medieval as corporações de ofício adotaram o uso de marcas com o propósito de identificação e reconhecimento. As marcas eram usadas para atrair compradores fiéis a determinados fabricantes e também policiar quem infringia os monopólios das corporações (controle de qualidade e da qualidade da produção).

Ainda, no período medieval surgiram as marcas registradas, que, de acordo com Tavares (1998), eram usadas pelas associações de comércio para assegurar ao consumidor qualidade consistente e obter proteção legal ao fabricante. No início do século XVI, as destilarias escocesas embarcavam o uísque em barris de madeira e recebiam a gravação a fogo do nome do fabricante. A marca nos tonéis representava uma garantia de precedência e uma prevenção contra a substituição da bebida por outras mais baratas (FARQUHAR, 1990).

Controvérsias à parte quanto à origem, as marcas têm sido, por séculos, uma forma de distinguir os bens de um produtor de outro. Um dos aspectos que impulsionou a relevância da marca e sua consolidação na forma em que atualmente é conhecida foram os avanços da revolução industrial e o desenvolvimento das ferrovias (séculos XVIII e XIX). Em função da produção em massa, criando a uniformidade dos produtos manufaturados e o transporte de grande quantidade de produtos com rapidez e para pontos cada vez mais distantes do local de produção, tornou o mercado de consumidores mais competitivo, fomentando a importância da seleção de nomes e marcas reconhecidas, além do aumento da importância de técnicas de promoção de vendas (PEREZ, 2004; SERRALVO et al. 2008; PINHO, 1996).

Foi com o progresso industrial que a noção de propriedade industrial passou a ter relevância. As novas ideias trazidas pela Revolução Francesa associadas ao processo de industrialização em curso na Europa foram propulsoras para que os inventos e marcas assumissem seu verdadeiro papel na história do direito interno e internacional (BASSO, 2004).

Até este momento, na história, as marcas concentram sua função na identificação da mercadoria adquirida e na fonte, fabricante ou proprietário de um produto. À medida que o comércio se desenvolve, a marca passa a adquirir outros significados, como a forma de diferenciar aqueles que produzem artigos semelhantes. Louro (2000) resume a origem da marca em três momentos: no primeiro momento, a marca trabalha como um sinal identificador do proprietário, facilitando a localização e identificação dos ativos para os proprietários e identificando a origem para o comprador. No segundo momento, a necessidade de proteção do valor patrimonial leva à consideração da marca como entidade jurídica. E, no terceiro momento, surge o caráter distintivo da marca, fonte de diferenciação da oferta da empresa.

Na década de 1950, em uma das primeiras referências sobre a marca, Gardner e Levy (1955) reconhecem que a marca é mais do que um nome utilizado para diferenciar fabricantes de produtos, trata-se de um símbolo complexo, representativo de ideias e de atributos funcionais e emocionais. Para Ruão (2003), o potencial da marca vai muito além das funções clássicas de distinção da concorrência e identificação do produtor, atribui-se à mesmas características intangíveis, tais como valores, sentimentos, conceitos, etc., que supervalorizam o produto e sua prestação funcional.

Na década de 1980, com a multiplicação das operações de fusões e aquisições, intensificou-se a discussão sobre o valor da marca. Nessa época, começou a ser analisada sob o enfoque econômico-financeiro, enquanto ativo gerador de valor para seu proprietário, passando a ser um componente importante do valor total da empresa (KHAUAJA, 2008).

Já, na década de 1990, as marcas foram questionadas quanto ao seu valor e forma de gestão. Nesse momento, argumentou-se que o alcance da marca havia sido exagerado e viu-se florescer discussões sobre se as marcas deveriam ser consideradas capital (KAPFERER, 2009). No entanto, marcas tradicionais, como *Nestlé*, perdiam mercado; enquanto que outras se tornavam cada vez mais fortes, tais como *Apple* e *Nike*. Nesse contexto, percebeu-se que o sucesso ou fracasso das marcas se deve a sua administração.

Uma vez contada a história das marcas, o próximo passo é traçar um breve relato da proteção legal das marcas e, a partir de então, apresentar seu conceito, dimensão do conceito, categorias e principais funções.

### 1.1.2 Proteção legal

A legislação de proteção à marca emana e está intrinsecamente relacionada à regulamentação sobre direito autoral, propriedade intelectual, invenções e patentes.

Em 1709, o Congresso americano aprovou a lei sobre direitos do autor e a França sua lei de patentes. No Brasil, o Príncipe Regente D. João emitiu, em 1809, alvará assegurando a inventores, produtores de alguma nova máquina e de invenção de artes que usufruam do privilégio de exclusividade por 14 anos. Apesar de tal regulamentação, o código criminal era omissivo em relação ao mesmo tema. Em 1875, uma empresa fabricante de rapé, chamada Meuron & Cia, cujo produto tinha a marca “Arêa Preta”, viu-se obrigada a protestar contra uma empresa concorrente por motivo de usurpação de marca. A concorrente, a empresa Moreira & Cia utilizava em seu produto o nome “Arêa Parda”. Não obstante a perda em processo judicial, a empresa reclamante encaminhou uma nova representação ao Poder Legislativo, alegando que a impunidade poderia trazer danos às indústrias, elaborando também um projeto de regulamentação, que foi aprovado e tornou-se Decreto-lei nº 2.682 (BRASIL, 2013a), de 23 de outubro de 1875 (PINHO, 1996).

Atualmente no Brasil, a Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, regula os direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Conforme seu artigo 2º, a proteção dos direitos relativos à propriedade industrial, considerando o interesse social, desenvolvimento tecnológico e econômico do país, efetua-se mediante:

- I - concessão de patentes de invenção e de modelo de utilidade;
- II - concessão de registro de desenho industrial;
- III - concessão de registro de marca;
- IV - repressão às falsas indicações geográficas; e
- V - repressão à concorrência desleal. (BRASIL, 2013b).

Para tanto, foi criada, em 1970, uma autarquia federal, o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), em substituição ao antigo Departamento Nacional de Propriedade Industrial, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio, para executar, no âmbito nacional, as normas que regulam a propriedade industrial, concessão de registro de marcas e patentes, a responsabilidade pela averbação dos contratos de transferência de tecnologia, programas de computador, contratos de franquia empresarial, registro de desenho industrial; pronunciar-se quanto à conveniência de assinatura, ratificação e denúncia de convenções,

tratados, convênios e acordos sobre propriedade industrial (INPI, 2013a).

Segundo a lei brasileira, são “suscetíveis de registro como marca os sinais distintivos visualmente perceptíveis, não compreendidos nas proibições legais” (artigo 122, da Lei nº 9.279/96), abrangendo três classificações: marca de produto ou serviço, de certificação e coletiva, conforme reproduzido abaixo:

- I - marca de produto ou serviço: aquela usada para distinguir produto ou serviço de outro idêntico, semelhante ou afim, de origem diversa;
- II - marca de certificação: aquela usada para atestar a conformidade de um produto ou serviço com determinadas normas ou especificações técnicas, notadamente quanto à qualidade, natureza, material utilizado e metodologia empregada; e
- III - marca coletiva: aquela usada para identificar produtos ou serviços provindos de membros de uma determinada entidade. (BRASIL, 2013b).

Com referência ao objeto da presente pesquisa, qual seja o nome civil do profissional médico, não existe na Lei de Propriedade Industrial a previsão expressa de registro dessa natureza como marca. Entretanto, o INPI permite tal possibilidade analisando se o pedido não infringe qualquer outro dispositivo legal da lei, como, por exemplo, se o nome em questão não gerará confusão decorrente de similaridade ou associação com qualquer outro nome anteriormente registrado que não identifique produto ou serviço idêntico, semelhante ou afim ao já protegido. Tais situações são improváveis, mas são possíveis em homônimos.

Um exemplo de registro de nome como uma marca no INPI, na categoria de serviço médico, é do cirurgião plástico Ivo Pitanguy (nº do processo 811618838) (INPI, 2013b).

Apesar da possibilidade de registro, ressalta-se que todo e qualquer nome pessoal, independentemente do exercício de uma profissão, goza de proteção jurídica. O Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002) assegura os direitos da personalidade, dispondo no artigo 18 que “sem autorização, não se pode usar o nome alheio em propaganda comercial” (BRASIL, 2013c).

Nesse sentido, a utilização do nome de uma pessoa depende de autorização expressa da mesma.

### 1.1.3 Conceito

Embora as marcas traduzam uma realidade histórica com alguma expressividade, a teorização do conceito constitui-se como um fenômeno recente. A sua primeira articulação aprofundada é o desenvolvimento do artigo de Gardner e Levy, publicado na *Harvard Business Review* em 1955, em que sintetizam a marca como um símbolo complexo, que representa uma variedade de ideias e atributos (GARDNER; LEVY, 1955). Esse conceito foi, até a década de 1980, bastante periférico em relação ao marketing, sendo insuficientemente desenvolvido para ser incorporado na linguagem e nas práticas profissionais (FELDWICK, 1996).

Em 1960, o Comitê de Definições da *American Marketing Association* (AMA) “avança com aquela que é identificada como a concepção clássica da marca e que espelha uma tendência da época ao vincar uma pretensão de superioridade da marca em relação ao produto” (RUÃO, 2003, p. 7). Nesse sentido, as marcas valeriam essencialmente pelos nomes, termos ou *design* que acompanhavam os produtos e que ajudavam o reconhecimento e conscientização do consumidor, enfatizando sua diferenciação. Nesse contexto, a AMA conceituou marca como “um nome, termo, símbolo ou desenho, ou uma combinação dos mesmos, que pretende identificar os bens e serviços de um vendedor ou grupo de vendedores e diferenciá-los dos concorrentes” (PINHO, 1996, p. 14).

Aaker (1998, p. 7) agrega ao conceito publicado pela AMA um caráter de segurança em relação a sua origem, assim definindo:

Uma marca é um nome diferenciado e/ou símbolo (tal como logotipo, marca registrada, ou desenho de embalagem) destinado a identificar os bens ou serviços de um vendedor ou de um grupo de vendedores e a diferenciar esses bens e serviços daqueles dos concorrentes. Assim, uma marca sinaliza ao consumidor a origem do produto e protege, tanto o consumidor quanto o fabricante, dos concorrentes que oferecem produtos que pareçam idênticos.

Partindo das várias abordagens do conceito de marca, De Chernatony e Dall’Omo (1998) sinalizam a preocupação com a abrangência e diversidades desses conceitos. Nesse sentido, apresentam 12 categorias de conceitos de marca, assim descritas:

- i) marca como instrumento legal, em que a marca tem como função proteger de imitações o investimento feito pela empresa;
- ii) marca como *logo*, cuja definição incorpora a identidade visual;

- iii) marca como nome da empresa, cujo foco é a relação marca-empresa, permitindo reduzir custos de promoção e aumenta a proximidade com o cliente;
- iv) marca como abreviatura, em que a marca cria associações mais simples para ser melhor identificada pelo consumidor;
- v) marca como redutor de risco, com o objetivo de criar estratégias redutoras de risco para o consumidor;
- vi) marca como posicionamento, para que os consumidores consigam identificar os benefícios que as marcas podem proporcionar;
- vii) marca como personalidade projetada, definida como as características humanas associadas a uma marca;
- viii) marca como conjunto de valores, refletidos nos seus produtos ou serviços e transmitidos ao consumidor, como, por exemplo, a associação negativa de grandes marcas ao trabalho escravo;
- ix) marca como visão que os gestores têm do futuro;
- x) marca com valor acrescentado, em que os consumidores pagam a mais para adquirir os seus benefícios;
- xi) marca como imagem, ou seja, como os consumidores a veem;
- xii) marca como identidade, que transmite o que é.

Há outras perspectivas que incluem outros aspectos funcionais à marca. Agregando o comportamento do consumidor, Serralvo (1999) sintetiza que a função central das marcas é criar referenciais que as credenciam no mercado, dando-lhes sentido, vida e dinamismo a tal ponto de poderem estabelecer a preferência pelo produto, não só influenciando o consumidor, como também determinando padrões de comportamento.

Com uma carga mais emocional, Wheller (2003) descreve marca como uma promessa, referindo-se às expectativas de cada consumidor sobre o produto, serviço ou a empresa, ressaltando que as pessoas se apaixonam por marcas, acreditam, são leais, compram e acreditam em sua superioridade. Perez (2004, p. 10) também trilha esse caminho sintetizando marca como “uma conexão simbólica e afetiva estabelecida entre uma organização, sua oferta material, intangível e aspiracional e as pessoas para as quais se destina”.

Keller (2008, p. 2) explica que marca é:

um produto que acrescenta outras dimensões que o diferenciam de algum modo de outros produtos para satisfazer a mesma necessidade. Essas diferenças podem ser racionais e tangíveis – relacionadas com o desempenho de produto da marca – ou mais simbólicas, emocionais e intangíveis – relacionadas com aquilo que a marca representa.

#### 1.1.4 Dimensão do conceito

Visualizando o histórico da evolução da marca anteriormente apresentado, depreende-se que a marca floresceu com o comércio e assim se desenvolveu. Ocorre que, nos últimos anos, a sociedade vem sofrendo mudanças significativas; e o que chama a atenção é a rapidez dessas transformações, por muitos atribuída aos avanços tecnológicos, como a *internet*. Semprini (2006) defende que nesse momento, em uma configuração pós-moderna, com as modificações na estrutura interna do espaço social, percebem-se reflexos na lógica de marca, transformando-a, com um caráter mais geral e flexível. Explica que a “ascensão da marca traduziu-se também em uma ampliação de seu raio de atuação e em uma generalização da aplicabilidade de sua lógica a territórios e a formas discursivas, que antes funcionavam segundo métodos completamente independentes ou diferentes” (SEMPRINI, 2006, p. 261),

Essa disseminação social da marca se alastra a vários territórios, como entretenimento, esporte, política, turismo, cultura, educação (SEMPRINI, 2006; KELLER, 2008). Na área cinematográfica, quando George Lucas em 1974 preparava-se para assinar seu contrato para realizar *Star War*, negociou um cachê mais reduzido, mas em troca pedia uma porcentagem sobre a receita decorrente do direito de exploração dos produtos derivados da saga. Nesse momento, ele apostava na dimensão que a marca *Star War* poderia atingir – o que de fato concretizou-se. Na cultura e arte, o museu Guggenheim de Nova Iorque, planejando expandir-se, decidiu abrir outros museus em outros países tratando o nome “Guggenheim” como uma marca e o que representa. Nesse sentido, houve uma grande preocupação com relação a sua identidade, além das características do acervo, a construção externa deveria transmitir a mesma audácia arquitetônica estética da sede em Nova Iorque. Em 1997, foi inaugurado o museu Guggenheim em Bilbao, Espanha, com projeto arquitetônico utilizando materiais heterodoxos e desenho inusitado. Nos esportes, um grande ícone que ilustra tal disseminação é o jogador profissional de basquete do time Chicago Bulls, nos Estados Unidos, Michael Jordan:

O personagem que integrou, definitivamente, o esporte à lógica de marca é, provavelmente, Michael Jordan. Sua relação com a marca Nike inicia-se de forma

muito clássica. A marca torna-se seu patrocinador, com o objetivo de associar a seus valores os desempenhos deste jogador excepcional. Mas, graças à sua personalidade ao seu talento, Jordan adquire rapidamente uma popularidade e uma importância próprias, que o transformam, progressivamente, em marca de si mesmo. (SEMPRINI, 2006, p. 265).

Keller (2008) compartilha dessa ideia de abrangência da marca, categorizando o alcance da marca a várias categorias:

- Bens físicos (Coca-cola, Nescafé, Sony);
- Serviços (Hilton Hotel, American Express);
- Varejistas e distribuidores (Walmart, Pão de Açúcar);
- Produtos e serviços na internet (Google, UOL);
- Pessoas e organizações (ator de cinema Paul Newman, atores de novela e apresentadores de programas de televisão);
- Esportes e entretenimento (time de futebol do Manchester United, tenista Gustavo Kuerten);
- Localidades geográficas (Austrália, Peru);
- Ideias e causas (as fitinhas de luta contra AIDS, campanha sobre o câncer de mama).

Atendo-se às “pessoas”, Keller (2008, p. 21) explica que “não é preciso ser conhecido ou famoso para ser conhecido como uma marca. Qualquer pessoa que esteja tentando construir uma carreira está tentando criar sua própria marca”. Cita figuras conhecidas para ilustrar, ressaltando que:

muitas vezes a exposição demasiada de uma celebridade pode desgastar sua imagem, principalmente se a imagem ou marca for utilizada sem consistência e sem um planejamento adequado, vendendo de tudo para todos. [...] Em função disso, algumas celebridades começam a buscar assessoria profissional para a gestão de suas próprias marcas, e percebe-se uma crescente profissionalização no tratamento das celebridades como marca no Brasil.

Nesse contexto, visualiza-se o alcance que o conceito de marca atingiu. Dessa maneira, o nome do médico como individualizador e diferenciador, visando uma projeção profissional perante seu público-alvo, possui características inerentes ao conceito de marca.

Ultrapassada a conceituação e a dimensão do conceito, no próximo tópico serão abordadas categorias e funções do uso da marca.

### 1.1.5 Categorias

Os nomes de marcas, apesar de sua grande variedade e quantidade, podem ser agrupados em algumas categorias básicas, quais sejam: (ROOM, 1987 apud PINHO, 1996).

