

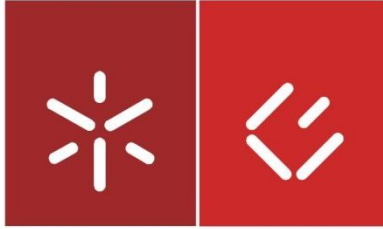


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Liliana Coutinho Vitorino

Cocriação de Valor num Serviço de Saúde: Integração
de Recursos, Resultados e Efeitos Moderadores

Março de 2014



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Liliana Coutinho Vitorino

**Cocriação de Valor num Serviço de Saúde:
Integração de Recursos, Resultados e Efeitos
Moderadores**

Programa Doutoral em Marketing e Estratégia

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Helena Alves,
professora auxiliar da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
da Universidade da Beira Interior
e do
Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira,
professor associado com agregação da Faculdade de Economia
da Universidade de Coimbra

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, __/__/____

Assinatura: _____

Obrigada mãe!

Obrigada pai!

Obrigada mesmo!!

*"I hear and I forget.
I see and I remember.
I do and I understand"*

Confucius

*"A ciência será sempre uma busca, jamais uma descoberta.
É uma viagem, nunca uma chegada!"*

Karl Popper

*"Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu."*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

No final desta etapa reconheço que, embora a elaboração de uma tese seja um trabalho individual, nunca estive sozinha. O reconhecimento é uma das maiores formas de gratidão.

Assim quero manifestar o meu profundo agradecimento à minha orientadora Professora Helena Alves, pela sua amizade e disponibilidade, pelas suas sábias palavras, por toda a sua força e conhecimento que me iluminaram neste caminho da cocriação. Ao meu coorientador Professor Pedro Lopes Ferreira, pois toda a minha motivação pela investigação na saúde foram inspiradas pelas suas aulas e conversas. Obrigada pelas suas participações sempre tão pertinentes neste ramo tão específico.

Agradeço também à minha colega e amiga Ana Lisboa que me orientou e enriqueceu na meta de partida desta viagem da tese de doutoramento.

À Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria pela cedência de espaço para realização dos *focus groups* e à biblioteca José Saramago pela rapidez no serviço de empréstimos interbibliotecas.

Um agradecimento muito forte a todos os doentes que se disponibilizaram em participar no *focus groups* e entrevistas de pergunta aberta, falando e revivendo o seu estado sem pudores. De igual forma reconheço o esforço dos “participantes saudáveis” que se disponibilizaram ao participar no segundo *focus groups*, cocriando valor “para mim”. Reitero os meus agradecimentos aos assistentes de ambos os *focus groups* Susana Rodrigues, Vera Morgado e Miguel Oliveira.

A todos os profissionais de saúde e académicos que gentilmente responderam aos meus emails e questionários podendo assim enriquecer a minha análise, um sincero obrigado.

A todos os participantes que pacientemente responderam ao questionário final e partilharam aos seus contactos, um muito obrigado. Reforço também os meus agradecimentos aos Gabinetes de Comunicação e Imagem do Instituto Politécnico de Leiria, Universidade da Beira Interior,

Departamento de Gestão e Economia da Universidade de Aveiro e Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho pelo reenvio às suas bases de dados e, aos participantes que voluntariamente se disponibilizaram no pré-teste dando dicas e sugestões de melhoria. Sem esta partilha de solidariedade, nunca atingiria as 1000 respostas. A cocriação é mesmo fantástica!

Aos meus colegas da ESTG-IPLeiria e ESSLEI-IPLeiria, Catarina Tomás, Cátia Crespo, Fernando Rodrigues, Jacinta Moreira, Lídia Simão e Teresa Eugénio pela compreensão, troca de ideias, sugestões e motivação.

Às minhas incríveis amigas Alison Ramos, Catarina Órfão, Rita Carneira e Susana Rodrigues pela injeção de força e confiança que depositaram em mim, pela vossa disponibilidade em ajudar-me e pela vossa certeza que hoje estaria a agradecer-vos.

Aos meus primos incondicionais Edgar Guerra e Telma Coutinho que me ouviram tanta vez a lamentar e que nunca me deixaram cair na solidão de escrever uma tese, obrigado por estarem sempre lá!

Aos meus amigos João Pedro Bernardes, Nelson Filipe Pinto e Valter Ferreira pela vossa amizade e força, pela disponibilidade de contactos que me proporcionaram e por me fazerem sorrir nos dias de menor alento. Às “minhas sabinas” Mariana Pereira, Mariline Rodrigues e Vanessa Monteiro que me brindaram de sorrisos e magia nos dias mais escuros.

Aos meus colegas de curso, e em particular à Ana Estima e Susana Alves pela partilha de experiências, amizade e apoio. Sei que fiz amigas para a vida.

Aos meus queridos pais, que me têm acompanhado desde sempre no mundo académico, o vosso amor, compreensão e apoio foi sempre o meu pilar. Sem vocês nunca chegaria aqui. Obrigada por tudo, obrigada por entenderem a minha “loucura”, obrigada!

Ao meu namorado Leocádio... só espero um dia poder compensar toda a minha ausência e indisponibilidade nos fins de semana, férias e momentos... Obrigada pela compreensão e paciência.

À equipa dirigente de 2014 do Centro de Cultura Recreio e Desporto da Burinhosa pelo apoio e cooperação na fase final desta etapa.

Aos meus alunos, pelos sorrisos e compreensão que me recebem nos dias de menos motivação.

A todos, o que de forma direta ou indireta, ajudarão na concretização deste trabalho de investigação, um sincero obrigado!

PUBLICAÇÕES E CONFERÊNCIAS

Durante a realização deste trabalho foram elaborados diferentes artigos para submissão a conferências e outros projetos, tal como a seguir se refere. As restantes partes da tese ainda não se encontram aceites para publicação até á data.

Publicação em Livro

Vitorino, L. & Alves, H. (2013). Cocriação de Valor do Consumidor: Consumer - Business - Society. In Comportamento do Consumidor: Quando a Neurociência, a Psicologia, a Economia e o Marketing se encontram. Viseu: PsicoSoma.

Aceitação em Conferências

Vitorino, L., Alves, H. & Lopes, P.F. (2014). “Co-creation in Health Services and their consequences: A Quality-of-life marketing approach” – International Network of Business & Management Journal (INBAM), Barcelona, Junho 2014

RESUMO

A lógica da criação de valor alterou-se para uma lógica onde impera a integração de recursos operantes sendo o valor uma criação conjunta: cocriação de valor. No contexto do serviço de saúde, a cocriação de valor permitirá gerar benefícios que se refletirão em vários resultados. Assim, também os profissionais de saúde devem criar práticas para envolver os seus utilizadores de forma a integrarem recursos que facilitaram o processo de cocriação.

O objetivo deste estudo é analisar se os recursos operantes (literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, motivação para participar e orientação para a procura de informação de saúde) contribuem para o processo de cocriação de valor em contexto de saúde, respetivos resultados e o efeito de moderadores na integração desses recursos. Para tal, foram recolhidos dados qualitativos, junto de 14 utilizadores de serviços de saúde e 11 profissionais de saúde através de um questionário de resposta aberta e dados quantitativos aplicando um questionário online a uma amostra de 1118 indivíduos. Foi ainda necessário desenvolver uma escala pelo que se recorreu a dois *focus groups* (cada um com 6 intervenientes). O modelo concetual foi testado através de um sistema de equações estruturais. Os resultados indicaram que a motivação para participar e a perícia enquanto utilizador têm impacto no processo de cocriação de valor; já os recursos orientação para a procura de informação de saúde e a literacia em saúde não se confirmaram como influenciadores no processo. Verificou-se ainda que o processo de cocriação de valor tem efeito positivo na qualidade percebida, satisfação, partilha das experiências de problemas de saúde e intenções comportamentais. A confiança, empatia, diálogo, acesso, risco-benefício e transparência (DART) também revelaram ter impacto no processo de cocriação mas falharam enquanto moderadores na integração dos recursos.

É esperado que as organizações de saúde e profissionais de saúde reflitam sobre estas conclusões e iniciem práticas de cocriação, gerando valor “para si” e para “os outros” que neste caso são o seu público-alvo.

ABSTRACT

The logic of value creation has changed to a logic where operant resources integration prevails, and the value is jointly created: co-creation of value.

Co-creation of value in the health context allows perform benefits which are reflected in some results. Thus, health suppliers should create managerial practices to involve their users in order to integrate their resources which influence the value co-creation process.

The aim of this study is to analyze if the operant resources (health literacy, expertise as user, motivation to participate and orientation for health information seeking) contribute to the value co-creation process in the health context, their results and the moderators effects on this resources integration. Therefore, qualitative data was collected through an open-answer questionnaire among of 14 users and 11 health professionals and quantitative data was collected applying an online questionnaire to a sample of 1118 subjects. It was necessary to develop a new scale and for that it was conducted two focus groups (each with 6 participants). The conceptual model was tested through structural equations modeling.

The results indicate that motivation to participate and expertise as user have impact as resources on the co-creation process; whereas orientation for health information seeking and health literacy did not confirm as influencing the process. It was also found that the value co-creation process has positive effects on perceived quality, satisfaction, behavioral intentions and sharing of health problems experiences. Trust, empathy, dialogue, access, risk-benefit and transparency also show impact on the value co-creation process but they fail as moderators of resources integration.

It is expected that health organizations and health professionals reflect over these conclusions and start practices of co-creation, in order to generating value “for self” and “for others”, which in this case are their target public.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	xi
ABSTRACT	xv
ÍNDICE	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xxiii
LISTA DE TABELAS	xxv
LISTA DE FIGURAS	xxix
LISTA DE GRÁFICOS	xxxi
I – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Apresentação e justificação do tema de investigação	3
1.2. Questões e objetivos de investigação	5
1.3. Contribuição do estudo	6
1.4. Estrutura da Investigação	7
II – DA CRIAÇÃO DE VALOR À COCRIAÇÃO DE VALOR	8
2.1. A Evolução do Marketing e a Mudança de Paradigma	8
2.2. A Lógica Dominante do Serviço (<i>S-D Logic</i>)	13
2.3. De Lusch & Vargo às “experiências” de Prahalad	21
III – COCRIAÇÃO DE VALOR	26
3.1. Aceções de Cocriação de Valor	26
3.2. Processo de Cocriação de Valor	31
3.3. Processo de Codestruição de Valor	43
3.4. Cocriação de Valor e Encontros de Serviços de Valor	45
IV – COCRIAÇÃO DE VALOR NA SAÚDE	47
4.1. A Cocriação de Valor no Setor da Saúde	47
4.2. O Encontro de Valor: o Serviço de Saúde	58
V – MODELO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	60
5.1. Recursos e Competências do Utilizador de Serviços de Saúde	60
5.1.1. Literacia em Saúde	61
5.1.2. Perícia enquanto Utilizador.....	65
5.1.3. Motivação para participar	69

5.1.4. Orientação para a Procura de Informação em Saúde	71
5.1.4.1. A procura de informação saúde online	74
5.2. Cocriação de Valor num Encontro de Serviço de Saúde.....	80
5.2.1. Experiências em Cocriar	80
5.2.2. Experiências em Cocriar nos Serviços de Saúde	86
5.3. Cocriação de Valor num Encontro de Serviço de Saúde: Resultados	88
5.3.1. Partilha das Experiências de Problemas de Saúde	88
5.3.2. Qualidade Percebida	91
5.3.3. Satisfação.....	95
5.3.4. Intenções Comportamentais.....	97
5.3.5. Adesão Terapêutica	98
5.4. Efeitos Moderadores.....	100
5.4.1. Confiança nos profissionais de saúde.....	101
5.4.2. Empatia nos profissionais de saúde	103
5.4.3. DART – Diálogo, Acesso, Risco-Benefício e Transparência	105
5.5. Modelo Concetual	109
5.6. Modelo Operacional.....	110
5.7. Conclusão.....	112
VI. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	117
6.1. Desenho da Investigação	117
6.2. Metodologia Qualitativa	119
6.2.1. Objetivos	119
6.2.2. Instrumento de Recolha de Dados	120
6.2.3. Definição da Amostra	122
6.2.4. Síntese dos Aspetos Metodológicos	123
6.3. Metodologia Quantitativa.....	123
6.3.1. Objetivos	123
6.3.2. Instrumento de Recolha de Dados	124
6.3.3. Definição da Amostra	126
6.3.4. Operacionalização e medida das variáveis	126
6.3.4.1. Orientação para a Procura de Informação de Saúde	127
6.3.4.2. Literacia em Saúde	128

6.3.4.3. Experiências em Cocriar	129
6.3.4.4. Perícia enquanto utilizador	130
6.3.4.5. Motivação para participar.....	131
6.3.4.6. Empatia nos profissionais de saúde	131
6.3.4.7. Confiança nos profissionais de saúde.....	132
6.3.4.8. D.A.R.T.....	133
6.3.4.9. Qualidade Percebida	136
6.3.4.10. Adesão Terapêutica	136
6.3.4.11. Satisfação.....	137
6.3.4.12. Intenções Comportamentais	137
6.3.4.13. Partilha de Experiências de Problemas de Saúde.....	138
6.3.5. Síntese dos Aspetos Metodológicos	138
6.4. Método da Análise dos Dados.....	139
6.4.1. Análise de Equações Estruturais.....	139
6.4.2. Análise da Moderação.....	147
VII - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	149
7.1. Análise Qualitativa.....	149
7.1.1. Caracterização da Amostra	149
7.1.2. Recursos utilizados no encontro de serviço de saúde	150
7.1.2.1. Literacia em Saúde	150
7.1.2.2. Perícia enquanto utilizador.....	153
7.1.3. Resultados da Cocriação de Valor	158
7.1.3.1. Partilha de Experiências de Problemas de Saúde.....	158
7.1.3.2. Adesão Terapêutica	161
7.2. Desenvolvimento da escala “Partilha de Experiências de Problemas de Saúde”	163
7.2.1. Construir uma nova escala.....	163
7.2.2. Criação da Escala	165
7.3. Análise Quantitativa	172
7.3.1. Caracterização da Amostra	172
7.3.2. Caracterização das Variáveis	174
7.3.2.1. Orientação para a Procura de Informação de Saúde	174

7.3.2.2. Literacia em Saúde	175
7.3.2.3. Perícia enquanto utilizador	177
7.3.2.4. Motivação para participar.....	178
7.3.2.5. Experiências em Cocriar	179
7.3.2.6. Experiências em Cocriar nos serviços de saúde	180
7.3.2.7. Empatia.....	181
7.3.2.8. Confiança.....	182
7.3.2.9. Diálogo, Acesso, Risco, Transparência (DART).....	183
7.3.2.10. Qualidade Percebida.....	185
7.3.2.11. Intenções Comportamentais	185
7.3.2.12. Satisfação.....	186
7.3.2.13. Adesão Terapêutica	187
7.3.3. Análise dos Outliers e dos Valores em falta (<i>Missing Values</i>).....	188
7.3.4. Avaliação do Modelo de Medida (<i>first step</i>).....	189
7.3.5. Avaliação do Modelo Estrutural (<i>second step</i>).....	198
7.3.6. Análise de resultados do Modelo Estrutural	204
7.3.7. Outras Conclusões.....	209
7.3.8. Análise de Moderação – O efeito DART.....	210
7.3.8.1. A Confiança enquanto moderador	211
7.3.8.1.1. O efeito moderador da Confiança na Literacia em Saúde	211
7.3.8.1.2. O efeito moderador da Confiança na Perícia enquanto utilizador.....	212
7.3.8.1.3. O efeito moderador da Confiança na Orientação para a Procura de Informação de Saúde.....	214
7.3.8.1.4. O efeito moderador da Confiança na Motivação para participar.....	215
7.3.8.1.5. Conclusões.....	216
7.3.8.2. A Empatia enquanto moderador	217
7.3.8.2.1. O efeito moderador da Empatia na Literacia em Saúde	217
7.3.8.2.2. O efeito moderador da Empatia na Perícia enquanto utilizador	219
7.3.8.2.3. O efeito moderador da Empatia na Orientação para a Procura de Informação de Saúde.....	220
7.3.8.2.4. O efeito moderador da Empatia na Motivação para Participar	221
7.3.8.2.5. Conclusões.....	222
7.3.8.3. O Diálogo enquanto moderador.....	223

7.3.8.3.1. O efeito moderador do Diálogo na Literacia em Saúde	223
7.3.8.3.2. O efeito moderador do Diálogo na Perícia enquanto utilizador	224
7.3.8.3.3. O efeito moderador do Diálogo na orientação para a procura de informação de saúde	225
7.3.8.3.4. O efeito moderador do Diálogo na motivação para participar	227
7.3.8.3.5. Conclusões.....	228
7.3.8.4. O Acesso enquanto moderador	228
7.3.8.4.1. O efeito moderador do Acesso na Literacia em Saúde	228
7.3.8.4.2. O efeito moderador do Acesso na Perícia enquanto utilizador	230
7.3.8.4.3. O efeito moderador do Acesso na Orientação para a Procura de Informação de Saúde.....	231
7.3.8.4.4. O efeito moderador do Acesso na Motivação em participar	232
7.3.8.4.5. Conclusões.....	233
7.3.8.5. O Risco-Benefício enquanto moderador	234
7.3.8.5.1. O efeito moderador do Risco-Benefício na Literacia em Saúde	234
7.3.8.5.2. O efeito moderador do Risco-Benefício na Perícia enquanto utilizador	235
7.3.8.5.3. O efeito moderador do Risco-Benefício na Orientação para a Procura de Informação de Saúde	236
7.3.8.5.4. O efeito moderador do Risco-Benefício na Motivação para participar	237
7.3.8.5.5. Conclusões.....	238
7.3.8.6. A Transparência enquanto moderador.....	239
7.3.8.6.1. O efeito moderador da Transparência na Literacia em Saúde	239
7.3.8.6.2. O efeito moderador da Transparência na Perícia enquanto utilizador	240
7.3.8.6.3. O efeito moderador da Transparência na Orientação para a Procura de Informação de Saúde	241
7.3.8.6.4. O efeito moderador da Transparência na Motivação para participar	242
7.3.8.6.5. Conclusões.....	243
VIII - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA	246
8.1. Conclusões gerais da investigação.....	246
8.2. Implicações Teóricas	250
8.3. Implicações Práticas.....	252
8.4. Limitações e Sugestões para Investigação Futura	254
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	257

ANEXO I – Guião Focus Groups nº1	285
ANEXO II – Guião Focus Groups nº2	287
ANEXO III – Categorização e codificação dos <i>focus groups</i>	289
ANEXO IV - Questionário de pergunta aberta aos utilizadores do serviço de saúde	297
ANEXO V – Questionário Online	307

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A2A – Ator to Ator (Ator para Ator)

AGFI – Adjusted Goodness of Fit Index

AMA – American Marketing Association (Associação Americana de Marketing)

AMOS – Analysis of Moment Structures

B2B – Business to Business (de Empresa para Empresa)

B2C – Business to Consumer (de Empresa para Consumidor)

CFI – Comparative Fit Index

DART – Diálogo, Acesso, Risco-Benefício, Transparência

GIF – Goodness of Fit Index (proporção da covariância, observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelos ajustado)

GOF – Goodness of fit (Bondade do Ajustamento)

LDL colesterol – colesterol mau

MAS – Measuring of Sampling Adequacy (Matriz Anti-Imagem)

NCP – Parâmetro de Não Centralidade

NFI – Normed Fit Index

NNFI – Bentler-Bonnet non-formed fit index

PCFI – Parsimony Comparative Fit Index

PF – Premissa Fundamental

PGFI – Parsimony Goodness of Fit Index

PNFI – Parsimony Normed Fit Index

RMR – Root Mean Square Residual (Raiz Quadrada da Matriz dos erros dividida pelos graus de liberdade)

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SD Logic – Service Dominant Logic (lógica dominante do serviço)

SERVQUAL – Service Quality - Conceito introduzido por Zeithaml, Parasuraman e Berry que analisa a qualidade do serviço com base na comparação entre expectativas e percepção dos utilizadores

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SRMR – Standardized Root Mean Residual (Valor padronizado do RMR)

TLI – Tucker-Lewis Index

VEM – Variância Extraída Média

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pilares do Marketing 3.0.....	13
Tabela 2 – Marketing Mix Tradicional versus Lógica dominante do serviço	14
Tabela 3- Premissas Fundamentais do <i>Service-Dominant Logic</i>	16
Tabela 4 – Transições Conceituais.....	17
Tabela 5 – Comparação entre coprodução e cocriação.....	18
Tabela 6 – Tipologia das práticas de cocriação.....	28
Tabela 7 – Migração das Experiências de Cocriação.....	36
Tabela 8 – Resultados resultantes do envolvimento do utilizador	51
Tabela 9 – Estilos de Cocriação	54
Tabela 10 – Quatro modelos de cocriação de valor do consumidor nos cuidados de saúde	56
Tabela 11 – Definições de Literacia em Saúde	61
Tabela 12 – As diferentes formas de cocriação do conhecimento com o cliente.....	66
Tabela 13- Razões e considerações a reter pelos profissionais de saúde sobre a pesquisa online de saúde	76
Tabela 14 – Resultados do uso da Internet para recolher informação de saúde	77
Tabela 15 – Níveis de participação do cliente entre os diferentes serviços	82
Tabela 16 - Papeis dos pacientes na participação no processo de tomada de decisão.....	86
Tabela 17 – Razões para partilhar as experiências de problemas de saúde.....	90
Tabela 18 – Definição de Qualidade de Cuidados de Saúde.....	93
Tabela 19 – Razões que podem impedir a cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde e consequente não adesão à medicação	99
Tabela 20 – Síntese das Hipóteses Formuladas	112
Tabela 21 – Guião dos Questionários: Assuntos Abordados	121
Tabela 22 – Síntese dos Aspetos Metodológicos da Análise Qualitativa	123
Tabela 23 – Variáveis e Tipos de escala usadas no questionário.....	125
Tabela 24 – Escalas de Medição da Orientação para a Procura de Informação	127
Tabela 25 - Escalas de Medição da Literacia em Saúde	128
Tabela 26 - Escalas de Medição das Experiências em Cocriar.....	129
Tabela 27 - Escalas de Medição da Perícia enquanto Utilizador	131
Tabela 28 - Escala de Medição da Motivação para a Participação	131
Tabela 29 - Escala de Medição da Empatia nos Profissionais de Saúde	132
Tabela 30 - Escala de Medição da Confianças nos Profissionais de Saúde	133
Tabela 31 – Escala DART apresentada por Albinsson <i>et al.</i> (2011)	134
Tabela 32 – Escala de Medição usada para o DART no contexto da saúde.....	135
Tabela 33 – Escala de Medição da Qualidade Percebida	136
Tabela 34 – Escala de Medição da Adesão Terapêutica.....	136
Tabela 35 – Escala de Medição da Satisfação	137
Tabela 36 – Escala de Medição das Intenções Comportamentais	138
Tabela 37 - Síntese dos Aspetos Metodológicos da Análise Quantitativa	138

Tabela 38 – Estatísticas e Índices de qualidade do ajustamento	143
Tabela 39 - Estatísticas e Índices de qualidade do ajustamento para os Índices de discrepância Populacional.....	144
Tabela 40 – Caracterização Geral do Grupo A	149
Tabela 41 – Caracterização Geral Grupo B.....	150
Tabela 42 – Procedimentos médicos em casa por participante.....	150
Tabela 43 – Literacia em saúde, vista pelos utilizadores de serviços de saúde	151
Tabela 44 – Literacia em saúde dos utilizadores de saúde, vista pelos profissionais de saúde	151
Tabela 45 - Literacia em saúde dos utilizadores de saúde – <i>focus group</i>	152
Tabela 46 – Perícia enquanto utilizador, vista pelos utilizadores de serviços de saúde.....	153
Tabela 47 – Perícia do utilizador, vista pelos profissionais de saúde	153
Tabela 48 - Perícia do utilizador, vista pelos utilizadores dos <i>focus groups</i>	154
Tabela 49 – Orientação para a procura de informação de saúde, segundo a ótica dos utilizadores de saúde	156
Tabela 50 – Orientação dos utilizadores de serviços de saúde para a procura de informação de saúde, segundo a ótica dos profissionais de saúde	157
Tabela 51 - Orientação para a procura de informação de saúde, segundo a ótica dos utilizadores do serviço dos <i>focus group</i>	157
Tabela 52 – Razões da Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, segundo a ótica dos utilizadores	159
Tabela 53 - Razões da Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, segundo a ótica dos profissionais de saúde	159
Tabela 54 – Outras Razões da Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, segundo a ótica dos peritos	160
Tabela 55 – Adesão Terapêutica, segundo os utilizadores dos serviços de saúde.....	161
Tabela 56 – Cumprimento da Indicação Terapêutica, segundo os profissionais de saúde.....	162
Tabela 57 – Perfil Participantes Focus Group 1	Tabela 58 – Perfil Participante Focus Group 2.....
.....	166
Tabela 59 – Análise Categórica.....	168
Tabela 60 – Alpha de Cronbach e consistência interna.....	170
Tabela 61- Resultado da avaliação e aperfeiçoamento da Escala Partilha de Experiências de Problemas de Saúde.....	170
Tabela 62 – Índice de KMO	171
Tabela 63- Análise da Unidimensionalidade.....	172
Tabela 64 – Caracterização da Amostra	173
Tabela 65 – Caracterização da Variável Orientação para a Informação de Saúde (n=1118)	174
Tabela 66 – Consistência Interna Orientação para a Procura de Informação de Saúde.....	175
Tabela 67 - Caracterização da Variável Literacia em Saúde (n=1118)	176
Tabela 68 – Consistência Interna da Literacia em Saúde.....	176
Tabela 69 - Caracterização da Variável Perícia enquanto utilizador (n=1118)	177
Tabela 70 - Consistência Interna Perícia enquanto utilizador.....	178
Tabela 71 - Caracterização da Variável Motivação para participar (n=1118)	178

Tabela 72 – Consistência Interna da variável Motivação para Participar	178
Tabela 73 – Caracterização da variável Experiências em Cocriar (n=1118)	179
Tabela 74 - Consistência Interna da variável Experiências em Cocriar	179
Tabela 75 – Caracterização da Variável Experiências em Cocriar na Saúde (n=1118)	180
Tabela 76 – Consistência Interna da Variável Experiências em Cocriar na Saúde	180
Tabela 77 – Caracterização da Variável Empatia (n=1118)	181
Tabela 78 – Consistência Interna da Variável Empatia.....	181
Tabela 79 – Caracterização da Variável Confiança (n=1118)	182
Tabela 80 – Consistência Interna da Variável Confiança	182
Tabela 81 – Caracterização da Variável DART	183
Tabela 82 – Consistência Interna do DART.....	184
Tabela 83 – Características da Variável Qualidade Percebida (n=1118)	185
Tabela 84 – Consistência Interna da Variável Qualidade Percebida	185
Tabela 85 – Caracterização da Variável Intenções Comportamentais (n=1118).....	186
Tabela 86 – Consistência Interna da Variável Intenções Comportamentais.....	186
Tabela 87 – Caracterização da Variável Satisfação (n=1118)	186
Tabela 88 – Consistência Interna da Variável Satisfação.....	187
Tabela 89 – Caracterização da Variável Adesão Terapêutica (n=1118)	187
Tabela 90-Consistência Interna da Variável Cumprimento da Indicação Terapêutica.....	188
Tabela 91 – Análise Fatorial Confirmatória	193
Tabela 92 – Análise da Validade Discriminante	195
Tabela 93 – Análise Fatorial Confirmatória de Segunda Ordem.....	198
Tabela 94 – Constructos Exógenos e Endógenos do modelo estrutural	198
Tabela 95 – Coeficientes não padronizados do modelo estrutural	201
Tabela 96 – Equações Estruturais do Modelo	202
Tabela 97 – Matriz dos Resíduos Padronizados	203
Tabela 98 – Modelo Estrutural Final (Efeito da e-Literacia em Saúde na Cocriação de Valor) ..	210
Tabela 99 – Resultados da Análise de Moderação (Confiança*Literacia em Saúde)	212
Tabela 100 – Resultados da Análise de Moderação (Perícia enquanto utilizador*Confiança)...	213
Tabela 101– Resultados da Análise de Moderação (Orientação Procura de Informação de Saúde*Confiança).....	214
Tabela 102 – Resultados da Análise de Moderação (Motivação para participar*Confiança).....	216
Tabela 103 – Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Literacia em Saúde)	218
Tabela 104 – Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Perícia enquanto utilizador)	219
Tabela 105– Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Orientação Procura de Informação de Saúde).....	220
Tabela 106 – Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Motivação para participar)	222
Tabela 107 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Literacia em Saúde)	224
Tabela 108 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Perícia enquanto utilizador).....	225
Tabela 109 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Orientação Procura de Informação em Saúde).....	226
Tabela 110 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Motivação para participar)	227

Tabela 111– Resultados da Análise de Moderação (Acesso*Literacia em Saúde)	229
Tabela 112 – Resultados da Análise de Moderação (Acesso*Perícia enquanto utilizador)	230
Tabela 113– Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Orientação Procura de Informação em Saúde).....	231
Tabela 114– Resultados da Análise de Moderação (Acesso na Motivação para participar)	233
Tabela 115 – Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Literacia em Saúde)	234
Tabela 116– Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Perícia enquanto utilizador)	235
Tabela 117 – Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Orientação Proc. Informação de Saúde).....	237
Tabela 118 – Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Motivação para participar)	238
Tabela 119 – Resultados da Análise de Moderação (Transparência*Literacia em Saúde)	240
Tabela 120– Resultados da Análise de Moderação (Transparência na Perícia enquanto utilizador)	241
Tabela 121– Resultados da Análise de Moderação (Transparência*Orientação Procura de Informação de Saúde).....	242
Tabela 122 – Resultados da Análise de Moderação (Transparência*Motivação para participar)	243
Tabela 123 – Tabela síntese dos resultados das hipóteses.....	243

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura Tradicional de Referência para Criação de Valor	10
Figura 2 – A evolução do marketing	12
Figura 3 – O consumidor e os recursos operantes e operacionais.....	13
Figura 4 – Cocriação de valor num sistema de serviço	16
Figura 5 – Nova estrutura de referência de criação de valor.....	21
Figura 6 – Espetro das Experiência de Cocriação	23
Figura 7 – Cocriação como expansão da criação do valor convencional	25
Figura 8 – Blocos de Interação para a Cocriação de Valor	33
Figura 9 – Cocriação de Valor através da Interação A2A e integração de recursos em contexto many-to-many network.....	37
Figura 10 – Quadro Concetual para a cocriação de valor, segundo Payne <i>et al.</i> (2008).....	41
Figura 11 – Fontes de Codestruição de Valor através da Interação no Sistema de Serviço	44
Figura 12 – Enquadramento dos estilos dos consumidores em práticas de cocriação de valor .	55
Figura 13 – Modelos de cocriação de valor do consumidor nos cuidados de saúde	56
Figura 14 – Visão global da Procura de Informação de Saúde	74
Figura 15 – Modelo do Processo de Serviço	84
Figura 16 – Classificação da oferta dos cuidados de saúde	87
Figura 17 – Perceção da Qualidade nos Serviços	92
Figura 18 – Modelo Concetual a testar.....	109
Figura 19 – Modelo operacional.....	111
Figura 20 - Desenho da Metodologia	119
Figura 21 – Etapas do Modelo de Equações Estruturais	141
Figura 22 – Análise de Moderação	147
Figura 23 - Procedimentos sugeridos para desenvolver medidas melhores.....	163
Figura 24 – Diagnóstico de outliers.....	189
Figura 25 – modelo de medida	190
Figura 26 – Modelo de Medida Final (segunda ordem)	197
Figura 27 – Modelo Estrutural Final	200
Figura 28 – Modelo estrutural para amostra só com doentes (n=233)	205
Figura 29 – Teste de Moderação (Confiança x Literacia em Saúde).....	211
Figura 30 - Teste de Moderação (Confiança na Perícia enquanto utilizador)	213
Figura 31- Teste de Moderação (Confiança * Orientação para Procura de Informação de Saúde)	214
Figura 32- Teste de Moderação (Confiança e Motivação para participar)	215
Figura 33 – Teste de Moderação (Empatia na Literacia em Saúde)	218
Figura 34 - Teste de Moderação (Empatia na Perícia enquanto utilizador)	219
Figura 35- Teste de Moderação (Empatia na Orientação para a Procura de Informação de Saúde)	220
Figura 36- Teste de Moderação (Empatia na Motivação para participar)	221

Figura 37 – Teste de Moderação (Diálogo na Literacia em Saúde)	223
Figura 38 - Teste de Moderação (Diálogo na Perícia enquanto utilizador)	224
Figura 39- Teste de Moderação (Diálogo*Orientação para a Procura de Informação de Saúde).....	226
Figura 40- Teste de Moderação (Diálogo na Motivação para participar)	227
Figura 41 – Teste de Moderação (Acesso na Literacia em Saúde).....	229
Figura 42- Teste de Moderação (Acesso na Perícia enquanto utilizador)	230
Figura 43- Teste de Moderação (Acesso*Orientação para a Procura de Informação de Saúde)	231
Figura 44- Teste de Moderação (Acesso na Motivação para participar)	232
Figura 45– Teste de Moderação (Risco-Benefício na Literacia em Saúde).....	234
Figura 46- Teste de Moderação (Risco-Benefício na Perícia enquanto utilizador).....	235
Figura 47- Teste de Moderação (Risco-Benefício e Orientação Procura de Informação de Saúde)	236
Figura 48- Teste de Moderação (Risco-Benefício e Motivação pra participar)	237
Figura 49– Teste de Moderação (Transparência e Literacia)	239
Figura 50- Teste de Moderação (Transparência na Perícia enquanto utilizador)	240
Figura 51- Teste de Moderação (Transparência na Orientação para a Procura de Informação de Saúde)	241
Figura 52- Teste de Moderação (Transparência na Motivação para participar).....	242

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pesquisa de informação sobre saúde 2003-2010	75
Gráfico 2 – Orientação para a Informação de Saúde na Internet	155
Gráfico 3 – Orientação para a Procura de Informação junto de outras fontes	156
Gráfico 4 – Cumprimento da Indicação Terapêutica.....	161

PRIMEIRA PARTE

Enquadramento Teórico

I – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo faz uma breve apresentação do trabalho desenvolvido e justifica a sua relevância. É apresentado o enquadramento do problema e os principais objetivos a atingir, questões a investigar e expõe-se ainda a contribuição esperada. Por fim, apresenta-se a estrutura do documento.