- Nomes de pessoas – sejam do seu inventor, do titular da patente, do lojista ou de pessoas associadas ao produto. Exemplo: Channel, grife francesa criada por Coco Chanel; whisky Jack Daniels, criado por Jasper Newton Daniel, à época conhecido como Jack;
- Nome de um local ou região – geralmente onde o produto ou serviço foi originalmente inventado ou vendido. Exemplo; BMW, que é a abreviatura de Bayerische Motoren Werk (Fábrica de Motores da Bavária, local em que foi fundada em 1916 pelos irmãos Karl Rapp e Gustav Otto;
- Nome científico – inventado a partir de palavras latinas ou gregas. Exemplo: Aspirina, cujo composto principal é o ácido acetilsalicílico (em latim *acidum acetylsalicylicum*);
- Associações positivas – frequentemente estabelecidas a partir de histórias reais ou de lendas. Exemplo: Skol, o nome vem da palavra escandinava *skål*, que significa “à vossa saúde/à nossa saúde”, expressão comum que antecede brindes; Yahoo, ao contrário do que se imagina, o nome da empresa não veio da exclamação “Yahoo”, que em inglês pode significar comemoração ou alegria. Os fundadores Jerry Yang e David Filo escolheram a palavra por causa de uma influência literária: no livro de Jonathan Swift “As viagens de Gulliver”, os “Yahoos” aparecem como espécies de criaturas selvagens;
- Nomes artificiais – que guardam ou não uma relação com nomes reais. Exemplo: Starbucks;
- Nomes descritivos – que descrevem uma característica física ou atributo do serviço ou produto. Exemplo: Lego, criado pelo dinamarquês Ole Kirk Christiansen em 1934, o nome da empresa surgiu a partir das palavras dinamarquesas “*Leg Godt*”, que

significam “brincar bem”.

Keller (2008), utilizando-se da experiência prática da Landor Associates (LANDOR..., 2013), empresa especializada em metodologia de *branding*, fundada em 1941, categoriza de forma similar à apresentada por Room acima, detalhando da seguinte forma:

- Descritivas: descrevem a função;
- Sugestivas: sugerem um benefício ou função;
- Compostas: combinação de duas ou mais palavras, geralmente inesperadas;
- Clássicas: baseadas no latim, grego ou sânscrito;
- Arbitrárias: palavras reais sem vínculo óbvio com a empresa;
- Fantasia: palavras criadas sem nenhum significado óbvio.

No Brasil, no início do século XIX, com o incremento do desenvolvimento da indústria, uma característica marcante à época é a utilização do nome do empresário do comércio ou da indústria associado ao seu empreendimento. Um exemplo é o imigrante Francisco Matarazzo, que estabeleceu um empório em 1882 e, posteriormente, voltou-se para a atividade industrial, produzindo banha, botões e barbatanas de colarinho, farinha de trigo e massas alimentícias, com seu nome como identificação da fábrica. Igual critério adotaram os remédios mais antigos que traziam, quase sempre, uma relação direta do produto com seu criador (TAVARES, 1998). Foi assim com o Regulador Xavier, Biotônico Fontoura e Polvilho Antisséptico Granado, criados respectivamente por João Gomes Xavier (REGULADOR..., 2011), Candido Fontoura (BIOTÔNICO..., 2011) e João Bernardo Granado (GRANADO, 2011).

Com a análise da publicação 100 Anos de Propaganda (1980), Tavares (1998) depreendeu que das 43 propagandas selecionadas no período de 1875 a 1899, 27 delas procuravam associar os produtos e serviços ofertados ao responsável por sua comercialização, 11 procuravam

combinar nomes de produtos com sua origem por meio de topônimos e com seu comerciante e 5 procuravam usar nomes distintos para seus estabelecimentos. Já, no período de 1946 a 1950 da mesma publicação, constatou-se o predomínio com enfoques mercadológicos, muitos dos quais existem até hoje: Maisena, Valisère, Nescafé, Toddy, Coca-cola, Gessy, Detefon e Mesbla. Nesse contexto, diante da mudança de enfoque do nome, Tavares (1998) propôs sistematizações segregando a escolha do nome da marca em quatro tendências.

A primeira dessas tendências correspondeu à associação do nome do proprietário ao nome do estabelecimento ou da atividade econômica; a segunda correspondeu à associação de algum topônimo ao estabelecimento; a terceira envolveu o nome do produto associado aos processos produtivos ou à forma da sociedade ou de associação. A quarta voltava-se para a utilização do nome baseada em recursos mercadológicos para a sua definição.

Não há uma distinção rígida entre esses momentos que ainda hoje coexistem e se superpõem. Uma ou outra tendência ainda predomina conforme seja o tamanho da cidade, ramo de atividade, visão e valores dos proprietários, além do tipo de interação com o consumidor.

É possível que a utilização do nome do proprietário tenha, num primeiro momento, criado uma associação involuntária entre as características do nome do responsável pelo estabelecimento e as características do produto vendido. No segundo, a associação foi utilizada de maneira deliberada para inspirar credibilidade e confiança. O nome identifica pessoas, coisas e objetos. São importantes porque denotam significados e informações e se prestam a muitas funções. O nome confere distinção e consolida a reputação diante da vinculação à pessoa e suas ações. Independentemente das circunstâncias em que elas se deram, é incontestável a contribuição desses acontecimentos para o desenvolvimento de, pelo menos, duas dimensões da marca: a questão da imagem e suas associações (TAVARES, 1998).

#### 1.1.6 Funções do uso de marcas

Os produtos e serviços com uma marca trazem vantagens tanto para o produtor, vendedor e/ou prestador de serviços como para o consumidor.

Ao definir uma marca para o seu produto, o fabricante simplifica o seu manuseio,

desenvolvimento e gestão, propiciando formas de planejamento, visando maiores margens de lucratividade (PINHO, 1996). De fato, os benefícios para a empresa, derivados do engajamento na construção de uma marca com alto valor, podem incluir: maior lealdade, menor vulnerabilidade, maiores margens, respostas mais elásticas à queda de preços, resposta mais inelástica a aumento de preços, maior cooperação dos canais, maior eficiência do esforço de comunicação e possibilidade de licenciamento e extensões da marca (KELLER, 2008).

As marcas assumem várias funções, também, para os consumidores. As mais óbvias estão claramente associadas à própria definição de marca, como as funções identificadoras e de diferenciação. Também desempenham um papel significativo para sinalizar importantes informações ao consumidor, reduzindo o risco nas decisões.

Nesse sentido, quando um consumidor reconhece uma marca e tem algum conhecimento sobre ela, não haverá necessidade de um processamento de várias informações para a decisão sobre a escolha de um produto ou serviço. Assim, a marca permite ao consumidor a diminuição de custos inerentes ao processo de escolha, seja internamente, referindo-se à diminuição do tempo necessário para pensar sobre o assunto e tomar uma decisão; seja externamente, na economia de tempo na procura de similares (KELLER, 2008).

Kapferer (2009) justifica que as pessoas não suportam a incerteza. O poder das marcas se deve a essa aversão dos clientes ao incerto. A marca não lhe promete necessariamente o melhor, mas ela lhe promete o certo, é um redutor de riscos e economia de tempo no processo de decisão. Por esse motivo é que se tornou comum a lealdade do cliente a certos tipos de prestadores de serviços, como dentista, médico. Além disso, dois outros aspectos são considerados: o número limitado de alternativas para um serviço específico e os custos de mudança (custo de busca de alternativas, de transação associada à primeira visita, aprendizado de novos sistemas e formatos, perda de desconto em programa de fidelidade, mudança de padrões estabelecidos, emocionais advindos do corte de relacionamento de longo prazo, cognitivos de escolher e decidir por um novo provedor) (AAKER, 1998).

A dificuldade do cliente em avaliar os serviços torna-o mais dependente das comunicações de marketing para informações e conselhos, ratificando a importância de uma adequada gestão de marcas de serviços, para que ele possa se basear na identidade como indício de confiabilidade e de qualidade do serviço a ser contratado (LOVELOCK; WIRTZ, 2004).

A confiança baseada na credibilidade da marca envolve as expectativas e necessidades dos consumidores e o quanto acreditam que a marca está apta a satisfazê-los. Esse tipo de confiança está relacionado, em sua essência, aos aspectos técnicos, e baseado em competências de que a marca dispõe. Assim, a credibilidade de uma marca é essencial para que a confiança na marca se estabeleça, pois o fato de a marca atingir a promessa que ela representa para o consumidor faz com que ele se torne mais confiante em relação à ocorrência de satisfação futura (DELGADO-BALLESTER; MUNUERA-ALEMÁN, 2005).

Nesse contexto, a marca pode ser considerada forte quando possui poder para influenciar o mercado, as pessoas tomam conhecimento dela, são convencidas e confiam nela. O desenvolvimento de marcas fortes e confiáveis pode exercer a importante função de sinalizar a qualidade da empresa e do produto para os consumidores, reduzindo a incerteza e os riscos, influenciando positivamente as transações (TERRES et al., 2010).

De maneira sintética, o quadro 1 a seguir agrupa e apresenta as principais funções de uma marca para o consumidor:

Quadro 1 – Funções de uma marca

<b>Função</b>	<b>Benefícios ao Consumidor</b>
Referência	Vizualizar claramente, rapidamente identificar o produto procurado, estruturar e canalizar a percepção dentro do segmento.
Praticidade	Manutenção da economia de tempo e energia através da recompra do mesmo produto. Atrela-se à lealdade.
Garantia	Segurança de encontrar a mesma qualidade, independentemente de onde comprar ou adquirir o serviço.
Otimização	A certeza de comprar o melhor produto em sua categoria, com o melhor desempenho para o uso específico.
Personalização	Para receber a confirmação de sua autoimagem ou a imagem que é passada às outras pessoas.
Hedonista	Satisfação relacionada com a atratividade da marca, sua comunicação e recompensas advindas de experiências.
Ética	Satisfação relacionada com o comportamento responsável da marca em sua relação com a sociedade (ecologia, emprego, cidadania, propagandas não chocantes).

Fonte: Kapferer (2009, p. 22).

Dentre todas as funções que a marca pode desempenhar, para a presente pesquisa, a referência, a praticidade e a garantia merecem destaque de importância. Tornar-se referência em sua especialidade, manter a lealdade de seu público-alvo, com o retorno e a confiança de qualidade na prestação de serviço, são, de alguma forma, objetivos almejados por profissionais liberais, médicos ou qualquer outra atuação.

De fato, as diversas vantagens proporcionadas pelo uso de marca levaram profissionais e acadêmicos a buscar ferramentas que orientem e auxiliem a gestão de marcas. Sobre esse assunto, um dos aspectos relevantes na gestão reside na importância da construção da marca e, por conseguinte, a necessidade de definição da identidade de marca.

Desse ponto em diante, a discussão é dedicada à compreensão da construção da marca, ao papel da identidade, da imagem, dos modelos de planejamento da identidade, associação e lealdade.

## 1.2 Construção de marca

A construção das marcas tem se constituído preocupação de acadêmicos e gestores ao longo de várias décadas. As teorias e/ou modelos foram-se multiplicando no sentido de, por um lado, explicar o sucesso de inúmeras marcas no mercado e, por outro, propor soluções para o lançamento de novas marcas. Uma das propostas mais destacadas é a de Aaker (1996), que, à semelhança de outro modelo, como o de Kapferer (2009), sugere uma metodologia com três momentos: 1) análise estratégica da marca, 2) definição da identidade da marca e 3) implementação dessa identidade.

Segundo Aaker (1996), a construção sistemática de uma marca deve começar pelo processo de análise estratégica, o que compreende uma análise ambiental, definida como: um estudo do consumidor, da concorrência e uma autoanálise. Isto é, deve incluir uma investigação interna e externa, que permita definir os traços da identidade da marca: em função das características da empresa em si, e das promessas que tem possibilidade de manter; em função das particularidades dos clientes-alvo, suas expectativas e necessidades; e em função dos traços definidores da concorrência na procura de uma diferenciação.

Com base nesta informação, podem ser traçados os elementos suporte do sistema de identidade de uma marca, considerada pelo autor como o ponto de partida de qualquer programa de construção de marca eficiente. Para Aaker (1996, p. 68), “a identidade da marca consiste num conjunto único de associações, que os estrategistas aspiram a criar ou manter. Estas associações constituem o que a marca representa e integram uma promessa aos consumidores, por parte dos membros da organização”. E o autor aponta uma metodologia sistemática de planeamento da identidade da marca a realizar-se em várias etapas, que deveriam incluir: 1) a identificação das dimensões centrais da marca, 2) a consideração da proposição de valor anexa, 3) a inclusão de elementos de credibilidade e 4) o estabelecimento das bases de relacionamento com o consumidor, isto no sentido da determinação da identidade nuclear e da identidade extensa da marca.

Uma vez definidos os traços de identidade da marca, com base em fontes credíveis, considera Aaker (1996) que seria necessário pensar a sua implementação pelo desenvolvimento de programas de comunicação adequados. E só uma identidade com um núcleo bem definido, que contemple uma proposição de valor única e seja a base de relacionamento com os

consumidores, estará em condições de resultar no mercado. Esta é, aliás, também a posição de Keller (2008), que defende que a construção do capital de marca passa pela escolha dos elementos constituintes da identidade (como o nome, logotipo e símbolos) e pela sua integração em programas que reforcem a notoriedade e estabeleçam associações favoráveis, fortes e únicas nas mentes dos consumidores. Atingir estes objetivos implica a preparação clara do posicionamento que se pretende projetar, a sua comunicação à audiência, bem como o estudo das suas consequências. A implementação da identidade passa, portanto, por três fases distintas: 1) a definição do posicionamento da marca, 2) a sua comunicação ao mercado e 3) a avaliação dos resultados (AAKER, 1996).

O posicionamento da marca corresponde à parte da identidade que deve ser ativamente comunicada às audiências. Marcas bem posicionadas são aquelas que ocupam nichos de mercado particulares nas mentes dos consumidores, pela criação de pontos de paridade com a concorrência, bem como pontos de diferenciação, que lhes permitem atingir vantagens sobre essa concorrência (KELLER, 2000). Segundo Aaker (1996), seria útil, nesta fase, comparar a identidade com a imagem de marca nas suas múltiplas dimensões. Sugere as dimensões produto, utilizador, personalidade, benefícios emocionais. Feita esta análise, poder-se-ia apontar qual a tarefa comunicativa que deve ser levada a efeito pela criação de uma verdadeira declaração de posicionamento da marca, segundo a qual a imagem de marca pode ser: a) aumentada; ou b) reforçada; ou c) alargada; ou, ainda, d) atenuada ou apagada.

Uma vez preparada a declaração de posicionamento passar-se-ia à fase da sua execução pelo desenvolvimento de programas de comunicação que traduzam os atributos da marca e seus correspondentes benefícios para os consumidores (KELLER, 1993). Tais programas implicariam a seleção dos *media* a considerar e o planeamento das ações. Esta é, aliás, uma fase central na implementação da identidade da marca, pois, como afirma Aaker (1996, p. 186), “não valerá a pena implementar o posicionamento mais estrategicamente lógico, se não encontrarmos uma execução de excelência”. Esses programas de comunicação devem incluir não só a publicidade, mas também outros mecanismos complementares da identidade da marca, como os *media* interativos, os sistemas de *direct reponse*, as promoções, os patrocínios, a *publicity*, o *design* da embalagem, a publicidade no local de venda, ou outras formas de experiências de relacionamento na construção das marcas. E, sendo assim, a principal preocupação da organização deve ser a de criar mecanismos que coordenem a comunicação da marca nos diversos meios, evitando incoerência nas mensagens veiculadas.

Executado o plano de implementação da identidade da marca, é necessário avaliar os seus efeitos junto dos públicos-alvo, pela análise da imagem criada. Isto inclui, segundo Aaker (1996), o estudo do posicionamento e de outros elementos projetados ao longo do tempo a partir das características comunicadas da identidade. Aliás, também Keller (2000) faz referência a esta necessidade de avaliação sistemática das marcas, afirmando que as marcas fortes fazem, regra geral, frequentes auditorias e estudos de avaliação. O seu objetivo é perceber o “estado de saúde” da marca para se definirem as estratégias mais adequadas a cada momento.

Em todo este contexto, o conceito de identidade emerge como o elemento central na construção e gestão da marca moderna (AAKER, 1996; KAPFERER, 2008; SEMPRINI, 2006; UPSHAW, 1995; AAKER; JOAQUIMSTHALER, 1999, entre outros). A teoria do planeamento de marca assenta na procura e acompanhamento da identidade da marca como fonte de identificação e diferenciação. Por isso, as posições teóricas mais recentes apontam para a necessidade de as empresas planejarem sistematicamente o significado das suas marcas e de o espelharem nas mensagens que enviam aos consumidores. E uma vez implantada essa identidade, deveria ser gerida estrategicamente em ciclos de vida que ultrapassam largamente os dos produtos em si.

Dada a importância da identidade no processo de construção da marcas, nos próximos itens serão desenvolvidos: a identidade, a imagem e os respectivos modelos.

### **1.3 Identidade e imagem da marca**

Identidade e imagem são conceitos distintos. Para Kapferer (2009), enquanto a identidade é um conceito de emissão, a imagem é um conceito de recepção. Uma coisa é o que a marca pretende ser ou representar através da sua identidade, posicionamento e expressões. Outra coisa é o modo pelo qual os consumidores irão perceber e interpretar essas informações e outras informações do ambiente. Se a gestão da marca for adequada, o consumidor terá maior chance de construir em sua mente a imagem que a marca pretendeu transmitir, isto é, a imagem da marca será mais próxima da identidade da marca, representando aquilo que a empresa deseja que a marca signifique (KHAUAJA, 2005; TELLES; 2004).

### 1.3.1 Identidade

No sentido mais amplo, a identidade da marca é a configuração de palavras, imagens, ideias, e associações que formam a percepção do consumidor. A identidade é toda a estrutura de como um produto ou serviço é visto por seus círculos eleitorais, o composto integrado de como ele é percebido (UPSHAW, 1995). Uma identidade não é o que cria uma empresa, mas o que os consumidores percebem que foi criado. A identidade orienta a criação de produtos e serviços sob o nome, diante da definição de seus valores fundamentais (KAPFERER, 2009).

Portanto, a identidade da marca é um conjunto exclusivo de associações com a marca que o estrategista de marca ambiciona criar ou manter. Essas associações representam aquilo que a marca pretende realizar e implicam uma promessa aos clientes feita pelos membros da organização; estabelecem um relacionamento entre a marca e o cliente por meio de uma proposta de valor, envolvendo benefícios funcionais, emocionais ou de autoexpressão (AAKER, 1996, p. 80).

Dessa forma, criar a identificação da marca implica criar proeminência da mesma junto aos clientes, referindo-se aos aspectos da lembrança da marca com frequência e facilidade. A lembrança da marca refere-se à capacidade de o cliente lembrar e reconhecê-la, representada pela sua capacidade de identificá-la sob diferentes condições e ligá-la a certas associações na memória.

Adamson (2006) faz uma analogia do pensamento humano com um computador. Quando a pessoa possui alguma informação sobre uma determinada marca, há o acesso na mente a um “nome de arquivo”. Quando o nome de uma marca surge em uma conversa ou você tem uma experiência com a mensagem, mentalmente há um “*click*” nos arquivos armazenados de nomes de marca. Com certeza, haverá uma reação, de positiva a negativa, resultado de algum tipo de sentimento. Exemplifica com o estado da Florida nos Estados Unidos; descreve suas referências mentais associadas ao clima quente, céu azul, aulas de golfe, palmeiras, opções de lazer noturno, competições náuticas de Fort Lauderdale e a Universidade de Miami. Acrescenta que um amigo, em relação ao mesmo local, faz associações aos voos cheios de crianças barulhentas indo à Disneyworld, senhoras dirigindo o carro lentamente e furacões. Por fim, conclui que uma marca forte deve garantir que o maior número de pessoas faça associações parecidas com as dele e não como de seu amigo, ou seja, relacionadas a aspectos

positivos, ao invés de negativos.

Ocorre que certas associações dão credibilidade à marca e conferem confiança quanto ao seu consumo. Além de possuírem elevado poder diferenciador, funcionam como síntese de informações, facilitando o processo de compra do consumidor (AAKER, 1996). São impulsionadas pela identidade da marca – aquilo que a marca deseja que represente na mente das pessoas.

A identidade, conforme anteriormente mencionado, é um conjunto de associações que a empresa procura criar ou manter na mente do consumidor. Quanto mais profundamente a pessoa pensar nas informações sobre o produto e relacioná-las ao conhecimento de marca existente, mais forte será o resultado das associações de marca (KELLER; MACHADO, 2010).

Uma marca forte deve ter uma identidade clara e valiosa – um conjunto de associações que o estrategista de marca busca criar ou manter. Para ser eficaz, a identidade de uma marca precisa fazer eco nos clientes, diferenciar a marca dos concorrentes e representar aquilo que a organização pode fazer e fará com o tempo (AAKER; JOACHIMSTHALER, 2007).

Aaker (1996) categoriza a identidade da marca em duas estruturas: uma identidade central e outra expandida. Na identidade central encontram-se as associações mais passíveis de continuarem constantes; e a identidade expandida é mais flexível e sujeita às mudanças. O conceito de identidade central deve incluir os elementos que tornam a marca como única e valiosa, e deve estar relacionada tanto com a proposta de valor quanto com a base de credibilidade de uma marca. Propõe quatro questões para facilitar sua definição:

- Qual é a alma da marca?
- Quais são as crenças e os valores fundamentais que impulsionam a marca?
- Qual é a capacidade da organização por trás da marca?
- O que a organização por trás da marca representa?

Para que a identidade da marca preencha eficazmente suas funções, é necessário que em seu planejamento se adote uma perspectiva abrangente. De acordo com Aaker (1996), erros

frequentes na construção da identidade da marca concentram-se em deixar a construção da identidade em um segundo plano e focar demais nos atributos do produto, ou nas imagens já existentes da marca, ou, ainda, nos programas de comunicação.

O planejamento da identidade da marca não deve ser um exercício de estilo, mas uma decisão estratégica com vista a promover os produtos individuais e, simultaneamente, capitalizar o valor da marca no longo prazo (KAPFERER, 2009). Um modelo apropriado para o desenvolvimento da identidade da marca deve levar em consideração as diferentes dimensões que perfazem sua identidade – a sua missão, a cultura, os objetivos, os produtos, as diferentes formas de comunicação, etc.

A identidade do profissional médico não se refere a sua personalidade pessoal, visto que a marca, depois de criada, adquire autonomia e seu próprio significado (KAPFERER, 2009). É oportuno destacar que a própria personalidade pessoal e a forma de lidar com o paciente personificará e fará parte da identidade da marca. Entretanto, a mensagem vai além da própria personalidade e do trato pessoal entre médico e paciente.

Keller e Machado (2010) explicam que, embora o nome da marca seja o elemento central da marca, muitas vezes elementos visuais têm um papel importante na lembrança da marca. Nesse contexto, os logotipos são concebidos como símbolos para reforçar ou enriquecer o significado da marca de algum modo, ou são símbolos, ou representações literais do nome da marca, o que facilita a obtenção da lembrança.

Os médicos, de uma forma geral, utilizam representações literais de seu próprio nome. E, nem por isso, são distantes da definição de seu próprio logotipo. Observam-se nos receituários médicos, letras e formatos diferentes, cores, designação da especialidade com a letra menor que o nome do médico, tipo do papel, etc. Essas escolhas traduzem-se, mais uma vez, em mensagens recebidas e/ou interpretadas pelos pacientes.

A identidade se traduz nos sinais enviados, portanto, no caso dos médicos, elencam-se vários aspectos que transmitem mensagens aos pacientes, por exemplo: endereço do consultório; perfil do edifício; proximidade do consultório em relação aos hospitais; quantidade de recepcionistas; decoração da sala de recepção; disponibilidade na agenda; sala de espera cheia ou vazia, que podem representar aspectos positivos ou negativos, dependendo do referencial

do observador, ou seja, uma pessoa pode entender que a sala vazia representa atendimento personalizado; existência de *site*. Todos esses aspectos são recebidos pelos usuários como sinais, traduzindo a identidade do médico, sem ao menos o paciente realizar um primeiro contato com o profissional. Invariavelmente, o receptor da mensagem formará um juízo de valor com essas informações secundárias recebidas.

Considerando-se a influência limitada das organizações sobre as imagens formadas de suas marcas, principalmente ao se levar em conta o processo perceptivo dos consumidores, os profissionais devem se esforçar para construir e manter identidade de marca favoráveis. Kapferer (2009) defende que o conceito central da gerência de marca deveria ser a identidade, porque, antes de saber como a marca é recebida, é necessário saber o que é a marca. Para ele, somente a identidade fornece um quadro coerente e de continuidade temporal. A identidade de marca deveria ajudar a estabelecer uma relação entre a marca e o cliente criando uma proposição de valor envolvendo benefícios funcionais, emocionais e de autoexpressão (AAKER, 1996).

Nesse contexto, depreende-se a importância do médico em definir a mensagem que entende importante transmitir, devendo a mesma ser coerente e homogênea, o que facilitará, ao longo do tempo, a consolidação da identidade do nome do médico.

### 1.3.2 Imagem

Aaker (1996) e Keller (2008) entendem que imagem de marca refere-se ao modo como a marca é percebida em determinado momento pelos consumidores; é a síntese dos sinais emitidos pela marca, é a leitura feita pelo público; é o que se constrói de uma marca decorrente das impressões positivas, neutras ou negativas que cada consumidor desenvolve a partir de seus contatos com a mesma e com seu contexto de atuação (TAVARES, 1998). Se por um lado a imagem de uma marca é a forma como ela é percebida, a identidade de uma marca, por sua vez, é a forma como a empresa gostaria que ela fosse percebida.

Se a empresa for eficaz na construção de sua marca, a percepção dos consumidores, isto é, a imagem da marca, será equivalente à identidade da marca, que representa aquilo que a empresa deseja que sua marca signifique (AAKER; JOACHIMSTHALER, 2007).

Enquanto a imagem da marca é refletida, a identidade é construída a partir de ações internas, de modo a produzir impacto externo para os vários públicos da empresa. As experiências da empresa vão influenciar a formação da identidade de suas marcas, envolvendo desde sua fundação, com seus registros de sucessos e fracassos, até suas perspectivas. Por meio desse processo, as características centrais e permanentes da marca serão formadas (TAVARES, 1998).

De acordo com Ruão (2003), a imagem da marca se situa no interior de um complexo e multidimensional, materializando-se pelo somatório dos discursos que a empresa, a concorrência, os intermediários, os distribuidores e os consumidores, entre outros, emitem sobre ela. Logo, a imagem de uma marca é também determinada pelas percepções e discursos dos seus vários interlocutores, e não apenas pelo conteúdo das mensagens emitidas pela empresa.

Desse modo, para construir uma imagem de marca desejada, a empresa precisa investir na identidade da marca e estabelecer relacionamentos com os vários públicos que permeiam sua atividade. Diversas fontes contribuem para a construção da imagem da marca: informações veiculadas nos meios de comunicação, experiências no uso do produto, investimentos em ações sociais, etc.

Para Keller e Machado (2010), existem diversos tipos de associações construídas pelos consumidores que produzem a imagem da marca, no entanto quatro tipos específicos merecem destaque: o primeiro é o perfil de usuários, que se refere ao conjunto de associações derivado do tipo de pessoas e organizações que usam determinadas marcas; o segundo é relativo à situação de compra e uso, nesse caso, as associações podem ser formadas pelas condições ou situações em que uma marca deve, pode e é mais consumida; personalidade e valores compõem o terceiro tipo, à medida que uma marca pode estar associada à “modernidade”, dinamismo” e a outras características normalmente atribuídas a pessoas; e, finalmente, a história da marca é o quarto tipo de associação e relaciona-se àquelas criadas com o passado da marca ou com certos eventos especiais da mesma.

Uma vez identificadas algumas fontes geradoras de imagens, deve ficar claro que, primeiro, as fontes citadas não são exaustivas; e, segundo, a imagem é um conjunto de associações construído e mantido na mente dos consumidores, através da percepção – processo pelo qual

uma pessoa seleciona, organiza e interpreta informações para formar uma visão significativa do mundo – portanto, fora do controle dos gestores da marca. No entanto, o que está sob o controle empresarial e que certamente auxilia na construção da imagem da marca é a gestão da identidade da marca e suas expressões.

### 1.3.3 Prisma de identidade da marca de Kapferer

Para investigar a identidade da marca e garantir uma diferenciação legitimada pelos diversos públicos da organização, Kapferer (2009) desenvolveu um sistema que interroga a marca sobre todas suas facetas, denominado prisma da identidade da marca. De acordo com seu criador, o prisma da identidade permite analisar a marca para discernir suas forças e fraquezas. Para entender o funcionamento do prisma de identidade, é importante examinar o que representa cada face, assim como a interpretação de todos os fatores indicados.

A marca é, em primeiro lugar, algo físico, ou um conjunto de características físicas que ela carrega, como *logos*, cores e *design*. O aspecto físico é funcional e tangível, ou seja, quando o consumidor pensa em uma marca, o que ele consegue expressar mais diretamente é o seu aspecto físico. Uma marca tem, também, uma personalidade, ou características humanas assumidas pela marca para que ela possa ser descrita. Assim como nos humanos, a personalidade das marcas é distinta e duradoura (KAPFERER, 2009).

A marca é, ainda, um universo cultural – um sistema de valores, uma fonte de inspiração e um conjunto de princípios fundamentais que a governam em suas manifestações. Essa face do prisma estabelece a relação entre a marca e o nome da corporação, principalmente quando ambos possuem o mesmo nome. De acordo com Kapferer (2009), a liberdade da marca é altamente dependente da cultura corporativa e do país de origem.

A quarta face do prisma é a relação – uma marca é fonte de relacionamento e fornece oportunidades de trocas intangíveis entre as pessoas. Essa relação também é expressa pela experiência que a marca proporciona ao consumidor. A quinta face do prisma é o reflexo: a marca reflete a imagem do consumidor. Segundo Kapferer (2009), o reflexo não é necessariamente o público-alvo, mas a imagem que o público consumidor tem da empresa com a qual se relaciona. E por fim, a sexta face do prisma é a mentalização, ou o espelho interno do consumidor. Trata-se de como o cliente vê a si mesmo ou como projeta sua

imagem para o meio externo através da marca (KAPFERER, 2009).

De maneira sintética, o prisma da identidade da marca apresenta as seis dimensões pelo qual uma marca adquire sua identidade. Para Kapferer (2009), toda marca possui características objetivas (físicas) e subjetivas (personalidade); a marca se desenvolve em um contexto (cultura) que lhe dá substância e força na sua convivência com os consumidores (relação).

O prisma da identidade procura definir identidade da marca através das suas seis facetas e explorar a relação entre emissor (marca) e receptor (consumidor). Por meio de aspectos físicos (exteriorizados) e aspectos de personalidade (interiorizados), o receptor ou destinatário pode conhecer quem fala ou quem comunica (emissor). A face relação e a face cultura correspondem ao elo entre o emissor e o destinatário. Também, a partir do prisma, é possível visualizar que de um lado localizam-se aspectos exteriorizados da marca (físicos, relação e reflexo) e, do outro lado, os aspectos interiorizados da marca (personalidade, cultura e mentalização) (KAPFERER, 2009).

A determinação do prisma da identidade da marca reconhece um esforço anterior, além das fontes da identidade, as quais, segundo Kapferer (2009), incluem: o produto, o nome de marca, o personagem de marca, os símbolos visuais e logotipos, a origem histórica e a publicidade. Determinada a identidade da marca (explicitada através do prisma de identidade da marca), a empresa deve engajar-se na implementação dessa identidade e no monitoramento do resultado do processo – a imagem da marca.

#### 1.3.4 Modelo do planejamento da identidade de Aaker

Segundo Aaker (1996), uma maneira de construir uma estrutura de referência a ser usada pelos clientes e demais pessoas, quando pensaram a respeito e avaliarem a marca e suas concorrentes, é através do planejamento da identidade da marca. Dito isso, o autor sugere uma metodologia para o planejamento da marca estruturando três momentos: análise estratégica da marca, definição da identidade da marca e implementação dessa identidade.

De acordo com o modelo, a construção da identidade de marca começa com o processo de análise estratégica, que compreende a análise dos clientes, análise dos concorrentes e a autoanálise. Essa etapa tem o propósito de definir os traços da identidade da marca em função

das características da empresa em si e das promessas que tem possibilidade de manter; em função das particularidades dos clientes-alvo, suas expectativas e necessidades; e em função dos traços definidores da concorrência na procura de uma diferenciação (RUÃO, 2003).

Conforme Aaker (1996), o sistema da identidade de marca possui uma parte central e uma parte expandida. A identidade central é atemporal e constante à medida que a marca se desloca para novos mercados e produtos. Ela integra as crenças e valores fundamentais, o que a marca representa. Já a identidade expandida corresponde aos elementos da identidade da marca que lhe fornecem textura e suporte, mas que são mais mutáveis e adaptáveis aos mercados. Sempre organizada em torno da identidade central, essa identidade inclui os detalhes físicos que ajudam a visualizar o que a marca representa.

As identidades central e expandida organizam os elementos da identidade da marca em relação a seus papéis na representação da essência de uma marca. Para assegurar-se de que a identidade possui textura e profundidade, Aaker (1996) sugere que as empresas considerem os diferentes elementos e padrões da marca que esclarecem, enriquecem e diferenciam uma identidade.

Para o autor, é na identidade central que se encontram as associações mais passíveis de continuarem constantes. Assim, enquanto a identidade expandida é mais flexível e sujeita a mudanças, semelhantemente às posições da marca e às estratégias de comunicação, os elementos da identidade central são mais resistentes às mudanças e mais atemporais. O conceito de identidade central deve incluir os elementos que tornam a marca tanto única quanto valiosa, e deve estar relacionado tanto com a proposta de valor quanto a base de credibilidade de uma marca.

Em última instância, a identidade central deriva das respostas a determinadas perguntas ponderadas e introspectivas (AAKER, 1996, p. 87):

- Qual é a alma da marca?
- Quais são as crenças e os valores fundamentais que impulsionam a marca?
- Qual é a capacidade da organização por trás da marca?
- O que a organização por trás da marca representa?

Aaker e Joachimsthaler (1999) apresentaram um modelo conceitual de planejamento de identidade da marca, que compreende algumas etapas importantes a serem consideradas para a construção de uma marca forte e bem sucedida.