1.1. Apresentação e justificação do tema de investigação

A globalização e a evolução das novas tecnologias contribuíram para o desenvolvimento de um cliente¹ mais exigente, informado e consciente (Vega-Vazquez, 2013). A facilidade com que os clientes têm acesso à informação, o interesse em dialogar e querer saber mais, e a crença de que há transparência da outra parte tem constituído um desafio para os mercados (Prahalad & Ramaswamy, 2004a). Os clientes começaram assim, a criar expectativas, têm autonomia para optar e querem estar envolvidos com as marcas e organizações que preferem, procurando interações com as mesmas na busca de experiências que cocriem valor. De acordo com Kotler, Kartajaya & Setiwan (2011, p.8), os clientes *“procuram não só a realização funcional e emocional, mas também a realização do espírito humano nos produtos e serviços que escolhem”*.

O termo cocriação de valor designa esta nova dinâmica de relacionamento entre produtor/cliente. No contexto *business-to-consumer* (B2C), o cliente é cocriador de valor quando este está envolvido nas atividades como a conceção, marketing, entrega, instalação, consumo e manutenção (Vargo & Lusch, 2004a). O significado de valor e o processo de cocriação deslocaram-se então de uma abordagem centrada na empresa para um mundo de experiências com o cliente sendo a criação de valor conjunta (Ojasalo, 2010). Vargo & Lusch (2004a) propõem um paradigma que exprime esta nova lógica de troca e compreensão de valor: a lógica dominante do serviço. Nesta lógica todas as *“organizações são um serviço na sua natureza e os bens são a plataforma ou mecanismos de distribuição na prestação do serviço”* (Dong, Evans, & Zou, 2007, p.123). A lógica dominante do serviço baseia-se ainda no facto de que tanto a organização como o cliente possuem recursos que colaborativamente se integram cocriando

¹ Neste trabalho, irá usar-se indiferenciadamente os termos cliente e consumidor

valor. Os clientes são assim uma parte integrada da organização trazendo *inputs* à criação do serviço (Lusch *et al.*, 2007).

Num encontro de serviço de saúde podem ocorrer experiências que cocriem valor. Os utilizadores dos serviços de saúde têm hoje disponível uma quantidade enorme de informação sobre saúde, tornando-os mais instruídos e originando uma maior motivação para participar, entender o risco-benefício do seu tratamento e aderir às terapêuticas prescritas (se forem desenvolvidas conjuntamente) (Prahalad & Ramaswamy, 2004a). Além disso, estes utilizadores trocam também experiências com outros utilizadores, partilhando assim informação gratuita e valiosa que lhes permite construir uma opinião sobre a sua situação clínica levando-o a questionar mais vezes o profissional de saúde (Gabriel, 2004). Na área da saúde, a inclusão do utilizador do serviço no processo pode melhorar os resultados em saúde, diminuir custos de saúde e aumentar a confiança e compromisso entre médico e utilizador (McColl-Kennedy *et al.*, 2009). As organizações de saúde devem aprender a desenvolver práticas colaborativas de forma a manter os seus utilizadores envolvidos proporcionando ganhos na gestão da doença. Tasa, Baker & Murray (1996) defendem que os profissionais de saúde devem considerar o utilizador do serviço de saúde como único e focar-se na pessoa em vez de na doença. De acordo com Prahalad e Ramaswamy (2004) são precisos novos blocos de construção para cocriar valor. Os autores sugerem o diálogo, acesso, risco-benefício e a transparência (DART) como “forças” que conduzem ao envolvimento de ambas as partes.

Embora se reconheça a importância de criar condições para envolver o utilizador durante o encontro do serviço de saúde, empiricamente poucos são os estudos que investigam o processo de cocriação de valor na saúde. Nenhum estudo analisou a perspetiva da integração dos recursos neste contexto. Além disso, nunca foi estudada a partilha das experiências dos problemas de saúde como resultado deste processo.

Assim, este estudo combina os fundamentos teóricos da integração dos recursos consagrados no processo de cocriação de valor e ilustrados pela lógica dominante do serviço e a literatura no âmbito do contexto de um encontro de serviço de saúde. Em particular, o trabalho centra-se na integração dos recursos literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, motivação para participar e orientação para a procura de informação de saúde como fatores influenciadores de

cocriação. O processo de cocriação, por sua vez, irá originar vários resultados que se propõe investigar, nomeadamente a qualidade percebida, satisfação, intenções comportamentais, cumprimento das indicações terapêuticas e partilha das experiências de problemas de saúde. Além disso, será testado a influência de moderadores como a confiança, a empatia, o diálogo, o acesso, o risco-benefício e a transparência (DART) no processo de integração dos recursos mencionados.

1.2. Questões e objetivos de investigação

O principal objetivo da presente investigação é tentar compreender se a integração dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde, tais como a literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, motivação para participar e orientação para a procura de informação de saúde é capaz de cocriar valor, quais os resultados obtidos desse processo e, analisar a influência dos moderadores (confiança, empatia, diálogo, acesso, risco-benefício e transparência) na integração dos recursos.

Assim, a investigação proposta conduziu a três perguntas de investigação que se procura responder no desenvolvimento deste trabalho:

1. O utilizador dos serviços de saúde integra os seus recursos no processo de cocriação de valor no encontro do serviço?
2. A empatia, a confiança o diálogo, o acesso, o risco-benefício e a transparência (DART) podem influenciar essa integração de recursos?
3. Quais os resultados desse processo de cocriação?

Estas questões de investigação podem ser decompostas nos seguintes objetivos específicos de investigação:

- Verificar se os recursos selecionados contribuem para o processo de cocriação de valor em contexto do serviço de saúde;
- Analisar os resultados desse processo;

- Analisar a influência dos efeitos de moderação, na aplicação dos recursos no processo de cocriação.

1.3. Contribuição do estudo

A contribuição deste estudo pode ter impacto a diferentes níveis, nomeadamente para a literatura da cocriação de valor, em particular em contexto de saúde e para a gestão das organizações de saúde. Não obstante, também podem ser retiradas elações a considerar noutros contextos organizacionais.

Vargo, Maglio & Akaka (2008, p.146) defendem que o *“valor é sempre cocriado, em conjunto e reciprocamente, em interações entre prestadores e beneficiários através da integração dos recursos e da aplicação de competências”*. Pela primeira vez, ao que se sabe, será analisada a integração das aptidões/conhecimentos dos utilizadores (recursos operantes) no processo de cocriação de valor na saúde, contribuindo para a literatura da cocriação de valor neste contexto. Também é proposta uma nova mensuração do constructo cocriação de valor, com a combinação de vários itens de escalas já publicadas. Foi ainda desenvolvida uma escala que mede as razões para a partilha das experiências dos utilizadores, que contribuirá, segundo se deseja, para a extensão da investigação sobre a importância das relações interpessoais no contexto do problema de saúde.

Para a área das organizações e gestão da saúde ao serem analisados os resultados da cocriação de valor no encontro de serviço de saúde poder-se-á também contribuir para importantes ganhos na gestão da doença. A validação destes resultados poderá ser importante na tomada de consciência dos profissionais de saúde, organizações e entidade governamentais para este novo perfil de utilizador. Ao perceber-se a relevância que o envolvimento do utilizador no contexto clínico poderá ter para uma melhor adesão terapêutica que, provavelmente se traduzirá numa melhoria da qualidade de vida e diminuição de custos (repetição da consulta, repetição de diagnósticos complementares ou outros). A confirmação da qualidade percebida e da satisfação poderá ajudar a melhorar a imagem das organizações de saúde enquanto prestadores de cuidados de excelência.

1.4. Estrutura da Investigação

Para cumprir os objetivos propostos para este estudo, organizou-se o presente documento para melhor exprimir toda a sua sequência. Assim, depois desta introdução, faz-se uma revisão da literatura sustentada em duas bases teóricas: a literatura no âmbito da lógica dominante do serviço e do processo de cocriação de valor (capítulo dois e três) e a literatura no âmbito da saúde (capítulo quatro). Com base no marco teórico são desenvolvidas as hipóteses de investigação que gerarão o modelo concetual a testar e que se apresentam no capítulo cinco.

Na segunda parte do documento, destinada à abordagem empírica, inicia-se o capítulo seis que expõe a metodologia adotada, as várias sequências do estudo e o método de recolha e análise de dados. O capítulo sete é dedicado à apresentação dos resultados provenientes da análise qualitativa e quantitativa e ao desenvolvimento de uma escala nova que era inexistente na literatura e necessária para avaliar uma das hipóteses. Por fim, no capítulo oito, apresentam-se as conclusões do estudo, as suas limitações e discutem-se sugestões de investigação futura.

II – DA CRIAÇÃO DE VALOR À COCRIAÇÃO DE VALOR

Este capítulo apresenta a revisão de literatura no âmbito da cocriação de valor. Numa lógica de enquadramento, discute-se, em primeiro lugar a evolução do marketing e a mudança de paradigma, contrapondo-se a lógica dominante do bem com a lógica dominante do serviço. Depois, expõe-se o contexto da experiência e a sua importância no processo de cocriação. Apresenta-se ainda o processo de cocriação e a integração dos recursos e as fontes de codestruição de valor. Posteriormente, descreve-se o conceito de encontro de valor e a sua importância no contexto da cocriação. Por fim, termina-se com a descrição da cocriação de valor na saúde, sua importância e trabalhos desenvolvidos.

2.1. A Evolução do Marketing e a Mudança de Paradigma

Ao longo dos anos a criação de valor e as abordagens do marketing não foram sempre iguais. Quando se iniciou o desenvolvimento do pensamento do marketing, por volta do início do século XX, este era entendido como os esforços relacionados com a transferência de bens para o mercado e sua distribuição física (Savitt, 1990). Assim, a Associação Americana de Marketing (1935) definiu marketing como *“a realização de atividades de negócios dirigidos ao fluxo de bens e serviços do produtor ao consumidor”*. Após a Segunda Guerra Mundial, o pensamento do marketing deslocou-se para a ideia de orientação para o mercado, em que tanto o mercado como os consumidores³ devem ser analisados e pesquisados no sentido de garantir que bens e serviços são produzidos de acordo com as necessidades do consumidor e do mercado. Nesta abordagem, *“o consumidor é visto como um recurso operacional”* que é segmentado, direcionado⁴, fazendo-se promoção e comunicação ao respetivo público-alvo, assim como a respetiva distribuição. O consumidor é seduzido a continuar a comprar, vítima de pesados programas promocionais onde a transparência é uma exceção (Lusch, Vargo, & O’Brien, 2007). Arnould, Price, & Malshe (2006) apresentam estes recursos operacionais como os recursos tangíveis que o consumidor possui e que lhe permitem alcançar desempenhos comportamentais como papéis sociais ou projetos de vida. De acordo com os autores, são exemplos deste tipo de

² Site oficial da Associação Americana de Marketing - ([One%20definition%20for%20marketing.pdf](#))

³ Irá usar-se indiferenciadamente os termos cliente e consumidor

⁴ do inglês *operand resource*

⁵ Do inglês *targeted*

recursos operacionais, os recursos financeiros e os recursos materiais. Assim, perante esta lógica a orientação do marketing é a “dominante do bem” Vargo & Lusch (2004a)

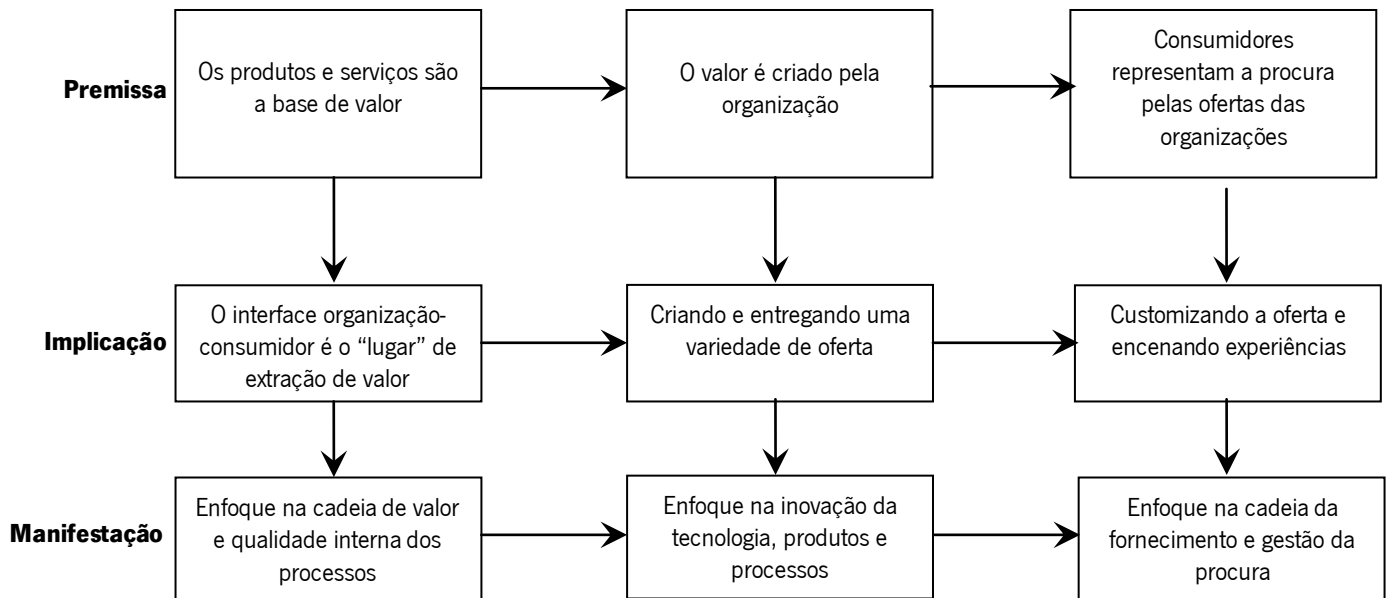
Na lógica dominante do bem, o valor é produzido para o cliente ou seja, a organização cria esse valor através dos seus *inputs* e depois transfere-o para o cliente que através da compra do produto, fecha a cadeia de valor (Normann & Ramírez, 1993; Prahalad & Ramaswamy, 2004a). Esses *inputs* representam a unidade fundamental da troca (Vargo & Lusch, 2006). Assim, a organização autonomamente determina o valor que quer oferecer através da seleção de produtos e serviços. As atividades de *design*, produção e todo o desenvolvimento do processo e controlo dos canais de marketing pouco ou nada contactam com o consumidor (Ojasalo, 2010; Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). De acordo com Purvis & Long (2008, p.167) o modelo tradicional de marketing (Lógica dominante do bem) *“foca-se nas transações económicas, baseado na ideia de que a atividade económica fundamental diz respeito à produção e distribuição de “bens”, que são unidades concretas de produção”*. As mercadorias são meros objetos com valor intrínseco cujo objetivo organizacional é maximizar o lucro (valor) da produção e distribuição de mercadorias. Os serviços representam um caso especial dos bens (Vargo & Lusch, 2006) e segundo Zeithaml (1981), apresentam características como:

- Intangibilidade – ou seja, não visualizados, tocados ou provados antes de serem comprados;
- Inseparabilidade – os serviços são produzidos e consumidos em simultâneo. O cliente participa no processo de produção e é ele quem inicia o processo. Isto significa que a relação entre organização e cliente é muito mais intensa quando comparada com organizações produtoras de bens físicos. Esta relação afeta o processo final.
- Variabilidade – os serviços variam consoante “quem”, “quando” e “onde” são prestados;
- Perecibilidade – os serviços não podem ser armazenados para vendas posteriores. A entrega é imediata e o sistema de produção é sempre acionado pelo cliente.

Em sentido oposto, Wyckham *et al.* (1975) argumenta que os serviços não são qualificados por estas características, mas sim pelo conjunto ou dimensões das necessidades da satisfação.

Assim, nesta lógica os consumidores apenas representam a procura da oferta das organizações (Prahalad & Ramaswamy, 2004) e todas as implicações do negócio seguem esta premissa, como apresentado na figura 1.

Figura 1 – Estrutura Tradicional de Referência para Criação de Valor



Fonte: Prahalad & Ramaswamy (2004, p. 13)

Porter (1985) afirma que quando uma organização é capaz de criar valor para os consumidores, consegue vantagem competitiva. O valor pode tomar diferentes formas e significados para diferentes consumidores. Consoante o contexto e a situação, valor pode significar “mais barato”, “mais conveniente”, “mais rápido”, “mais informação”, “um serviço mais personalizado”, “uma boa escolha”, etc. (Campbell, Maglio, & Davis, 2011). Independentemente do contexto, valor deve ser sempre gerado na perspetiva do cliente e este deve reconhecê-lo.

A natureza do valor tem sido discutida desde o tempo de Aristóteles, e as primeiras distinções sugeridas foram: o valor-de-uso (*value-in-use*) e o valor-de-troca (*value-in-exchange*) (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). O valor-de-uso foi reconhecido como o conjunto de substâncias (ou coisas) e as qualidades associadas (cor, tamanho, status...). O valor-de-troca refere-se à quantidade de valor da substância que pode ser mensurável (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008).

Adam Smith (1776) introduziu uma nova discussão sobre o valor e a sua criação, impulsionando o estudo da economia e da troca no mercado. Segundo Smith a palavra valor deve ser observada em dois contextos diferentes, expressando por um lado a utilidade de um objeto em particular e, noutros contextos a manifestação do poder de compra. De igual modo, Smith definiu o valor-de-uso (*value-in-use*) e o valor-de-troca (*value-in-exchange*) explicando que “*as coisas que têm maior valor-de-uso são frequentemente as que têm pouco ou nenhum valor-de-troca, e vice-versa*” (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008, p.147). Grönroos (2008) afirma que o valor-de-uso é igualmente importante para os fornecedores, porque o valor-de-uso conduz à satisfação e lealdade do cliente, e em última instância ao sucesso da organização. Por outras palavras, o valor-de-troca do fornecedor depende da medida que o valor-de-uso emerge no consumidor.

Mas, com um mercado cada vez mais dinâmico e competitivo, este modelo tem dificuldade em alcançar vantagem competitiva (Machado, 2010). Graças à globalização e à evolução das novas tecnologias os consumidores tornaram-se mais exigentes, informados e conscientes (Vega-Vazquez, 2013). Os consumidores começaram a criar expectativas, têm o “poder” de optar e querem estar envolvidos com as marcas e organizações que amam (vive-se a era relacional e das *love brands*). Os clientes de hoje, “*procuram não só a realização funcional e emocional, mas também a realização do espírito humano nos produtos e serviços que escolhem*” (Kotler, Kartajaya, & Setiawan, 2011, p. 18). Assim, uma organização não consegue criar qualquer coisa de valor sem o compromisso com os indivíduos. A estrutura de criação de valor está portanto diferente, uma vez que se está perante um novo consumidor.

Os autores Vargo e Lusch (2004) propuseram um paradigma alternativo ao paradigma tradicional centrado no produto para compreensão da troca e criação de valor: A lógica dominante do serviço (*S-D logic*). Nesta nova lógica todas as “*organizações são um serviço na sua natureza e os bens são a plataforma ou mecanismos de distribuição na prestação do serviço*” (Dong, Evans, & Zou, 2007, p.123). Na *S-D logic* os recursos chave designam-se por recursos operantes⁶ e pertencem tanto à organização como ao consumidor, e este deve funcionar como parceiro colaborativo que cocria valor com a organização e é capaz de operar com outros recursos, promovendo a filosofia “*marketing with*”. Assim, pode-se concluir que a

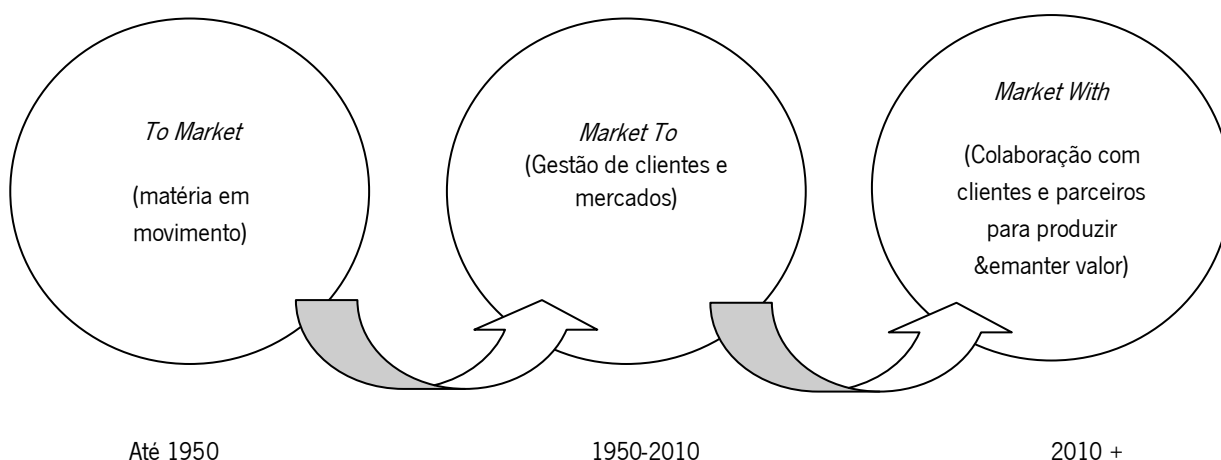
⁶ Do ingles *operant resources*

evolução e a própria definição do marketing foram-se modificando, acompanhando as alterações do meio envolvente em que organizações, consumidores e *players* operam.

Usando a terminologia de Kotler *et al.* (2011), assistimos a três fases essenciais do marketing designadas por Marketing 1.0, 2.0 e 3.0. O Marketing 1.0 foi desencadeado pela Revolução Industrial, cujos objetivos eram centrados no produto, ou seja vender. A função chave no marketing era dar origem a uma procura de produtos: desenvolver um produto, determinar o preço, realizar a promoção e estabelecer o ponto de venda. Já na era do Marketing 2.0 houve necessidade de orientação para o consumidor e surgem conceitos como a segmentação, alvo e posicionamento. Juntaram-se aqui mais 3 P's: pessoas, processos e evidências físicas, obrigando o marketing a deslocar-se de um nível tático para um nível mais estratégico (Kotler *et al.*, 2011). Atualmente vive-se a era do Marketing 3.0, na qual as práticas de marketing são em larga medida influenciadas por alterações no comportamento do consumidor existindo abordagens de marketing mais colaborativas, culturais e espirituais (Kotler *et al.*, 2011). A nova tecnologia facilita a disseminação de informação, ideias e opiniões que permitem aos consumidores colaborar em prol da criação de valor. É neste sentido colaborativo que se vai incidir o estudo desta investigação.

As várias eras de evolução do marketing estão apresentadas na figura 2 e os novos pilares do marketing 3.0 na tabela 1.

Figura 2 – A Evolução do Marketing



Fonte: Lusch; Vargo, & O'Brien (2007, p.7)

Tabela 1 – Pilares do Marketing 3.0

Pilares	Porquê?	
O que oferecer		
Conteúdo	Marketing Colaborativo	A Era da Participação (o Estímulo)
Contexto	Marketing Cultural	A Era do Paradoxo da Globalização (o Problema)
Como Oferecer		
	Marketing Espiritual	A Era da Criatividade (a Solução)

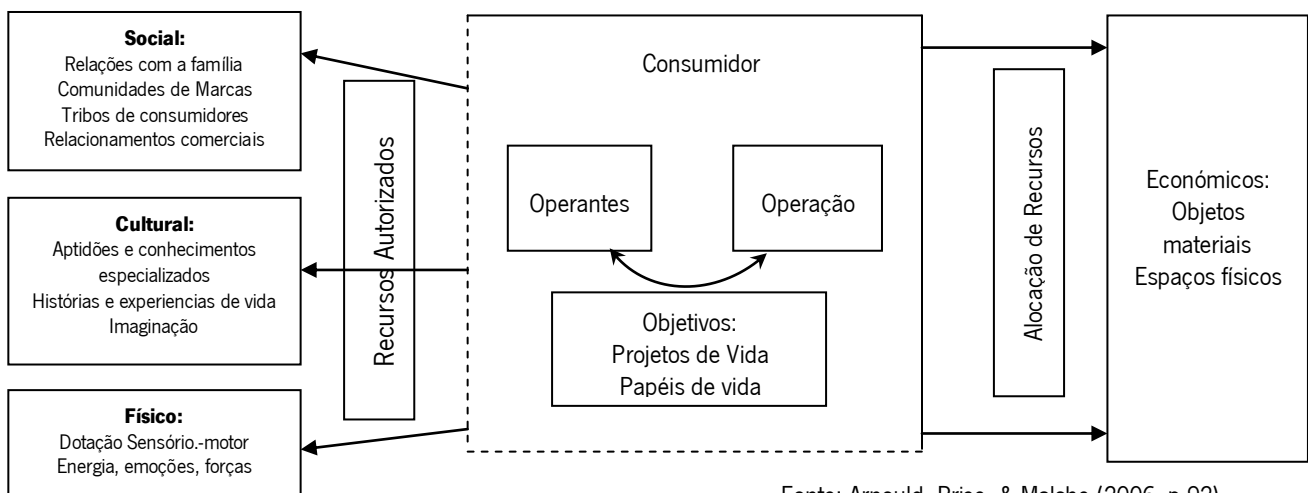
Fonte: Kotler, Kartajaya, & Setiwan (2011, p.36)

2.2. A Lógica Dominante do Serviço (*S-D Logic*)

Na seção anterior, introduziu-se o novo paradigma do marketing, centrado essencialmente na lógica do serviço, onde os recursos operantes são elemento chave.

Arnould, Price, & Malshe (2006) categorizam estes recursos operantes em recursos físicos (dotação física e mental como a energia, formação e a emoção), recursos sociais (relacionamentos familiares, comunidades de consumidores e relacionamentos comerciais) e recursos culturais (conhecimentos/aptidões especializadas, imaginação, história). A figura 3 expressa as diferenças entre os recursos operantes e os recursos operacionais no processo de troca económica.

Figura 3 – O consumidor e os recursos operantes e operacionais



Fonte: Arnould, Price, & Malshe (2006, p.92)

Estas aptidões/conhecimentos são agora o cerne para a troca económica (Vargo & Lusch, 2006), sendo a criação de valor produzida em conjunto com o cliente, participando estes na coprodução dos serviços, fornecendo recursos/competências necessárias ao processo de

produção (Ojasalo, 2010; Lusch *et al.*, 2007). Os clientes são assim uma parte integrada da organização trazendo *inputs* à criação do serviço. Segundo Ojasalo (2003) podem ser distinguidos dois papéis do cliente no processo de produção do serviço: “cliente como recurso” e “cliente como coprodutor”, que irão ser abordados mais à frente.

Na lógica dominante do serviço, o valor está ligado ao significado do valor-de-uso em que o *“papel dos consumidores e dos produtores não é distinto, significando que o valor é sempre cocriado, em conjunto e reciprocamente, em interações entre prestadores e beneficiários através da integração de recursos e aplicação de competências”* (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008, p.146). De acordo com Vargo & Lusch (2006, p.44), *“não há valor até uma oferta ser usada – a experiência e a percepção são essenciais na determinação de valor”*.