O sistema de identidade de marca é antecedido pela análise estratégica de marca (análise de clientes, de concorrentes e autoanálise). A partir dessa análise mais ampla, pode-se construir a identidade da marca com base em sua essência, que evolui para uma identidade essencial e outra expandida. Em geral, a identidade de marca exigirá de seis a doze dimensões para descrever adequadamente a aspiração dessa marca, e é por esse motivo que se torna útil o foco da identidade essencial, que compõe os elementos mais importantes da identidade da marca. A partir da construção da identidade em todos os três níveis, haverá a oferta de uma proposta de valor ao cliente, que inclui benefícios funcionais, emocionais e de autoexpressão. Além disso, a marca deve oferecer credibilidade ao cliente, avançando para um estágio em que se torna possível criar e manter relacionamentos com seus clientes.

O sistema de identidade de marca é precedido pela fase da implementação: o aprimoramento da identidade, o posicionamento da marca, os programas de construção e o acompanhamento. O aprimoramento da identidade envolve todo o conjunto de ferramentas projetadas para agregar riqueza, textura e clareza à identidade de marca. Algumas técnicas incluem os imperativos estratégicos, os modelos de função e o desenvolvimento e utilização de metáforas visuais.

A segunda etapa da implementação se refere ao posicionamento da marca, ou seja, a parte da identidade de marca e da proposta de valor que será ativamente transmitida ao público-alvo. Como parte dessa comunicação, devem ser considerados os elementos que agregam vantagem sobre os concorrentes e as promessas que a marca já se encontra pronta a cumprir.

O terceiro passo é determinar quais são os programas de construção da marca, e isso vai além de simplesmente comunicá-la. A propaganda não é o meio de construir marcas, mas também outras formas de comunicações são ferramentas importantes nesse processo, que deve considerar todos os pontos de contato do cliente com a marca.

E, por último, o acompanhamento, que se constitui de todas as medições utilizadas para avaliar o desenvolvimento das marcas, como medições de fidelidade, de percepção de

qualidade/liderança, de associações, de conscientização e de comportamento do mercado.

Uma vez construída, a identidade de marca deve ajudar a estabelecer uma relação entre a marca e o cliente por meio de uma proposta de valor que envolva, potencialmente, os três tipos de benefícios: funcionais, emocionais e de autoexpressão, além do papel da credibilidade.

Enquanto a identidade essencial resume a visão da marca por meio da comunicação de dois até quatro elementos principais, em alguns casos torna-se necessário e útil o estabelecimento da essência da marca, ou seja, um pensamento único que capture a alma da marca com um foco ainda mais apurado. “A essência de marca pode ser vista como o cimento que une os elementos da identidade essencial, ou como o centro de uma roda que está ligada a todos os elementos da identidade essencial” (AAKER; JOACHIMSTHALER, 1999, p. 54).

Aaker (1996) trata da questão da armadilha da imagem da marca, em que a opinião dos clientes sobre uma marca, ou seja, a maneira como a percebem, passa a ser utilizada como afirmação da identidade da marca. Um dos grandes problemas dessa armadilha é a determinação, pelos próprios clientes, daquilo que a marca deve ser. Outra confusão usualmente feita é com relação à fixação nos atributos do produto, ao invés de na identidade da marca. Para Aaker (1996), a marca é mais que o produto ou serviço. Enquanto este pode ser resumido por meio de seu escopo, atributos físicos, qualidade e finalidade de usos, a marca engloba associações organizacionais, personalidade da marca, símbolos, relacionamento marca-clientes, benefícios emocionais, benefícios de autoexpressão, representação do usuário. Apesar do perigo da armadilha da fixação nos atributos do produto ou serviços para a construção da identidade da marca, as associações relacionadas ao produto tornam-se um componente fundamental na identificação de uma marca pelo fato de estarem vinculadas, de maneira direta, às decisões de compra e às experiências de uso da mesma. Tal associação implica em que, quando uma classe de produtos ou serviços for insinuada, a marca será automaticamente lembrada pelo cliente. A importância de tal lembrança não é simplesmente mencionar uma marca quando se referir a um produto ou serviço, mas lembrar dessa marca no momento da decisão de compra ou contratação. Da mesma forma, os atributos de um produto ou serviço podem proporcionar benefícios funcionais e mesmo emocionais aos clientes, oferecendo uma proposta de valor que deve ser relacionada à marca.

Aaker e Joachimsthaler (1999) oferecem a seguinte estrutura que compreende os passos importantes a serem considerados para que sejam criados sistemas eficazes de identidade de marca:

- Evite uma perspectiva limitada de marca: não se deve considerar a marca apenas por sua essência ou por sua expressão de identidade. A marca envolve muitos e variados aspectos e não pode e nem deve ser considerada apenas como um “*slogan*”. Outra armadilha é se fixar nos atributos do produto, como escopo, características físicas, utilizações, qualidade/valor, benefícios funcionais. A marca engloba muito mais que o produto, como associações organizacionais, personalidade da marca, símbolos, relações marca/cliente, benefícios de autoexpressão, benefícios emocionais, imagem do usuário;
- Vincule a marca a um benefício funcional convincente, sempre que possível: atributos novos e diferenciadores podem representar benefícios funcionais muito eficazes na comunicação de uma marca, principalmente quando combinados adequadamente com os benefícios emocionais;
- Utilize raciocínios que se encaixem e auxiliam (ignore os outros): considerando-se as doze dimensões organizadas sob a marca, além dos tipos de benefícios possíveis e a credibilidade, uma identidade de marca não deve ser construída com base em absolutamente todas essas dimensões, a fim de que não venha a se tornar algo forçado e não convincente. As dimensões a serem utilizadas devem ser escolhidas conforme a correspondência com a identidade da marca e também do contexto;
- Gere ideias profundas no cliente: para desenvolver a identidade da marca deve-se, primeiramente, realizar as três análises conforme anteriormente abordado: do cliente, da concorrência e da autoanálise. Não se aprofundar na relação dos clientes com a marca trata-se de um erro comum nas organizações. Vários tipos de pesquisas podem ser feitos a fim de conhecer melhor o público-alvo que se pretende alcançar;
- Compreenda os concorrentes: não ignore suas abordagens e estilos de comunicação com seu público-alvo; conhecer a imagem dos principais concorrentes na mente do consumidor; e ampliar a visão de quem são os concorrentes atuais e os potenciais;

- Permita várias identidades de marca: às vezes pode ser necessário enfatizar elementos diferentes em cada mercado. O objetivo é, sempre que possível, manter uma única identidade da marca em todos os mercados e contextos, mas, quando isso não for viável, a estratégia pode ser a utilização de elementos mais flexíveis da identidade da marca, como os que compõem a identidade expandida, a fim de criar associações mais favoráveis junto ao público-alvo, mantendo-se, entretanto, a identidade essencial da marca;
- Faça com que a identidade de marca conduza a execução: para que não haja desconexão entre a identidade da marca e a implementação por causa de um problema organizacional;
- Desenvolva a identidade de marca: é necessário aprimorar identidade da marca a fim de que ela comunique adequadamente o que a marca representa. Esse aprimoramento visa: a) reduzir a ambiguidade, somando interpretações e detalhes aos elementos de identidade de marca; b) aprimorar a habilidade em criar eco junto aos clientes e diferenciar a marca; e c) fornecer ideias e conceitos úteis para desenvolver esforços focalizados e eficazes de construção de marca.

Dito isso, Aaker (1996) propõe que as empresas verifiquem as associações referentes às marcas de acordo com quatro perspectivas:

- Marca como produto – as associações ligadas ao produto são um componente importante da identidade de marca, pois estão diretamente vinculadas às decisões de escolha e à experiência de uso da marca. A marca como produto trata do âmbito, atributos, qualidade/valor, usos, usuários e país de origem do produto;
- Marca como organização – o propósito dessa perspectiva é perceber a marca segundo os atributos da empresa, não do produto ou serviço. Esse âmbito engloba todos os atributos organizacionais de determinada empresa, como inovação, busca pela qualidade, preocupação ambiental, cultura organizacional etc.;

- Marca como pessoa – nessa perspectiva, tal como uma pessoa, a marca pode ser percebida como superior, competente, marcante, confiável, divertida, companheira, formal, jovem, intelectual, etc. E assim como a personalidade humana pode afetar os relacionamentos entre as pessoas, a personalidade da marca influencia bastante no relacionamento marca-cliente;
- Marca como símbolo – as associações relacionadas aos símbolos podem proporcionar coesão e estrutura a uma identidade, facilitando a obtenção de reconhecimento e recordação. Qualquer coisa que represente a marca pode ser um símbolo, no entanto três tipos de símbolos são especialmente relevantes: as imagens visuais, as metáforas e a tradição da marca.

Aaker (1996) fala da importância de trabalhar as associações intangíveis à marca, pois são exclusivas e difíceis de serem copiadas pela concorrência e podem resumir outros atributos relacionados à marca em uma única informação. Exemplifica com um cereal “saudável”, resumindo os atributos que o consumidor procura nesse tipo de produto: calorias, fibras e vitaminas.

Associar a marca ao consumidor ou usuário típico facilita a identificação do público alvo. A possibilidade de associação com celebridades ou pessoas que representem o público-alvo pode apresentar pontos positivos e negativos. O primeiro refere-se à agilidade na comunicação e à facilidade com que o consumidor poderá se identificar com a marca. Por outro lado, poderá haver um efeito inverso e essa associação poderá restringir outros grupos, seja por se sentirem rejeitados ou por acharem que são inadequados para o consumo da marca.

As marcas também têm personalidade ou estilo de vida. Quando o consumidor é questionado sobre sua marca de preferência, é capaz de identificar valores, personalidade e características relacionadas à marca, que são consequência das associações que consegue recuperar em sua memória. Valores, como amigo, competente, honesto, arrojado, entre outros, são atributos que geralmente são identificados em pessoas e que normalmente designam um profissional liberal.

### 1.3.5 Comparação dos dois modelos

Ao comparar os modelos de identidade da marca de Aaker (1996) e Kapferer (2009), é

possível verificar que os dois atribuem abordagens diferentes para uma avaliação, que em alguns aspectos são similares.

Enquanto Kapferer (2009) apresenta em seu prisma de identidade a personalidade, explicando que se trata de características humanas assumidas pela marca, Aaker (1996) recomenda a verificação de associações com a perspectiva de marca como pessoa.

Nesse sentido, um outro aspecto do prisma desenhado por Kapferer refere-se à relação caracterizada pela experiência que a marca proporciona. Nesse sentido, Aaker explora a marca como produto, enfatizando a experiência pelo uso da marca.

Os demais aspectos do prisma, como físico, reflexo e mentalização, também apresentam correlação com as perspectivas de Aaker (1996) da marca como produto ou símbolo.

Todos os elementos de uma marca são potencialmente úteis, mas dois aspectos mencionados merecem comentários: associações e lealdade.

### 1.3.6 Associações

As associações representam o conjunto de significados, valores, símbolos e imagens relacionados à marca. A maior parte do valor de uma marca baseia-se nesse conjunto de associações, que são estimuladas pela identidade da marca, ou seja, aquilo que a empresa anseia que a marca represente na mente dos seus consumidores. Além de possuir elevado poder diferenciador, funciona como síntese de informação, facilitando o processo de compra e decisão do consumidor, especialmente quando está relacionada à credibilidade ou confiança. Também pode proporcionar sentimentos que são transferidos para a marca, aumentando a satisfação decorrente de seu uso (AAKER, 1996).

As associações à marca são importantes para o fortalecimento da marca e fonte geradora de valor. São influenciadoras na decisão de compra como também no nível de lealdade à marca. Portanto, quanto mais consistentes forem as associações, maior a probabilidade de lealdade do consumidor à marca. Dentre as diversas formas de geração de valor, tanto para as empresas quanto para os consumidores, as associações permitem: 1) auxílio no processo/encontro da informação; 2) diferenciação da marca; 3) geração de reações no sentido da compra; 4)

criação de atitudes positivas em relação à marca; e 5) extensão da marca.

Para definir suas marcas de preferência, o consumidor procura recuperar em sua memória o conjunto de informações que falam sobre essas marcas. Essas informações podem ser traduzidas em associações, que facilitam o acesso do consumidor à percepção que guarda da marca. Assim, a associação é o meio útil de interpretar e recordar informações importantes relacionadas à marca. Símbolos, frases ou mesmo um posicionamento tornam a comunicação do conjunto de informações algo mais rápido e fácil de ser lembrado pelo consumidor, principalmente no momento de decisão de compra.

As associações podem gerar um caminho para a diferenciação da marca, principalmente em categorias de produtos nas quais o consumidor tem dificuldades em diferenciar as marcas, o que mostra a importância da associação como essencial na distinção de uma marca da outra. Além da sua importância como diferencial de marca, a associação também pode ser uma importante vantagem competitiva contra concorrentes. Ao se posicionar sobre um atributo indispensável dentro da categoria de produtos ou serviços que representa, uma marca estará protegida contra o ataque da concorrência. Assim, mesmo que queiram copiar o atributo ou se posicionar em posição superior, os concorrentes não terão credibilidade para influenciar os consumidores, já que a marca tem sua posição consolidada em um atributo chave para a categoria de produtos ou serviços.

Outro fator estratégico sobre a associação é a sua importância como influenciadora na decisão de compra. Quando envolve benefícios e atributos importantes da categoria de produtos, a associação pode gerar um motivo para a compra e uso da marca, além de influenciar o nível de lealdade à marca. Aaker (1996) explica que os consumidores que estão preocupados com o desempenho do produto, como um tênis, por exemplo, certamente confiarão na marca associada a um esportista bem sucedido. Por essa razão, a associação também está relacionada à credibilidade e à confiança que os consumidores têm na marca, conseqüentemente influenciando suas decisões de compra.

As associações de marca são um meio de criar sentimentos e atitudes positivas a respeito da marca. Os símbolos, personagens, músicas e outros elementos utilizados para desenvolver associações, ao despertar sentimentos e atitudes positivas no consumidor, criam também uma conexão direta com a marca. As associações também podem transformar a experiência de uso,

rotineira e comum, em algo diferente, inovador e divertido, através do seu uso na comunicação da marca.

Aaker (1996) identifica os diversos tipos de associações existentes e como podem ser trabalhados na gestão do valor de marca: 1) intangíveis; 2) benefícios aos consumidores; 3) preço relativo; 4) uso/aplicação; 5) usuário/consumidor; 6) celebridade/pessoa; 7) estilo de vida/personalidade; 8) classe de produto; 9) concorrentes; 10) país/área geográfica; e 11) atributos do produto/serviço.

Outro tipo de associação citada por Aaker (1996) é o benefício ao consumidor. Nessa categoria o autor coloca que os atributos físicos do produto trazem benefícios ao consumidor, ou seja, a partir de uma perspectiva racional – consumidor compra a marca ou contrata o serviço porque ela tem excelente qualidade – o uso ou compra da marca proporcionam um benefício ao consumidor – segurança, por exemplo. Portanto, os benefícios racionais de uma marca devem ser trabalhados de forma a explorar o aspecto emocional e psicológico decorrente do uso ou compra da marca.

Toda categoria de produtos possui níveis de preços, chamados por Aaker (1996) de preços relativos. Cada marca está relacionada a uma faixa de preços, que indica o seu posicionamento em relação ao valor de marca. O autor explica o risco para as marcas posicionadas em faixas inferiores ao seu valor e que oferecem benefícios que as marcas desse grupo não podem oferecer. Para Aaker (1996), a oferta diferenciada gera benefícios e diferencia a marca dos seus concorrentes. Entretanto, ele ressalta que o movimento de descer um nível de preço relativo, oferecendo uma qualidade mais alta em relação à média, pode prejudicar a percepção de qualidade da marca. Por isso, as mesmas empresas precisam avaliar cuidadosamente esse trabalho.

Associar a marca ao consumidor ou usuário típico facilita a identificação do público-alvo, como também diminui os riscos de ruídos na comunicação. O mesmo se aplica para a associação com celebridades ou pessoas que representam o consumidor alvo da marca. Para tanto, as empresas podem associar a marca à faixa etária, sexo, idade, atividade profissional ou a outro tipo de associação relacionado ao consumidor alvo que a empresa espera atingir. Há pontos positivos para esse tipo de associação. Entretanto, a associação ao consumidor ou usuário pode restringir a expansão da marca para outros grupos de consumidores, por se

sentirem rejeitados ou mesmo inadequados para consumir determinada marca.

As marcas também podem ter personalidade ou estilo de vida. Quando o consumidor é questionado sobre sua marca de preferência, ele é capaz de identificar valores, personalidade e características relacionadas à marca, que são consequências das associações que consegue recuperar na sua memória. Valores, como amiga, saudável, arrojada, entre outras, são atributos que geralmente são identificados em pessoas, mas podem ser trabalhados de forma positiva associados às marcas.

A associação também pode ser feita pela categoria de produtos que representa. Cada categoria tem características específicas relacionadas aos produtos que a compõem. Há também valores, atributos valorizados e necessidades específicas procuradas pelos consumidores quando decidem comprar ou consumir determinada marca. Por isso, é importante que a marca esteja posicionada adequadamente a respeito desses aspectos, para não destoar de seus concorrentes ou mesmo deixar de comunicar atributos importantes e valorizados pelos consumidores.

Por fim, as associações são importantes para o fortalecimento da marca e influenciadores na decisão de compra, como também no nível de lealdade e fidelidade. Portanto, quanto mais consistentes forem, maior a possibilidade de conquistar tais atributos.

### 1.3.7 Lealdade

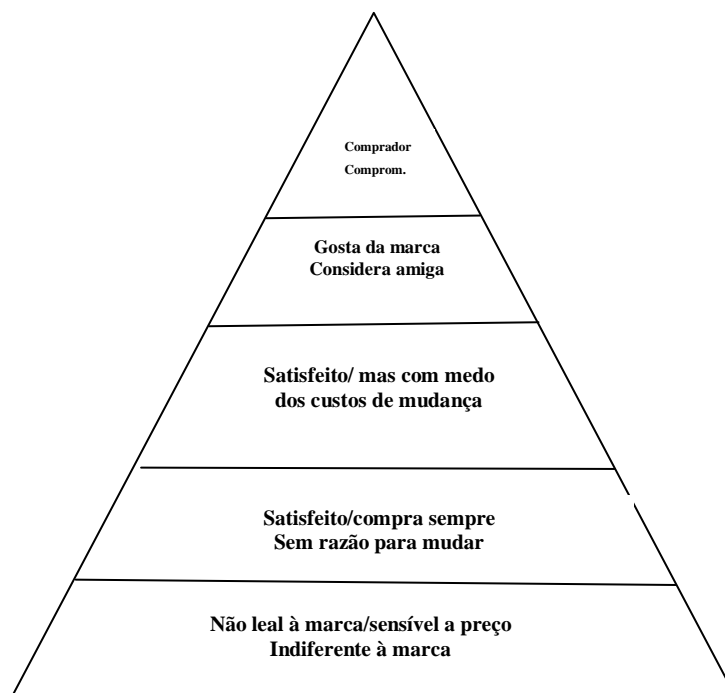
Segundo Aaker (1998), o núcleo do valor de marca é a quantidade de consumidores leais que ela pode conseguir a seu favor. Se seus consumidores compram o produto ou contratam o serviço, relacionado à marca, desconsiderando características físicas e preço, mesmo que existam concorrentes com aspectos parecidos ou superiores, isso demonstra que a marca possui um alto valor.

Assim, um alto nível de lealdade é considerado uma vantagem competitiva, já que reduz a influência da ação dos concorrentes. Uma base sólida de consumidores fiéis à marca desencoraja os concorrentes a investir recursos para ganhar esses consumidores satisfeitos. Portanto, a conexão do consumidor com sua marca preferida se dá pelo nível de lealdade que possui em relação a ela.

Diante da importância de se ter consumidores fiéis, é necessário entender como se desenvolve a lealdade à marca. Aaker (1998) cita a experiência de uso como um dos principais pontos a favor da criação e manutenção da lealdade, assim como a experiência positiva decorrente da percepção da qualidade do produto e das características associadas à marca. Essas são algumas das explicações para se compreender como os consumidores são fiéis a determinadas marcas.

Para desenvolver uma linha de trabalho tático e estratégico em relação à construção e manutenção do valor de marca, é importante compreender os níveis de fidelidade à marca, que pode ser segmentada em cinco perfis diferenciados: 1) não clientes; 2) pesquisadores de preços; 3) consumidores passivamente fiéis; 4) “em cima do muro”; e 5) os comprometidos. O primeiro grupo, chamado de não clientes, é identificado por Aaker (1998) como os consumidores que compram marcas da concorrência ou não são usuários da categoria de produtos e, por consequência, simplesmente não se relacionam com a marca; já, os pesquisadores de preços podem até se relacionar com a marca, entretanto estão à procura dos melhores preços. No terceiro grupo, os consumidores compram uma marca mais pela força do hábito do que por razões claramente definidas. Em relação aos consumidores “em cima do muro”, seu comportamento é definido pela compra de duas ou mais marcas, sem uma distinção consciente entre elas. O último grupo, identificado por Aaker (1998) como os comprometidos, engloba os consumidores que compram e consomem a marca de forma consciente e não são sensíveis a ações de marcas concorrentes. Para a empresa, o grupo dos comprometidos é a garantia de resultados positivos no longo prazo e, portanto, o mais importante para ela.

Figura 1- Pirâmide da lealdade



Fonte: Aaker (1998, p. 41).

Os cinco níveis apresentados pela pirâmide de Aaker (1998) são estilizados (figura 1), não existe um isolamento entre os consumidores; na verdade, eles se misturam. Contudo essa esquematização proporciona base de análise e avaliação do perfil de seu público-alvo.

A empresa deve desenvolver um plano de trabalho para cada tipo de consumidor, com o intuito de manter sua competitividade através da manutenção dos grupos de consumidores fiéis à marca. Uma das grandes ciladas no gerenciamento do valor de marca é direcionar os recursos exclusivamente para a conquista de não clientes e dos pesquisadores de preços em detrimento da manutenção dos comprometidos. Geralmente, as empresas consideram os comprometidos como consumidores garantidos e acabam negligenciando aspectos que podem prejudicar essa relação. Assim, o esforço para conquistar novos consumidores passa a ser maior do que mantê-los, porque as empresas buscam uma base crescente de consumidores fiéis à marca, já que precisam alcançar metas de curto prazo. Portanto, as empresas deveriam concentrar os esforços no trabalho de manutenção dos consumidores fiéis e evitar investir todos os recursos exclusivamente na conquista dos pesquisadores de preços e nos não clientes.

Dessa forma, as empresas precisam manter e incrementar a lealdade de seus consumidores. Aaker (1998) ressalta essa observação e explica, por meio de ações básicas, como as empresas

devem trabalhá-la a favor da manutenção e do aumento da base de consumidores fiéis à marca. O autor afirma que as empresas precisam estar atentas em relação ao atendimento e proximidade com o consumidor, avaliação e gestão da satisfação do consumidor; criação de custos de mudança e ofertas de extras.

A primeira e a segunda regra são relacionadas ao atendimento e proximidade com o consumidor. As empresas perdem pontos com seus consumidores por não entregarem aquilo que foi prometido e por não desenvolverem sistemas de atendimento ou canais de comunicação que permitam o acesso do consumidor à empresa em situações de reclamação ou mesmo troca de produtos defeituosos. Aaker (1998) diz que, para não afastar um consumidor, a empresa simplesmente deve entregar aquilo que promete. Portanto, o atendimento e a proximidade com os consumidores seriam os primeiros passos para não perder os consumidores fiéis e não afastar novos.

Outro passo para a manutenção da fidelidade à marca é a avaliação e gestão da satisfação. Para compreender qual a percepção sobre os serviços e produtos entregues, as empresas precisam desenvolver métricas e rotinas de avaliação dos seus consumidores. A avaliação é uma etapa importante para a manutenção da lealdade à marca, mas as empresas não podem esquecer da gestão da satisfação. No caso de avaliações negativas, é necessário não só entender os motivos dessas percepções e elaborar ações corretivas, mas também identificar os pontos positivos, aprimorá-los e desenvolver planos que garantam que as avaliações positivas dos consumidores se mantenham ao longo do tempo.

A criação de custos de mudança é outra regra identificada por Aaker (1998). As empresas precisam, por um lado, definir diferenciais para seus produtos e serviços que os coloquem em uma posição na qual o consumidor, se quiser trocar por outra marca ou fornecedor, sinta que perderá um benefício ou uma vantagem considerados importantes dentro da categoria de produtos ou serviços que a marca representa. Por outro lado, no lugar do ônus, o consumidor pode ser recompensado por utilizar determinada marca, o que também constitui um custo de mudança.

O último ponto é proporcionar ao consumidor vantagens ou benefícios extras pela compra da marca. Nesse caso, o trabalho é exceder as expectativas do consumidor, ou seja, entregar algo, tangível ou não, que vai além do produto ou serviço adquirido. Aaker (1998) indica exemplos,

tais como: o hóspede que encontra um chocolate no travesseiro do hotel em que está hospedado, como um sinal de boas-vindas ou os clientes de uma rede de varejo que encontram em suas lojas serviços extras, como pianista e espaços para engraxar os sapatos. O autor ressalta que, ao ofertar esses detalhes que vão além do produto ou serviço esperado, a empresa fideliza seus consumidores.

## 2 ESTUDO DE CASO

Neste capítulo, foi desenvolvido o estudo de caso único com o objetivo de verificar empiricamente se os médicos adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome para projetar-se profissionalmente. Para isso, iniciou-se com um breve histórico sobre os médicos no Brasil, com ênfase na cidade de São Paulo e, a partir da coleta de informações através das entrevistas, procedeu-se a análise dos resultados.

### 2.1 Médicos

Até o final do século XIX e início do século XX, o modelo hegemônico de prática médica era caracterizado, no Brasil, por um tratamento global, que associava as condutas clínicas às morais. A relação médico-paciente era individualizada e não contava com nenhum intermediário que estipulasse tempo, forma ou valor da consulta. A habilidade e a sensibilidade eram os principais atributos para o exercício desta atividade (PEREIRA-NETO, 1995).

Em 1922, foi realizado no Rio de Janeiro o “Congresso Nacional dos Práticos”, um fórum onde, não só questões controversas das ciências estavam em pauta mas também assuntos relacionados à reordenação do trabalho médico. Foram discutidos os reflexos na profissão do aumento das organizações filantrópicas que se multiplicaram no início do século; a necessidade da organização de um sindicato (fundado cinco anos mais tarde) que regulasse assuntos relacionados aos diplomas estrangeiros, à limitação das matrículas, à luta contra o curandeirismo e ao charlatanismo profissional (PEREIRA-NETO, 1995). Esse foi um dos marcos pontuando uma das primeiras crises que a profissão sofreu no Brasil.

Atualmente, a profissão médica passa por grandes momentos de reavaliação, discussões e questionamentos. Os médicos nunca foram tão numerosos no Brasil, assim como há uma distribuição desproporcional desses profissionais, o que acarreta a acentuada falta de médicos em várias regiões afastadas das grandes capitais.

O crescimento exponencial de médicos no país se estende por 40 anos. Entre 1970, quando havia no Brasil 58.994 médicos, e 2012, houve um crescimento de 557,72% no número de médicos, ao passo que, durante esse período, a população brasileira aumentou 101,84%

(quadro 2).

Quadro 2 – Evolução do número de médicos e da população brasileira – Brasil, 2013

<b>Ano</b>	<b>Médicos</b>	<b>População brasileira</b>
1970	58.994	94.508.583
1980	137.347	121.150.573
1990	219.084	146.917.459
2000	291.926	169.590.693
2010	371.788	190.755.799

Fonte: Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2013, p. 20).

Adaptado pela autora.

O aumento expressivo do número de médicos no Brasil é o resultado de uma conjugação de fatores relacionados à evolução da demanda. Dentre eles, estão: o aumento da demanda da população por serviços de saúde, mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, garantia de direitos sociais, incorporação de tecnologias médicas e envelhecimento da população. Dentre os fatores ligados à oferta, tem-se: a abertura de cursos de medicina, expansão do sistema de saúde, surgimento de mais postos de trabalho médicos e a diferença entre os médicos que entram e aqueles que saem do mercado de trabalho – há uma concentração de jovens médicos e a permanência no exercício por maior número de anos.

Entretanto, há uma tendência de o médico fixar moradia e local de trabalho na cidade ou região onde fez sua graduação ou Residência. As cidades que abrigam escolas médicas são também aquelas que concentram maior número de serviços de saúde, públicos e privados – hospitais, clínicas, postos de saúde e laboratórios, o que significa maior oportunidade de trabalho. Isso pode explicar, em parte, a maior densidade de médicos em cidades com maior número de faculdades de medicina. A cidade de São Paulo, por exemplo, contava, em 2011, com 8 escolas médicas, 876 vagas – uma vaga para cada 12.836 habitantes – e uma taxa de 4,33 médicos por 1.000 habitantes (quadro 3). Vitória, no Espírito Santo, com população bem menor, tem 3 escolas, 500 vagas, uma vaga para cada 1.162 habitantes e uma oferta de 10,41 médicos por 1.000 habitantes. Capitais, como Porto Alegre, Rio de Janeiro, Florianópolis, Belo Horizonte e Recife, repetem a mesma tendência, concentrando a maioria das escolas médicas dos seus estados e, conseqüentemente, mantendo taxas de médicos por 1.000 habitantes acima de 5.

Quadro 3 – Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo capitais – Brasil, 2011

<b>Capital</b>	<b>Médico CFM</b>	<b>População</b>	<b>Razão</b>
Vitória	3.098	297.489	10,41
Porto Alegre	11.378	1.365.039	8,34
Florianópolis	2.733	424.224	6,44
Belo Horizonte	14.195	2.258.096	6,29
Rio de Janeiro	35.791	5.940.224	6,03
Recife	8.038	1.472.202	5,46
Curitiba	8.147	1.678.965	4,85
São Paulo	46.112	10.659.386	4,33
Goiânia	5.326	1.256.514	4,24
Salvador	10.394	2.480.790	4,19
Aracaju	2.292	552.365	4,15
João Pessoa	2.592	716.042	3,62
Natal	2.706	785.722	3,44
Maceió	3.012	917.086	3,28
Belém	4.181	1.351.618	3,09
Cuiabá	1.597	530.308	3,01
Campo Grande	2.097	766.461	2,74
Terezina	2.025	797.029	2,54
São Luiz	2.250	966.989	2,33
Brasília	5.743	2.469.489	2,33
Fortaleza	4.824	2.315.116	2,08
Palmas	408	223.817	1,82
Boa Vista	430	277.684	1,55
Porto Velho	634	410.520	1,54
Rio Branco	427	319.825	1,34
Manaus	2.250	1.718.584	1,31
Macapá	409	387.539	2,06

Fonte: Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011, p. 32).

Adicionalmente, há que se considerar o processo de divisão social do trabalho médico com o advento da revolução científica. O conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho médico se impôs. Até há alguns anos, a sociedade não contava com médicos especializados em unidades intensivas, em diagnósticos de imagens (ultrassonografia, ressonância magnética, mamografia, entre outros) ou mesmo com o desenvolvimento da oftalmologia, que se transformou em uma atividade tecnificada. Da mesma forma, com o desenvolvimento dos diagnósticos das doenças do coração, por exemplo, várias subespecialidades passaram a vigorar no quadro dos serviços altamente especializados oferecidos ao consumidor, tais como exames coronários específicos que

detectam preventivamente inúmeros problemas cardíacos, eliminando procedimentos cirúrgicos (MACHADO, 1999).

Em 1977, o Decreto Federal nº 80.281 instituiu a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de capacitação, funcionando em instituições de saúde, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, cuja conclusão confere o título de especialista. Atualmente a Resolução nº 1.973, de 14 de julho de 2011, do Conselho Federal de Medicina reconhece 53 especialidades (CREMESP, 2013b):

1. Acupuntura
2. Alergia e Imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cancerologia
6. Cardiologia
7. Cirurgia Cardiovascular
8. Cirurgia da Mão
9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço
10. Cirurgia do Aparelho Digestivo
11. Cirurgia Geral
12. Cirurgia Pediátrica
13. Cirurgia Plástica
14. Cirurgia Torácica
15. Cirurgia Vascular
16. Clínica Médica
17. Coloproctologia
18. Dermatologia
19. Endocrinologia e Metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética Médica
23. Geriatria
24. Ginecologia e Obstetrícia
25. Hematologia e Hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de Família e Comunidade
30. Medicina do Trabalho
31. Medicina de Tráfego
32. Medicina Esportiva
33. Medicina Física e Reabilitação
34. Medicina Intensiva
35. Medicina Legal e Perícia Médica
36. Medicina Nuclear
37. Medicina Preventiva e Social
38. Nefrologia
39. Neurocirurgia
40. Neurologia
41. Nutrologia
42. Oftalmologia
43. Ortopedia e Traumatologia

44. Otorrinolaringologia
45. Patologia
46. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
47. Pediatria
48. Pneumologia
49. Psiquiatria
50. Radiologia e Diagnóstico por Imagem
51. Radioterapia
52. Reumatologia
53. Urologia

No Brasil, dos 371.788 médicos brasileiros em atividade, 55,1% são especialistas, os demais 44,9% são generalistas (quadro 4). De fato, mais uma vez, a divisão, entre especialistas ou não, apresenta maiores contrastes quando se observam as unidades da federação. De um modo geral, os moradores de regiões mais pobres têm não só o menor número de médicos à disposição como também o menor número de especialistas entre eles.

Em parte essa concentração justifica-se diante do fato de que algumas especialidades, particularmente as cirúrgicas, exigem serviços hospitalares com infraestrutura e demanda mais compatíveis com os grandes centros. Apesar disso, a regra não funciona para estados como o Rio de Janeiro e São Paulo, que concentram um dos maiores números de cursos de medicina e possuem grande quantidade de programas de Residência Médica. Entretanto, a quantidade de vagas não é suficiente para a demanda de médicos, o que enseja um quadro em que quase metade dos médicos não faz a especialização.