Transpondo os tradicionais 4P’s do Marketing 1.0 para o marketing colaborativo, pode-se exprimir esta nova relação de criação de valor conjunta como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Marketing Mix Tradicional versus Lógica Dominante do Serviço

Marketing Mix Tradicional	Lógica dominante do serviço
<ul style="list-style-type: none"> • Produto • Preço • Comunicação • Distribuição 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocriando serviço(s) • Cocriando proposições de valor • Cocriando conversação e diálogo • Cocriando processo e redes (<i>networks</i>)

Fonte: Lusch & Vargo, 2006, p. 408)

Nesta nova lógica a base das atividades de marketing é o serviço (palavra designada no singular para ilustrar o processo e não unidades de *input* intangíveis como aborda a lógica tradicional do marketing) (Vargo & Lusch, 2004). O mercado evolui assim numa tendência voltada para o serviço, ao deslocar o foco dos bens tangíveis para a troca de valores intangíveis, como as competências (conhecimentos e habilidades), processos e relacionamentos. O serviço é então a aplicação destas competências por uma entidade em benefício da outra (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Os autores designam as configurações de criação de valor neste contexto como um sistema de serviço (*service system*). Segundo Spohrer & Maglio (2008), este sistema é uma estrutura dinâmica em rede, aberta e capaz de fornecer benefícios para outros sistemas de

serviço. A ciência do serviço estuda a dinâmica desta “*constelação complexa de recursos integrados*” bem como, a cocriação de valor gerada dentro dela (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008, p. 145). O valor e a criação de valor são o coração do serviço e são os fatores críticos para entender a dinâmica do sistema de serviço.

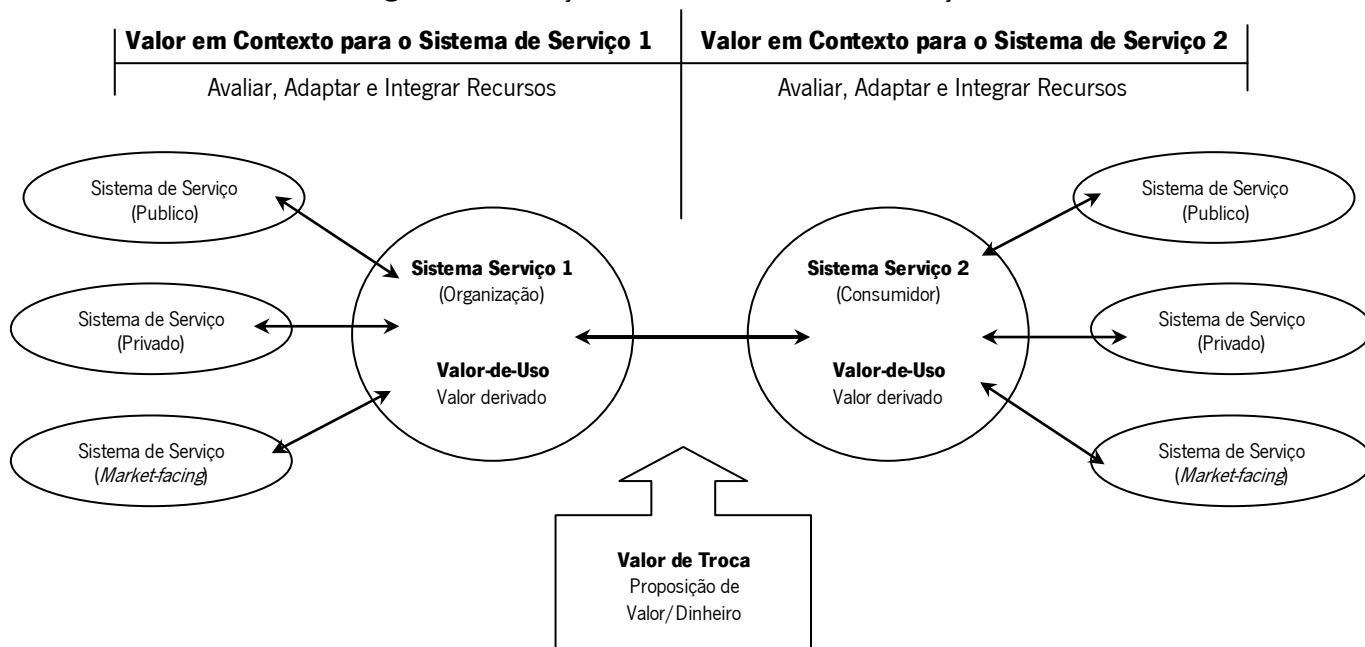
O consumidor é endógeno no processo de criação de valor e este é criado em colaboração e em termos interativos de troca mútua entre o prestador e o consumidor, sendo sempre determinado pelo consumidor (Vargo & Lusch, 2006). Parte-se do pressuposto que a organização e os consumidores são entidades interligadas que, em conjunto, aplicam competências para solucionar necessidades (Lusch *et al.*, 2007). Neste sentido, Gummesson & Mele (2010) referem que os atores do mercado são integradores de recursos “*que transformam competências micro-especializadas (conhecimento e nível de aptidões dos colaboradores), bem como outros recursos internos e adquiridos do mercado em prestação de serviço*” (Lusch, Vargo, & Wessels, 2008, p.8). Neste sistema podem-se considerar atores de mercado os indivíduos, grupos, organizações, organizações e governos. Todos podem aplicar recursos e é expectável que a interação multidirecional (direta ou indiretamente) gere benefícios e valor mútuos (Plé & Cáceres, 2010).

Um sistema de serviço cocria valor eficientemente, dependendo dos recursos dos outros para sobreviver. Esta interdependência conduz à troca de serviço-por-serviço (*service-for-service*) e à integração dos recursos (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Segundo os autores, pode definir-se este “serviço-por-serviço” como a base de troca económica, moldando a relação entre o valor-de-troca, valor-de-uso e a cocriação de valor, como explicita a figura 4.

Na figura é possível identificar a organização e o consumidor como integradores de recursos, sendo que a “*integração dos recursos pode vir de outras fontes privadas (ex: pessoais, internos à organização, etc.), públicas (ex: infra estruturas, regulamentações, etc.) e market-facing (ex: outras organizações)*” (McColl-Kennedy *et al.*, 2009, p.7). O sistema de serviço está assim ligado através de proposições, aceitações e avaliações do valor, ou seja, o prestador do serviço propõe um valor de mercado baseado nas suas capacidades e competências. O valor proposto pode ser aceite, rejeitado ou despercebido por outros sistemas de serviço com necessidade de recursos (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). A lógica dominante do serviço conclui que ninguém tem

recursos suficientes para criar valor e por isso, é necessário a concetualização de uma rede de relacionamentos que convirja para a criação de valor através de uma teia de integração de recursos (Vargo & Akaka, 2008).

Figura 4 – Cocriação de valor num sistema de serviço



Fonte: Vargo, Maglio, & Akaka (2008, p.149)

Vargo & Lusch (2004a) apresentam um conjunto de premissas, descritas na Tabela 3, que resumem o movimento do mercado, onde a interação e o relacionamento são centrais para o intercâmbio entre as partes. Oito das premissas fundamentais foram publicadas inicialmente no “Journal of Marketing” em 2004, sendo em 2008 algumas refinadas e adicionadas mais duas pelos mesmos autores no “Journal of Academy of Marketing Science”.

Tabela 3- Premissas Fundamentais do *Service-Dominant Logic*

Premissa Fundamental	Conteúdo
PF1	O serviço é a base fundamental das trocas;
PF2	As trocas indiretas mascaram a base fundamental de troca;
PF3	Os produtos são mecanismos de distribuição para a prestação do serviço;
PF4	Os recursos operantes são a fonte fundamental da vantagem competitiva;
PF5	Todas as economias são economias de serviços;
PF6	O cliente é sempre um cocriador de valor;
PF7	A organização não pode entregar valor, somente oferecer propostas de valor;
PF8	A visão centrada nos serviços é relacional e orientada para o cliente;
PF9	Todos os atores sociais e económicos são integradores de recursos;
PF10	O valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário

Fonte: Vargo & Lusch (2008, p.7)

Tal como já foi referido anteriormente, o “serviço” é o princípio base desta nova lógica. A premissa, PF1, relaciona o serviço com a aplicação dos recursos operantes (conhecimentos, habilidades, aptidões), ou seja o serviço é a base de todas as trocas e o “serviço” é trocado por serviço; A segunda premissa, PF2, vem afirmar que certas transações podem ocultar o serviço como suporte fundamental da troca: o serviço é muitas vezes prestado numa complexa combinação de bens e dinheiro, aparecendo pouco nítido, como base da troca; A premissa PF3 evidencia o papel subalterno dos bens na nova lógica, só realçados pelo seu valor de uso ou serviço proporcionado; Na quarta premissa realçam-se os recursos colocados no processo de serviço como definidores da vantagem competitiva; A quinta premissa coloca o serviço como elemento de base da economia: o serviço atinge maior destaque e especialização; A premissa PF6 realça a interação existente entre a organização e o cliente, sendo este um cocriador do próprio serviço; Na premissa PF7 configura-se o serviço como uma proposta de valor: as organizações podem oferecer os seus recursos numa proposta de valor mas necessitam da colaboração do cliente, da sua aceitação para se configurar a criação de valor; não é possível criar ou entregar valor de forma independente; A premissa PF8 entende o serviço como um processo relacional, focado no consumidor: o serviço é definido em termos de cocriação e de benefício orientado para o cliente; Na premissa PF9 refere-se o carácter integrativo e o efeito de rede que se estabelece entre os diferentes atores numa relação de serviço. Por fim, a premissa 10 refere-se à apreciação do valor pela ótica de um beneficiário do serviço, detentor de uma experiência única (adaptado de Machado, 2010).

A lógica dominante do serviço fornece assim, um quadro para a teorização confirmando e aperfeiçoando o fundamento teórico da ciência do serviço. As principais transições conceituais apresentam-se na tabela 4.

Tabela 4 – Transições Conceituais

Lógica dominante do bem	Conceitos de Transição	Lógica dominante do serviço
Bens	Serviços	Serviço
Produtos	Ofertas	Experiências
Características, atributos	Coprodução	Cocriação de valor
Maximização do lucro	Engenharia financeira	Financeira
Preço	Entrega de Valor	Proposta de valor
Cadeia de abastecimento	Cadeia de Valor	Criação de valor em rede
Promoção	Comercialização Integrada	Diálogo
Para o mercado	Do mercado	Com o mercado
Orientação para a produção	Orientação para o mercado	Orientação para o serviço
Sistema equilibrado	Sistema dinâmico	Sistema de adaptação

Fonte: Lusch & Vargo (2006, p. 286)

Note-se que a conceitualização da cocriação de valor na abordagem *S-D logic*, vai muito mais para além da participação do cliente no processo de conceção e produção (Vargo *et al.*, 2008). Em Vargo & Lusch (2004), o termo coprodução é usado em vez de cocriação de valor para representar um sentido integrativo. Com a publicação de Vargo & Lusch (2006), o termo cocriação de valor veio alterar a coprodução, pois os autores consideraram que cocriação está mais em linha com a lógica dominante do serviço do que a coprodução. O termo cocriação procura transmitir o papel do cliente colaborativo na criação de valor, enquanto a mera participação do cliente no desenvolvimento da oferta de uma organização tem sido identificado como coprodução (Vargo & Akaka, 2009). Segundo Etgar (2008), a coprodução está diretamente ligada com a customização e inclui todas as formas de cooperação entre o indivíduo e o prestador. No entanto, a coprodução precede a fase do consumo, ou seja, apenas ocorre na fase da produção enquanto a cocriação ocorre desde o contacto inicial até ao consumo final do produto ou serviço. Os autores Chathoth *et al.* (2013) após análise de vários autores compilaram seis termos de comparação entre coprodução e cocriação, que estão explicitados na tabela 5.

Tabela 5 – Comparação entre Coprodução e Cocriação

	Coprodução	Cocriação
1) Criação de Valor	Extração de valor económico Produtos e Serviços de qualidade	Criação de Experiências únicas e personalizadas ⁷
2) Papel do Cliente	Passivo (confia no ambiente físico prestado) Percebido como um recurso	Ativo (fornece inputs antes da prestação do serviço, durante e depois) Criador de valor
3) Participação do Cliente	Principalmente no fim da cadeia de valor	Interações repetidas e transações através dos múltiplos canais
Expectativas do Cliente	Adapta as suas necessidades para aquilo que está disponível	Cocriação de produtos e serviços com os clientes
Atores Chave	Gestores e funcionários	Clientes, gestores e funcionários
4) Foco	Produção centrada na organização	Centrada na experiência e no cliente Envolver o cliente Nível alto de processamento de informação
5) Inovação	Conduzida pela organização	Coinovando e coprojetando com os clientes Aprendizagem com os clientes (líderes de opinião e <i>trendsetter</i> ⁸) e com o processo

⁷ Este tema será abordado na próxima subsecção

⁸ Pessoa que lança tendências

	Coprodução	Cocriação
6) Comunicação	Ouve o cliente Menos transparência	Diálogo constante com o cliente Comunicação aberta e transparente

Fonte: Chathoth *et al.* (2013, p.15)

O cliente é definido então como um recurso produtivo que contribuindo com o seu esforço e informação integra o processo de produção (Prahalad & Ramaswamy, 2004). Em traços gerais, as organizações/outros atores aplicam os seus conhecimentos e habilidades na produção de um bem e/ou serviço e, os clientes utilizam os seus conhecimentos e habilidades na utilização desse mesmo bem e/ou serviço, cocriando valor (Vargo & Lusch, 2008a). Com base nesta conceitualização, o papel do cliente na coprodução é opcional enquanto o seu papel na criação de valor não é; o valor é sempre cocriado (como refere a premissa 6), não porque estes clientes sejam o alvo mas porque eles mobilizam conhecimento e outros recursos, e os seus esforços influenciam o sucesso da proposição de valor (Ordanini & Pasini, 2008). Não quer dizer que esta nova lógica considere o valor de troca irrelevante, apenas argumenta que o valor de troca não pode continuar a existir se o valor de uso não ocorrer. A lógica do serviço reconhece a importância do feedback financeiro vindo do mercado (valor de troca) como mecanismo de aprendizagem (Vargo & Lusch, 2006).

Grönroos (2008) usa o termo “lógica do serviço” referindo-se ao processo de suporte do valor⁹, isto é, durante o consumo, este processo e recursos associados são integrados pelos utilizadores com outros recursos e talentos disponíveis (Gronroos & Ravald, 2010). Assim, de acordo com esta perspetiva, o papel dos fornecedores muda de um modelo de “facilitador de valor”¹⁰ (*value facilitation*) para um modelo de realização de valor (*value fulfillment*) que reflete a nova lógica dominante.

Em suma, os consumidores criam valor, enquanto os fornecedores são facilitadores de valor (no contexto do modelo de facilitação de valor) e/ou cocriadores de valor através do seu compromisso e interação direta com os clientes durante o processo de cocriação (no modelo de realização de valor).

⁹ Do ingles *value-supporting process*

¹⁰ Que pertence à Lógica dominante do bem

Concluindo, na era dominante do serviço, as relações com o cliente constituem o sistema do serviço, onde o valor é cocriado através das várias interações no sistema. Os clientes tornam-se neste novo mercado uma nova fonte de competência para a organização (Prahalad & Ramaswamy, 2000), e esta deve saber integrá-lo no processo aproveitando assim os seus conhecimentos e habilidades para melhorar (McColl-Kennedy *et al.*, 2009). As competências que os clientes trazem são uma função dos conhecimentos que possuem, da sua vontade de aprender e experienciar e da sua capacidade de se envolver num diálogo ativo (Prahalad & Ramaswamy, 2000).

A integração do cliente deve ser um processo sistemático através do qual a organização deve gerar novas capacidades competitivas e obter vantagem disso (Prahalad & Ramaswamy, 2000; Zhang, Chen, & LI, 2007). Estas capacidades devem incluir a competência da “customerização” e a capacidade de serviço. Segundo os autores, a “customerização” é a competência primária no processo de cocriação. A “customerização” consiste na combinação dos princípios da customização em massa com o marketing customizado, de forma a permitir que sejam os clientes a “desenhar” o produto ou serviço que vão consumir com as opções que mais lhe satisfazem (Wind & Rangaswamy, 2001). Através das interações, a organização pode prestar exatamente o que o cliente quer, aumentar a colaboração, diminuir a burocracia organizacional e permitir o relacionamento com o seu público-alvo (Zhang *et al.*, 2007).

Prahalad & Ramaswamy (2000) consideram que aproveitar as competências de um cliente nem sempre é uma tarefa fácil, sobretudo quando se fala de grandes organizações que possuem milhares de clientes tão heterogéneos. Os autores consideram que os gestores devem, no mínimo, enfrentar quatro realidades para aproveitar a competência dos clientes: as organizações devem envolver-se num diálogo ativo, explícito e permanente; as organizações devem mobilizar comunidades com os clientes; as organizações têm que gerir a diversidade de clientes; e as organizações devem cocriar experiências personalizadas com os clientes (tópico que se abordará no capítulo seguinte).

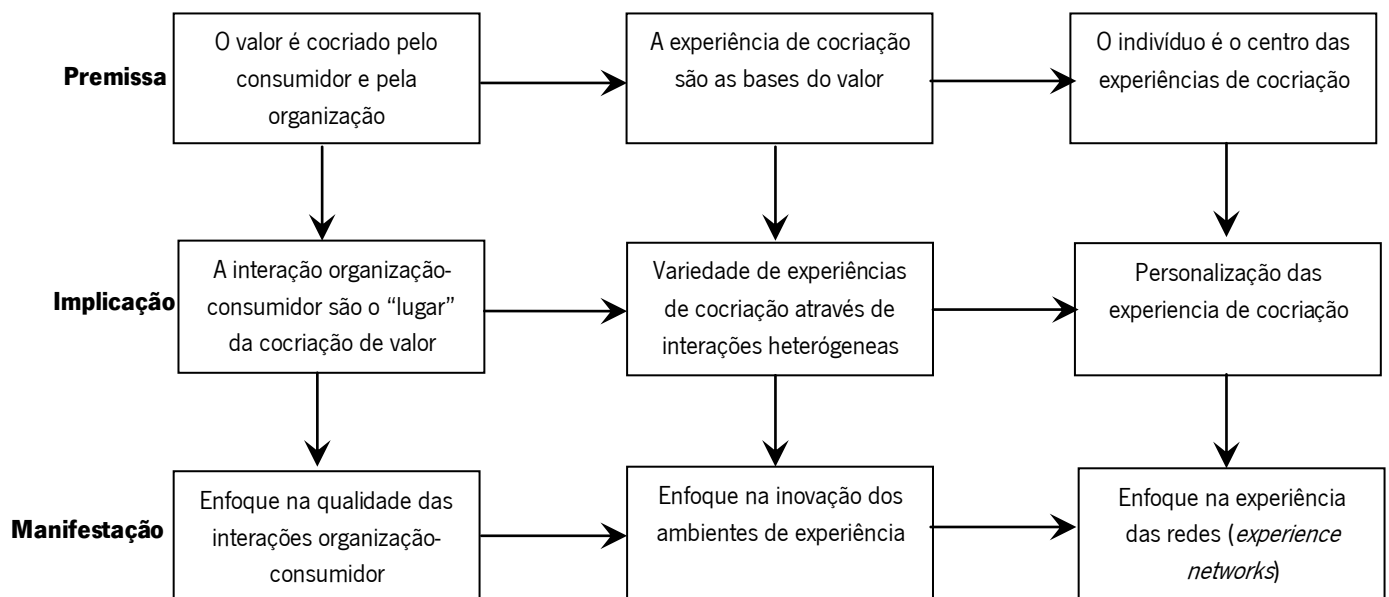
2.3. De Lusch & Vargo às “experiências” de Prahalad

Com os contributos de Lusch e Vargo verificou-se que o marketing já não se centra nos bens e/ou recursos tangíveis, mas prima pelos recursos intangíveis (habilidades e conhecimentos), pela cocriação de valor gerada entre o cliente e a organização e em especial pelos relacionamentos.

Atualmente vive-se uma era denominada pelas novas tecnologias e globalização que despertam um novo conjunto de necessidades no consumidor. Assim, o consumidor tradicional é agora um consumidor global, rodeado de novas ferramentas que lhe permitem estar *online*, criando nele uma necessidade de interagir e cocriar valor, não apenas com a organização mas com todos os outros consumidores e com os profissionais prestadores do serviço (Prahalad & Ramaswamy, 2004).

As novas premissas para criar valor partem do princípio que o consumidor e a organização cocriam valor e portanto a experiência de cocriar são a base da geração de valor. O processo de criação de valor centra-se nos indivíduos e nas suas experiências de cocriação, como representado na figura 5.

Figura 5 – Nova Estrutura de Referência de Criação de Valor



Fonte: Prahalad & Ramaswamy, 2004, p. 15

As novas premissas conduzem assim a novas implicações do negócio. A interação entre consumidores e organizações torna-se o novo “lugar” de cocriação de valor. Milhões de consumidores irão procurar diferentes interações e o processo de criação de valor deve adaptar-se à variedade das experiências de cocriação. Estas premissas e implicações sugerem novas capacidades das organizações. A gestão deve estar atenta à qualidade das experiências de cocriação e não apenas à qualidade dos processos e produtos da organização (Prahalad & Ramaswamy, 2004).

Prahalad (2004) vem aprofundar o conceito de cocriação de valor desenvolvido pela lógica dominante do serviço referindo que esta mudança da produção organizacional (que vê o valor intrínseco no produto e nos serviços (valor de troca), apresenta uma nova abordagem sobre o valor; o valor está incutido nas experiências de envolvimento personalizadas com o consumidor (valor em uso). Prahalad & Ramaswamy (2004, p.10) referem que a “*experiência total de cocriação com a network resulta em valor que é pessoal e único para cada indivíduo*”. A experiência de cocriação torna-se portanto a base do valor, sendo resultado do grau de envolvimento do cliente, no total do processo. Assim, ao olhar-se para este novo mercado dominado pelo serviço deve-se vê-lo como um fórum de experiências, de debate e troca de informações onde existem múltiplas interações que criam valor. Este fórum constituído por múltiplas organizações e comunidades funciona como uma *network* que facilita a experiência personalizada de cocriação (Prahalad & Ramaswamy, 2004). Cada uma das partes da *network* permite múltiplas interações, que por sua vez criam valor (Ramaswamy, 2009).

Prahalad & Ramaswamy (2004), concetualizaram os padrões de interação entre consumidor e a organização num espectro das experiências de cocriação como apresentado na Figura 6.

Figura 6 – Espectro das Experiências de Cocriação



Fonte: Prahalad & Ramaswamy (2004, p. 11)

Como já foi referido, Kotler, Kartajaya, & Setiwan (2011), consideram que se vive atualmente a era da participação e do marketing colaborativo inserido na vaga do Marketing 3.0 que é caracterizada pela interação com vários consumidores: “muitos-para-muitos¹¹”. O termo “muito-para muitos” é fundado nos conceitos de relacionamento, redes e interação (Gummesson & Mele, 2010). Esta interação torna-se ainda mais fácil com a evolução da tecnologia que permite aos indivíduos expressarem-se e colaborarem uns com os outros, em tempo real a qualquer altura do dia.

Então, para cocriar valor único e distinto para o consumidor, deve-se avaliar o que constitui uma experiência personalizada de cocriação (Prahalad & Ramaswamy, 2004). De acordo com os autores as dimensões chave para personalizar experiências de cocriação são o evento, o contexto do evento, o envolvimento individual e o significado pessoal. Muito resumidamente: os eventos formam a base para experiências. As pessoas experienciam eventos nos mais diversos níveis. Várias indústrias já aprenderam como prestar uma variedade de ofertas e até já atingiram um estágio de experiências padronizadas em torno das suas ofertas.

¹¹ Many-to-many

O próximo passo é permitir uma *“variedade de experiências de cocriação permitindo que os consumidores agreguem ou desagreguem eventos por níveis de detalhes que eles preferem”* (Prahalad & Ramaswamy, 2004, p. 79). Algumas hierarquias de eventos estão definidas por regras, noutros casos, as hierarquias dos eventos não estão claramente definidas, como é o caso da prestação dos cuidados de saúde em que é difícil “partir” o tratamento de um utilizador que entrou nas urgências numa hierarquia clara de sub-eventos. A hierarquia do evento muda com o contexto. O contexto no espaço e no tempo será sempre uma parte inerente de um evento e assim da experiência. Se um evento é sobre o que “aconteceu”, então o contexto é sobre quando aconteceu (tempo) e onde aconteceu (espaço/lugar). Estas dimensões são as que atribuem significado à experiência. Exemplificando no contexto de saúde, sofrer de um ataque de arritmia às 9h da manhã em casa difere de sofrer às 0h algures num hotel numa cidade distante. Como o contexto muda, assim será a experiência de cada um. Associado também ao contexto há que considerar o fator “como” aconteceu. O contexto também está subjacente à dimensão cultural e social do evento.

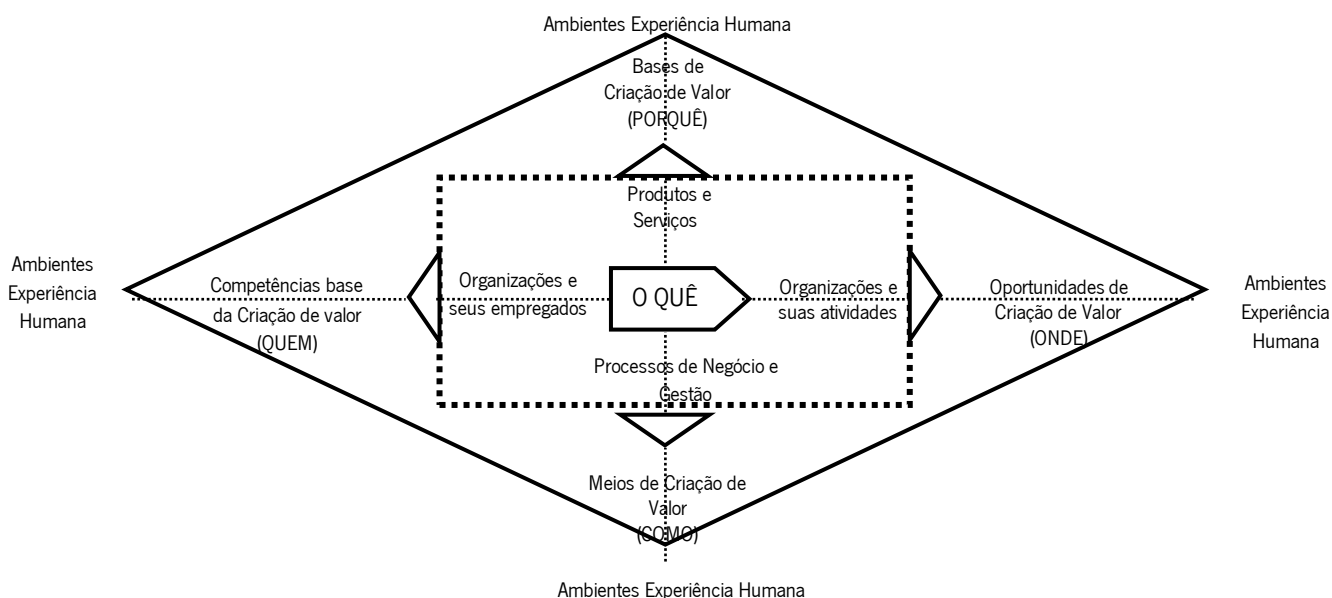
De acordo com Vargo, Maglio, & Akaka (2008), o contexto da criação de valor é tão importante para a criação de valor como as competências das partes participantes. Vargo & Akaka (2009) apresentam a definição valor-em-contexto para destacar a importância da dimensão tempo e lugar e as relações das *networks* como variáveis chave na criação e determinação do valor. Assim, *“o valor-em-contexto é unicamente derivado dado o tempo e o lugar e é fenomenologicamente determinado baseado na existência de recursos, acessibilidade para outros recursos integráveis e circunstância”* (Vargo & Akaka, 2009, p.39).

O envolvimento de um indivíduo no evento pode tomar várias formas, consoante as interações entre os indivíduos e os vários produtos, canais, serviços, empregados da organização e outros indivíduos que se interessam pelo assunto. Os indivíduos gostam de partilhar as suas experiências com os outros, revivendo todos os episódios. Com a evolução da Internet e dos dispositivos móveis, novas formas sociotécnicas de interação surgiram, permitindo às pessoas participar mais facilmente em comunidades temáticas. Por último, a dimensão “significado pessoal” refere-se à relevância de um evento no indivíduo, ou seja, o conhecimento, diversão, satisfação e excitação que provém dessa experiência. Clientes diferentes têm diferentes níveis de envolvimento e logo diferentes níveis de avaliação de cada evento. O significado pessoal de cada

evento é parcialmente subjetivo (enraizado de ideias, conceitos, pensamentos, crenças e intenções do indivíduo), parcialmente objetivo (ancorado ao contexto e consequência de um evento em particular) e, parcialmente relacional (derivado do papel de um evento particular).

As organizações/marcas devem então permitir um alto nível de personalização das interações nos ambientes de experiência bem como adaptar-se aos consumidores que são tão heterogêneos com interesses, necessidades, desejos e conhecimentos diferentes. Assim e como refere Ramaswamy (2009) as organizações têm que expandir a sua mente e as suas práticas de gestão na organização, como um todo, representando-se como um diamante da criação de valor, como representa a Figura 7.

Figura 7 – Cocriação como expansão da criação do valor convencional



Fonte: Ramaswamy (2009, p. 13)

III – COCRIAÇÃO DE VALOR

Neste capítulo irá proceder-se à revisão da literatura relativamente ao processo de cocriação de valor, distinguindo alguns conceitos inerentes a esse mesmo processo.

3.1. Aceções de Cocriação de Valor

Na literatura da cocriação de valor, quatros conceitos aparentemente semelhantes devem ser distinguidos:

1. “Prosumo” (“*pro-sumption*”)
2. “Servução” (“*Servuction*”)
3. Coprodução (“*Co-production*”)
4. Cocriação (“*Co-creation*”)

Alguns destes termos já foram referenciados ao longo deste trabalho pelo que se apresenta apenas uma breve definição de cada um deles. O “prosumo” combina os significados de produtos e consumidores. O termo enfatiza o facto de o consumidor fazer parte do processo de cocriação de valor agindo como um coprodutor de valor quando ele adiciona valor ao produto usando-o. O papel do consumidor muda de um puro consumidor tornando-se um prosumidor participando efetivamente no processo de produção de valor. O segundo conceito combina as palavras serviço e produção, onde o cliente tem um alto nível de envolvimento no processo de produção do serviço. O terceiro termo, que já foi abordado anteriormente, tem origem na literatura dos serviços públicos e refere-se à sobreposição que existe entre a esfera convencional do produtor e a esfera convencional do consumidor. Vários autores argumentam sobre o que é o coprodutor sendo que Sharp (1980) refere que se trata do envolvimento do cidadão em coproduzir segurança na comunidade. Já Prahalad (2004) refere-se ao termo para descrever a mudança do papel do consumidor de passivo e isolado para ativo, informado e ligado. Este conceito implica que o consumidor seja sempre um coprodutor, uma vez que apesar do processo de fabrico estar terminado, o consumidor tem sempre que aprender a usar, manter, reparar e adaptar o uso do produto às suas necessidades e situações (Grönroos, 1982). Tal como enunciado anteriormente Etgar (2008) define a coprodução como a fase que antecede o consumo, ou seja, apenas ocorre na fase da produção enquanto a cocriação ocorre desde o

contacto inicial entre o indivíduo e o prestador até ao consumo final do produto ou serviço. O último conceito refere-se ao envolvimento do consumidor que é exigido para criar valor. Independentemente do nível de intangibilidade envolvido em cada oferta o cliente é sempre cocriador de valor, tal como referem as premissas de Vargo e Lusch (2008).

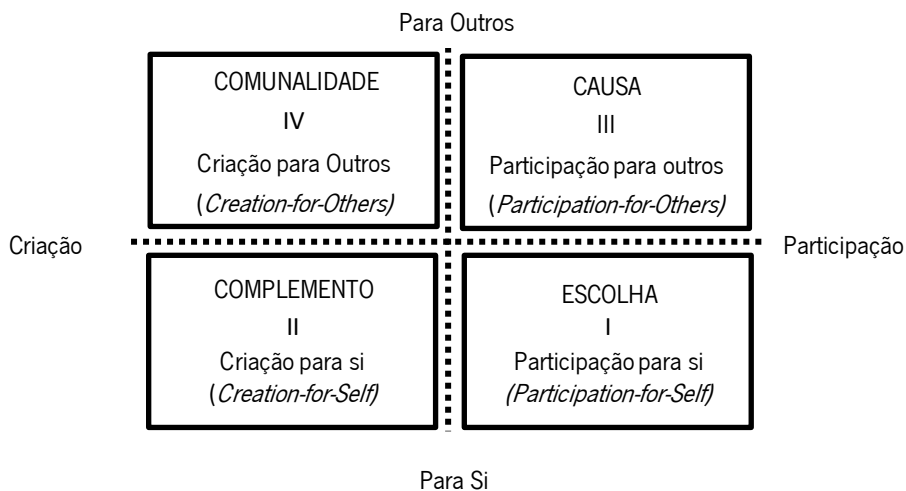
Nuttavuthisit (2010) considera o envolvimento dos consumidores na cocriação dividido em duas grandes categorias: participação e criação. A participação refere-se à cooperação do consumidor a convite da organização para este participar ativamente no processo de cocriação de valor. Por exemplo, muitas organizações da indústria automóvel convidam os seus consumidores a desenhar os seus próprios carros via *online* permitindo assim ao consumidor selecionar modelos alternativos e acessórios, podendo antever o resultado final e avaliar as opções de preço (associa-se ao conceito de customerização). Estas atividades de participação do consumidor não são forçadas mas são motivadas pela organização o que permite uma interação com o consumidor no nível desejado (Nuttavuthisit, 2010). Já a categoria da criação refere-se aos consumidores que proativamente cocriam valor e são eles que têm iniciativa usando uma variedade de recursos e informação. Com o apoio da mais avançada tecnologia, combinada com ferramentas e sistemas fornecidos pela organização, os consumidores são agora, capazes por si próprios iniciar e manifestar as suas ideias e procedimentos (Nuttavuthisit, 2010).

De acordo com Kotler, Kartajaya, & Setiwan (2011), a Trendwatching aponta diversas motivações para que os consumidores cocriem. Primeiro, alguns consumidores gostam de demonstrar as suas capacidades de criação de valor para todos verem. Outros querem personalizar um produto ou serviço à medida dos seus respetivos estilos de vida. Terceiro, alguns consumidores tem como objetivo a recompensa monetária oferecida pelas organizações pelos esforços de cocriação. Outros encaram a cocriação como uma oportunidade para assegurar emprego e, por último, existem pessoas que levam a cabo a cocriação simplesmente pelo gozo que daí advém.

Normann & Ramírez (1993) argumentam que os consumidores envolvem-se para alcançar valor, não apenas pelo valor financeiro, mas também pelos valores sociais, morais, psicológicos e estéticos. Por sua vez, Nuttavuthisit (2010) refere, distinguindo que os consumidores cocriam para si próprios (*for self*) e cocriam para os outros (*for others*). Naturalmente, os consumidores

podem estender o seu envolvimento com a organização de forma a adquirir valor para si próprios, como custos mais baixos, melhor adequação, rapidez, mais conveniência ou maior diferenciação. O exemplo do *self-service* é uma maneira do consumidor alcançar recompensas económicas (é mais barato). Além disso, e segundo a autora, os consumidores querem obter benefícios psicológicos de satisfação e confiança da sua capacidade de cocriar valor para eles próprios. Já relativamente ao “*for others*”, e como já foi referido, o aumento das comunicações tecnológicas permitiu o desenvolvimento coletivo onde cada vez mais existem interações consumidor-consumidor. Os consumidores são capazes de produzir os seus próprios conteúdos e partilha-los com outros (*for others*). Aqui os consumidores cocriam valor para ser distribuído pelos múltiplos *stakeholders* numa rede de relações *many-to-many*. Assim, pode-se afirmar que a cocriação de valor é estabelecida pelo envolvimento e compromisso entre ator e ator (A2A) (Gummesson & Mele, 2010). A tabela 6 apresenta as tipologias que resultam do cruzamento entre “criação” versus “participação”, “para si” versus “para os outros”. Os quadrantes obtidos são quatro condições estratégicas que promoverão as diferentes práticas de cocriação.

Tabela 6 – Tipologia das práticas de cocriação



Fonte: Nuttavuthisit (2010, p. 318)

A “participação para si” está motivada pela procura de uma adequação às suas necessidades e desejos. Por vezes, isto pode implicar um custo superior porque se trata de satisfazer uma necessidade fora de um processo padronizado. Em outros casos, os consumidores praticam uma “participação para si” para reduzir custos (ou tempo ou energia), como já enunciado acima. É exemplo disso o uso da caixa de multibanco nas suas transações em vez de recorrer ao serviço de *front office* do banco.

Na “criação para si”, os consumidores gostam de criar valor usando o seu conhecimento e aptidões, complementando-o com o *know-how* da organização. A título ilustrativo, na OLX, e-Bay, etc., os consumidores podem navegar, procurar, expor as suas ofertas e propôr os seus preços nos produtos. Estes consumidores criam o seu próprio negócio, enquanto que as organizações de alojamento do *site* apenas trabalham para facilitar as transações. A “criação para si” implica que seja um consumidor proativo e com capacidade de aprendizagem e de cocriar valor.

Na “participação para os outros” os consumidores interagem ativamente com a organização prestando recursos para benefício dos outros. Nesta tipologia de criação de valor os consumidores tem intenção de partilhar as suas experiências tanto positivas como negativas que podem influenciar as decisões de compra dos outros. É fascinante como alguns consumidores ficam contentes por disseminar informação acerca da promoção de uma organização aos seus pares.

A “criação para outros”, tal como referido, é atualmente praticada devido às rápidas e baratas interações que a tecnologia avançada proporciona. Os indivíduos iniciam, fazem e partilham coisas uns com os outros, na maior parte das vezes através de comunidades online onde os membros partilham os mesmos objetivos e interesses. Estes consumidores trabalham colaborativamente para gerar e disseminar conteúdos (novidades, ideias, etc) entre eles próprios e por vezes para o público em geral.

Para promover práticas de cocriação de valor, as organizações devem propor estratégias de cocriação que consagrem as diferentes perspetivas apresentadas, sendo que as organizações devem induzir situações/condições apropriadas que facilitem as práticas de cocriação, ou seja o contexto. Nuttavuthisit (2010) refere que a “escolha”, o “complemento”, a “causa” e a “comunalidade” são as quatro condições estratégicas que promoverão as diferentes práticas de cocriação.

No quadrante “Escolha”, as organizações sabendo que os consumidores procuram o que melhor se adapte a si, devem oferecer aos seus clientes hipótese de escolha, libertando-os assim do padronizado. Quando se deparam com escolhas os consumidores gostam, pois sentem-se “empoderados” pela mudança de controlo da organização para eles. Esta situação pode

encorajar os consumidores a participar na investigação das escolhas. Exemplo deste tipo de prática estratégica é a customização em que os consumidores são convidados a expressar as suas preferências à organização. Uma vez que se trata de um grande nível de personalização do produto/serviço, o consumidor não se importa de pagar o custo envolvido. Independentemente disto, a organização pode também oferecer opções para os consumidores pouparem dinheiro, como o caso do *self-service*, anunciado anteriormente. Para promover boas escolhas, as organizações devem desenvolver um sistema interativo que leve à participação do consumidor. Só assim conseguem conhecer e aprender sobre os seus consumidores com maior detalhe.

Num nível mais avançado de envolvimento, o consumidor procura o “complemento” da organização às suas aptidões. A organização deve então fornecer recursos, incluindo ferramentas e sistemas que permitam os consumidores alcançar os seus próprios objetivos e aspirações. Estas estratégias sugerem que a organização desenvolva fluidez de produtos e processos que possam ser adaptados às diferenças e mudanças nas procuras dos consumidores (Nuttavuthisit, 2010).

“Causa” é o nome da estratégia a ter em conta quando se está perante práticas de criação de valor “participação para outros”. Neste contexto, a organização tem que entender quais as causas das contribuições e das interações sociais que levam ao envolvimento deste consumidor. Por um lado, os consumidores pretendem obter valor intrínseco da experiência de partilhar e a compaixão que é apreciada por eles mesmos (Berthon & John, 2006). Por outro lado, estes consumidores querem ganhar valor social nos grupos de pessoas que partilham os mesmos interesses e desejos. Existe aqui uma forma de recompensa entusiasmante e fascinante que o consumidor procura obter, ao participar e partilhar valor com os membros da sua comunidade (Mohr, 2007). No entanto, a exclusividade deve ser um elemento-chave que a organização deve ter em consideração. Isto é, para promover a “participação para outros”, deve focar-se num nicho para aumentar a significância da contribuição dos consumidores nas redes. Este nicho, deve ser inteligentemente escolhido, um grupo influente, podem ser inovadores, líderes de opinião ou consumidores que tenham muitos contacto em diferentes círculos. Não existe aqui uma recompensa monetária, mas os consumidores sentem satisfação em partilhar ideias com os outros e verem as suas ideias tornarem-se realizadas.

Por último, as práticas de “criação para outros” representadas no quadrante “comunalidades”, referem-se à indução do contexto de contribuição de grupo, onde as organizações devem primeiro promover a interação dos consumidores e o reconhecimento dos pares (Jeppesen & Molin, 2003). A organização deve então encontrar áreas de interesse comum e começar por reunir consumidores que partilhem paixões comuns. Seguidamente, a organização deve estimular um sentimento de objetivo (senso de propósito), pelo que o grupo deve partilhar o sentimento de querer realizar algo em conjunto. Para continuar a ligar pessoas, a organização deve permitir aos consumidores estarem bem informados e ligados via diálogo, que tem que ser transparente e acessível a todos. Os novos *media*, como blogs, *chats*, *sms* têm-se tornado nas maiores ferramentas para facilitar conversas interativas e contínuas entre os consumidores. Esta comunicação aberta ajuda a cultivar a confiança da comunidade e compromete os consumidores a interagirem e a aprenderem uns com os outros. Quanto mais os consumidores se identificarem com o grupo, mais envolvidos estarão no processo de cocriação de valor, colocando grande esforço na contribuição colaborativa (Meuter *et al.*, 2000).

3.2. Processo de Cocriação de Valor

Segundo Prahalad (2004) existem cinco atividades para cocriar valor com o cliente: 1) compromisso com o cliente (*customer engagement*), 2) *self-service*, 3) envolvimento do cliente (*customer involvement*), 4) resolução do problema (*problem solving*) e 5) *co-design*. O compromisso com o cliente é uma forma de marketing que envolve a cocriação com o cliente e refere-se à melhor política no sentido de persuadir os clientes através de anúncios e promoções, tentando criar um envolvimento emocional (não físico), no ato de coprodução. A segunda atividade do envolvimento do cliente é o *self-service*, que transfere o trabalho da organização para o cliente (ex: numa bomba de gasolina). Esta definição está em linha com a apresentada por Nuttavuthisit (2010) acerca da “participação para si” na redução de recursos. Neste sentido, o cliente é um coprodutor permitindo reduzir custos e aumentar a sua satisfação e conseqüente lealdade. A terceira atividade está relacionada com a encenação de experiências em que a organização constrói o contexto e o cliente faz parte dela (ex: Disney World). O consumidor está envolvido mas o contexto é conduzido pela organização. Ao longo da duração do relacionamento organização-cliente, as experiências de serviço e as experiências excepcionais dos serviços podem contribuir para a aprendizagem do cliente através de uma acumulação de encontros

experienciais (Edvardsson, 2005; Pine & Gilmore, 1998), contribuindo para aumento da vantagem competitiva da organização. A quarta atividade consiste em permitir ao cliente que este encontre o caminho para resolver o seu problema através do sistema da organização (ex: *call centers*). Esta atividade insere-se no quadrante do “Complemento” apresentado por Nuttavuthisit (2010). Os *call centers* devem estar disponíveis 24 horas mas o seu sucesso depende do nível de habilidade e persistência do cliente (pois envolve tempo e esforço do cliente) – neste sentido a resolução do problema implica a “coreparação” de valor (Gebauer, Johnson, & Enquist, 2010). Por fim, a quinta atividade remete para o envolvimento do cliente que ocorre quando o cliente trabalha em colaboração com o prestador do serviço para criar (codelinear; coprojetar) um novo serviço ou produto que é apropriado às necessidades e desejos do cliente. Esta atividade representa uma transferência de riscos, pois o resultado depende em grande parte das capacidades e conhecimentos do cliente. O prestador não é unicamente responsável pelo resultado final. É portanto importante dar orientação e educação ao cliente no processo de cocriação¹² (Gebauer *et al.*, 2010). Apesar das várias atividades do cocriação de valor, é a organização quem decide o quanto quer ver o consumidor envolvido.

Em “Invited Commentaries on ‘Evolving to a New Dominant Logic for Marketing’”, Prahalad (2004) refere que existem três forças que conduzem ao envolvimento entre organizações e clientes e conseqüente cocriação: a conectividade omnipresente que permite os clientes estarem informados e interligados, a convergência das tecnologias (e em especial a emergência da tecnologia digital) e a globalização da informação.

Destas três forças resultam quatro implicações:

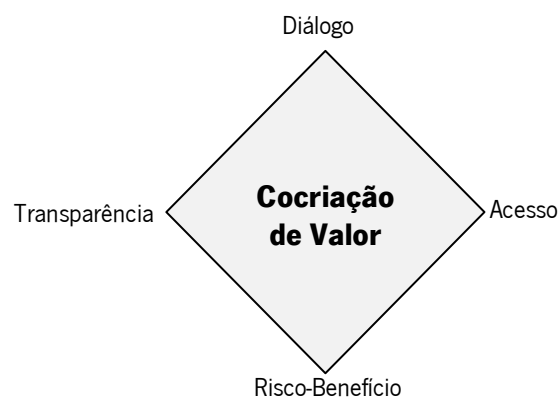
1. Os consumidores não estão isolados. Os clientes, a comunidade de clientes e a organizações interagem.
2. O resultado do envolvimento é a cocriação de valor; o que é cocriado é a experiência. Os produtos físicos e o serviço podem ser artefatos em torno do qual as experiências personalizadas são cocriadas.
3. Novos blocos de construção são precisos para cocriar valor. Os novos blocos para a cocriação são o diálogo, o acesso, a transparência da informação (para evitar e eliminar assimetria de informação entre organização e cliente) e a avaliação do risco.

¹² *Co-design*

4. Nenhuma organização consegue uma experiência total de cocriação sozinha. Por vezes, é necessário uma rede de organizações para prestar uma experiência única de cocriação.

De acordo com a terceira implicação acima mencionada, Prahalad & Ramaswamy (2004) consideram que o processo de cocriação de valor parte da construção de quatro blocos: o diálogo, o acesso, avaliação do risco-benefício e a transparência (conhecido pelo acrónimo DART) representados na figura 8.

Figura 8 – Blocos de Interação para a Cocriação de Valor



Fonte: Prahalad & Ramaswamy (2004, p.9)

O diálogo, implica interatividade, compromisso e vontade para atuar em ambos os lados. O diálogo é mais do que ouvir os clientes; implica a compreensão empática em torno de toda a experiência que os clientes experienciam e o reconhecimento emocional, social e cultural do contexto da experiências (Prahalad & Ramaswamy, 2004). Segundo Ballantyne (2004) a forma do diálogo deve ser vista como um processo conjunto de aprendizagem. Para que exista um diálogo ativo e um desenvolvimento de soluções partilhadas, organização e cliente devem estar equivalentes na resolução conjunta de problemas. Esta pode tornar-se difícil se os consumidores não tiverem o mesmo acesso e transparência na informação. O diálogo que ocorre num contexto de cocriação tem várias características específicas:

1. Foca-se nas questões que interessam tanto ao cliente como à organização;
2. Requer um fórum onde o diálogo pode ocorrer;

3. Requer regras do compromisso que fazem uma interação ordenada e produtiva.

A natureza do diálogo depende do cliente específico – das suas necessidades individuais, opinião e desejo de envolvimento – e usualmente o diálogo requer-se ao longo do tempo. Certo é que, as organizações devem adaptar-se ao meio envolvente e por isso, fruto do desenvolvimento da Internet e dos *social media* as organizações devem dialogar também com os seus clientes nestes “espaços”.

O objetivo dos clientes é aceder as experiências que considera desejáveis. Assim o acesso começa com a informação e os instrumentos que a organização pode fornecer aos seus clientes para que estes possam participar efetivamente no processo de cocriação (Prahalad & Ramaswamy, 2004). O acesso também pode envolver “recursos sob-procura”¹³ como a computação. Por outras palavras, as pessoas podem comprar a estrutura tecnológica ou os serviços que efetivamente precisam custeados ao seu uso individual. A ideia subjacente neste contexto é que a organização consiga fornecer a um cliente vários serviços que este antes teria que procurar em duas ou mais organizações diferentes (ex: internet+telemóvel). Fruto do avanço tecnológico os clientes podem agora ter acesso às cadeias de valor de uma indústria inteira, novas formas de mobilidade, transformando a sua capacidade de auto-expressão, levando a novos estilos de vida. O acesso desafia a noção de que os clientes podem experimentar valor através de uma participação.

A avaliação do risco refere-se à probabilidade de dano do cliente. As organizações tradicionais consideram que conseguem gerir melhor o risco que os clientes, mas podem as organizações unilateralmente gerir o risco em ambientes de cocriação? Por outro lado, se os clientes são cocriadores ativos não devem também eles assumir responsabilidades pelo risco? A avaliação do risco assume assim que, se os clientes se tornam cocriadores de valor com as organizações, então eles procurarão mais informação sobre os potenciais riscos dos produtos e serviços e suportarão mais responsabilidades lidando com o risco.

No que se refere à transparência, sabe-se que tradicionalmente existe informação assimétrica entre cliente e organização. Esta assimetria está a desaparecer com a acessibilidade de

¹³ On-demand resources

informação sobre produtos, tecnologias, etc., criando níveis de transparência cada vez mais desejáveis. A transparência entre ambas as partes reforça o relacionamento: por um lado o cliente sabe o que está a acontecer em todos os momentos e porquê e, a organização vai conhecendo os desejos, preocupações e exigências do seu cliente.

O diálogo, acesso, risco e transparência formam as bases para a cocriação de valor, mas estes fatores sózinhos podem não produzir experiências convincentes de cocriação de valor. Combinando estes quatro blocos de construção de cocriação torna-se muito mais fácil o compromisso dos consumidores como colaboradores. A transparência facilita o diálogo colaborativo, e ajuda a explicar o risco. A experimentação constante, juntamente com o acesso e avaliação do risco de ambas as partes pode conduzir a novos modelos de negócio e funcionalidades projetadas para permitir a cocriação de experiências. Agregando o acesso com a transparência aumenta-se a capacidade do cliente fazer escolhas informadas. Associando o diálogo com a avaliação do risco aumenta-se a capacidade para o debate e o codesenvolvimento de escolhas públicas e privadas. O acesso com o diálogo aumenta a capacidade de desenvolver e manter comunidades temáticas e combinando a transparência com o risco aumenta-se a capacidade de codesenvolver confiança.

Para além da combinação dos quatro blocos base para gerar cocriação de valor torna-se também necessário prestar atenção às dimensões da interação cliente-organização que condicionam a experiência de cocriação. Prahalad & Ramaswamy (2004) identificaram quatro dimensões:

- Os clientes querem liberdade de escolha para interagir com a organização através de um conjunto de acessos a experiências (também reforçado por Nuttavuthisit, 2010). Por isso, as organizações devem centrar-se nas experiências de cocriação de valor através de múltiplos canais.
- Os clientes querem definir as escolhas para que reflitam a sua visão de valor. Assim, as organizações devem fornecer opções centradas na experiência que reflitam os desejos do cliente.
- Os clientes querem interagir e transacionar no seu estilo e linguagem preferida. Eles querem um acesso rápido, fácil, seguro e conveniente às experiências. Por isso, ao

consumar escolhas individuais, as organizações devem concentrar-se na cocriação de experiências através de transações.

- Os clientes querem associar escolhas com experiências que eles têm vontade de pagar. Eles querem pagar um preço pelas experiências que consideram justas. Assim, as organizações devem focar-se no relacionamento preço-experiência na cocriação.

A qualidade da interação entre o cliente e a organização será o *link* crucial para o futuro da concorrência (Prahalad & Ramaswamy, 2004). As interações entre organização e consumidor estão sintetizadas na Tabela 7.

Tabela 7 – Migração das Experiências de Cocriação

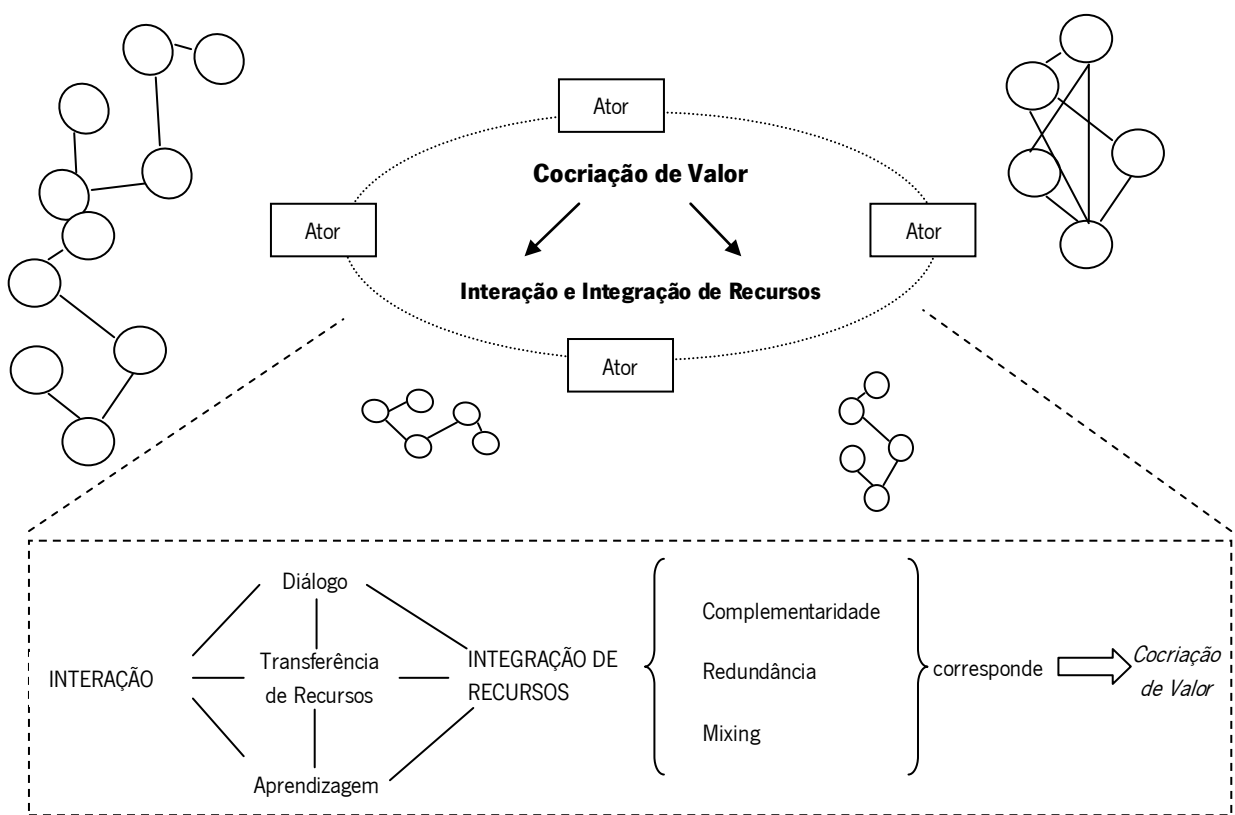
	Troca Tradicional	Experiência Cocriação
Objetivo da Interação	Extração de valor económico	Cocriação de valor através de experiências convicentes de cocriação, bem como extração de valor económico
“Lugar” da Interação	Uma vez, no fim da cadeia de valor	Repetidamente, em qualquer altura e qualquer lugar do sistema
Relação Organização-Cliente	Baseada na transação	Conjunto de interações e transações focadas numa série de experiências de cocriação
Visão da Escolha	Variedade de produtos e serviços, características e funcionalidades, produto e desempenho e processos de operação.	Experiências de cocriação baseadas na interação através de múltiplos canais, opções, transações e relacionamento preço-experiência
Padrões de Interação entre organização e cliente	Passivo, iniciada pela organização, one-on-one	Ativa, iniciada tanto pelo consumidor ou pela organização, one-on-one ou one-to-many
Foco na qualidade	Qualidade nos processos internos e na oferta da organização	Qualidade das interações cliente-organização e experiências de cocriação.

Fonte: Prahalad & Ramaswamy (2004, p.50)

Kotler, Kartajaya, & Setiwan (2011) referem ser necessários três processos-chave de cocriação. Primeiro, as organizações devem criar aquilo a que chamam uma plataforma, um produto genérico que pode ser personalizado mais tarde. Em segundo, devem permitir que os clientes individuais no interior de uma rede, personalizem a plataforma para esta ir ao encontro das suas próprias identidades únicas. E, por fim devem dar voz aos clientes e enriquecer a plataforma ao incorporar todos os esforços de personalização efetuados pela rede de consumidores.

No contexto *many-to-many* apresentado por Gummesson & Mele (2010) é possível identificar duas fases essenciais no processo de cocriação de valor: primeiro, a interação entre ator-ator e segundo, a integração dos recursos do ator (também já abordado por Lusch *et al.* (2007); McColl-Kennedy *et al.* (2009); Ojasalo (2003) e Vargo *et al.* (2008)) e a concordância com as expectativas, capacidades e processos dos membros da *network*. A figura 9 apresenta este processo de cocriação de valor num conjunto de relações A2A em contexto de *network*, em que se processa a interação e integração de todos os componentes.

Figura 9 – Cocriação de Valor através da Interação A2A e Integração de Recursos em contexto many-to-many network



Fonte: Gummesson & Mele (2010, p.190)

Aqui, os atores interligam e avaliam os outros em termos de recursos, competências e processos. Isto forma a base das suas capacidades para contribuir na criação de valor através do diálogo e da troca e transferência de conhecimento (e outros recursos), ativando e sustentando a aprendizagem da organização. Esta interação entre as partes forma o antecedente mais crucial para a integração dos recursos que os torna em experiência e valor. Resumidamente, os atores começam um diálogo não apenas para trocar informações mas para tornar disponíveis o seu conhecimento e outros recursos operantes e criar novo conhecimento

ou novos recursos operantes (Gummesson & Mele, 2010). Também estes autores fazem referência ao diálogo e à interação social na *network* para expandir e trocar conhecimento. O diálogo em rede promove interações construtivas através da comparação de ideias, conhecimentos e experiências. Neste sentido, os autores Vargo & Lusch (2011) defendem que todas as trocas entre A2A são consideradas B2B.

Relativamente, à transferência de recursos, segundo Hunt *et al.* (2006) há que ter presente que interagindo, os membros de uma *network* têm acesso a recursos físicos, financeiros, humanos, técnicos e outros. O conhecimento, produtos, serviços e soluções são trocados e partilhados pelos atores de acordo com a sua avaliação específica (valor-de-troca). Estes recursos serão ativados no seu processo de criação de valor com o objetivo de alcançar determinados fins (valor-de-uso). O desempenho destes recursos gera uma experiência para os atores envolvidos em termos de benefícios, *feedback*, conhecimento e emoções (valor-da-experiência). Em suma, é todo o valor no contexto. Transferir e partilhar recursos são a base de formação do capital social que é uma fonte de geração de valor e vantagem competitiva (Gummesson & Mele, 2010). Como referem Kim (1993) e Senge (1990) os atores trocam informação e transferem recursos para produzirem novo conhecimento tácito e explícito ao longo de um processo contínuo de aprendizagem. A partilha de informação é a base de aprendizagem durante o processo de criação de valor promovendo o desenvolvimento de modelos comuns mentais. Em suma, a integração de recursos é a incorporação do recursos de um dos atores no processo de outro ator. Assim, a cocriação de valor ocorre integrando os recursos de um ator de acordo com as suas expectativas, necessidades e capacidades (Gummesson & Mele, 2010). A integração de recursos pode assumir diferentes formas: complementaridade, redundância e um mix de ambas. Em todas as situações, como será de esperar, os atores tentam combinar recursos, processos e resultados com o fim de cocriar valor (Gummesson & Mele, 2010).

A complementaridade, na sua essência mais simples, refere-se à combinação dos diferentes recursos de cada ator que integrados conseguem projetar a criação de valor. Quando os atores tem recursos e processos similares, a integração dos recursos exige a exploração de tal redundância. As múltiplas perspetivas implícitas podem ser combinadas para forjar uma compreensão partilhada através do diálogo contínuo (Nonaka & Konno, 1998). Neste sentido, a redundância forma uma base cognitiva comum para a cooperação e integração de conhecimento

e outros recursos. A partilha de informação redundante facilita os atores na transferência de conhecimento tácito. Os atores também podem ter simultaneamente recursos semelhantes e diferentes exigindo um mix da complementaridade e redundância dos recursos. Em todas as situações as organizações lutam para atingir a melhor combinação/ajustamento de recursos, processos e atividades que serão o *core* da melhor integração.