Quadro 4 – Distribuição de especialistas e generalistas, segundo unidades da Federação – Brasil, 2011

UF/Brasil	Especialista	%	Generalista	%	Total
Distrito Federal	6.983	67,8%	3.317	32,2%	10.300
Rio Grande do Sul	16.706	67,6%	8.010	32,4%	24.716
Espírito Santo	4.884	65,9%	2.526	34,1%	7.410
Paraná	12.329	65,0%	6.643	35,0%	18.972
Santa Catarina	7.646	64,9%	4.144	35,1%	11.790
Mato Grosso do Sul	2.455	61,6%	1.528	38,4%	3.983
Sergipe	1.695	60,4%	1.109	39,6%	2.804
Mato Grosso	2.239	59,9%	1.496	40,1%	3.735
Alagoas	2.178	59,5%	1.481	40,5%	3.659
Goiás	5.752	58,1%	4.146	41,9%	9.898
Minas Gerais	22.277	57,6%	16.394	42,4%	38.671
Paraíba	2.759	56,5%	2.127	43,5%	4.886
São Paulo	59.517	55,9%	46.936	44,1%	106.453
BRASIL	204.563	55,1%	166.785	44,9%	371.348
Ceará	5.038	53,8%	4.324	46,2%	9.362
Bahia	8.782	51,6%	8.232	48,4%	17.014
Amazonas	1.823	47,7%	1.998	52,3%	3.821
Tocantins	805	45,5%	966	54,5%	1.771
Roraima	268	45,4%	322	54,6%	590
Rio de Janeiro	25.768	45,3%	31.059	54,7%	56.827
Acre	342	45,3%	413	54,7%	755
Piauí	1.407	45,0%	1.718	55,0%	3.125
Pará	2.830	44,9%	3.470	55,1%	6.300
Rondônia	760	43,6%	984	56,4%	1.744
Pernambuco	5.627	42,5%	7.614	57,5%	13.241
Amapá	263	40,9%	380	59,1%	643
Rio Grande do Norte	1.788	40,7%	2.604	59,3%	4.392
Maranhão	1.642	36,6%	2.844	63,4%	4.486

Fonte: Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011, p. 60).

Adaptado pela autora.

Não há um levantamento detalhado da distribuição de especialistas na cidade de São Paulo (quadro 5). Mas é um dado curioso, e até agravante, que quando se compara a quantidade de especialistas no estado de São Paulo com a quantidade no Brasil, percebe-se que, apesar de a quantidade de vagas de Residência ser insuficiente para atender a demanda de médicos paulistas, em São Paulo concentra-se em média 30% da totalidade dos especialistas brasileiros.

Quadro 5 – Comparativo da quantidade de Especialistas no Estado de São Paulo e Brasil, 2011

<b>Especialidade</b>	<b>Estado de SP</b>	<b>Brasil</b>	<b>%</b>
1. Acupuntura	712	1.810	39,3%
2. Alergia e Imunologia	278	768	36,2%
3. Anestesiologia	3.782	14.826	25,5%
4. Angiologia	19	282	6,7%
5. Cancerologia	408	1.457	28,0%
6. Cardiologia	2.460	8.708	28,2%
7. Cirurgia Cardiovascular	384	1.102	34,8%
8. Cirurgia da Mão	83	202	41,1%
9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço	174	384	45,3%
10. Cirurgia do Aparelho Digestivo	641	1.056	60,7%
11. Cirurgia Geral	3.121	13.609	22,9%
12. Cirurgia Pediátrica	276	905	30,5%
13. Cirurgia Plástica	1.471	4.016	36,6%
14. Cirurgia Torácica	149	491	30,3%
15. Cirurgia Vascular	653	1.877	34,8%
16. Clínica Médica	2.750	10.640	25,8%
17. Coloproctologia	230	874	26,3%
18. Dermatologia	1.663	5.132	32,4%
19. Endocrinologia e Metabologia	838	2.553	32,8%
20. Endoscopia	357	1.056	33,8%
21. Gastroenterologia	456	2.133	21,4%
22. Genética Médica	59	156	37,8%
23. Geriatria	258	716	36,0%
24. Ginecologia e Obstetrícia	6.511	22.815	28,5%
25. Hematologia e Hemoterapia	528	1.420	37,2%
26. Homeopatia	512	1.766	29,0%
27. Infectologia	786	2.056	38,2%
28. Mastologia	185	669	27,7%
29. Medicina de Família e Comunidade	407	2.632	15,5%
30. Medicina do Trabalho	1.717	9.065	18,9%
31. Medicina de Tráfego	860	1.847	46,6%
32. Medicina Esportiva	145	413	35,1%
33. Medicina Física e Reabilitação	194	570	34,0%
34. Medicina Intensiva	840	2.464	34,1%
35. Medicina Legal e Perícia Médica	41	314	13,1%
36. Medicina Nuclear	184	499	36,9%
37. Medicina Preventiva e Social	357	942	37,9%
38. Nefrologia	696	2.228	31,2%
39. Neurocirurgia	668	2.071	32,3%
40. Neurologia	828	2.629	31,5%
41. Nutrologia	283	689	41,1%
42. Oftalmologia	2.671	9.280	28,8%

43. Ortopedia e Traumatologia	2.912	9.515	30,6%
44. Otorrinolaringologia	1.553	4.640	33,5%
45. Patologia	538	1.725	31,2%
46. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	361	1.148	31,4%
47. Pediatria	8.001	27.232	29,4%
48. Pneumologia	577	1.997	28,9%
49. Psiquiatria	2.086	7.032	29,7%
50. Radiologia e Diagnóstico por Imagem	2.236	7.212	31,0%
51. Radioterapia	158	444	35,6%
52. Reumatologia	448	1.243	36,0%
53. Urologia	1.012	3.253	31,1%

Fonte: Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011, p. 64; 112).

Adaptado pela autora.

### **3 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO**

Nesta parte, serão abordados os resultados da pesquisa realizada. Inicialmente, será apresentada uma síntese dos entrevistados e, posteriormente, os resultados de maneira estruturada e consistente com a teoria.

#### **3.1 Mercado de trabalho atual**

Esta introdução visa apenas contextualizar o entrevistado com a percepção sobre sua profissão, apesar de, objetivamente, não ser o escopo da presente pesquisa.

Quando indagados sobre os locais de trabalho, a maioria possui uma média de três vínculos distintos, sejam hospitais públicos ou privados, clínicas, laboratórios e/ou consultórios. Do número total de entrevistados, apenas 51 médicos possuem consultórios cuja designação é o seu próprio nome; e, desse total, apenas 3 atuam exclusivamente nessa forma de atendimento.

Vale destacar, porém, que essa baixa quantidade pode estar vinculada à especialidade exercida, tempo curto de formação ou, simplesmente, não fazer parte do planejamento de carreira do profissional.

De qualquer forma, esse resultado sinaliza a mudança da forma de trabalho do profissional no Brasil. Diante da diversidade de locais de atuação, há que se considerar, de uma forma genérica, que isso representaria um aumento de sua carga horária, acrescido de um desgaste natural físico pelo tempo de locomoção entre um local e outro (assumindo a variável do trânsito de São Paulo) e, nesse contexto, uma provável diminuição de sua qualidade de vida pessoal.

Em longo prazo, tais fatos poderiam trazer reflexos negativos na carreira profissional, como, por exemplo, a falta de tempo para dedicar-se a estudos e atualizações técnicas.

Outro aspecto do perfil dos médicos entrevistados demonstra o valor da especialização/Residência na carreira. É unânime que essa busca é movida, em primeiro momento, pela satisfação pessoal e, em segundo, pelo próprio desenvolvimento profissional. A Residência é vista como uma continuidade necessária para a formação do médico.

Apesar de não ser a primeira resposta da maioria, grande parte dos entrevistados também assume que a Residência representa acréscimo no potencial de remuneração e que facilitaria o ingresso do profissional no mercado de trabalho.

Nesse contexto, remete-se ao capítulo em que os dados estatísticos denunciam que não há vagas de Residência para todos os médicos interessados e que, atualmente, no estado de São Paulo há quase metade dos profissionais sem essa titulação.

O panorama da profissão reflete uma realidade complexa, em que várias discussões estão sendo travadas há anos, especialmente pelas entidades de classe médica e pelos próprios médicos. Atualmente, tais assuntos circulam, com frequência, em várias mídias, diante de decisões do Governo Federal de sanar problemas de estrutura do ensino médico brasileiro e a consequente distribuição desproporcional de médicos no Brasil.

Foram anunciados, nesse ano de 2013, o aumento da quantidade de vagas em faculdades de medicina e o Projeto Mais Médico, com a importação de profissionais para atuar em localidades afastadas, sem a necessidade de revalidar seus diplomas para demonstrar sua qualificação para exercício da profissão. Em linhas muito sintetizadas, as discussões e críticas a tais decisões citam a ausência de planejamento em longo prazo pelo Governo e, em curto prazo, a falta de investimento em estrutura de ensino, instalações, laboratórios, contemplando inclusive formas de atração de Médicos Professores para atender a demanda de mais vagas. Em relação às regiões carentes, para onde serão enviados os médicos estrangeiros, há que se analisar a existência de estrutura para uma adequada atuação, desde a física, como equipamentos, laboratórios de análise, até equipe para auxílio, como enfermeiros, técnicos, etc.

O fato é que o médico brasileiro está vivenciando momentos de reflexão sobre sua profissão e formas de atuação. Atendo-se ao contexto de São Paulo, é fato que há uma concentração de médicos e especialistas na capital, e tais reflexos são sentidos quando os entrevistados sinalizam que a oferta de médicos pode refletir na diminuição da média de remuneração do profissional.

### 3.2 Perfil dos entrevistados

Os entrevistados não são estratificados em função de idade, sexo, especialização ou faculdade, por se tratar de uma pesquisa cujo objeto é a categoria médica. Depreende-se do fato de todos serem graduados, atuantes no mercado de trabalho, e possuírem opinião sobre os aspectos abordados neste estudo. Há que se considerar que a pesquisa restringe-se à cidade de São Paulo, excluindo automaticamente comportamentos, vivências ou opiniões heterogêneas decorrentes de cidades menores ou menos urbanas. Nesse sentido, apesar de os resultados abrangerem o total de 136 profissionais, 20 não foram incluídos nos exames por não exercerem a atividade na capital. Portanto, foram 116 médicos entrevistados.

Ressalte-se que, do total das pessoas, devido ao viés da rede de relacionamento da pesquisadora concentrar-se em médicos formados pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, apenas 9 entrevistados têm origem em outras faculdades: Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina da PUC de Sorocaba, Faculdade Estadual de Medicina do Pará, Universidade Severino Sombra, Universidade do Sul de Santa Catarina, Universidade Federal do Pará, Universidade de Campinas, Faculdade de Medicina do ABC.

O total de 116 profissionais é dividido em 37 mulheres e 79 homens, sendo que são representantes de 36 especializações das 53 existentes, com apenas um dos entrevistados sem o título.

Após a conclusão do curso de graduação de seis anos, com posse do registro do CRM, é comum o exercício profissional de médicos não especialistas, principalmente nos atendimentos que compõem os campos de atuações básicas, que apresentam grande demanda, tais como postos de saúde, pronto-socorro, serviços de triagem, ambulatórios médicos, etc. Já no campo das especialidades, é regra no mercado, a exigência do título antes da contratação de médicos.

A abrangência da natureza das especializações das pessoas entrevistadas atingirem 68% do total da lista atualmente vigente foi um acaso, visto que o convite foi realizado à rede de contatos da pesquisadora, e de conhecidos da mesma, em que a participação dependia única e exclusivamente da disponibilidade do médico em responder as perguntas.

Abaixo estão demonstradas as especializações com a respectiva quantidade de representantes de cada área.

Quadro 6 – Lista de especializações/Residência

<b>Número</b>	<b>Especialização</b>	<b>Quantidade</b>
1.	Ginecologia e Obstetrícia	<b>13</b>
2.	Ortopedia	<b>10</b>
3.	Psiquiatria	<b>9</b>
4.	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	<b>9</b>
5.	Cirurgia Plástica	<b>6</b>
6.	Cirurgia Geral	<b>6</b>
7.	Clínica Médica	<b>5</b>
8.	Endocrinologia	<b>5</b>
9.	Cirurgia Vascular	<b>5</b>
10.	Oftalmologia	<b>4</b>
11.	Anestesiologia	<b>4</b>
12.	Neurocirurgia	<b>3</b>
13.	Otorrinolaringologia	<b>3</b>
14.	Geriatria	<b>3</b>
15.	Pneumologia	<b>3</b>
16.	Pediatria	<b>3</b>
17.	Cardiologia	<b>2</b>
18.	Urologia	<b>2</b>
19.	Dermatologia	<b>2</b>
20.	Infectologia	<b>2</b>
21.	Cirurgia de Cabeça	<b>2</b>
22.	Medicina Intensiva	<b>2</b>
23.	Genética Clínica	<b>1</b>
24.	Hematologia	<b>1</b>
25.	Medicina Legal	<b>1</b>
26.	Neurologia	<b>1</b>
27.	Cirurgia Torácica	<b>1</b>
28.	Radioterapia	<b>1</b>
29.	Patologia	<b>1</b>
30.	Nutrologia	<b>1</b>
31.	Medicina do Trabalho	<b>1</b>
32.	Endoscopia	<b>1</b>
33.	Medicina da Família e Comunidade	<b>1</b>
34.	Gastroenterologia	<b>1</b>
35.	Doenças Infecciosas	<b>1</b>
36.	Fisiatria	<b>1</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Para visualizar o período de exercício da profissão, demonstra-se abaixo no quadro 7 a divisão dos entrevistados, considerando o ano de graduação na faculdade de medicina. Ao todo, foram 26 turmas, espalhadas no período de 1975 a 2010, sendo a turma de 2004 com a maior quantidade de entrevistados, 14.

Quadro 7 – Lista de turmas – ano de graduação

Ano de Graduação na Faculdade de Medicina	Quantidade
1975	01
1976	01
1978	01
1979	01
1981	01
1982	01
1983	01
1990	01
1991	08
1992	06
1993	08
1994	03
1995	10
1996	08
1997	04
1998	05
1999	09
2000	07
2001	07
2002	09
2003	06
2004	14
2007	01
2008	01
2009	01
2010	01

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.3 Análise dos resultados

Visando atingir o objetivo da pesquisa, qual seja, entender se os médicos adotam ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome visando projetar-se profissionalmente, para apresentar os resultados de maneira estruturada e consistente com a teoria, serão utilizados os modelos de planejamento de identidade de Aaker (1996) e Kapferer (2009), associações e lealdade abordados no Referencial Teórico. Salienta-se que os modelos foram adaptados conforme os objetivos e o problema estudado nesta dissertação, não sendo contemplados todos os itens apresentados nas teorizações originais. Assim, a análise se apresenta organizada na seguinte sequência:

#### Percepção sobre as características físicas

No conjunto de critérios utilizados pelo paciente para escolher um médico, a qualidade do serviço é uma das principais, se não for a principal. Contudo, o paciente não tem a capacidade de julgar competência. Diante da referida incapacidade, os pacientes se deixam levar por

características aparentemente triviais, porém de fácil constatação. A aparência do consultório, limpeza, sala de espera, modernidade dos equipamentos, aspecto visual externo do local de atendimento, etc. podem sugerir a qualidade de um médico.

Da mesma forma que o atendimento da equipe de apoio (secretárias, recepcionistas, etc.) pode ser um indicador do grau de profissionalismo existente naquele ambiente.

O aspecto físico é funcional e tangível. Quando o paciente pensa em um médico, a imagem do local em que teve sua experiência certamente lhe virá à memória. É um conjunto de informações que são enviadas para agregar na formação da opinião sobre o profissional.

Nesse sentido, buscou-se inquirir sobre o grau de preocupação dos médicos a respeito desses assuntos: localização do consultório/clínica/hospital; aparência da construção externa; ambiente e/ou decoração da sala de atendimento e aspecto dos equipamentos.

O contexto dessa indagação ateu-se ao momento de retorno do paciente por escolha pessoal, buscando captar se o médico atribuía importância a tais atributos físicos. Os resultados apontaram que todos são levados em consideração pelo médico, especialmente a decoração de sua sala de atendimento.

### **Percepção sobre as características humanas e relação com o paciente**

Todas as pessoas, naturalmente, possuem uma personalidade e um estilo de vida que é rico, complexo e também vivaz e distinto. Mas uma marca, mesmo um bem tangível ou uma empresa de serviços, pode ser impregnada de uma série de características muito similares de personalidade e de estilo de vida.

É comum que agências de publicidade e grandes campanhas atrelem características humanas a determinado produto ou serviço. Na área de saúde, a imagem é tão importante quanto em outros setores. Entretanto, nesse caso, a divulgação restringe-se à forma em que o médico se apresenta e é restrita a canais e formas de comunicação, visto os impedimentos constantes do Código de Ética Médica.

Salienta-se que a linha de indagação não buscou os traços pessoais do profissional, apesar de

os mesmos influenciarem e apresentarem correlação com a imagem que deseja transmitir.

Assumindo que o médico possui uma marca pessoal, a pergunta sobre as características que gostariam de atribuir a si mesmos como profissional visou identificar a ideia central de eventual identidade, segundo a teoria de Aaker (1996).

Nesse sentido, esclarece-se que, da mesma forma, as características físicas devem ser trabalhadas através de contratação de arquiteto, decorador ou no mínimo um marceneiro ou pintor para realizar o trabalho; o médico precisa trabalhar seus pontos fortes para que as pessoas percebam o que deseja transmitir. Portanto, a indagação inicial visou descobrir o pensamento sobre sua identidade central e, a partir daí, descobrir o que faz para transmiti-la.

“Competência”, “cuidadoso” e “estudioso” foram os termos mais citados. A preocupação pela competência é praticamente inerente a um prestador de serviços, especialmente um profissional liberal, visto que só aquele profissional poderá resolver o problema, e dentre as opções disponíveis, independentemente do critério de decisão do consumidor, o “mais competente” costuma ser o eleito. Portanto, a manutenção dessa característica é natural a um prestador de serviço, inclusive ao médico.