Payne, Storbacka, & Frow (2008) acreditam que a experiência do relacionamento conduz à aprendizagem do cliente. Os autores desenvolveram um quadro conceitual para a cocriação de valor em que defendem que o processo de cocriação de valor se baseia em três componentes:

1. Processo de criação de valor para o cliente (em contexto B2C refere-se aos processos, recursos e práticas que os clientes usam para gerir as suas atividades);
2. Processo de criação de valor para o fornecedor (processos, recursos e práticas que o fornecedor usa para gerir os seus relacionamentos e negócios com os clientes e outros *stakeholders*);
3. Processo de Encontro (processos, práticas de interação e troca que ocorrem dentro dos relacionamentos cliente-fornecedor e que precisam de ser geridas para desenvolver oportunidades de cocriação).

Estes três principais processos, de acordo com Payne, Storbacka, & Frow (2008) formam a base para a cocriação de valor representada na figura 10. Na figura, as setas entre o processo e aprendizagem do cliente indicam que o cliente está comprometido num processo de aprendizagem baseado nas experiências que tem durante o relacionamento. Esta aprendizagem terá tal impacto no cliente que este irá comprometer-se nas atividades futuras de cocriação de valor com o fornecedor. Similarmente, as setas que se encontram entre o processo do fornecedor e a aprendizagem organizacional indicam que quanto mais a organização aprender sobre o seu cliente, mais oportunidades existirão para o fornecedor melhorar o modelo (*design*) da experiência de relacionamento e aumentar a cocriação com os clientes. Os autores consideram que dentro do processo de cocriação de valor do cliente existem três elementos inerentes à experiência do relacionamento: a cognição, a emoção e o comportamento. A cognição deve ter uma abordagem de processamento de informação que se foca nas atividades baseadas na memória do cliente, atuando também na esfera do subconsciente. A emoção e os sentimentos irão influenciar as atitudes e as preferências. A análise do comportamento baseia-se

no processo de escolha do cliente que conduz às decisões de compra e incluem as experiências que os clientes têm como resultado do uso de um produto/serviço. A experiência do relacionamento pode ainda estar dividida em duas grandes abordagens: processo de pesquisa de informação do consumo e a abordagem experiencial. O processo de pesquisa de informação considera os clientes como atores envolvidos num processo cognitivo que fazem julgamentos com bases nas experiências passadas, presentes ou futuramente imaginadas (Oliver, 1999). Nesta abordagem é esperado que os consumidores tenham vontade e conhecimento para avaliar os benefícios (valor) e os sacrifícios do produto ou da relação. A pesquisa do consumo experiencial baseia-se nos aspetos emocionais, contextuais e simbólicos do consumo. O valor é considerado não como um objeto de consumo mas como uma experiência de consumo que inclui a fantasia, sentimentos e divertimento.

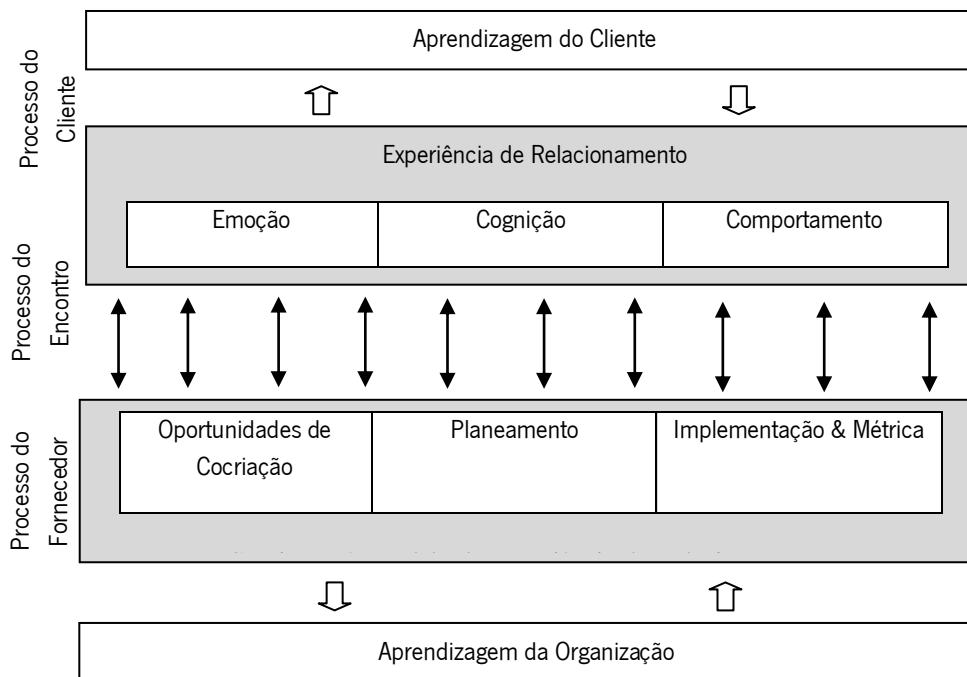
Payne, Storbacka, & Frow (2008) acreditam que a experiência do relacionamento conduz à aprendizagem do consumidor. A aprendizagem dos consumidores pode estar distinguida em três tipos de aprendizagem, consoante o grau de complexidade do processo: lembrança, internalização e proporcionamento¹⁴ da aprendizagem. Tradicionalmente, a comunicação de marketing está focada na lembrança. Esta é a forma simples de aprendizagem e está relacionada com a atenção do cliente. O segundo nível de aprendizagem relaciona-se com a internalização e processa-se quando o cliente interpreta e assimila a mensagem e as experiências. O terceiro termo “proporcionamento” é o mais complexo e é uma forma dupla de aprendizagem, pois exige que o cliente “dê um passo atrás” para refletir o seu próprio processo e como se envolveu com o prestador do serviço. Esta reflexão pode alterar o seu comportamento no desempenho futuro de novas atividades (podendo mesmo optar em não se comprometer tanto com o prestador e usar os recursos de uma nova maneira).

Na perspetiva do prestador, os autores consideram que o processo de criar valor para o consumidor começa por entender o processo de cocriar valor do cliente. A figura 10 mostra que o papel do prestador na cocriação ocorre com a “entrega” de experiências relevantes para o cliente que facilitará a aprendizagem da organização. Isto envolve uma revisão das oportunidades, planear, testar e prototipar oportunidades de cocriação de valor com ele;

¹⁴ *proportioning*

implementar soluções para o cliente e gerir os encontros com o cliente; e desenvolver métricas para avaliar se a organização está a fazer as proposições apropriadas de valor.

Figura 10 – Quadro Concetual para a Cocriação de Valor, segundo Payne *et al.* (2008)



Fonte: Payne, Storbacka, & Frow (2008, p.86)

As oportunidades de cocriação são opções estratégicas para criar valor. Os autores sugerem que os fornecedores considerem três tipos de oportunidades de cocriação de valor:

- Oportunidades devidas aos avanços tecnológicos;
- Oportunidades devidas à mudança da lógica da indústria;
- Oportunidades devida à mudança das preferências e estilos de vida dos consumidores.

O trabalho desenvolvido por Yi & Gong (2013) identifica os dois tipos de comportamentos de cocriação de valor por parte do cliente: o comportamento de participação do cliente que se refere ao comportamento requerido para o sucesso da cocriação e ao comportamento do cliente em cidadania, considerado um comportamento voluntário que fornece um valor extraordinário para a organização mas não é necessariamente requerido na cocriação de valor. O fator comportamento de participação do cliente compreende quatro fatores: a procura de informação, a partilha de informação, o comportamento responsável e as interações pessoais. De modo

similar, estes autores consideram o comportamento de cidadania do consumidor concetualizado em outros quatro fatores: *feedback*, recomendação¹⁵, ajuda e tolerância. Assim e segundo os autores Yi & Gong (2013, p.1280) , o constructo “procura de informação” refere-se à “*procura de informação para clarificar os requisitos do serviço e satisfazer outras necessidades cognitivas*”. A procura de informação revela-se de especial importância para os clientes por duas razões: primeiro para reduzir a incerteza e assim estarem capacitados para entenderem e controlarem o seu ambiente/contexto de cocriação. Segundo, esta informação permite aos clientes dominarem o seu papel enquanto cocriadores de valor e tornarem-se mais integrados no processo de cocriação de valor. Esta procura de informação pode concretizar-se de várias maneiras: diretamente com as organizações ou perguntando diretamente a outros clientes (essa informação será ainda mais valiosa se os clientes questionados tiverem já experienciado o serviço). A partilha de informação sugerida pelos autores refere-se à partilha necessária de informação que um cliente tem que transmitir a um colaborador para que este lhe consiga oferecer um serviço que vá de encontro às suas necessidades específicas (Ennew & Binks, 1999). Contextualizando à abordagem de uma consulta médica, por exemplo, um doente tem que fornecer o médico com informação precisa para que este consiga fazer um diagnóstico apropriado. O comportamento responsável surge quando os clientes reconhecem as suas tarefas e responsabilidade como “empregados parciais” (Ennew & Binks, 1999). Assim para que a cocriação de valor tenha êxito, estes clientes precisam de ser cooperativos, aceitando as indicações fornecidas pelos colaboradores dessa mesma organização (Bettencourt, 1997). Por último, Yi e Gong (2013) introduzem o fator “interações pessoais” que de acordo com Ennew & Binks (1999) referem-se às relações interpessoais entre os clientes e os empregados. Se a cocriação de valor de um serviço ocorre num ambiente social, quanto mais agradável, simpático e positivo for esse ambiente, maior é a probabilidade para que os clientes se envolvam no processo de cocriação (Lengnick-Hall, Claycomb, & Inks, 2000).

¹⁵ advocacy

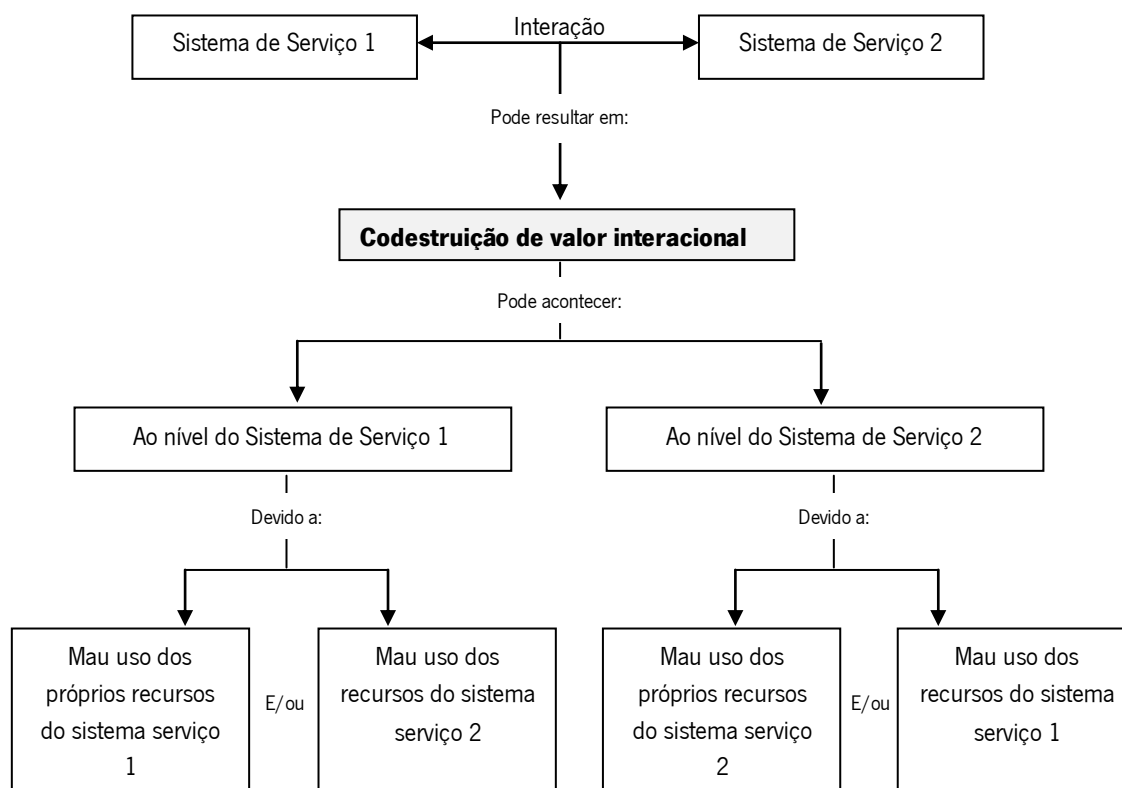
3.3. Processo de Codestruição de Valor

Nem todas as experiências de cocriação são positivas. Se um cliente acreditar que o seu diálogo com a organização é unilateral ou que a organização se comporta injustamente ou obscuramente, ou falharam em revelar os riscos, então as experiências de cocriação podem ser negativas.

Plé & Cáceres (2010, p.431) referem que se o valor pode ser cocriado, é possível que também possa ser codestruído através dos processos interacionais. De acordo com os autores, a codestruição de valor pode ser definida como *“um processo de interação entre o sistema de serviço que resulta numa diminuição de pelo menos um dos sistemas de bem-estar (dada a natureza dos serviços poder ser individual ou organizacional). Durante este processo, este sistema de serviço interage diretamente (pessoa-a-pessoa) ou indiretamente (via aparelhos (bens)) através da aplicação e integração de recursos”*. Os autores argumentam que o processo de codestruição de valor resulta da incorreta utilização/abuso/desperdício dos recursos durante as diferentes interações no sistema de serviço, podendo o erro ter origem na aplicação e integração nos seus próprios recursos e/ou nos recursos da outra parte, frustrando a expectativa do outro ator. Mas também é possível que ambas as partes falhem e deturpem a integração dos recursos (Plé & Cáceres, 2010).

A codestruição de valor pode ser puramente acidental mas também pode ser intencional. A codestruição acidental pode acontecer por exemplo no envolvimento do cliente no processo de inovação – coinovação. Este processo pode-se tornar codestruidor de valor devido ao conhecimento limitado do cliente sobre as novas tecnologias/materiais, provocando inclusive frustração e um efeito adverso no bem-estar pessoal do cliente. A codestruição de valor intencional pode ocorrer, por exemplo, quando um cliente não diz a verdade ao pessoal de contacto de uma organização para poder beneficiar de um tratamento preferencial. Da perspectiva da organização, os recursos do cliente são usados de uma maneira não esperada resultando na criação de valor para uma das partes (o cliente), enquanto, por outro lado causa codestruição de valor na outra parte (organização). A Figura 11 ilustra este processo.

Figura 11 – Fontes de Codestruição de Valor através da Interação no Sistema de Serviço



Fonte: Plé & Cáceres (2010, p.433)

Concluindo, no processo de cocriação a distinção entre singularidade e eficiência na criação de valor desaparece. A cocriação deve ser um processo contínuo de descoberta tanto de fontes únicas de diferenciação como de eficiência, aumentando a capacidade da organização para gerar informações valiosas mais rapidamente e tirar vantagens de novas oportunidades, enquanto reduz riscos, tempo e capital intensivo e aproveita os recursos globais das *networks* e comunidades. A cocriação passa então da filosofia da colaboração *win-win* para *win more-win more* que torna acessível um novo crescimento sustentável, vantagens negociais e oportunidades de inovação (Ramasmamy, 2009).

3.4. Cocriação de Valor e Encontros de Serviços de Valor

O termo “encontro de serviços” tem sido muito usado na literatura do marketing nos últimos anos. Surprenant & Solomon (1987, p.87) definem encontros de serviços baseando-se na teoria da interdependência e descrevem-nos *“como sendo uma interação diádica entre um consumidor e um prestador de serviços”*, com o reconhecimento de que cada cliente é único. A teoria da interdependência reconhece que os comportamentos de cada parte tem efeito nos resultados recebidos pela outra parte (Czepiel, 1990). Shostack (1985) define um encontro de serviços como *“o período de tempo em que o consumidor interage diretamente com o serviço”*. Esta definição sugere que o encontro de serviço não necessita implicitamente que haja interação com o elemento humano. De acordo com Czepiel (1990, p. 13), *“os encontros de serviço são fenômenos interessantes com efeitos tanto de curto como de longo prazo”*. No curto prazo, consideram uma ocasião social de troca econômica em que a sociedade permite estranhos interagir. No longo prazo, os encontros fornecem ocasiões sociais em que comprador e vendedor podem negociar e nutrir a relação acumulada dos diversos encontros anteriores. Hollander (1985) reforça que a forma de um encontro depende tanto de forças sociais como pessoais pois condicionarão as diferentes interações proporcionando maior (menor) atratividade de potenciais clientes.

É durante a prestação do serviço que o cliente faz a sua percepção e experiencia o serviço, é o chamado momento de verdade (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2006). Albrecht & Zemke (1985) referem que gerir um encontro de serviços envolve muito mais que ensinar e formar os colaboradores a dizer “Tenha um bom dia” ou atender o telefone antes do terceiro toque. Uma gestão efetiva de um encontro de serviços envolve pois compreender o comportamento (muita das vezes complexo) dos colaboradores que podem distinguir um encontro de serviço altamente satisfatório de um insatisfatório, e em função disso, formar, motivar e recompensar os colaboradores para voltarem a exibirem esses comportamentos satisfatórios. Outro contexto a considerar na prestação do serviço é referido por Miao, Mattila, & Mount (2011) que defendem que o encontro de serviços que ocorram em locais públicos, podem ter a influência dos outros clientes, afetando o comportamento emocional dos clientes, pois a frequência das interações entre consumidor-consumidor supera em grande parte as interações prestador-consumidor e os

clientes utilizam os comentários dos outros clientes para formular as suas expectativas (Martion & Clark, 1996).

O processo de encontro envolve assim, uma série de interações e transações multi-laterais entre cliente e prestador. Payne *et al.* (2008) sugerem três formas de encontros que facilitam a cocriação de valor: a comunicação nos encontros, os encontros de uso e o encontro de serviço. Quando se refere à comunicação no encontro menciona-se todas as atividades que possam conetar com o cliente, quer seja através de anúncios, brochuras, manuais ou sítios da internet. O uso do encontro refere-se à prática do cliente em usar o produto/serviço e utilizar os serviços que o suportam (ex: utilizar o serviço de internet do banco). O encontro de serviço compreende as interações do cliente com o serviço (ou aplicações deste), devendo ser personalizado a cada cliente (ex: centro de contacto).

Gerir a cocriação de valor no encontro com o cliente envolve determinar que canais podem ser usados pelos clientes e que tipos de encontros estão associados a esses canais e respetivos impactos no cliente. Assim, e no alinhamento do capítulo anterior, cada encontro será uma experiência pelo que se pode categorizar os encontros em: encontros de suporte emocional, encontros de suporte cognitivo, encontros de suporte comportamental e ação e, encontros críticos (Payne *et al.*, 2008). O autor refere que *“nem todos os encontros são igualmente importantes para a cocriação de valor. Em alguns deles tornam-se necessário construir experiências com o cliente, enquanto outros são mais propícios à cocriação de valor.”* (p.90). No entanto todos os encontros são positivamente ou negativamente críticos.

É importante que as organizações reconheçam que um encontro de serviço pode ter impacto na diferenciação do serviço, no controlo da qualidade e na satisfação do consumidor, gerando assim encontros de valor (Solomon, Surprenant, Czepiel, & Gutman, 1985). De acordo com Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988), o valor de um serviço pode resultar, do julgamento feito pelo cliente relativamente à sua qualidade, isto é, à superioridade do serviço reconhecida pelo cliente. Nesta linha de pensamento, deve-se considerar as componentes da qualidade como elementos importantes no valor de um serviço (Lapierre, Filiatrault, & Chebat, 1999).

IV – COCRIAÇÃO DE VALOR NA SAÚDE

Após a ilustração e caracterização do novo cliente/utilizador e do processo de cocriação de valor, é relevante entender, à semelhança do contexto organizacional mais genérico, como é que a criação de valor se processa num serviço de saúde. Neste sentido, ir-se-á de seguida apresentar uma revisão do conceito da cocriação de valor no contexto de saúde.

4.1. A Cocriação de Valor no Setor da Saúde

Os serviços de saúde revestem-se de características próprias quando comparados com outros serviços. Na verdade, nunca se sabe o momento em que se precisa de cuidados de saúde, ou mesmo os custos associados a esses cuidados. A incerteza é, pois, uma das características presentes nesta área. Este setor é também caracterizado pela assimetria de informação (sobretudo entre os prestadores de cuidados e os utilizadores desse serviço), a ausência de lucro, a intervenção pública e o comportamento ético (Barros, 2005). Além disso, o setor da saúde reveste-se de bastante complexidade, em virtude da influência de quatro dimensões: a dimensão médica, a dimensão social, a dimensão cognitiva e a dimensão emocional (Edgren, 1991). A dimensão médica recai sobre o motivo que levou um utilizador a procurar ajuda clínica. Esta dimensão inclui então as doenças físicas e psicológicas/mentais. A dimensão social reflete, a informação de saúde recebida das interações sociais com a família, amigos, colegas de trabalho ou outras pessoas que tiveram contacto com o sistema de saúde. Estes são capazes de fornecer informação sobre os problemas de saúde que irão influenciar a maneira com o utilizador vê a doença. A dimensão cognitiva inclui o conhecimento que o utilizador tem sobre o seu problema de saúde antes de procurar ajuda profissional. Este conhecimento, geralmente é obtido fruto de experiências anteriores, informação procurada pelo utilizador ou através dos contactos com os atores pertencentes à dimensão social. Por último, a dimensão emocional refere-se aos direitos do utilizador (ex: direito de ser tratado com respeito e dignidade) e à resposta que os serviços devem dar.

Relativamente à indústria dos cuidados de saúde, esta tem evoluído ao longo dos anos, assistindo-se a inovações tanto no setor farmacêutico como na biotecnologia, nutrição, cosmética e mesmo nas medicinas alternativas. Repare-se que, há vinte anos quando alguém se

sentia doente e ia ao médico, fazia os respetivos exames complementares de diagnóstico e o médico prescrevia a medicação concordante com o diagnóstico. Os utilizadores desse serviço apenas seguiam as suas indicações, acreditando que era o melhor para solucionar o seu problema de saúde (Prahalad & Ramaswamy, 2004a).

Nos dias de hoje, o processo de cuidados de saúde é bem mais complexo. O utilizador dos serviços de saúde tornou-se mais exigente alterando a dinâmica médico-utilizador do serviço de saúde. Atualmente, estes utilizadores têm acesso a uma abundância de informação (alguma credível outra não), podendo aprender sobre as mais variadas doenças, investigar sobre tratamentos alternativos para cada condição e desenvolver uma opinião sobre o que pode ou não funcionar para eles. Além disso, estes utilizadores trocam experiências com outros utilizadores, partilhando assim informação gratuita e valiosa que lhes permite construir uma opinião sobre a sua situação de saúde, levando-o a questionar mais vezes os profissionais de saúde. A título ilustrativo sobre o novo comportamento do utilizador do serviço de saúde, imagine-se um utilizador que apresenta um diagnóstico de colesterol LDL elevado. Este utilizador, para além do compromisso em seguir as instruções médicas (tomar a medicação e fazer as respetivas análises de controlo) e pagar as taxas moderadoras aplicáveis, pode também encontrar no seu espaço de bem-estar¹⁶ outras opções para melhorar a sua situação. Pode optar por começar a praticar exercício físico, alterar os seus hábitos alimentares e estilos de vida e procurar outros utilizadores que partilham da mesma doença e ainda filiar-se em associações/comunidades de modo a ter uma participação mais ativa e colaborativa junto daqueles que partilham consigo a mesma condição de saúde (Prahalad & Ramaswamy, 2004a). Assim, será de esperar que as consultas médicas sejam diferentes das convencionais de há vinte anos. Surgem mais perguntas por parte do utilizador, questionando as decisões do profissional de saúde: “Porque é que me prescreve estes medicamentos?”, “Porque não, a alternativa que eu encontrei na Internet?” “Porque não faço o mesmo que o outro doente fez?”. O médico pode sentir que está a ser desafiada a sua perícia, conhecimento e autoridade, podendo mesmo ficar ressentido com o conhecimento do utilizador, mas tal deve ser entendido como algo benéfico pois ajudará o utilizador na coopção para encontrar o melhor tratamento (Prahalad e Ramaswamy, 2000). O médico deve pois gastar parte do seu tempo e energia,

¹⁶ Wellness space

explicando e defendendo a sua abordagem e os modelos organizacionais de cuidados de saúde devem ter em conta esta característica.

Os utilizadores dos serviços de saúde começam a exercer uma posição dominante sobre os prestadores pois tornaram-se mais conscientes, procuram mais e têm mais responsabilidade pela sua saúde (MacStravic, 2000). Assim, e de acordo com Nordgren (2008) o “velho” conceito de produtividade nos serviços de saúde não ilustra a realidade dos dias de hoje, pois não envolve a contribuição do utilizador na criação de valor. Para Prahalad & Ramaswamy (2004a), a dinâmica da mudança da interação entre os “novos” utilizadores e estas organizações deve ser analisada.

Nos serviços de saúde, Daniel & Darby (1997) defendem que a troca de informação e o relacionamento são duas dimensões primordiais neste conceito de orientação para o utilizador. Thorne *et al.* (2000) consideram que o conceito de relacionamento nos cuidados de saúde é baseado em três pressupostos principais: o profissional é um perito, o sistema é portador de serviços de apoio sociais e, o utilizador ideal é cumpridor do tratamento terapêutico e auto-suficiente.

Uma vez que se assiste a uma proatividade acrescida por procura de informação por parte dos utilizadores do serviço de saúde, estes possuem agora maior poder para opinar e decidir (tentando garantir que nada falhe com a gestão da sua doença). Assim, o processo de cocriação implica relacionamento, exigindo-se que as organizações apliquem na prática o verdadeiro conceito de orientação para o “cliente”, oferecendo serviços em que o utilizador reconheça valor único e distintivo. Embora numa perspetiva de cuidados de saúde, o grande objetivo é que este utilizador não volte (significando que alcançou um resultado satisfatório com o seu diagnóstico e que a sua situação clínica está controlada), numa perspetiva de marketing, se o utilizador necessitar de voltar, que volte à organização que lhe conferiu maior valor. Tasa, Baker, & Murray (1996) defendem que o utilizador do serviço de saúde deve ser o centro do serviço ou do processo, tanto na conceção como na monitorização. Os profissionais de saúde devem assim considerar o utilizador do serviço de saúde como único e focar-se na pessoa em vez de na doença. Uma das formas mais simples de envolver e levar à participação do utilizador é, por

exemplo, permitir que este escolha a data da próxima consulta/cirurgia. Existe assim, consideração e respeito pelos horários e o dia-a-dia do utilizador.

De acordo com Prahalad e Ramaswamy (2004a, p. 9), um gestor de um serviço de saúde precisa considerar as seguintes questões:

- 1. Como é que o utilizador participa ativamente no processo de tomada de decisão?*
- 2. Como é que a qualidade das interações do utilizador com o médico, família e restantes profissionais de uma organização de saúde afetam a qualidade da experiência geral do utilizador?*
- 3. Qual é o ponto de partida da criação de valor? Qual é o papel do total da rede dos produtos, serviços e prestadores relacionados, na criação de valor? Como pode qualquer um deles criar valor com o utilizador do serviço de saúde num determinado período de tempo?*

Torna-se então imprescindível criar condições para saber envolver o utilizador durante o encontro do serviço de saúde. Gill & White (2008) consideram quatro sub-dimensões essenciais no envolvimento do cliente nestes serviços: a confiança, a segurança, o compromisso e a troca de informação. Já Eldh, Ekman, & Ehnfors (2006) concluíram que as condições para a participação nos cuidados de saúde são o conhecimento e o respeito. Sempre que um utilizador percebe que o profissional de saúde tem conhecimento sobre as suas necessidades e o seu estado de saúde irá envolver-se com os profissionais de saúde. O respeito refere-se à maneira individualizada como o utilizador espera ser tratado e Tasa, Baker, & Murray (1996) argumentam que o respeito no serviço de saúde engloba a integridade do utilizador, a comunicação e a confiança. Quando um utilizador de um serviço de saúde, assume responsabilidade para atingir os melhores resultados esperados para si, há maior probabilidade de este alcançar os seus objetivos (Bagozzi & Dholakia, 1999). Vários autores investigaram e testaram empiricamente os resultados resultantes do envolvimento do utilizador nos diversos processos de saúde. A tabela 8 apresenta alguns dos resultados dos diferentes estudos:

Tabela 8 – Resultados resultantes do Envolvimento do Utilizador

Estudos	Resultados verificados
Badcott (2005)	Adesão Terapêutica
McColl-Kennedy <i>et al.</i> , (2009)	Melhoria da qualidade de vida
Fallowfield <i>et al.</i> (1990)	Melhoria do bem-estar psicológico
Ouschan <i>et al.</i> (2000)	Aumento da confiança e compromisso entre médico-utilizador
Michie, Miles, & Weinman (2003)	Melhoria da relação médico-utilizador e da auto-eficácia do utilizador
MacStravic (2000)	Diminuir custos necessários e melhorias dos resultados de saúde
Nordgren (2008)	Redução de morbilidade e redução de mortalidade
Draper (1997)	Impacto na qualidade organizacional (diminui o número de reclamações, consciência das áreas de insatisfação, definição de oportunidades de melhoria)
Czepiel (1990); Solomon <i>et al.</i> , (1985)	Satisfação
Dellande, Gilly, & Graham (2004)	Melhoria da situação de saúde
Ojasalo (1999)	Qualidade percebida

Fonte: Elaboração própria

Cahill (1998) salienta que neste setor, os termos “envolvimento” e “participação” são usados alternadamente e Nambisan & Nambisan (2009) reforçam a sua importância na criação de valor e inovação.

Uma corrente de investigação concluiu que as intenções comportamentais para mudar/diminuir/prevenir riscos de certas doenças podem ser uma das principais motivações que levam ao envolvimento do utilizador nos cuidados de saúde. Por exemplo: o pedido de *check-ups* médicos, cessações tabágicas e outros comportamentos de saúde preventivos requerem energia e participação do utilizador para a sua própria ajuda e conduzem a resultados positivos. A par disto, é conhecido que intervenções médicas centradas no utilizador influenciam os comportamentos de saúde, sendo identificadas como motivações de sucesso. Essa centralização pode ser concretizada, segundo Beck, Daughtridge, & Sloane (2002) através da empatia do médico, o reconforto e o apoio.

Alcançar o maior valor para o utilizador deve ser o objetivo mais abrangente na prestação de cuidados de saúde, sendo o valor definido como os resultados alcançados em saúde por dólar gasto (CP *et al.*, 2000). Se o valor aumenta, utilizadores, prestadores, pagadores, fornecedores podem beneficiar enquanto, a sustentabilidade económica do sistema de cuidados de saúde aumenta (Porter, 2010). Segundo Porter (2010), o valor neste contexto é definido pelo quadro de aperfeiçoamento do desempenho nos cuidados de saúde. Rigor, medidas disciplinadas e melhoria do valor é o melhor caminho para o progresso do sistema. Como já perspetivado, o valor deve ser sempre definido em torno do utilizador e do bom funcionamento do sistema de

cuidados de saúde. Segundo Prahalad & Ramaswamy (2004), o valor não surge só do produto físico, da comunicação ou mesmo da rede (que inclui médicos, hospitais, família, comunidade) que suporta o sistema. O valor encontra-se na experiência de cocriação de um utilizador específico, num período de tempo e lugar específico, no contexto de um episódio específico. Como já foi referido, a experiência de cocriar é a base de valor e, origina a interação dos utilizadores com a rede. O utilizador, cocriando com a rede é um *stakeholder* ativo na definição da interação e do contexto do episódio. O total desta experiência resulta em valor que é pessoal e único para cada indivíduo.

Mas qual a definição de cocriação de valor na saúde? Não existem muitos estudos que apresentem esta definição. McColl-Kennedy *et al.* (2012, p.1) e McColl-Kennedy *et al.*, (2009, p.5) definem a cocriação de um utilizador de serviços de saúde como “*os benefícios realizados da integração de recursos através das atividades e interações com colaboradores numa rede de clientes do serviço*” que podem incluir o próprio utilizador, familiares, outros utilizadores, profissionais de saúde e a comunidade em geral. Segundo os autores as características essenciais a ter em conta são:

- a) Estas atividades são definidas como “desempenhando” e “fazendo para si e para os outros”;
- b) Estas atividades compreendem duas componentes (cognitiva e comportamental);
- c) Estas atividades envolvem esforço por parte do consumidor.

Perante a caracterização apresentada pode-se inferir que este tipo de clientes possui, em linha com a conceitualização de Vargo & Lusch (2004), conhecimentos e competências que fazem de si possuidor de recursos operantes. O utilizador é o primeiro detentor de conhecimento sobre si e do seu estado de saúde e atualmente, tem ao seu dispor tecnologias de informação que lhe permitem estar mais informado, tornando-o mais confiante no envolvimento e desenvolvimento do plano de tratamento, em conjunto com o seu profissional de saúde. Tal como já foi referido, este conhecimento adquirido confere a este cliente maior segurança nas suas decisões fomentando a coopção (Prahalad & Ramaswamy, 2000). Pode-se também afirmar em concordância com o estudo de Vargo & Lusch (2008) que a cocriação de valor na saúde também é concretizada através da integração dos recursos. Esta definição é consistente, na medida que a entidade prestadora de serviço fornece *inputs* que criam valor para o cliente e o

utilizador pode participar no processo de prestação do serviço em vários níveis, quer seja através da partilha de informação, *self-service* (ex: tomando a medicação), ou auxiliando os profissionais de saúde (McColl-Kennedy *et al.*, 2009). Além disso, o utilizador possui informações necessárias ao profissional de saúde e, é esta partilha de conhecimento que juntamente com as aptidões especializadas do profissional de saúde, permitem fazer um diagnóstico e prescrever a respetiva terapêutica conjunta.

Contextualizando ao modelo apresentado na Figura 4, defendido por Vargo *et al.* (2008), as fontes de integração de recursos no âmbito da saúde também podem ser privadas (como os amigos e a família), *market-facing* que incluem outras entidades e organizações (clínicas, hospitais e outros profissionais de saúde) e públicas (associações, grupos da comunidade, governo...) (McColl-Kennedy *et al.*, 2012). Também as componentes cognitivas e comportamentais apresentadas como características já foram mencionadas por Payne, Strobacka & Frow (2008). Em suma, neste setor, o valor também é sempre cocriado como defende a lógica dominante do serviço.

A esfera da prestação de cuidados de saúde reveste-se de bastante complexidade e heterogeneidade, pois há situações de saúde onde não há cura, há utilizadores que não cumprem as indicações terapêuticas, logo cada caso tem um estilo de cocriação diferente que irá conduzir a diferentes resultados. No caso em que não há cura, os objetivos são alcançar a melhor qualidade de vida para estes doentes e, portanto, é esperado que estes utilizadores cocriem de diferentes maneiras. De igual forma, os utilizadores com Como cada caso é um caso, os resultados esperados, os valores e as aptidões dos indivíduos diferem consoante, aquilo que procuram para alcançar a melhor qualidade de vida possível (McColl-Kennedy *et al.*, 2009). A este propósito Brody (1980) concluiu que os utilizadores do setor privado, em oposição ao setor público, são mais motivados pela filosofia de participação.

O estudo de McColl-Kennedy *et al.* (2012) efetuado com utilizadores de serviços de saúde¹⁷, apresenta oito estilos de práticas de cocriação de valor e a relação destas práticas com os resultados desejados, associando as atividades comportamentais e cognitivas praticadas pelo utilizador que cocria valor. Essas atividades são a cooperação, a recolha de informação, a

¹⁷ Doentes com cancro

combinação com terapias complementares, a coaprendizagem (procura ativa e partilha de informação e fornecimento de feedback), a mudança da maneira como se fazem as coisas, a ligação com a família, amigos, médicos e outros profissionais de saúde e grupos de apoio, a coprodução (auxiliando com a administração de tratamentos, reformulação do tratamento e reconfigurando a equipa médica) e atividades cerebrais como o pensamento positivo¹⁸. Ao perceber o papel do utilizador na interação com as diferentes atividades foi possível representar cinco estilos de práticas de cocriação de valor: “Líder de Equipa”, “Controlador Isolado”, “Parceria”, “Pragmático Adaptativo”, “Complacência Passiva”¹⁹.

A tabela 9 resume os diferentes estilos combinados com as diferentes atividades.

Tabela 9 – Estilos de Cocriação

Estilo	Tipo de Atividade	Descrição
“Líder de Equipa”	Cooperação Recolha de informação Combinação de terapias complementares Coaprendizagem Ligação (ex: com a família, amigos...) Atividades Cerebrais Atividades de coprodução	Alto nível de atividades e de interações com diferentes indivíduos e atores. É esperado que este tipo de indivíduo procure e partilhe ativamente informação através de várias fontes como internet, família, amigos e profissionais de saúde.
“Controlador Isolado”	Cooperação Recolha de informação Combinação de terapias complementares Coaprendizagem Atividades Cerebrais Atividades de co-produção	Alto nível de atividades e baixo número de interações. Estes indivíduos tendem a ser auto-focados, preferindo estar sós em vez de partilhar emoções e problemas com os outros.
“Parceria”	Cooperação Recolha de informação Combinação de terapias complementares Atividades Cerebrais Atividades de coprodução	Nível médio de atividades e de interações. A colaboração é primeiramente com os médicos e limitada a um número de profissionais.
“Pragmático Adaptativo”	Cooperação Recolha de informação Coaprendizagem Ligação (primeiramente com a família, amigos e grupos de apoio) Atividades Cerebrais Mudando a maneira como se fazem as coisas	Nível de atividades relativamente baixo e alto número de interações. O seu papel é primariamente adaptar-se às circunstâncias.
“Complacência Passiva”	Cooperação Recolha de informação	Baixo nível de atividades e de interações com os diferentes atores. Este estilo é caracterizado pela aceitação. Estes indivíduos não tendem a questionar o

¹⁸ Cooperating; Collating information; Combining complementary therapies; Colearning; Changing ways of doing things; Connecting with family and friends and other health professionals; Coproduction e Cerebral activities

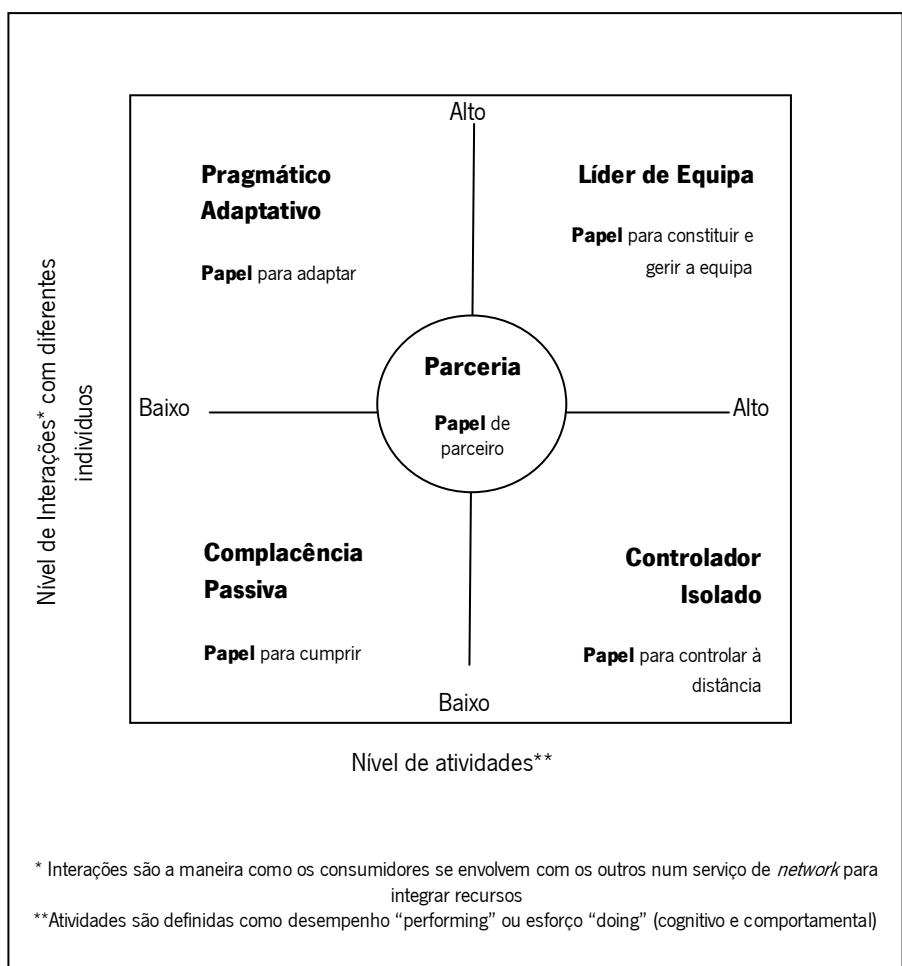
¹⁹ “Team Management”, “Insular Controlling”, “Partnering”, “Pragmatic Adapting” e “Passive Compliance”

Estilo	Tipo de Atividade	Descrição
		médico nem a pesquisar na Internet por mais informação.

Fonte: adaptado de McColl-Kennedy *et al.* (2012)

Esta tipologia pode ser apresentada num quadro de duas dimensões baseado nas diferentes percepções dos papéis deste consumidor em relação ao nível de atividades (baixo a alto) e ao número de interações com os diferentes atores desde a organização de saúde em questão a outras organizações (*market facing*), a fontes públicas, privadas e atividades auto-geradas na rede (baixo a alto). A figura 12 ilustra essa tipologia.

Figura 12 – Enquadramento dos Estilos dos Consumidores em Práticas de Cocriação de Valor

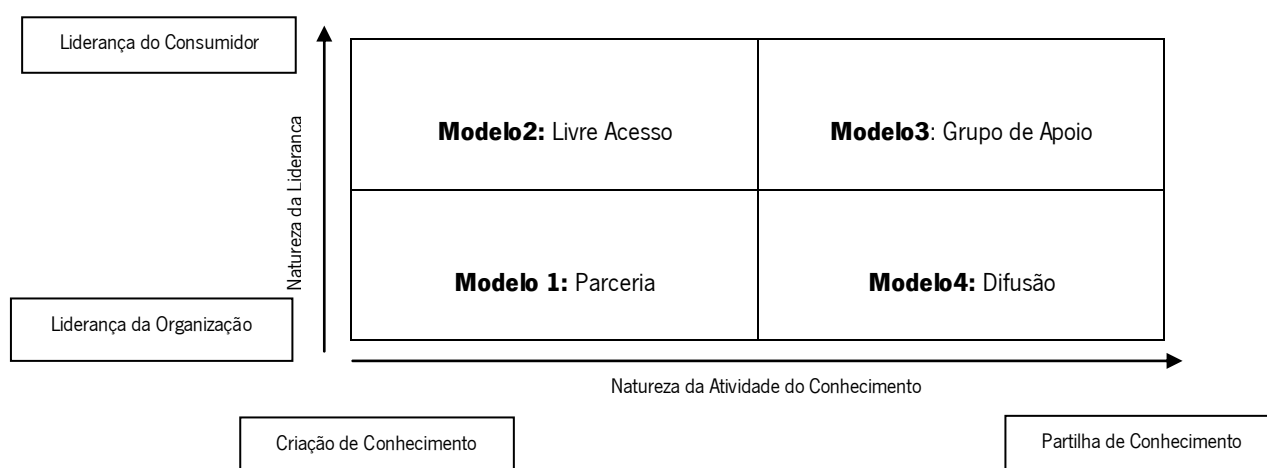


Fonte: McColl-Kennedy *et al.* (2012, p. 14)

Os autores Nambisan & Nambisan (2009) também analisaram a cocriação de valor nos cuidados de saúde, identificando quatro modelos de cocriação de valor dos utilizadores em ambientes online. A figura 13 representa estes modelos de cocriação de valor assentes em duas

dimensões: a natureza da liderança da comunidade de saúde online e a natureza da atividade do conhecimento facilitada pela comunidade online. De acordo com os autores, alguns estudos da gestão da inovação revelam que a natureza da liderança na plataforma da cocriação de valor pode moldar a natureza dos resultados. É considerado que as atividades de cocriação de valor são iniciadas e conduzidas pelas organizações ou pela comunidade de consumidores. A segunda dimensão diz respeito à natureza das atividades de conhecimento e os autores classificam-na em duas categorias: criação de novo conhecimento (por exemplo: desenvolvimento de ideias inovadoras e soluções relacionadas com serviços ou tratamento novos ou já existentes) e partilha de conhecimento (ou seja a difusão de conhecimento sobre doenças, tratamento, entre os consumidores).

Figura 13 – Modelos de Cocriação de Valor do Consumidor nos Cuidados de Saúde



Fonte: Nambisan e Nambisan (2009, p.348)

A tabela 10 sintetiza as principais características e descrição dos modelos apresentados:

Tabela 10 – Quatro Modelos de Cocriação de Valor do Consumidor nos Cuidados de Saúde

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<u>Natureza e Organização da cocriação de valor</u>	Os projetos de cocriação de valor são conduzidos pelas organizações de saúde e envolvem os utilizadores como parceiros criando (ou melhorando) novos produtos e serviços.	Os projetos de cocriação são conduzidos pelos utilizadores e envolvem a criação de novo conhecimento para o benefício da comunidade.	Os projetos de cocriação são conduzidos pelos utilizadores e envolvem a partilha de conhecimento já experimentado (sobre doenças e serviços) entre os outros utilizadores.	Os projetos de cocriação são conduzidos pelas organizações e focam-se na difusão de conhecimento sobre novos produtos e serviços entre os utilizadores.
<u>Principais</u>	Ideias inovadoras	Ideias inovadoras para	Debate com os	Rápida difusão da

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<u>resultados</u>	relacionadas com a organização. Redução dos custos de inovação e do <i>time to market</i> . Percepções positivas sobre da organização.	novos tratamentos, pesquisa clínica ou serviços em geral da saúde. Melhor ajuste da organização ao mercado no que diz respeito à inovação.	utilizadores-pares sobre produtos e serviços existentes. Implantação de serviços de apoio custo-efetivos pela organização. Identificação de oportunidades de melhoria do serviço.	organização de novos produtos e serviços. Percepções positivas sobre as organizações e seus produtos e serviços.
<u>Fatores críticos de sucesso</u>	Capacidade da organização cultivar relações de longo prazo de confiança com os utilizadores. Processos e sistemas de inovação abertos e transparentes.	Capacidade da organização proporcionar infraestruturas e recursos para apoiar iniciativas conduzidas pelo utilizador. Capacidade da organização desempenhar papéis não principais.	Capacidade da organização para complementar conhecimento partilhado com os pares com serviços de apoio apropriados.	Capacidade da organização ouvir e se envolver com os utilizadores na difusão de produtos. Partilha atempada de produtos apropriados ou serviços relacionados com o conhecimento.

Fonte: Nambisan e Nambisan (2009, p.349)

Apesar das organizações procurarem aumentar a cocriação, há evidência que por vezes o consumidor falha na otimização do seu papel (efeito codestruição). Na saúde, também é frequente os utilizadores falharem. A título ilustrativo: um utilizador ao não tomar a sua medicação corretamente conduz a resultados desastrosos (Tax, Colgate, & Bowen, 2006) ou por exemplo o utilizador fornecer informação incompleta e/ou incorreta ao profissional de saúde irá comprometer a qualidade do serviço prestado (Ordanini & Pasini, 2008). Outros estudos também revelam que deixar algumas decisões para o utilizador aumenta a ansiedade no momento da decisão do tratamento (Levy *et al.*, 1989) ou apenas aumentam o bem-estar psicológico nos primeiros meses de tratamento (Pozo *et al.*, 1992; Morris e Royle, 1987).

A revisão da literatura no setor da saúde permitiu concluir que a investigação da cocriação de valor nos cuidados de saúde ainda é um fenómeno novo, prova disso são os poucos estudos ainda publicados.

Neste estudo ir-se-á analisar a integração dos recursos do utilizador no processo de cocriação de valor e seus resultados num encontro de serviço de saúde. A consulta médica ou o encontro com um profissional de saúde é o encontro de serviço de saúde valor que se irá definir.

4.2. O Encontro de Valor: o Serviço de Saúde

Os encontros de serviços de saúde são caracterizados por um alto nível de interação entre profissional de saúde e utilizador. Orava & Tuominen (2002, p.677) definem o serviço médico como um *“serviço que influencia a saúde de uma pessoa, direta ou indiretamente, através de procedimentos executados por um profissional de saúde qualificado”*.

Assim, nos serviços de saúde e em particular num encontro com o profissional de saúde (maioritariamente assume-se a consulta médica), pode-se considerar as mesmas definições de encontros de serviços apresentadas anteriormente na seção 3.4, uma vez que a analogia do serviço é a mesma; de um lado tem-se um utilizador (cliente) e do outro lado o profissional de saúde (prestador do serviço). A consulta médica será o “encontro ou o momento de verdade” onde ambos os agentes interagem.

Em traços gerais pode-se definir uma (primeira) consulta médica através dos seguintes passos: primeiro, o utilizador reconhece que tem um problema e necessita de recorrer a um médico pelo que, é ele quem inicia o contacto com o serviço. O utilizador espera ser consultado o mais rapidamente possível, sendo a acessibilidade considerada como um argumento de valor. O processo de criação de valor continua com o diálogo e todas as atividades que terão lugar entre o utilizador e o médico. O objetivo da consulta é então avaliar a necessidade do utilizador em conjunto. O encontro em si inicia-se com a descrição do utilizador sobre si, episódios passados e a atual situação de saúde na esperança de ser bem diagnosticada a sua patologia e respetiva solução. O médico, por sua vez, ouve, faz questões e observações, tira notas e dá informações. O seu principal objetivo é determinar com base na sua experiência e conhecimento o diagnóstico correto no menor tempo possível. O encontro de serviço médico envolve então a produção conjunta onde tanto o médico como o utilizador fornecem *inputs* para a criação e prestação do serviço (Johnson *et al.*, 2009). O encontro pode ser caracterizado como uma relação em que ambas as partes aprendem e transmitem conhecimento uma com a outra. Através do diálogo este conhecimento aumenta e contrabalança a assimetria inicial (Nordgren, 2009).

A proposição central da lógica dominante do serviço refere que o consumidor se tornou um cocriador de valor, enfatizando assim o desenvolvimento de relações entre prestador-cliente através da interação e do diálogo (Payne *et al.*, 2008). A interação e o diálogo serão pois pontos-

chave no relacionamento entre médico e utilizador sendo a relação influenciada pela comunicação efetiva (Michie *et al.*, 2003). A par disto, também devem ser consideradas as instalações e recursos físicos que constituem a envolvente entre o médico e o utilizador, pois, de acordo com Bitner (1996), os serviços de pessoal, as instalações físicas e outros fatores tangíveis também caracterizarão o encontro do serviço e podem influenciar o momento de verdade.

V – MODELO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Decorrente da revisão da literatura anteriormente apresentada, verifica-se que a criação de valor decorre das atividades dos clientes e da forma como estes se integram nos encontros de serviços, sendo que estes contribuem com recursos e capacidades que criam valor. As organizações podem ou não facilitar essa integração de recursos e como tal os resultados podem variar de indivíduo para indivíduo e de contexto para contexto. Assim, neste capítulo propõe-se o modelo que oferece uma base conceitual para investigar quais os recursos, resultados e moderadores num processo de cocriação de valor num encontro de saúde. São ainda apresentadas e justificadas as hipóteses de investigação que suportam esse modelo.

5.1. Recursos e Competências do Utilizador de Serviços de Saúde

A nona premissa da lógica dominante do serviço refere que todos os atores são integradores de recursos com o objetivo de cocriar valor (Arnould *et al.*, 2006; Vargo & Lusch, 2008b). Arnould *et al.* (2006) classificam os recursos operantes de um consumidor em recursos físicos (dotação mental e física), recursos sociais (os relacionamentos) e recursos culturais (conhecimentos especializados).

Num encontro de saúde, através da interação há uma transferência bilateral de recursos que proporcionará valor cocriado (Gummesson & Mele, 2010). Cada encontro irá resultar numa aprendizagem (tanto para o utilizador como para a organização), que se refletirá na maneira como cada ator irá aplicar os recursos em futuros encontros (Gummesson & Mele, 2010; Payne *et al.*, 2008).

De seguida discutir-se-ão algumas variáveis que poderão constituir recursos e competências do utilizador de saúde e que, neste sentido, poderão influenciar os encontros de serviços de saúde.

5.1.1. Literacia em Saúde

O termo *literacia* tem uma definição bastante clara em qualquer dicionário da língua portuguesa: “capacidade de ler e escrever; alfabetismo”²⁰, mas na esfera científica este conceito ou *health literacy* na língua inglesa, não tem ainda uma definição tão consensual podendo significar diferentes coisas de acordo com a audiência, tornando-se numa fonte de confusão e debate (Baker, 2006). O termo *health literacy* foi usado pela primeira vez em 1974 por Simonds ao discutir a educação de saúde nas escolas, em que defendia que os estudantes não deveriam ser apenas educados nas disciplinas curriculares habituais, mas tornarem-se também “instruídos” em saúde como são em ciências e história (Simonds, 1974).

O trabalho de Sørensen *et al.* (2012) reúne várias definições de literacia em saúde retiradas de dezanove publicações após uma revisão sistemática na Medline, Pubmed e Web of Science. Os autores concluíram que todas as definições têm ênfase nas aptidões individuais para obter, processar e compreender informação de saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas de saúde. As capacidades individuais principais da literacia em saúde são, segundo o Institute of Medicine (2004), o conhecimento conceitual e cultural, ouvir, falar, aptidões de leitura, escrita e aritméticas. Conclui-se também que as definições mais usadas na literatura são as proclamadas pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação Médica Americana (Sorensen *et al.*, 2012). A Organização Mundial de Saúde define assim Literacia em Saúde como “as aptidões sociais e cognitivas que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e utilizarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998).

A tabela 11 reúne o conjunto de definições pesquisadas em literacia em saúde para este estudo

Tabela 11 – Definições de Literacia em Saúde

Autor	Categorização	Definição
Nutbeam (2000)	Literacia funcional/básica	Aptidões básicas em ler e escrever capazes para funcionar efetivamente nas situações diárias.
	Literacia interativa/comunicativa	Aptidões cognitivas e literárias mais avançadas que em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas ativamente para participar em atividades diárias, para extrair informação e formular significados das diferentes formas de

²⁰ <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/literacia>

Autor	Categorização	Definição
		comunicação e saber aplicar essa nova informação mediante as circunstâncias.
	Literacia crítica	Aptidões cognitivas e literárias mais avançadas que conjuntamente com as aptidões sociais podem ser aplicadas para analisar a informação criticamente e, usar essa informação para exercer grande controle sobre os eventos e situações da vida.
Zarcadoolas, Pleasant, & Greer (2005)	Literacia fundamental	Aptidões e estratégias envolvendo leitura, escrita, falar e interpretação de números.
	Literacia científica	Níveis de competência como a ciência e tecnologia.
	Literacia cultural	Habilidade de reconhecer e usar crenças coletivas, costumes, identidade social e visão do mundo a fim de interpretar e agir com a informação de saúde.
	Literacia cívica	Habilidade que permite aos cidadãos tornarem-se conscientes das questões públicas e envolverem-se no processo de tomada de decisão.
Kwan, Frankish, & Rootman (2006, p.9)	Literacia em Saúde	<i>“capacidade para procurar, compreender, avaliar e comunicar informação de saúde”.</i>
Mancuso (2008)	Capacidade	Inclui a recolha, análise e avaliação da credibilidade/ qualidade da informação de saúde, o trabalho conjunto, a gestão de recursos, a procura de orientação e apoio, a fim de desenvolver e expressar um sentido de si, criando e perseguindo uma visão e objetivos e mantendo-se a passo com mudança; também a linguagem oral, a leitura, a escrita, aptidões sociais, analíticas e numéricas são aqui incluídas
	Compreensão	Interação efetiva da lógica, língua e experiência para interpretação precisa da informação fornecida ao utilizador moderno tais como: instruções, diretrizes da medicação, materiais de educação do utilizador, formas de consentimento, etc.
	Comunicação	Pensamentos, mensagens ou informações que são trocadas por discursos, sinais, escrita ou comportamentos; a comunicação envolve codificação e descodificação e feedback.

Fonte: Elaboração própria

Pode-se concluir que, a quantidade de fatores que são considerados como chaves fundamentais do conceito de literacia em saúde é extensiva, justificando a razão pela qual não há consenso num conceito universal. Assim, neste estudo é considerada a definição mais recente que resulta da combinação das dezassete definições analisadas e revistas por Sørensen *et al.* (2012, p.3) originando a seguinte definição: *“literacia em saúde implica o conhecimento das pessoas, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões da vida do dia-a-dia relacionadas com cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”.*

Um conceito recente introduzido por Norman & Skinner (2006a) é o de e-Literacia em Saúde resultante do uso de recursos eletrônicos para procura de informação. e-Literacia em saúde foi concetualizado como a *“habilidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar informação de saúde de fontes eletrônicas e aplicar esse conhecimento para enfrentar ou resolver um problema de saúde”* (Norman & Skinner, 2006b, p.2). Estes autores consideram assim seis aptidões chave dentro deste contexto: a literacia tradicional (ler, escrever, falar e usar linguagem coerente), a literacia em saúde, a literacia da informação (saber como procurar informação e como usá-la), literacia científica, literacia sobre *media* e literacia sobre computadores.

À parte da definição de literacia em saúde existem vários antecedentes e conseqüências que se relacionam com este conceito. Para os antecedentes muitos autores referem fatores demográficos, psicológicos, culturais bem como a literacia em geral, características individuais e experiências anteriores com os sistemas de saúde (Sorensen *et al.*, 2012). No modelo proposto por Paasche-Orlow & Wolf (2007) as características socioeconómicas, a ocupação, o emprego, o rendimento, apoio social, a cultura e a linguagem são apontadas como fatores com impacto na literacia em saúde, assim como as competências de visão, audição, capacidade verbal, memória e raciocínio. A literacia em saúde é, como já referido, também influenciada pela idade, raça, género e o ambiente cultural, assim como pelas aptidões sociais e habilidades físicas e o uso dos *media* (Manganello, 2008). Freedman *et al.* (2009) faz ainda referência às forças políticas e do meio envolvente como antecedentes da literacia em saúde.

Lee, Arozullah, & Cho (2004) também identificaram quatro fatores interrelacionados com o conceito de literacia em saúde: o conhecimento sobre a doença e o auto-cuidado, o comportamento de risco para a saúde, os cuidados preventivos e visitas de rotina ao médico e o cumprimento da medicação. Estes autores também consideraram a importância do apoio do círculo social junto do indivíduo com baixa literacia, como meio facilitador de estabelecer atitudes e comportamentos saudáveis, aumentar o uso de prevenção e visitas de rotina ao médico e melhorar o seu estado de saúde. A baixa literacia em saúde pode ter várias conseqüências na saúde dos utilizadores cujas capacidades são limitadas e dificultam a compreensão da informação de saúde e seguir as instruções médicas escritas (Lee *et al.*, 2004; Magasi, Durkin, Wolf, & Deutsch, 2009). Também a comunicação com os seus médicos e outros prestadores de saúde pode ser afetada bem como a obtenção de tratamento apropriado e a tempo (Lee *et al.*,

2004; Longo, 2005). Existem algumas preocupações relativamente à capacidade de compreensão da informação de saúde devido à baixa literacia em saúde, especialmente no contexto médico.

Alguns estudos comprovam ainda que uma literacia em saúde inadequada pode estar relacionada com um estado de saúde pobre, baixo conhecimento da doença e uso desnecessário dos serviços hospitalares, o que acarreta custos (Baker, Parker, Williams, Clark, & Nurss, 1997; Gazmararian *et al.*, 1999; Gazmararian, Baker, Parker, & Blazer, 2000; Howard, Gazmararian, & Parker, 2005; Manganello, 2008). O estudo de Edwards *et al.* (2012) conclui que os utilizadores que apresentam patologias de longo prazo acabam por desenvolver literacia em saúde e aplicam os seus conhecimentos em prática tornando-se mais ativos nas consultas médicas. A este propósito, vários estudos têm mostrado que uma baixa literacia pode conduzir a um menor desejo de participar na tomada de decisão conjunta (Mancuso & Rincon, 2006) e maior dependência dos amigos, família e prestadores de serviços de saúde para tomar decisões (Collins, Crowley, Karlawish, & Casarett, 2004). Por seu turno, uma boa literacia de saúde proporciona benefícios individuais e sociais, tal como descreve Nutbeam (2000). Em termos de benefícios individuais, o autor apresenta os vários benefícios categorizados pelos diferentes tipos de literacia como apresentados acima: funcional, interativa e crítica. Um aumento da literacia funcional de saúde conduz a uma melhoria do conhecimento dos riscos e serviços de saúde e adesão terapêutica prescrita; relativamente à literacia interativa pode haver uma melhoria da capacidade para agir independentemente, melhoria da motivação e mais auto-confiança; a literacia crítica pode melhorar a resiliência individual na adversidade económica e social. Quanto aos benefícios sociais, igualmente a mesma divisão, a literacia funcional terá reflexos na participação da população em programas de saúde; a literacia interativa notar-se-á por exemplo na melhoria da capacidade de influenciar as normas sociais e interação com grupos sociais e uma melhoria da literacia crítica será notado por exemplo na melhoria da capacidade de agir em determinantes económicas e sociais, assistindo-se a uma maior capacitação da comunidade.