O “cuidadoso” refere-se a um reflexo mais peculiar da profissão médica, visto que o trato humano e a relação pessoal são as principais características desse tipo de relação.

Quando os entrevistados referem-se a “estudioso”, eles sinalizam a ideia de que é importante que o paciente o veja como profissional atualizado e conhecedor das novas técnicas da medicina, tendo em vista os inúmeros avanços tecnológicos que acontecem no mundo, especialmente na área médica.

Nessa linha de questionamento, indagados sobre como os pacientes perceberiam suas características diferenciais, quase unanimemente atribuíram a responsabilidade de transmitir tal mensagem através do contato pessoal com o paciente. Sobre este assunto, vale reproduzir trechos de algumas das respostas, demonstrando a recorrência de tal procedimento:

Entrevistado 09: Procuo conversar com o paciente sobre suas queixas objetivas e tento extrair ao máximo as informações e possibilidades clínicas.

Entrevistado 10: Demonstrar autoridade e segurança na resolução dos problemas dos pacientes.

Entrevistado 24: Dar o máximo de importância aos problemas de cada paciente.

Entrevistado 29: Dedico uma hora por consulta minuciosa e didática.

Entrevistado 32: Procuro tranquilizar e responder todas as dúvidas do paciente.

Entrevistado 42: Explico o que se pode esperar do tratamento.

Entrevistado 44: Atendo sempre da melhor forma possível.

Entrevistado 51: Com o próprio atendimento.

Entrevistado 65: Mostrar interesse na queixa do paciente, ser ponderada no momento de indicar o tratamento e mostrar credibilidade e confiabilidade ao paciente.

Entrevistado 66: Explico bem ao paciente seu problema de forma inteligível e traço um panorama geral do tratamento, seus motivos e os próximos passos.

Entrevistado 70: Esclarecer os pacientes sobre seu problema e tratamento de forma adequada e completa.

Entrevistado 79: Explicações amplas e de fácil entendimento.

Depreende-se que apesar de a intenção do médico procurar se diferenciar dos demais, utiliza como ferramenta de comunicação apenas seu contato pessoal com o paciente.

O mencionado entendimento é reforçado em razão da grande maioria dos entrevistados responderem negativamente a questão sobre a utilização de todas as formas de comunicação disponíveis para fim de projeção profissional.

Não é errado afirmar que os médicos, além de não pensarem em sua identidade em um sentido mais amplo, cometem o equívoco de imaginar que transmitir as características que o paciente procura é suficiente para diferenciá-los dos demais concorrentes. Tal engano também é

cometido por várias empresas, conforme exemplificado por Aaker (1998).

### **Preocupação com a fidelidade dos pacientes**

A mudança de um prestador de serviços por outro, de uma forma geral, representa para o consumidor, um custo cognitivo emocional alto, tempo (que é cada vez mais escasso hoje em dia) e muitas vezes um preço financeiro adicional. A situação se agrava quando a natureza dessa contratação ou mudança envolve decisões relacionadas à saúde, como é o caso dos médicos.

De fato, devido à natureza intangível do serviço, o resultado será percebido somente ao final, e na maioria das situações não é o sucesso (a cura) que significa ou transmite a mensagem ou a percepção pelo paciente da qualidade do médico. Na maioria das vezes, é o conjunto de sinais enviados (atendimento da equipe, qualidade percebida do cuidado com a higiene, equipamentos modernos, etc.), além dos procedimentos e caminhos percorridos durante a prestação de serviço que farão com que esse paciente forme um juízo de valor sobre o médico.

A teoria corrobora que a manutenção de pacientes fiéis e satisfeitos pode ser uma forma de propagação do nome profissional, visando aumentar sua projeção. Nesse contexto, busca-se entender se o médico, após escolhido pelo paciente, preocupa-se em manter a fidelidade do cliente. E, em segundo momento, manter sua lealdade.

A grande maioria dos entrevistados respondeu expressamente que se preocupam com a fidelidade do paciente, ou seja, os médicos, em sua grande maioria, têm em mente que a fidelização é um componente importante para a manutenção de sua reputação, e que isso trará como consequência, de médio e longo prazo, um incremento em seus rendimentos ou benefícios. Além disso, tendo um número considerável de pacientes fidelizados, a possibilidade de prospecção de novos clientes aumenta através das recomendações feitas pelos pacientes fidelizados.

Ressalte-se que a pergunta sobre as práticas adotadas pelos entrevistados para se diferenciarem dos demais profissionais não foi direcionada. Optou-se por não listar os procedimentos que poderiam ser utilizados para a fidelização do paciente. O objeto da indagação visava captar sua reação natural, tendo como intuito a averiguação se os

entrevistados adotavam ferramentas distintas para se diferenciar dos outros médicos ou manter a fidelidade de seus pacientes.

Da leitura das respostas, observa-se que, apesar de o médico possuir a preocupação de manter a fidelidade de seus pacientes e procurarem, de alguma forma, se diferenciar dos demais, os resultados são muito similares, ou seja, não é adotada nenhuma estratégia diferenciada.

Com certeza, a personalidade e trato do paciente pode ser um diferencial subjetivo que transmita a mensagem que o médico procura passar ao paciente. Entretanto, a busca aqui não é o que ele faz e se isso lhe traz resultados, mas sim se ele pensa no assunto e o que ele acha que poderia fazer para atingir tal objetivo.

### **Necessidade ou utilização de um diferencial**

A personalidade da marca pode ajudar a garantir um diferencial necessário mesmo em um mercado de paridade, oferecendo um valor real de várias formas. Em primeiro lugar, uma personalidade pode tornar uma marca interessante e memorável. De fato, o pior comentário que pode ser feito a uma pessoa é que ela não tem personalidade.

Uma marca sem personalidade ou que não tenha um planejamento sobre sua identidade diminui a chances de conscientização do cliente a desenvolver um relacionamento com o prestador de serviço. Além do mais, a implantação de uma metáfora (diferencial) torna o desenvolvimento da relação mais claro e motivador.

Sobre essa linha de indagação, os entrevistados reconhecem a dificuldade de se diferenciar de outros médicos. Tal afirmação também é corroborada quando se observa que as principais características, assim como a forma de transmiti-las, adotadas pelos entrevistados são similares.

Em relação às repercussões positivas perante os pacientes em participar de pesquisas científicas e entrevistas com objetivo de esclarecer dúvidas da comunidade; possuir ou participar de *sites* e/ou *blogs*, todos concordam que são atividades frutíferas à carreira.

Por outro lado, quando indagados, de forma genérica, se utilizariam formas de comunicação

para divulgar seu nome como profissional, similar ou não aquelas adotadas por empresas, e permitidas pelo Código de Ética Médica, o resultado foi que não usariam e não contratariam nenhum serviço de consultoria para projetar-se profissionalmente.

### **Percepção sobre a importância de associações positivas referentes atividades extras**

As associações podem servir para resumir um conjunto de fatos e especificações os quais, de outra forma, seriam difíceis para o consumidor processar e acessar e, dispendioso para a empresa comunicar. Uma associação pode criar um pacote compacto de informações para o consumidor, proporcionando-lhe um meio de assimilação. Algumas associações são apreciadas e estimulam sentimentos positivos, os quais se transferem para a marca.

Por exemplo, a vinculação da imagem às atividades filantrópicas pode transmitir a mensagem de preocupação com o próximo, da tentativa de melhorar a qualidade de vida da sociedade, altruísmo, etc. Portanto, essa é uma das formas de comunicação que, eventualmente, poderia ser explorada, caso sejam essas as mensagens que o profissional deseja transmitir. Sobre esse tópico, os entrevistados acenaram que tal atividade repercutiria positivamente junto aos pacientes, porém não atribuíram alta importância a essa forma de associação.

### **A influência da opinião de seus pares (colegas e professores)**

Em uma escala de nível de lealdade a uma determinada marca, as pessoas comprometidas são aquelas que nutrem orgulho por serem descobridoras ou usuárias da marca. No sentido aqui abordado, necessariamente as pessoas ditas como “comprometidas” não utilizam os serviços do médico para justificar a indicação e/ou confiança. Percebe-se muitas vezes que essa opinião positiva não decorre necessariamente da utilização do serviço técnico da pessoa indicada. De fato, a percepção da qualidade do profissional poderia ser decorrente de fatos associativos, como, por exemplo, ter conhecimento de que o médico mantém-se atualizado cientificamente; possui um consultório bem localizado e com a agenda cheia; trabalha em um hospital considerado de alta qualidade; sua postura pessoal no contato social demonstra seriedade e ética, etc.

De fato, o desafio é ser lembrado por essas pessoas. Empresas atribuem a nomenclatura *Top of Mind* para as marcas que estão à frente de todas na lembrança das pessoas. Dessa forma, o

objetivo deve ser tornar-se referência em sua área, especialmente perante seus pares.

Nesse sentido, os entrevistados foram quase unânimes em sinalizar que os contatos da faculdade e/ou residência médica influenciam ou auxiliam sua projeção profissional, inclusive atribuindo a eles a contribuição pela principal forma de captação de pacientes – indicação de outro médico.

Utilizando-se dos resultados expostos acima, é possível identificar:

- Os médicos preocupam-se com sua projeção profissional e buscam manter-se atualizados tecnicamente visando passar uma imagem positiva aos seus pacientes;
- Os médicos preocupam-se em se diferenciar dos demais, apesar de reconhecerem grande dificuldade em fazê-lo. Utilizam apenas o contato pessoal com o paciente para se destacar e transmitir suas qualidades;
- As principais características que os médicos gostariam de transmitir aos seus pacientes são: competência, cuidadoso e estudioso;
- Percebe-se uma grande resistência dos médicos em utilizar ferramentas de gestão de marcas. Tal resistência se mantém mesmo quando é enfatizado que o uso das mencionadas ferramentas dar-se-ia dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de bens e serviços é parte integrante de qualquer sociedade, representando uma situação imperativa entre quaisquer grupos sociais, em maior ou menor escala. As marcas, como símbolo de consumo, podem atuar como orientadoras no processo de decisão de compra, tanto por meio de uma dimensão mais racional quanto por meio de proposições emocionais. Além de simplificar o consumo, por meio de distinção entre um e outro produto ou serviço, as marcas conseguem oferecer a diminuição da sensação de insegurança existente em momentos de decisão de compra.

Particularmente, no setor de serviços, a importância das marcas torna-se ainda maior, visto que as características peculiares de serviços (intangibilidade, variabilidade, perecibilidade) impõem um grau de insegurança maior por parte do cliente no momento da contratação.

A gestão de marca, ou *branding*, possui importância inquestionável para empresas que prestam serviços. Ocorre que, nos últimos anos, tem-se notado que as marcas vão além de produtos e serviços. Pessoas e organizações também podem ser vistas como marcas. Qualquer pessoa que esteja tentando construir sua carreira pode pensar em criar sua própria marca.

A contextualização do presente estudo se dá a partir do tratamento do nome do médico como uma marca e, a partir daí, foi feita uma discussão sobre a possibilidade de utilização pelo profissional de ferramentas de gestão de marcas, especificamente a definição de uma identidade de marca, concretizando um planejamento para a construção de uma carreira bem sucedida.

A intenção de introduzir essa discussão no panorama do profissional liberal, escolhendo a categoria médica como unidade de estudo de caso, mostrou-se esclarecedora para visualização da dinâmica atualmente adotada por esse tipo de profissão. Não foi surpresa constatar que os médicos são desprovidos de conhecimentos específicos de gestão administrativa e, mais distante, a gestão de marcas, ou planejamento estratégico da própria carreira.

A introdução desse assunto aos profissionais de saúde teve como um dos objetivos incitar a autoavaliação e questionamentos sobre as possibilidades que outras disciplinas ofereceriam a sua carreira. O ponto de partida foi singelo, buscando apenas a percepção sobre o assunto

colocado em pauta, com o cuidado de não direcionar as respostas, evitando terminologias mais técnicas usualmente utilizadas na área do marketing. Tais cuidados revelaram-se eficazes, especialmente quando se percebe que os relatos são verdadeiros retratos da linha de pensamento desses profissionais, como, por exemplo, a resistência à utilização de ferramentas de projeção profissional.

A eventual construção do conceito de identidade que se buscou seria a tradução de sua autoavaliação pessoal, atitudes, valores, conjunto de competências técnicas, qualificações, investimento em seu desenvolvimento, que gostaria de transmitir para agregar sua imagem e reputação. De fato, independentemente de quais seriam esses atributos automeados, buscou-se avaliar quais seriam as ferramentas de comunicação e se havia um planejamento para tal divulgação. Apesar de os resultados serem contundentes quanto à ausência de planejamento, há que se considerar que algumas das formas de divulgação podem ser usadas por alguns dos profissionais, mas com certeza de forma intuitiva, sem nenhum planejamento prévio ou estudo de oportunidades e viabilidade de negócio.

De fato, os resultados apontaram que os médicos atribuem a responsabilidade pela sua indicação a amigos e/ou familiares, também com igual importância são seus colegas (contatos da faculdade e/ou Residência). Esses são, num primeiro momento, as pessoas que validam a qualidade de seus serviços e são responsáveis pela indicação e captação de pacientes. Dessa forma, em uma análise estratégica individual do profissional, há que se considerar dois públicos diferentes, que devem ser avaliados criteriosamente: os pacientes (visando incrementar a fidelidade e lealdade) e o *network* do profissional.

Outro aspecto que chamou a atenção nos resultados da pesquisa refere-se ao fato de a rotina do médico acarretar alto desgaste físico e emocional.

Com efeito, o médico necessita de muita dedicação, estudo e persistência para impulsionar sua carreira profissional. Além disso, para ser um profissional conceituado, é importante que o médico esteja sempre atualizado, uma vez que o exercício da medicina é bastante dinâmico, sendo uma área em constante mudança, em decorrência de pesquisas, novas maneiras de prevenção e cura de doenças, inovações de medicamentos, etc.

Em sua labuta diária cabe ao médico examinar os pacientes, realizar diagnósticos, solicitar exames, prescrever e dosar os medicamentos, atuar em programas de esclarecimento e prevenção de doenças, orientar dietas alimentares, realizar cirurgias, dentre outros, dependendo de sua especialização.

Se não bastasse isso, o médico também deve saber conciliar as várias frentes de trabalho em que atua (hospital, clínica, consultório, para citar alguns); administrar seu consultório como uma empresa; cultivar bom relacionamento interpessoal; manter-se atualizado com os avanços tecnológicos, não descuidar de sua carreira acadêmica, saber cuidar da parte financeira, além de não se esquecer de ter uma vida pessoal.

No Brasil, apesar dos avanços conquistados nos últimos vinte anos, o médico convive com disparidades sociais e econômicas bastante significativas, o que pode trazer um enorme impacto na administração da carreira.

O conjunto de dados, informações e resultados das entrevistas bem como toda a bibliografia consultada formaram as bases para este trabalho e permitiram verificar, dentro das limitações existentes, se os médicos adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome visando projetar-se profissionalmente sob a ótica de um estudo de caso.

A partir dos resultados obtidos nas entrevistas, identifica-se que os profissionais entrevistados reconhecem a importância da percepção dos pacientes de suas competências. Entretanto, são resistentes a qualquer forma de utilização deliberada de ferramentas de divulgação de seu nome com este objetivo. Nesse sentido, é possível observar que os entrevistados conhecem alguns dos mencionados instrumentos, mas não os utilizam em sua plenitude ou de forma planejada.

Com efeito, verifica-se pelos resultados das entrevistas que profissionais médicos não adotam as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome para projetar-se profissionalmente, bem como sinalizaram um alto grau de resistência para essa utilização.

Tal fato não invalida a observação sobre a utilização de ferramentas de gestão do nome do médico como uma marca. Espera-se que esta dissertação tenha oferecido uma contribuição para o estudo de gestão de marcas do profissional liberal, especificamente a definição da

identidade. Acredita-se que possa servir de introdução ou fonte de inspiração a estudos futuros. Não houve pretensão de suprir uma discussão mais ampla ou intensa, sob o ponto de vista teórico. Assim, foi mantido aqui o caráter de estudo exploratório. Trata-se de pesquisa inicial, sendo necessários novos estudos que possam aprofundar os pontos aqui tangenciados.

### **Limitações e recomendações para futuros estudos**

Alguns aspectos pertinentes ao objeto de estudo limitaram a pesquisa e poderiam ser aprofundados em pesquisas futuras.

Sobretudo a limitação de ordem estatística que, se feita dessa forma, poderia gerar relações entre variáveis mais específicas.

Por outro lado, a pesquisa gerou contribuições, seja para a área acadêmica ao tratar de gestão de marcas do nome do profissional liberal, assunto não abordado sob essa ótica; seja para os profissionais liberais que são incitados a avaliar suas decisões de gestão com esta proposta apresentada.

Com referência a estudos futuros, sugere-se a execução do estudo em outras categorias de profissional liberal. Como os médicos possuem limitações rígidas de publicidade, o trabalho poderia abordar outra profissão em que tal limitação não seja tão rigorosa e avaliar se esse aspecto propiciaria maior liberdade de administração da marca.

Considerando que o estudo avaliou o aspecto qualitativo da gestão de marcas do profissional liberal através de estudo de caso na categoria médica, seria importante dimensionar de maneira quantitativa o impacto da utilização de ferramentas de gestão de marcas pelos médicos.

Por último, recomenda-se avaliar o trabalho de gestão de marcas de profissional liberal sob a perspectiva de seu público-alvo. Como o presente trabalho procurou entender com profundidade a percepção do médico sobre as ferramentas de definição de identidade de marca ao seu nome, seria relevante avaliar tal impacto e recepção dessas ações sob a ótica de seus pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, David A. **Marcas: Brand Equity gerenciando o valor da marca**. Tradução André Andrade. 14. reimp. São Paulo: Elsevier, 1998.

\_\_\_\_\_. **Building strong brands**. New York: The Free Press, 1996.

AAKER, David A.; JOACHIMSTHALER, Erich. **Como construir marcas líderes**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Building brands without mass media. **Harvard Business Review on Brand Management**, 1999.

ADAMSON, Allen, P. **Brand simple**. New York: Palgrave Macamillan, 2006.

ANDRÉ, Marli Elisa D. A de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro, 2005.

BASSO, Maristela. A proteção da propriedade intelectual e o direito internacional atual. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a41, p. 162, abr./jun. 2004.

BIOTÔNICO Fontoura. **Wikipédia**. Disponível em:  
<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Biot%C3%B4nico\\_Fontoura](http://pt.wikipedia.org/wiki/Biot%C3%B4nico_Fontoura)>. Acesso em: 28 ago. 2011.

BRASIL. Decreto nº 2.682, de 23 de outubro de 1875. Regula o direito que têm o fabricante e o negociante, de marcar os productos de sua manufactura e de seu commercio. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2682-23-outubro-1875-549770-publicacaooriginal-65288-pl.html>>. Acesso em: 17 maio 2013a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19279.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19279.htm)>. Acesso em: 24 ago. 2013b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em: 24 ago. 2013c.

CALDEIRA, Mirella D'Angelo. A responsabilidade civil dos profissionais liberais com o advento do Código de Defesa do Consumidor. **Revista do Curso de Direito**, Universidade Metodista de São Paulo, v. 1, n. 1, 2004.

CÓDIGO de Ética Médica. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Disponível em:  
<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=8822](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822)>. Acesso em: 30 jun. 2011.

COLLIS, Jil; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSTA, Fabrício Donizete; AZEVEDO, Renata Cruz. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2013a.

\_\_\_\_\_. Legislação. Resolução Conselho Federal de Medicina n. 1973, de 14 de julho de 2012. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10133&tipo=RESOLUÇÃ&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1973&situacao=VIGENTE&data=14-07-2011>>. Acesso em: 25 ago. 2013b.

DE CHERNATONY, Leslie; DALL'OMO, Riley. Defining a "Brand": beyond the literature with expert's interpretations. **Journal of Marketing Management**, Westburn Publishers Ltd., v. 14, p. 417-443, 1998.

DELGADO, Ana; LOPEZ-FERNANDES, L. A.; LUNA, J. D. Ser médico o médica marca diferencias em la práctica asistencial. **Atencion Primaria**, v. 28, n. 4, 15 sept. 2001.

DELGADO-BALLESTER, Elena; MUNUERA-ALEMÁN, José Luis. Does brand trust matter to brand equity? **Journal of Product and Brand Management**, v. 14, n. 3, p. 187-196, 2005.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2011.

FARQUHAR, P. Managing brand equity. **Journal of Advertising Research**, p. 7-12, 1990.

FELDWICK, P. Do we really need brand equity? In: CALLER, Linda (Ed.). **Researching Brands**. Netherlands: Esomar, 1996. p. 93-117.

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FRIEDRICH, Harvey; WITT, Jerome. Consumer Product Branding Strategy and the Marketing of Physicians' Services. **Health Marketing Quarterly**, v. 13, n. 2, p. 87, 1995.

GARDNER, Burleigh B.; LEVY, Sidney. The product and the Brand. **Harvard Business Review**, Mar./Apr., 1955.

GODOY, Arlina Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, maio/abr. 1995.

GRANADO. Disponível em: <<http://www.granado.com.br/sobre/default.aspx>>. Acesso em: 28 ago. 2011.

HART, Susan; HOGG, Gillian. Relationship marketing in corporate legal services. **Service Industries Journal**, v. 18, July 1998.

INPI. Instituto Nacional da Propriedade Industrial. **Conheça o INPI**. Disponível em: <[http://www.inpi.gov.br/portal/artigo/conheca\\_o\\_inpi](http://www.inpi.gov.br/portal/artigo/conheca_o_inpi)>. Acesso em: 14 jun. 2013a.

\_\_\_\_\_. **Ivo Pitanguy**. Disponível em: <<https://gru.inpi.gov.br/pPI/servlet/MarcasServletController?action=detail&codProcesso=237588&ID=EC2542D92CC4C877AB50E3B4B29B67BF.tecod>>. Acesso em: 20 ago. 2013b.

KAPFERER, Jean-Noël. **The new strategic brand management: creating and sustaining brand equity long term**. 4. ed. reimp. Philadelphia: Kogan Page, 2009.

KELLER, Kevin Lane. **Strategic brand management: building, measuring and managing brand equity**. 3<sup>rd</sup>. ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008.

KELLER, Kevin Lane; MACHADO Marcos. **Gestão estratégica de marcas**. 6. reimp. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2010.

KHAUAJA, Daniela Motta Romeiro. Construção de marcas. In: SERRALVO, Francisco Antonio (Org.). **Gestão de marcas no contexto brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 80.

\_\_\_\_\_. **Fatores de marketing na construção de marcas sólidas: estudo exploratório com marcas brasileiras**. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração. Departamento de Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

LANDOR Associates. Disponível em: <<http://www.landor.com/pdfs/Landor%20Brochure%2030March2012.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2013.

LAVILLE, Cristian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Belo Horizonte: Artmed, 1999.

LOURO, Maria João Soares. Modelos de avaliação de marca. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 26-37, abr./jun. 2000.

LOVELOCK, Christopher; WIRTZ, Jochen. **Services marketing: people, technology, strategy**. 5. ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2004.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. 1. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MARTINS, Heloísa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MICELI, Ana Valéria Paranhos. **Laços e nós: a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor cônica**. 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al. Processo de significação de estudantes do curso de Medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 14-19, 2006.

NASSAR, Maria Rosana Ferrari. Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico – paciente. Trabalho apresentado no Núcleo de Relações Públicas e Comunicação Organizacional. In: XXVI CONGRESSO ANUAL EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO. Belo Horizonte, 2003.

OLIVEIRA, Rosangela Ziggotti; GONÇALVES, Maria Bernadete; BELLINI, Luiza Marta. Acadêmicos de medicina e suas concepções sobre “ser médico”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 311-318, 2011.

PEREIRA, Maria das Graças Alves; AZEVEDO, Eliane S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 3, p. 153-157, 2005.

PEREIRA-NETO, André de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociologia. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 600-615, out./dez. 1995.

PEREZ, Clotilde. **Signos da marca: expressividade e sensorialidade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PINHO, José Benedito. **O poder das marcas**. São Paulo: Summus, 1996.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.

REGULADOR Xavier. Disponível em:  
<<http://www.redetec.org.br/inventabrasil/regxav.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2011.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Identidade e formação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2003.

RUÃO, Teresa. As marcas e o valor da imagem, a dimensão simbólica das actividades económicas. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade – CECS. **Caleidoscópico**, Universidade Lusófona, n. 3, p. 177-191, 2003.

SANTOS, Mafoane Odara Poli Santos. **Médicos e Pacientes têm sexo e cor? A Perspectiva sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCHEFFER, Mário (Coord.); BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia médica do Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2.

SCHEFFER, Mário (Coord.); BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia médica do Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. v. 1.

SEMPRINI, Andrea. **A marca pós-moderna**: poder e fragilidade da marca na sociedade contemporânea. São Paulo: Edição das Letras, 2006.

SERRALVO, Francisco Antônio. **A influência das marcas na formação cultural dos usos e costumes**. 1999. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

SERRALVO, Francisco Antônio (Org.) et al. **Gestão de marcas no contexto brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2008.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ ruaris agorind**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, Wilma Madeira. **Navegar é preciso**: avaliação dos impactos do uso da internet na relação médico-paciente. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TAVARES, Marcelo de Souza. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 125-131, 2008.

TAVARES, Mauro Calixta. **A força da marca**: como construir e manter marcas fortes. São Paulo: Habra, 1998.

TELLES, R. **Posicionamento e reposicionamento da marca**: uma perspectiva estratégica e operacional dos desafios e riscos. 2004. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Departamento de Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

TERRES, Melina da Silva et al. O papel na confiança na marca na intenção de adoção de novas tecnologias. **Revista de Administração e Inovação – RAI**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 162-185, out./dez. 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UPSHAW, Lynn B. **Building brand identity**: a strategy for success in a hostile marketplace. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 1995.

WHEELER, Alina. **Designing brand identity**: a complete guide to creating, building and maintaining strong brands. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2003.

WILENSKY, Harold L. The professionalization of everyone? **The American Journal of Sociology**, v. LXX, n. 2, p. 137-158, Sept. 1964.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

### **Obras Consultadas**

AAKER, David A. **Criando e administrando marcas de sucesso**. São Paulo: Futura, 1996.

CALDAS, Miguel P., WOOD JR., Thomaz. Identidade organizacional. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 6-17, jan./mar. 1997.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

FERNANDES, João Cláudio Lara. A quem interessa a relação médico-paciente. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-28, jan./mar. 1993.

GARRÁN, Vanessa Gabas. **Cultura e posicionamento internacional de marcas de serviços**. 2010. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

KAPFERER, Jean-Noël. **O que vai mudar as marcas**. Tradução Carolina Huang. Porto Alegre: Bookman, 2004.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

KOTLER, Philip; HAYES, Thomas; BLOOM, Paul N. **Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

KOTLER, Philip; SHALOWITZ, Joel; STEVENS, Robert J. **Marketing estratégico para a área da saúde**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MALUF, Mario Afonso. **S.O.S Medicina: o marketing e o produto nos serviços de saúde**. Florianópolis: Mosaico, 2002.

PERES, Gabriel; JOB, José Roberto Pretel Pereira. Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, 2010.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface. Comunicação, Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p. 107-16, ago. 2002.

SERODIO, Aluisio Marçal de Barros; ALMEIDA, José Antônio Maia. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina: uma visão docente. **Revista Brasileira de Educação Brasileira**, v. 33, n. 1, p. 55-62, 2009.

THAKOR, M. V. Brand origin: conceptualization and review. **Journal of Consumer Marketing**, v. 13, n. 3, p. 27-42.

## APÊNDICE A - Lista dos entrevistados

<b>Entrevistado</b>	<b>Faculdade</b>	<b>Ano</b>	<b>Residência</b>	<b>Ano da Residência</b>
01	PUC – Sorocaba – SP	1998	Genética Clínica	2001
02	FMUSP	1991	Psiquiatria	1994
03	FMUSP	1991	Ortopedia	1995
04	UNESP	1979	Radiologia e Diagnóstico	1982
05	Unisul – SC	2007	Radiologia e Diagnóstico	2012
06	Faculdade de Medicina do ABC	2010	Radiologia e Diagnóstico	2014
07	FMUSP	1995	Ginecologia e Obstetrícia	1998
08	Universidade Federal do Pará	2008	Radiologia e Diagnóstico	2013
09	FMUSP	1992	Radiologia e Diagnóstico	1996
10	FMUSP	1991	Cardiologia	1995
11	FMUSP	1995	Radiologia e Diagnóstico	1998
12	Unicamp	2009	Radiologia e Diagnóstico	2012
13	FMUSP	1995	Clínica Médica	1999
14	Escola Paulista de Medicina	1978	Hematologia	1980
15	FMUSP	1995	Ortopedia	1999
16	FMUSP	1991	Urologia	1997
17	FMUSP	1993	Ginecologia e Obstetrícia	1997
18	FMUSP	1995	Medicina Legal	1997
19	FMUSP	1990	Endocrinologia	1994
20	FMUSP	1993	Clínica Médica e Cardiologia	1997
21	FMUSP	1991	Ortopedia	1996
22	FMUSP	1992	Pediatria e Psiquiatria	1998
23	FMUSP	1982	Psiquiatria	1985
24	FMUSP	1995	Dermatologia	1999
25	FMUSP	1993	Oftalmologia	1997

26	FMUSP	1993	Cirurgia Plástica	2000
27	FMUSP	1993	Neurocirurgia	2000
28	FMUSP	1998	Cirurgia Vascular	2002
29	FMUSP	1993	Gastroenterologia	1996
30	FMABC	1976	Vascular	1980
31	FMUSP	1994	Infectologia	1998
32	FMUSP	1998	Ginecologia e Obstetrícia	2001
33	FMUSP	2004	Cirurgia Plástica	2011
34	FMUSP	2004	Neurologia	2009
35	FMUSP	1975	Cirurgia Geral	1978
36	FMUSP	1994	Cirurgia Geral	1999
37	FMUSP	2002	Patologia	2005
38	PUC-Sorocaba – SP	1981	Ginecologia e Obstetrícia	1984
39	FMUSP	1993	Neurocirurgia	1998
40	FMUSP	2004	Ortopedia	2009
41	FMUSP	2004	Cirurgia Geral	2009
42	FMUSP	2004	Clínica Médica	2006
43	FMUSP	2003	Otorrinolaringologia	2007
44	FMUSP	1997	Cirurgia Geral	1999
45	FMUSP	2002	Endocrinologia	2007
46	FMUSP	2002	Pediatria	2005
47	FMUSP	2000	Ginecologia e Obstetrícia	2003
48	FMUSP	1994	Dermatologia	1998
49	FMUSP	1998	Oftalmologia	2001
50	FMUSP	2003	Clínica Médica	2007
51	FMUSP	2002	Ginecologia e Obstetrícia	2006
52	FMUSP	2003	Ginecologia e Obstetrícia	2008
53	FMUSP	2004	Psiquiatria	2008
54	FMUSP	2004	Endocrinologia	2009
55	FMUSP	1997	Cirurgia Plástica	2003
56	FMUSP	1997	Cirurgia Torácica	2002
57	FMUSP	1997	Ortopedia	2002
58	FMUSP	1996	Geriatrics	2001
59	FMUSP	2002	Psiquiatria	2006

60	FMUSP	2003	Ortopedia	2003
61	FMUSP	1999	Cirurgia Geral	2002
62	FMUSP	1996	Cirurgião de Cabeça e Pescoço	2001
63	FMUSP	1999	Clínica Médica	2003
64	FMUSP	1996	Infectologia	1999
65	FMUSP	2004	Ortopedia e Traumatologia	2007
66	FMUSP	2002	Ortopedia	2006
67	FMUSP	2004	Pediatria	2006
68	FMUSP	1983	Radiologia e Diagnóstico	1986
69	FMUSP	1999	Radioterapia	2004
70	FMUSP	1991	Otorrinolaringologia	1994
71	FMUSP	2004	Neurocirurgia	2010
72	FMUSP	2000	Cirurgia de Cabeça	2004
73	FMUSP	2003	Anestesiologia	2007
74	FMUSP	1999	Nutrologia	2001
75	FMUSP	1992	Ginecologia e Obstetrícia	1996
76	FMUSP	1999	Cirurgia Torácica	2003
77	FMUSP	2002	Psiquiatria	2005
78	FMUSP	2004	Otorrinolaringologia	2007
79	FMUSP	2002	Cirurgia Plástica	2008
80	FMUSP	1996	Medicina do Trabalho	2007
81	FMUSP	1991	Psiquiatria	1995
82	FMUSP	2001	Ginecologia e Obstetrícia	2004
83	FMUSP	1999	Cirurgia Plástica	2004
84	FMUSP	2001	Endoscopia	2007
85	FMUSP	2000	Medicina da Família e Comunidade	2003
86	FMUSP	2000	Medicina Intensiva	2003
87	FMUSP	2001	Ginecologia e Obstetrícia	2004
88	FMUSP	2001	Psiquiatria	2004
89	FMUSP	2000	Não fez	
90	FMUSP	2001	Psiquiatria	2004
91	FMUSP	2004	Anestesiologia	2008
92	FMUSP	2001	Anestesiologia	2004

93	FMUSP	1999	Endocrinologia	2003
94	FMUSP	2002	Doenças Infecciosas	2006
95	FMUSP	1996	Radiologia e Diagnóstico	2001
96	FMUSP	1996	Anestesiologia	1999
97	FMUSP	1995	Cirurgia Vascular	2000
98	Universidade Severino Sombra	1993	Ginecologia e Obstetrícia	1996
99	FMUSP	1999	Pneumologia	2004
100	FMUSP	1995	Cirurgia Geral	1999
101	FMUSP	2003	Medicina Intensiva	2007
102	FMUSP	1992	Cirurgia Vascular	1998
103	FMUSP	1999	Endocrinologia	2003
104	FMUSP	1996	Otorrinolaringologia	2000
105	Faculdade Estadual de Medicina do Pará	1991	Ginecologia e Obstetrícia	1993
106	FMUSP	2001	Ortopedia	2005
107	FMUSP	1995	Urologia	2001
108	FMUSP	1996	Fisiatria	2001
109	FMUSP	1992	Ginecologia e Obstetrícia	1996
110	FMUSP	2000	Oftalmologia	2004
111	FMUSP	1992	Pediatria	1995
112	FMUSP	1995	Ortopedia	2000
113	FMUSP	2004	Pneumologia	2010
114	FMUSP	1998	Clínica e Geriatria	2004
115	FMUSP	2000	Cirurgia Vascular	2005
116	FMUSP	2004	Pneumologia	2010