O aumento/melhoria da literacia de saúde conquistada através da aquisição de novo conhecimento irá melhorar as consequências, revertendo-se em atitudes mais positivas, maior auto-eficácia e comportamentos de saúde positivos (Baker, 2006). As vantagens da literacia em saúde devem ser encaradas como uma vantagem global para o século XXI (Nutbeam &

Kickbusch, 2000). No entanto Ishikawa & Yano (2008) consideram que a evidência empírica do efeito da literacia em saúde na saúde do utilizador dos serviços e seu comportamento é ainda limitada. Perante isto é proposta a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 1: Existe um efeito positivo da literacia em saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.

5.1.2. Perícia enquanto Utilizador

A perícia implica ter uma especial aptidão ou conhecimento que representa mestria por um determinado assunto (Stewart, 1989). O conceito de perícia do consumidor ou, em inglês, *customer expertise*, refere-se à capacidade geral do consumidor para usar os serviços/produtos comprados de forma a gerar benefícios (Ojasalo, 1999). Estes benefícios traduzem assim uma maneira de conseguir exceder o valor que o prestador do serviço é capaz de oferecer. Os benefícios alcançados variam consoante a capacidade de cada consumidor em fazer uso do produto/serviço e compreender o potencial deste em gerar-lhe valor, podendo assim representar qualidade para a organização ou qualidade para o consumidor. Também pode ser uma oportunidade dada à organização para conseguir prestar ao consumidor esses benefícios (Ojasalo, 2001).

A perícia/conhecimento é portanto, um fator importante nas decisões de compra dos consumidores, influenciando a procura de informação e a escolha dos produtos (Alba & Hutchinson, 1987). Brucks (1985) distinguiu duas formas de conhecimento do consumidor: o conhecimento objetivo e o conhecimento subjetivo. O conhecimento objetivo está associado à procura de informação sobre um grande número de atributos, facilitando o tipo de perguntas sobre os mesmos, pois ficará retido na memória de longo prazo. O conhecimento subjetivo refere-se ao nível de perícia percebido pelo consumidor ou o nível de auto-avaliação do conhecimento, ou seja a familiaridade com a classe de produtos, via conhecimento.

Na análise efetuada por Alba & Hutchinson (1987) foram identificadas cinco dimensões de perícia do consumidor: a repetição simples relacionada com o esforço cognitivo, a estrutura

cognitiva usada para diferenciar produtos, a habilidade para analisar informação e isolar o que é mais importante e relevante, a capacidade para elaborar informação, gerando conhecimento preciso que vai para além do que é dado e a capacidade para lembrar a informação do produto. Também Ojasalo (2001) refere três antecedentes da perícia do consumidor: primeiro, o número de compras de um serviço semelhante (repetição da compra), não tendo que ser obrigatoriamente do mesmo prestador de serviço. Assim, o conhecimento sobre esse serviço aumenta, uma vez que a perícia/conhecimento do consumidor cresce mais rápido quando se experimenta vários prestadores/fornecedores. A capacidade do consumidor avaliar e compreender as vantagens e desvantagens de um serviço também é um dos antecedentes da perícia do consumidor. Se o consumidor está numa posição em que consegue perceber as consequências concretas de um bom ou mau serviço, então ele aprenderá rapidamente a identificar o excedente de valor que o prestador de serviço é capaz de oferecer. O autor refere, que talvez isto seja mais fácil de se perceber numa pequena organização. Numa grande organização, o excedente de valor da compra pode perder-se. Por último, o conhecimento geral e a experiência que um cliente possa ter na área organizacional permitir-lhe-á ter um nível de perícia superior, isto é, este cliente ao comprar um certo serviço, terá um nível de perícia elevado, devido à sua experiência de compra em diferentes tipos de serviços.

Yiyi & Rongqiu (2008) identificaram outros papéis dos clientes no processo de cocriação de conhecimento (*knowledge co-creation*): “Utilizador passivo”, “Informador ativo”, “Pesquisador ativo ou passivo” e “Cocriador colaborativo”. Cada um destes quatro tipos de cocriação de conhecimento representam uma fonte diferente de valor e os papéis diferem na dimensão do conhecimento do cliente e no nível de participação do consumidor, como demonstra a tabela 12.

Tabela 12 – As Diferentes Formas de Cocriação do Conhecimento com o Cliente

Papel do consumidor	Conhecimento Cocriado	Nível de Participação do Consumidor	Valor criado	Prazo para entregar valor	Beneficiário Primário	Natureza do conhecimento cocriado	Nº de Consumidores
Utilizador Passivo	Conhecimento acerca do cliente	Baixo	Eficácia e eficiência dos processos internos da organização	Benefícios no curto prazo	Organização	Explícito	Todos
Informador Ativo	Conhecimento acerca da organização	Médio	Melhoria para o produto e serviço	Médio e curto prazo	Organização	Implícito para explícito	Selecionados
Pesquisador Ativo ou Passivo	Conhecimento para o consumidor	Médio Baixo	Melhoria das experiências do consumidor	Benefícios no curto prazo	Organização e consumidor	Explícito	Selecionados

Papel do consumidor	Conhecimento Cocriado	Nível de Participação do Consumidor	Valor criado	Prazo para entregar valor	Beneficiário Primário	Natureza do conhecimento cocriado	Nº de Consumidores
Cocriador colaborativo	Conhecimento criado colaborativamente	Alto	Produtos e serviços inovadores	Benefícios a longo prazo	Organização e consumidor	Implícito	Selecionados

Fonte: Yiyi & Rongqiu (2008, p.4)

Perante clientes mais informados, participativos, produtivos, peritos, será de esperar que a experiência da qualidade de um serviço tenha critérios de avaliação mais exigentes para estes clientes. Na verdade, estudos comprovam que os clientes que participam nas atividades organizacionais têm um aumento direto da sua satisfação pessoal e das percepções da qualidade do serviço (Czepiel, 1990; Solomon *et al.*, 1985).

No contexto da saúde, Hartzler & Pratt (2011, p.2) definem a perícia do utilizador como “*o conhecimento experiencial ganho através da experiência da gestão pessoal da doença no dia-a-dia*”. Como foi já referido, o setor da saúde é influenciado pela dimensão cognitiva que revela aqui esse conhecimento. Esse conhecimento adquire-se com a aprendizagem de experiências anteriores, pela informação procurada pelo utilizador nos diversos meios ou através dos contactos com outros atores (Edgren, 1991). Em contraste, também é definida a perícia do clínico como o conhecimento adquirido no seu estágio profissional até à prática clínica efetiva. Esta perícia é partilhada pelos profissionais de saúde com os utilizadores dos serviços de saúde. Além da informação recebida pelos profissionais de saúde, estes utilizadores também usam informação e conselhos oriundos de outros utilizadores, que irão permitir ajudá-los e ter uma atitude mais ativa e participativa nos seus próprios cuidados de saúde e na tomada de decisões de saúde mais informadas (Hartzler & Pratt, 2011; Heldal & Tjora, 2009). Os utilizadores normalmente partilham a sua perícia através de suportes informacionais, que envolvem a troca de informação, conselhos, opiniões e experiências usados para orientar em novas formas da gestão de saúde pessoal de um utilizador. Existem também outras formas onde os utilizadores adquirem perícia como o suporte emocional (isto é, a comunicação de carinho e preocupação) e o suporte instrumental (por exemplo, a troca de bens materiais e assistência prática como transporte, apoio financeiro) (Helgeson & Cohen, 1996). Segundo Jacobson (1986), a necessidade de suporte informacional é mais forte nos períodos de transição (período de mudança pessoal e relacional e pode ser assemelhada ao processo de quando um doente aceita a sua condição de saúde), uma vez que as necessidades de suporte emocional já foram

colmatadas durante o período que Weiss denomina de crise (situação repentina e de curta duração marcada por ameaça ao bem-estar humano (por exemplo quando um utilizador descobre que está doente)) (Weiss, 1976).

A necessidade de orientação que é trazida através do suporte informacional é normalmente encontrada por pessoas com perícia, que partilham informação que ajudará outros utilizadores a fazer uma melhor gestão da saúde pessoal com base nas experiências do utilizador-perito (tal como referido acima) (Weiss, 1974). A Internet, como já foi referido, veio facilitar a partilha desta perícia entre os utilizadores nas mais variadas comunidades de saúde online, podendo servir de suporte social (Civan & Pratt, 2007), uma vez que permitirá a troca de informação e conselhos que ajudará outros utilizadores a enfrentar situações de saúde similares (Sarasohn-Kahn, 2008). Badcott (2005) adverte para o risco de confusão entre o que é a experiência e perícia do consumidor. A experiência é limitada a um indivíduo, não podendo por isso generalizar o seu tratamento clínico como confiável para todos os casos e relativamente à perícia, tem que se ter presente que a maioria dos utilizadores não possui conhecimento psicológico e farmacológico para avaliar a natureza da sua doença, riscos ou limitações das medidas terapêuticas. No entanto, o autor considera o utilizador, um perito no sentido hermenêutico da palavra, uma vez que é ele o único que possui a experiência da sua doença e, Thorne *et al.* (2000) consideram que, consoante o grau de gravidade da doença existem diferenças no relacionamento com os prestadores de saúde.

Assim, na linha de pensamento de Hartzler & Pratt (2011), e tomando a definição proposta por Ojasalo (2001), a perícia enquanto utilizador dos serviços de saúde diz respeito ao conhecimento fruto da sua experiência com problemas de saúde que lhe permite usar o serviço de forma a gerar benefícios.

Acredita-se que, um utilizador que seja mais participativo irá cocriar mais valor. Várias iniciativas já foram tomadas pelos diversos hospitais, clínicas e departamentos de saúde de países para encorajar os utilizadores a tornarem-se mais envolvidos nas decisões referentes aos seus tratamentos, acreditando-se que irá contribuir para um melhor cumprimento das indicações terapêuticas e melhoria da sua qualidade de vida (Badcott, 2005) e melhor avaliação da qualidade dos serviços (Ojasalo, 1999). Assim, propõe-se a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 2: Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.

É então imprescindível saber envolver o cliente, de modo que ele participe na prestação de cuidados de saúde, de maneira a se cocriar valor. Nas próximas seções ir-se-á abordar os conceitos de participação do utilizador.

5.1.3. Motivação para participar

Na subsecção anterior, foi referido que quanto mais repetição de compra houver maior será a capacidade de um cliente em avaliar um produto/serviço, logo, maior será a sua capacidade em extrair valor para si mas também em dotar as organizações de *inputs* que os poderão ajudar a melhorar na maneira como prestam o serviço/produto, gerando-se então criação de valor conjunta.

Bowen (1986) sugere que a participação de um cliente num serviço é facilitada quando os clientes estão motivados para participar e têm capacidade para entender o seu papel no serviço. Ryan & Deci (2000, p.54) definem estar motivado como *“estar movido para fazer alguma coisa”*. Assim uma pessoa que não sinta impulso ou inspiração para agir é caracterizado como desmotivado enquanto alguém que tem energia e dinamismo para atuar, para atingir um fim é considerada motivada (Ryan & Deci, 2000). De acordo com os autores, as pessoas não têm diferentes quantidades de motivação, mas sim diferentes tipos de motivação. Assim, as pessoas não variam apenas o nível de motivação mas também a orientação para a motivação. Esta orientação reflete as atitudes e objetivos que aumentam a razão para a ação.

Füller, *et al.* (2006) distinguem a motivação intrínseca dos consumidores da motivação extrínseca para participarem numa atividade, neste caso na cocriação. A motivação intrínseca para cocriar está focada na satisfação derivada da participação no processo de cocriação. Tal como já foi enunciado, alguns indivíduos consideram essa participação divertida e por isso percebem-na como uma recompensa. Amabile (1996) refere também o interesse, o envolvimento, a curiosidade, a satisfação ou o desafio positivo como motivações intrínsecas. As

motivações extrínsecas referem-se aos resultados que os consumidores ganham por estarem ativos no processo de cocriação. Esses ganhos podem ser bônus ou melhoria do *status* adquirido durante ou depois da participação no processo de cocriação (Hofste, 2013).

A intensidade da cocriação varia de acordo com a motivação dos indivíduos (Hoyer *et al*, 2010), e pode ser categorizada em vários fatores motivadores que influenciam essa intensidade. Assim, os indivíduos sentem-se mais motivados e capazes em se envolver produtivamente no processo de cocriação devido a fatores relacionados com as recompensas financeiras, tecnológicas, sociais e psicológicas que podem obter (Füller, 2010). Zwass (2010) apresenta um quinto fator relacionado com os aspetos hedônicos que o consumidor recebe em cocriar. Um último fator foi apresentado por Katz, Blumler, & Gurevitch (1974) e refere-se à integração pessoal que o consumidor recebe em termo de reputação, *status*, senso de auto-eficácia ganho em cocriar. Alguns destes fatores já foram mencionados no capítulo 3, na descrição do processo de cocriação de valor.

Existem também aspetos que podem desmotivar o consumidor a participar. Por exemplo se os consumidores tiverem dificuldades em transmitir as suas preferências ou necessidades latentes, se têm pouco ou nenhum envolvimento com o produto, nunca irão apreciar os benefícios inerentes ao processo de cocriação (Etgar, 2008; Franke, Keinz, & Steger, 2009). Outro aspeto relaciona-se com a propriedade intelectual, isto é, embora haja consumidores que têm vontade e gosto de partilhar o seu conhecimento sem nenhum reconhecimento em troca, há outros que não têm essa vontade de partilhar sem receber uma compensação. A falta de consistência nas políticas de propriedade intelectual pode gerar percepções de injustiça entre os consumidores contribuidores, criando desmotivação (Hoyer *et al*, 2010). Quando existe demasiada burocracia dentro da atividade de cocriação conduzindo à percepção que o processo é muito complicado, não compensando o esforço do consumidor, levará a um desincentivo no processo de participação (Hoyer *et al*, 2010). Outro impedimento ao processo de cocriação recai sobre a transparência entre empresa e consumidor. Como referido no capítulo 4, se a empresa não partilha conhecimento com o consumidor, ele não estará motivado e talvez não capacitado a participar nas atividades de cocriação de valor (Prahalad & Ramaswamy, 2004)

O estudo qualitativo de Dellande, Gilly, & Graham (2004) conclui que a motivação é primordial, pois mesmo com capacidades, se os utilizadores não estiverem motivados, não há participação. O estudo empírico dos autores também concluiu que existe uma forte relação entre a motivação e o cumprimento terapêutico.

Assim, é proposta a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 3 – Existe um efeito positivo da motivação para participar no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.

5.1.4. Orientação para a Procura de Informação em Saúde

A informação pode ser definida como *“os estímulos do ambiente de uma pessoa que contribui para o seu conhecimento ou crenças”* (Brashers, Goldsmith, & Hsieh, 2002, p. 259). De acordo com os autores, a gestão da informação inclui atividades cognitivas e comunicativas como: pesquisar, evitar, fornecer, avaliar e interpretar todos esses estímulos.

O conceito procura de informação de saúde foi definido por Tardy & Hale (1998, p. 338) como *“as mensagens verbais ou não verbais apuradas através da interação quotidiana (de forma intencional ou acidentalmente), por um membro de uma rede auto-definida, que não servem apenas para reduzir a incerteza acerca do estado de saúde, mas também para construir um sentido de saúde social e pessoal (cognitivo)”*.

Na saúde, a comunicação e a informação têm sido consideradas cada vez mais importantes para ajudar as pessoas (Brashers *et al.*, 2002; Cline & Haynes, 2001). A literatura permite concluir que existem diferentes fontes para pesquisar os vários tipos de informação, assim como também existem diferenças na atitude por quem a procura.

O conceito orientação para a procura de informação de saúde reflete *“o interesse intrínseco do consumidor por assuntos de saúde, que contribui fundamentalmente para a motivação do consumidor em procurar informação de saúde”* (Dutta, Bodie, & Basu, 2008, p.182). Dutta-Bergman (2004, p.275) introduziu o conceito de orientação para a informação de saúde definindo-o como *“a vontade individual de procurar informação de saúde”*. Assim, podemos

encontrar indivíduos com uma orientação positiva ou negativa perante a procura de informação de saúde; outros demonstram um estado neutro. Um alto nível de orientação para a informação de saúde significa que há vontade de procurar informação acerca de temas de saúde e educar-se a si próprio sobre esses temas (Petty & Cacioppo, 1986). Aliás, a pesquisa de informação permite ao utilizador um papel mais participativo nos cuidados de saúde (Anker, Reinhart, & Feeley, 2011). Outro conceito também subjacente a estas matérias é a consciência de saúde. Os indivíduos com consciência de saúde são mais motivados para procurar informação sobre saúde e são motivados para o consumo de canais de comunicação com orientação para a informação (Moorman & Matulich, 1993).

Relativamente às fontes usadas para procurar informação, há estudos que concluem que a procura de informação pode ser feita no contexto das relações interpessoais dos indivíduos (família, amigos, prestadores de saúde) (Brashers *et al.*, 2002). Este apoio informacional tem efeitos de receber informação e aconselhar/apoiar. Por exemplo, a informação obtida que ajude a minimizar os efeitos de *stress* de uma doença, é uma forma de apoio social que pode ser trocado entre os membros de uma rede de apoio. As pessoas tendem a ir ter com amigos e família para identificar sintomas, possíveis tratamentos e fazer alterações dos seus estilos de vida (Brashers *et al.*, 2002). Os indivíduos que mais aprendem sobre os temas de saúde através dos canais interpessoais estão provavelmente rodeados de pessoas orientadas para saúde que recolhem informação de outras fontes (Dutta-Bergman, 2004). Os prestadores de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) também são fontes de informação para pessoas com doenças crónicas e agudas. Sabendo o diagnóstico, as pessoas querem saber informação acerca da etiologia da doença, seu prognóstico e opções de tratamento. A informação processual (“O que me acontecerá?”) ou sensorial (“Como me sentirei?”) ajudará o indivíduo a ter uma noção dos procedimentos e tratamentos médicos (Garvin, Huston, & Baker, 1992). Os prestadores de saúde também devem fornecer informação de prevenção e do risco sobre as doenças. Para além da rede de contactos e dos prestadores de saúde existem outras fontes que podem disponibilizar informação de saúde como os *media* orientados para a informação ou os programas de televisão, artigos de jornais e revistas (Johnson, 1997). Muitos destes têm seções específicas de saúde onde relatam casos clínicos e fornecem informação útil aos seus leitores. A informação de um tópico em particular de saúde pode ser cortada de um jornal e contada ou partilhada com a família, familiares, enfermeiros ou médicos (Dutta-Bergman, 2004).

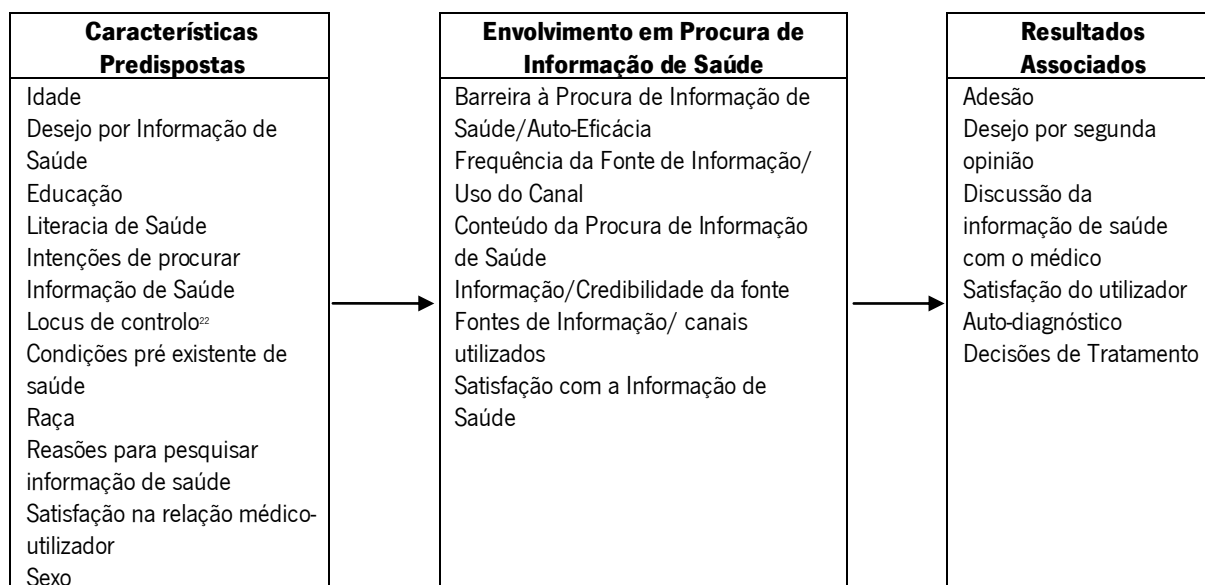
A Internet também veio facilitar o acesso à informação. Esta permite acumular e disseminar informação através dos diversos *websites*. É uma maneira, fácil, rápida, privada e confortável onde as pessoas conseguem encontrar diversa informação a partir de casa (Borzekowski & Rickert, 2001). Além disso, torna-se numa ajuda extra para aqueles que procuram grupos de apoio ou comunidades para doenças específicas ou raras, não necessitando do encontro frente a frente para encontrar informação. De acordo com Davison, Pennebaker, & Dickerson (2000), a Internet tem a possibilidade de disponibilizar online *chats*, *newsgroups* que fornecem informação, podendo ajudar a interpretá-la e avaliá-la. O conceito procura de informação na Internet será aprofundado na próxima seção. O estudo de Dutta-Bergman (2004) conclui que estes canais de comunicação (jornais, revistas, Internet e as redes pessoais) servem como um canal de comunicação ativo porque requerem o envolvimento da audiência no processo de informação.

A procura de informação torna-se então benéfica para quem a procura, pois permite o aumento do conhecimento sobre a doença, adoção de estilos de vida saudáveis (Shim, Kelly, & Hornik, 2006), melhora o comportamento de coping²¹, contribuindo para a redução do *stress* (van der Molen, 1999). Esta atitude de procura de informação também pode ser influenciada por diferenças individuais e demográficas (como as necessidades pessoais de informação e género) (Bennenbroek, Buunk, van der Zee, & Grol, 2002; Boberg *et al.*, 2003), etnia (Nguyen & Bellamy, 2006) e preferências dos *media* (James *et al.*, 1999).

O trabalho de Anker *et al.* (2011) sintetizado na figura 14, representa o processo de funcionamento da procura de informação de saúde:

²¹ Estratégias de coping são esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de ameaça, dano ou de desafio quando não existe uma rotina ou resposta automática (Lazarus, 1999)

Figura 14 – Visão global da Procura de Informação de Saúde



Fonte: Anker *et al.* (2011, p.348)

Apesar do comportamento ativo dos indivíduos por procura de informação de saúde, alguns estudos indicam que há pessoas que preferem evitar a informação. Estes comportamentos acontecem em pessoas que estão doentes (e varia de acordo com os estádios da doença) ou acreditam que estão em risco de doença (Leydon *et al.*, 2000). Segundo Brashers (2001), também as pessoas consideradas saudáveis podem ter atitudes de evitar informação de saúde para prevenir ansiedade que possa ser causada ao reconhecer algum sintoma de doença em si mesma.

5.1.4.1. A procura de informação saúde online

Como já referido anteriormente temos assistido a um aumento por parte dos indivíduos de procura de informação sobre saúde. Este processo de procura e consumo desta informação deve-se a dois motivos: a) à explosão do movimento de consumismo de cuidados de saúde em todo mundo (Carlsson, 2000) e b) ao acesso ilimitado de informação disponível ao consumidor através da Internet (Brashers *et al.*, 2002).

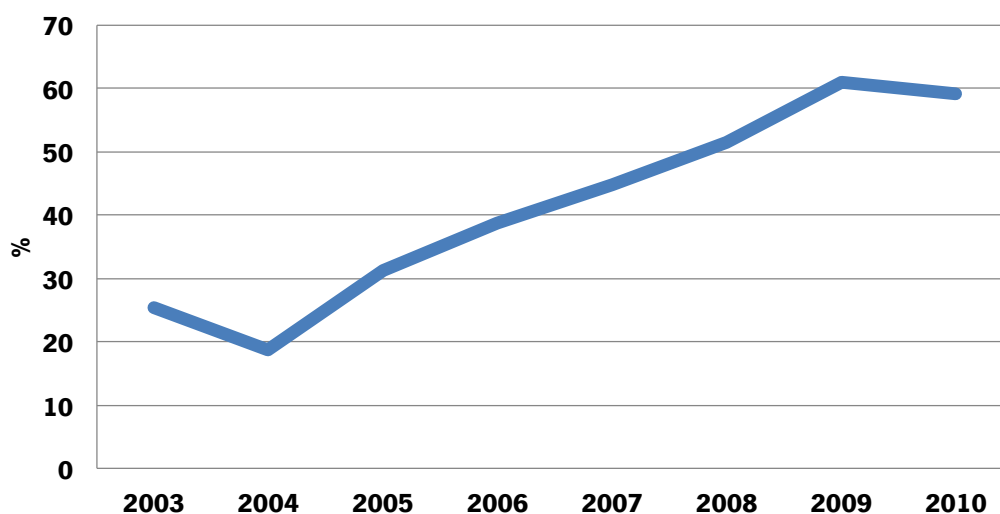
A Internet foi um dos fenómenos que maior impacto e revolução teve na sociedade. Para além das alterações comportamentais e dos estilos de vida assistidas no ser humano, estendeu-se

²² Característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida do dia-a-dia é consequência das suas ações (Ribeiro, 1994)

pelos vários setores de serviços, aproximou os povos transformando naquilo que se chama uma sociedade em rede. Através da Internet *“vivemos a experiência de poder circular num espaço-tempo virtual, que nos permite a possibilidade de conhecer novas maneiras de fazer, de ser e viver no mundo atual, provocando alterações de fundo em todas as esferas da ação humana”* (Espanha, 2009, p.1).

Esta tecnologia permite aos utilizadores, aceder à informação sobre qualquer patologia, facto que modificou, de um modo irreversível, a dinâmica convencional da relação médico-utilizador (Espanha, 2009). Assiste-se a um aumento de consumidores que procuram informação de saúde através da Internet, pois esta proporciona mais de 70.000 *websites* com informação de saúde, o anonimato e a triagem por parte do utilizador daquilo que quer ler (ou não) (Cline & Haynes, 2001). Esta já é considerada como a raiz primária para apoio e informação sobre saúde (Ziebland & Wyke, 2012). Em Portugal é possível verificar um aumento significativo nos últimos anos nas pesquisas efetuadas sobre saúde na Internet, como demonstra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Pesquisa de informação sobre saúde 2003-2010



Fonte: INE/UMIC

As pesquisas de saúde, tal como evidencia o gráfico são cada vez mais frequentes ano após ano. Estes resultados permitem afirmar que a probabilidade de um utilizador chegar a uma consulta médica com um auto-diagnóstico e detentores de informação médica e terapêuticas alternativas é alta. Na verdade, a Internet está-se a tornar o ponto de contacto inicial para os utilizadores que querem entender questões de saúde e opções de tratamento (Sechrest, 2010).

A comunidade em geral acede à Internet para pesquisar informação sobre doenças e problemas médicos (Murray, & Heitlinger, 1998; Murray *et al.*, 2003). Se se abrir o Google.com²³ e colocar o termo “leukemia” surgem 36.000.000 resultados em apenas 0,10²⁴ segundos, ou por exemplo “pregnancy” com 101.000.000 resultados em 0,12 segundos. Com tanta informação disponível e de modo tão rápido, resta saber se esta informação é precisa e atualizada (Mcclung *et al.*, 1998).

Segundo Friedmann *et al.* (1996) esta nova posição do utilizador informado perante os cuidados de saúde pode ser vista numa ótica de *empowerment*. Assim é urgente que os profissionais e instituições de saúde tenham de (re)definir a sua posição e atuação perante os utilizadores (Espanha, 2009). Cline & Haynes (2001) consideram que os profissionais de saúde públicos precisam de se focar e entender esta mudança do comportamento dos utilizadores na procura de informação, pois tal mudança implica transformações a considerar, tal como pode ser observado na tabela 13.

Tabela 13 - Razões e considerações a reter pelos profissionais de saúde sobre a pesquisa online de saúde

Razão	Consideração
Magnitude do Uso	Desenvolvimento de novos modelos de cuidados de saúde orientados para o utilizador; o crescimento de informação de saúde é tal que o clínico é incapaz de controlar o ritmo; a redução do tempo do clínico com o utilizador para reduzir custos pode levar a um aumento de procura de informação extra podendo por em causa o acesso aos melhores cuidados sobretudo no auto-cuidado e na prevenção (Eng <i>et al.</i> , 1998; Gallagher, 1999).
Diversidade do Uso	Os consumidores acedem a informação de saúde online por três maneiras: procurando diretamente essa informação, juntando-se e participando em grupos de apoio quer via online como offline e interação online com profissionais de saúde (e-mail, consultores virtuais de médicos).
Utilizadores diversos	O centro de Investigação “Pew Internet and Life Project ²⁵ ” em 2001, Cotten & Gupta (2004), Murray <i>et al.</i> , (2003) investigaram o perfil dos pesquisadores por informação de saúde e concluiu que: <ul style="list-style-type: none"> • tanto homens como mulheres acedem à internet mas as mulheres estão na frente na pesquisa por informação de saúde online; • Adultos que nos últimos meses tenham prestado cuidados não pagos a um parente, criança, amigo ou alguém que gostam; • Caucasianos; • Adultos entre os 18-49 anos; • Adultos com alguma instrução universitária; • Adultos de maiores rendimentos.
Implicações no Sistema de	O aumento da participação dos consumidores/utilizadores online podem

²³ Raciocínio retirado do livro Gestão e Liderança em Saúde de Mário Jorge Carvalho

²⁴ Acedido a 21 Julho de 2012

²⁵ <http://pewinternet.org/Reports/2011/HealthTopics.aspx>

Razão	Consideração
Saúde	influenciar o sistema de saúde devido à disseminação dessa informação, promoção da saúde e como função de grupo de apoio (Robinson <i>et al.</i> , 1998).

Fonte: Elaboração Própria

Assim e como já foi salientado, os utilizadores de hoje são também consumidores ativos, conectados e informados, pois pesquisam na Internet para aprender e conhecer melhor sobre doenças e tratamentos, avaliam o ranking de médicos, hospitais e clínicas, lêem sobre os mais recentes ensaios e descobertas de novos medicamentos (Prahalad & Ramaswamy, 2004) e acima de tudo partilham as suas próprias experiências com outros, tornando-se utilizadores mais ativos na sua própria saúde (Stevenson, *et al.* 2007; Haldal & Tjora, 2009). O efeito de um utilizador levar informação recolhida na Internet para uma consulta médica será tanto mais positiva se os médicos tiverem aptidões de comunicação adequadas (Murray *et al.*, 2003).

Os resultados positivos do uso da Internet na pesquisa de informação de saúde estão sintetizados na tabela 14.

Tabela 14 – Resultados do uso da Internet para recolher informação de saúde

Resultados	Autores
Melhores e mais adaptadas decisões de tratamento	Ayonrinde (1998); Ziebland & Wyke (2012)
Equidade no acesso à informação de saúde	Morris <i>et al.</i> (1997)
Aumento da literacia em saúde	Shim <i>et al.</i> (2006); Ziebland & Wyke, (2012) ;
Mais apoio social	Shim <i>et al.</i> (2006)
Mudanças de comportamento no estilo de vida (comer frutas e vegetais, fazer exercício físico, etc.)	Shim <i>et al.</i> (2006)
Consciência de saúde	Dutta-Bergman (2004); Ziebland & Wyke (2012)
Maior envolvimento em atividades de saúde	Dutta-Bergman (2004)
Comparação da sua situação com a dos outros	Ziebland & Wyke (2012)

Fonte: Elaboração própria

A pesquisa de informação de saúde está assim associada a uma mudança de comportamentos, com atitudes e conhecimentos positivos estando os indivíduos mais conscientes, tendo crenças mais fortes na saúde e comprometendo-se em atividades de saúde, quando comparados com os consumidores que não tem este tipo de comportamento de pesquisa online (Dutta-Bergman, 2005).

Apesar dos benefícios apontados do uso do Internet na recolha de informação sobre saúde, esta também possui grandes limitações que não devem ser descuradas. Um dos principais perigos passa pelos conteúdos públicos que podem ser inapropriados, mal interpretados ou mesmo perigosos (Mckinley, Cattermole, & Oliver, 1999; Murray *et al.*, 2003). Hart, Henwood, & Wyatt (2004) advertem para o facto de estes utilizadores poderem estar a desafiar a autoridade dos prestadores de saúde e o perigo para a elaboração de auto-diagnósticos inapropriados, podendo causar-lhes ansiedade, aumentar-lhe expectativas em insistirem em terapias que podem não ser apropriadas, disponíveis ou até mesmo desconhecidas pelos médicos (Ayonrinde, 1998). Existem também barreiras ao acesso à Internet como o caso da população com baixa literacia, pessoas mais velhas ou isoladas em meios rurais que não têm acesso a este recurso (Cotten & Gupta, 2004, Murray *et al.*, 2003).

Como referido, a relação médico-utilizador pode ser afetada por causa da informação de saúde recolhida na Internet (Ziebland, 2004). Se os prestadores sentirem que a sua autoridade está a ser desafiada poderão surgir resultados negativos como a deterioração da relação, a qualidade dos cuidados de saúde e os próprios resultados esperados para a saúde do doente (Murray *et al.*, 2003). Por outro lado, os prestadores podem sentir que os utilizadores terão menos vontade para aceitar os tratamentos que lhe são oferecidos (Ziebland, 2004).

Um estudo conduzido na Austrália concluiu que a maioria dos utilizadores não acredita que a informação recolhida na Internet possa afetar a relação médico-utilizador (Newnham *et al.*, 2006). Outro estudo paralelo refere que os médicos apoiam os utilizadores para pesquisar na Internet informação médica. O estudo de Henwood *et al.* (2003) refere que as pessoas têm receio de estar a ultrapassar os limites enquanto utilizadores ao aparecerem numa consulta e “dizerem” ao médico o seu trabalho. Outras investigações sugerem ainda, que a profissão médica continua ainda a ser percebida como a mais importante fonte de informação sobre saúde e a informação recolhida online pode complementar a informação prestada pelo médico (Stevenson *et al.*, 2007). O mesmo autor conclui que de um modo geral, a Internet é percebida como um apoio à prática médica e Kassirer (2000) defende que a informação em saúde recolhida na Internet torna os utilizadores melhor informados, conduzindo a melhores resultados, a um uso mais apropriado dos recursos dos serviços de saúde e a um relacionamento mais forte entre médico e utilizador. O estudo de Murray *et al.* (2003) revela que a maior parte dos

participantes encontrou facilmente informação na Internet e considera-a de alta qualidade. Contudo mostraram-se preocupados com a fiabilidade da informação que possam encontrar. Este estudo concluiu ainda que o efeito da informação dá aos utilizadores mais confiança para falar com o seu médico sobre as suas preocupações, melhora o seu entendimento sobre a sua condição e existe maior encorajamento a seguir os conselhos médicos.

No entanto, do lado das organizações de saúde, há que referir que, relativamente à Internet o setor dos serviços de saúde tem tido um progresso mais lento²⁶ a aproveitar o melhor deste recurso (Sechrest, 2010). Nos dias de hoje, se uma organização não participa na Internet, simplesmente não existe para uma grande parte da população (Sechrest, 2010). Tanto organizadores de saúde, como os reguladores de saúde devem reconhecer o potencial da Internet como fonte de informação e partilha de experiências (Ziebland & Wyke, 2012).

De forma generalista, há necessidade das organizações apresentarem uma combinação de estratégias voltadas para a conquista e/ou fidelização em simultâneo de consumidores tradicionais (não adaptados às novas tecnologias) e o *cyber*consumidor, também conhecido por consumidor centauro²⁷ na ótica do marketing de convergência (Wind, Mahajan, & Gunther, 2003).

Em suma, o novo utilizador usa a Internet na pesquisa de informação para avaliar as alternativas e enriquecer o seu conhecimento sobre as diversas questões de saúde mas também é este o lugar onde divulga informação, conhece experiências e opiniões dos outros e questiona se não poderá ser a melhor opção para si também. No presente estudo, a orientação para a procura de informação de saúde é um dos recursos que este utilizador pode integrar no processo de cocriação de valor. Assim formulou-se a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 4 – Existe um efeito positivo da orientação para a procura de informação de saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.

²⁶ Comparativamente a outros setores

²⁷ Derivado da mitologia grega representando os pés rápidos do cavalo a nova tecnologia, mas possuindo o mesmo antigo e imprevisível coração humano

5.2. Cocriação de Valor num Encontro de Serviço de Saúde

A cocriação de valor no setor saúde pode ser definida como *“os benefícios realizados da integração dos recursos através das atividades e interações com os colaboradores numa network de clientes do serviço”* (McColl-Kennedy *et al.*, 2012, p.5). Conforme referido, alguns autores publicaram estudos sobre a maneira como se processa a cocriação de valor mas só existe ainda uma escala a mensurar o conceito. Yi & Gong (2013) no seu trabalho estudaram as dimensões que compõem o conceito de “comportamento do consumidor na cocriação de valor”, e mensuraram-no através dos constructos “procura de informação”, “partilha de informação”, “comportamento responsável” e “interação pessoal”.

Neste estudo, interessa medir a cocriação de valor numa perspetiva semelhante, ou seja, o comportamento do utilizador dos serviços de saúde na cocriação de valor durante o encontro de um serviço de saúde. No entanto, não existem escalas aplicadas à cocriação no setor da saúde, pelo que se optou por criar dois constructos denominados por “Experiências em Cocriar” e “Experiências em Cocriar na Saúde”, que para além de exprimirem as experiências anteriores em cocriar (noutros contextos que não a saúde), refletem a participação do utilizador de saúde durante a interação com um profissional de saúde. A seleção das escalas será abordada no capítulo da Metodologia.

5.2.1. Experiências em Cocriar

A criação do constructo “Experiências em cocriar” consagra a ideia que, um utilizador que esteja habituado a estar mais envolvido noutros serviços, também estará mais envolvido quando estiver perante um serviço de saúde. Interessa portanto falar da frequência com que os indivíduos participam, cocriando assim valor.

Entre as várias definições geradas ao longo do tempo para o conceito de participação, apresenta-se aqui o conceito apresentado por Hollway (1991) que a define como *“o envolvimento de muitas pessoas nas decisões, dando-lhes o sentimento de controlo e responsabilidade”*. Yiyi & Rongqiu (2008) referem-se à participação como como o grau em que o consumidor e as organizações cocriam conhecimento através de interações mútuas. Ampliando este constructo,

Meuter & Bitner (1998) distinguiram três tipos de produção de serviço tendo em conta o nível de participação do consumidor: produção da organização (*firm production*), produção conjunta (*joint production*) e produção do cliente (*customer production*). De acordo com os autores, a produção da organização é a situação em que o produto é produzido inteiramente pela organização e os seus funcionários, sem participação do consumidor. A produção conjunta refere-se à situação em que ambos (consumidores e funcionários da organização) interagem e participam na produção. A produção do cliente ocorre quando o produto é produzido inteiramente por este, sem participação da organização ou dos seus empregados, tendo que os clientes contribuir com a combinação máxima dos seus recursos operacionais e operantes (Lovelock & Wirtz, 2007).

Segundo Gurão (2009), os indivíduos podem assumir vários papéis quando participam ativamente na cocriação. Assumem assim o papel de investigador de informação quando procuram um parceiro para cocriar, ou quando procuraram informação para o seu problema. Assumem também o papel de prestador de informação quando discutem o problema com um prestador para resolverem o problema em conjunto. O papel de produtor é assumido quando o indivíduo usa os recursos do prestador para coproduzir o produto final. Já o papel de agente de decisão surge quando o indivíduo precisa de tomar decisões sobre como proceder com o desenvolvimento do produto, em termos de características que permitem a personalização da oferta. Por último, o indivíduo assume o papel de consumidor quando usa o produto final (Gurão, 2009; Taljaard, 2013). Também Bitner *et al.* (1997) referem vários papéis que os indivíduos podem assumir durante o processo de prestação do serviço (e não são mutuamente exclusivos):

- a) O consumidor como recurso produtivo;
- b) O consumidor como contribuidor para a qualidade, satisfação e valor;
- c) O consumidor como concorrente para a organização do serviço.

Muitos foram os autores (Bitner *et al.*, 1997; Ennew & Binks, 1999; Kelley, Donnelly, & Skinner, 1990; Mills, Chase, & Margulies, 1983) que defenderam a tese que os consumidores são como empregados parciais de uma organização. Na verdade, sabe-se que os consumidores contribuem com *inputs* relevantes (tal como os empregados), capazes de ter impacto na produtividade de uma organização, daí serem considerados como um recurso produtivo (Mills *et al.*, 1983). Enquanto consumidor também pode contribuir para a sua própria satisfação e em último caso a perceção de um serviço de qualidade. Os consumidores podem não ter a preocupação de aumentar a produtividade da organização através da sua participação mas,

provavelmente, preocupam-se se as suas necessidades são satisfeitas (Bitner *et al.*, 1997). Os autores referem que se os consumidores sentirem que fizeram parte na prestação do serviço, embora que parcialmente e se as coisas correrem mal, há maior probabilidade destes ficarem menos aborrecidos com os prestadores. Um último papel remete para a escolha, ou seja o consumidor tem a escolha de comprar os serviços no mercado ou produzir o serviço por ele próprio, no todo ou uma parte. Neste sentido, os consumidores são concorrentes das organizações que prestam esse serviço. A decisão de produzir o serviço para ele próprio (troca interna) ou ter alguém que preste o serviço para eles (troca externa) é uma decisão dos consumidores (Bitner *et al.*, 1997).

Estes autores sintetizaram ainda numa matriz os diferentes níveis possíveis de participação num serviço, tal como apresentado na tabela 15.

Tabela 15 – Níveis de participação do cliente entre os diferentes serviços

<i>Baixo.</i> <u>A presença do cliente é requerida durante a entrega do serviço</u>	<i>Moderado.</i> <u>Os inputs do cliente são requeridos para a criação do serviço</u>	<i>Alto.</i> <u>Cliente cocria o serviço</u>
Os produtos são padronizados; O serviço é prestado independentemente de qualquer compra individual; O pagamento pode ser o único input do cliente. Exemplo: Viagens aéreas; Restaurante fast-food	Os inputs do cliente customizam a padronização do serviço; A prestação do serviço requer a compra por parte do cliente; Os inputs do cliente (informação, materiais) são necessários para o resultado adequado, mas a organização fornece o serviço. Exemplo: corte de cabelo	Participação ativa do cliente conduzir ao serviço customizado; O serviço não pode ser criado à parte da participação ativa do cliente na compra; Os inputs do cliente são obrigatórios e cocriam o resultado. Exemplo: Programa de Redução de peso

Fonte: Bitner, Faranda, Hubbert, & Zeithaml (1997, p.194)

Se um indivíduo contribui com um baixo nível de participação então este assumirá poucos papéis na experiência de cocriação, enquanto o prestador do serviço assumirá mais papéis. Opostamente, se o indivíduo tiver uma participação bastante ativa, este assumirá mais papéis (Taljaard, 2013). No nível baixo de participação, apenas a presença física do consumidor é requerida, sendo que toda a produção e entrega do serviço são feitas pelos funcionários da organização (Bitner *et al.*, 1997). A título ilustrativo deste grau de participação, os autores referem a produção e o consumo de uma orquestra sinfónica em que os indivíduos meramente

estão presentes para receber este serviço de entretenimento. Num nível moderado, a participação do indivíduo torna-se mais ativa que a anterior, sendo eles fornecedores de informação. Aqui os clientes são consultores e inspetores da qualidade da organização e reportam a outros (potenciais) clientes. Por um lado, participam através das reclamações e sugestões que irão ser úteis no processo de melhoria e expansão/ inovação do produto/serviço (Bettencourt, 1997). Similarmente, também é considerada participação de nível moderado quando os clientes comunicam com outros, pedindo conselhos ou comentários apreciativos. Em alguns casos, os clientes tornam-se como advogados, promotores ou defensores ativos de uma organização (Bettencourt, 1997). No nível alto de participação, os indivíduos estão realmente envolvidos em cocriar o serviço; o indivíduo comporta-se como se de um empregado parcial se tratasse, que contribui com o seu tempo, esforço ou outro recurso na criação do desempenho desse produto/serviço. Naturalmente que este processo de cocriação, irá depender da natureza, intensidade e extensão do contacto entre o prestador do serviço e o cliente. Interessa aqui entender como se processa o encontro do serviço em relação ao seu cliente. De igual forma, Lovelock (2008), classificou o contacto entre cliente e serviço em: serviços de baixo, médio e alto contacto. Sobre este assunto, Silvestro (1999) utiliza as dimensões de variedade e volume para os classificar. A dimensão da variedade pode ser subdivida em seis dimensões:

- Tempo de contacto com o cliente;
- Grau de customização/individualização;
- Autonomia dos funcionários;
- Foco nas pessoas/equipamentos;
- Valor acrescentado do *front-office* e *back-office*;
- Orientação no produto/processo.

As seis variáveis estão representadas no eixo vertical da Figura 15. Estas dimensões foram confrontadas com a dimensão volume, expressa em número de clientes por unidade de tempo, representada no eixo horizontal. Como resultado, o modelo classifica os processos de serviços em três tipos: serviços profissionais, loja de serviços e serviços de massa.

O nível de participação na cocriação de valor ou numa fase apenas de coprodução irá depender do conhecimento e capacidade do consumidor bem como a complexidade da tarefa que precisa de ser executada (Andreu, Sánchez, & Mele, 2010). Mesmo dentro do mesmo serviço, os indivíduos podem variar o seu comportamento de participação, mas por norma, os clientes que participam na cocriação estão presentes e fornecem informação. Num nível médio, os clientes além de fornecerem informação também estão presentes mas não significa que se envolvam na cocriação. Num nível baixo, os clientes simplesmente estão presentes na prestação do serviço não fornecendo qualquer tipo de informação ou envolvimento nas atividades de cocriação. Por exemplo, quando um utilizador visita o médico, ele decide que nível de participação tem vontade de adotar. Fruto de algum embaraço ele pode ser pouco comunicativo sobre a sua história e sintomas; ou pode optar por se envolver mais e dialogar sobre os seus sintomas, progressão da doença, ajudando o seu médico a fazer um melhor diagnóstico. Neste último caso, o utilizador está num nível médio de participação estando presente e fornecendo informações. Finalmente, o utilizador que para além da presença e prestação de informação, intervém com o seu médico para desenvolver um programa de tratamento conjunto e posteriormente administra a medicação, está envolvido ativamente numa atividade de cocriação (Claycomb *et al.*, 2001).

Assim, as organizações que encorajarem a uma participação ativa dos seus clientes nas atividades organizacionais poderão ganhar vantagens competitivas, através de um aumento do número de vendas, um passa palavra positivo, lealdade dos clientes, redução de despesas de marketing, etc. (Czepiel, 1990; Reichheld & Sasser, 1990). Rodie & Kleine (2000) adicionam à lista de benefícios: a eficiência no processo, a eficácia nos resultados e benefícios hedónicos/emocionais. Etgar (2008) faz alusão aos benefícios psicológicos, distinguindo-os em intrínsecos e extrínsecos. Os benefícios intrínsecos implicam que uma experiência seja apreciada pela sua própria causa enquanto os benefícios extrínsecos são um meio para um fim.

Taljaard (2013) aponta no seu trabalho de investigação os benefícios da coprodução em que identifica benefícios como: a confiança, a conveniência, a customização, a perícia, o divertimento, a exploração, o benefício financeiro, apoio, social e/ou simbólico. A propósito da coprodução Rodie & Kleine (2000) afirma que esta será influenciada pela capacidade dos clientes, a clareza do seu papel e ainda vontade em participar. Schlesinger, Mitchell, & Elbel (2001) apontam também outros fatores que reduzem a propensão do cliente para participar, e que se relacionam com as suas características, tais como:

- a) Educação (maior qualificação, maior tendência para participar);
- b) Rendimento (os consumidores com maior rendimento tendem a ser mais efetivos a expressar-se);
- c) Sexo (as mulheres tendem a expressar-se mais que os homens);
- d) Idade (pessoas mais velhas reclamam menos).

A vontade de cocriar é influenciada pelos benefícios que o indivíduo espera receber. O rácio de perceção risco/benefício afetará assim a opção de se envolver mais (Etgar, 2008). Assim, diferentes indivíduos podem experienciar as mesmas ações mas procurando diferentes benefícios (Rodie & Kleine, 2000).

5.2.2. Experiências em Cocriar nos Serviços de Saúde

Complementando a subsecção anterior, esta subsecção reforça o conceito de participação do utilizador no serviço de saúde.

De acordo com Hult & Lukas (1995), um utilizador para obter qualidade, valor e níveis de desempenho aceitáveis deve participar no processo de tomada de decisão. É então proposto que os utilizadores do serviço de saúde assumam um papel ativo nos cuidados de saúde, tanto nas suas patologias específicas como na saúde em geral. A tabela 16 propõe os diferentes tipos de papéis que os utilizadores do serviço de saúde podem assumir durante o processo de tomada de decisão:

Tabela 16 - Papéis dos Utilizadores na Participação no Processo de Tomada de Decisão

Papel do utilizador	Implicação
Tradicional	O profissional de saúde é quem decide. A confiança do utilizador substitui a necessidade do consentimento.
Consentimento Informado	Os profissionais de saúde decidem com o consentimento do utilizador do serviço.
Colaboração	Decisão conjunta.
Escolha do utilizador	O utilizador decide com o profissional de saúde ou com o consentimento do prestador do serviço de saúde.

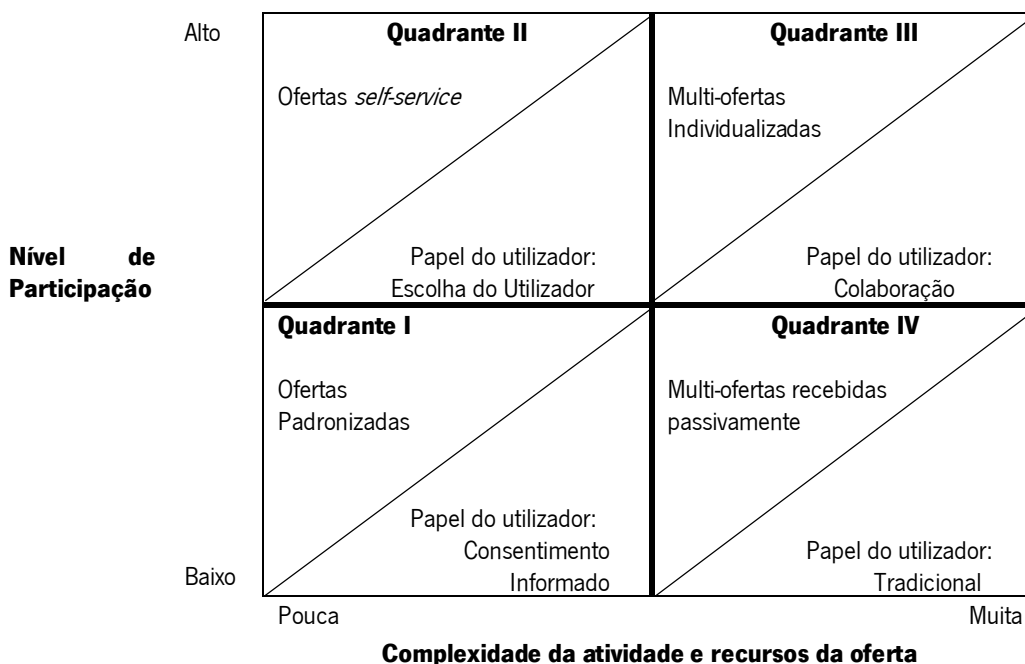
Fonte: Hult & Lukas (1995, p. 42)

Dependendo do nível de participação do utilizador e da complexidade da atividade e dos recursos necessários para prestar o serviço, a oferta dos cuidados de saúde pode ser classificada em

diferentes maneiras como retrata a figura 16, sendo o nível de participação uma função das quatro dimensões ilustradas. Cada um dos quadrantes da matriz representa o nível de participação ideal para cada oferta.

O quadrante I caracteriza-se pela baixa participação do utilizador e baixa complexidade da oferta. Neste quadrante a oferta envolve o diagnóstico e tratamento, de natureza ambulatoria. Neste contexto, o profissional de saúde decide o método de tratamento adequado com o consentimento do utilizador. Ilustrativamente, um médico desenvolve e presta cuidados de saúde padronizados, baseado no conhecimento da sua profissão e nas necessidades dos seus doentes. A vantagem estratégica da organização de saúde nas ofertas padronizadas é que conhece as atividades e os recursos que são necessários para estar envolvido na criação e prestação do serviço. Fundamentado neste conhecimento, o profissional de saúde está mais capacitado para se focar nessa prestação, sendo mais efetivo e eficiente para o seu utilizador.

Figura 16 – Classificação da oferta dos cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de Hult & Lukas (1995, p. 43)

O quadrante II descreve o cenário caracterizado pela elevada participação do utilizador mas com uma baixa complexidade da oferta. Esta situação refere-se ao *self-service* dos cuidados de saúde. Isto é, esta oferta permite que o tratamento/testes clínicos sejam feitos pelo utilizador em sua casa. Assim, a organização de saúde só está envolvida na criação da oferta no estágio inicial,

fornecendo apenas as condições para que o utilizador a use no estágio seguinte (consumo do serviço). O utilizador desempenha aqui um papel de “escolha”, significando que é ele quem decide sobre o método de tratamento com o consentimento do profissional de saúde. O quadrante III reflete a alta participação do utilizador juntamente com uma oferta complexa e individualizada. Alguns exemplos típicos desta oferta são as clínicas de dor, de enxaqueca, costas, etc. A natureza do serviço neste contexto requer, a integração das atividades e recursos da *network* dos cuidados de saúde e, conjuntamente decidem o método de tratamento mais adequado (papel de colaboração). Por último, o quadrante IV representa a baixa participação do utilizador perante uma grande complexidade, prestando um conjunto de ofertas recebidas passivamente. De acordo com o autor, este cenário acontece quando, por alguma razão o utilizador não deseja participar ativamente no processo de cuidados de saúde, traduzindo-se num papel tradicional. Estes episódios podem acontecer, por exemplo, em utilizadores que apresentam doenças muito graves ou estão seriamente feridos. Neste quadrante, todos os esforços de marketing devem estar focados no utilizador, bem como na sua família e amigos (Hult & Lukas, 1995).

Assim, mediante os vários papéis e experiências de participação neste setor, estas podem contribuir para uma opção de maior envolvimento futuro e conseqüente cocriação de valor num encontro de serviço de saúde.

5.3. Cocriação de Valor num Encontro de Serviço de Saúde: Resultados

O processo de cocriação de valor conduz a vários resultados para os utilizadores. Nos capítulos seguintes enuncia-se alguns desses resultados.

5.3.1. Partilha das Experiências de Problemas de Saúde

Segundo Gabriel (2004), narrar uma história, contando as nossas experiências, mesmo as mais dolorosas ou desagradáveis, permite-nos dar-lhes sentido, identificar o seu significado e importância, de forma a conseguirmos processá-la e aceitar o seu conteúdo e assim, conseguir viver com os novos factos. É por isso que, muitas narrativas giram em torno de experiências de

desgraças humanas, como acidentes, doenças, injustiças e perdas. As narrativas pessoais são caracterizadas pelo seu foco na experiência pessoal, em eventos específicos ocorridos e por isso são únicas. Fazem parte das relações sociais do dia-a-dia e dos valores culturais (Steffen, 1997). Uma experiência é formada por emoções, desejos, percepções e interesses, nas quais têm influência direta sobre as histórias que contamos e nas respostas das histórias que ouvimos (ou recusamos a ouvir) (Gabriel, 2004).

Ao longo de vários séculos, a autoridade de um perito para falar sobre determinada matéria prevalecia. Ninguém julgaria a avaliação de um médico, pois é este quem detém o conhecimento. No entanto, atualmente a autoridade de um perito/especialista está a ser desafiada pela autoridade daqueles que vivem ou testemunham uma experiência em primeira mão, ou seja que possuem o conhecimento oficial. Gabriel (2004) refere que os utilizadores procuram saber com maior detalhe o significado para o seu sofrimento, para a sua doença e sintomas tornando-as como parte das suas histórias de vida. Assim, para além de falarem com o seu profissional de saúde, falam também com amigos, familiares e até com terapeutas de medicina alternativa. As pessoas têm necessidade de perguntar se um novo sintoma merece preocupação/atenção e, sentem também necessidade de falar para sentirem que são compreendidos pelos outros face àquilo que estão a passar, seja uma condição de longo prazo, um novo diagnóstico, etc. Ouvir as experiências de outras pessoas é particularmente poderoso porque pode ajudar os utilizadores a fazer escolhas, sobretudo nas opções de tratamento (Gabriel, 2004). Por vezes, torna-se mais fácil falar com uma pessoa que está a sofrer o mesmo que o narrador, do que com o próprio médico uma vez que este mantém a “distância crítica” recomendada e o seu tempo é considerado mais valioso que o do utilizador do serviço.

Como já mencionado, a introdução à escala global de novas tecnologias de comunicação, veio minimizar as barreiras de comunicação e esta dinâmica de partilha de informação e dor. Assim, não é de estranhar que os recursos online sejam considerados como a via principal para a informação de saúde e apoio (Ziebland & Wyke, 2012). Graças à Internet, rapidamente, de forma anónima e sem grande esforço consegue-se aceder a comunidades online (blogs, fóruns, redes sociais) onde as pessoas podem partilhar e procurar mais informação sobre a experiência que estão a viver (Buchanan & Coulson, 2007; Ziebland & Wyke, 2012). O estudo de Schaffer,

Kuczynski, & Skinner (2008) mostrou que, a fonte que muitas mães²⁸ mais confiavam e valorizavam não era a do médico, mas sim a de outros pais que encontraram nas comunidades online com experiências idênticas. Ouvir como os outros lidaram com a doença pode mudar a nossa orientação perante a doença, tornando-nos mais socializados no novo papel (como utilizador ou familiar do utilizador), fazendo-nos sentir mais “normais”, ajudando-nos na gestão da incerteza da doença (Zufferey & Schulz, 2009), clarificando as alternativas (ex: em relação ao tratamento, estilos de vida, etc), ajudando na definição do conjunto de opções que pode ter e a reconhecer as decisões que foram tomadas (ex: de um tratamento), a avaliar as decisões passadas, assim como preparar as futuras (Entwistle *et al.*, 2011) e a alterar comportamentos de saúde (Ziebland & Wyke, 2012). No entanto, ouvir as experiências das pessoas também pode ter consequências negativas. Os sentimentos de ansiedade e confusão podem aumentar, as pessoas podem criar expectativas irreais, falsas esperanças ou mesmo desencadear sentimentos de desespero, culpa, medo ou fúria, se os outros parecem estar a lidar melhor com a situação (Hinton, Kurinczuk, & Ziebland, 2010). Outra preocupação é que as pessoas podem usar a informação que adquirem para manipular a consulta, por vezes até exagerarem nos sintomas levando a que os médicos reajam na maneira que eles pré-definiram (Ziebland & Wyke, 2012). O processo difere se as pessoas estão a ler sobre os outros ou estão a escrever/falar sobre elas próprias.

Mas porque é que as pessoas narram sobre a sua dor? Porque é que as pessoas partilham as suas experiências (online e offline)? A tabela 17 sintetiza as principais razões.

Tabela 17 – Razões para partilhar as experiências de problemas de saúde

Razões	Estudo
Extrair Simpatia	Gabriel (2004)
A razão da doença	Gabriel (2004)
Fornecer um aviso/dicas	(Gabriel, 2004);
Procura de Informação (doenças, serviços de saúde, tratamentos, causas, sintomas)	Gabriel (2004); Sillence <i>et al.</i> (2007); Zufferey & Schulz (2009)
Encontrar pessoas com preocupações de saúde similares/comparar sintomas e partilhar o conhecimento das experiências de cada um	Fox (2011); Armstrong & Powell (2009); Zufferey & Schulz (2009); France, Wyke, Ziebland, Entwistle, & Hunt (2011); Ziebland & Wyke (2012)
Sentir-se apoiado	Gabriel (2004); Cohen (2004); Armstrong & Powell (2009); Coulson, Buchanan, & Aubeeluck (2007); (Hinton <i>et al.</i> (2010); Ziebland & Wyke (2012); France <i>et al.</i> (2011)
Manter relações com outros	Ziebland & Wyke (2012)

²⁸ O estudo é aplicado a mães de adolescentes

Razões	Estudo
Contar a história	Ziebland & Wyke (2012)
Visualizar a doença (vídeos e imagens)	Ziebland & Wyke (2012)
Dar apoio	Gillett (2003)
Ganhar uma melhor perspetiva	Radley (1999)

Fonte: Elaboração própria

Alguns sistemas de saúde (como o sistema nacional de saúde britânico) reconhecem que os utilizadores e os profissionais de saúde partilham as suas experiências online, comentando as suas experiências com os serviços, doenças, resultados do tratamento e comparam com outras, cocriando assim conteúdo que poderá melhorar a qualidade do serviço e a maneira cultural como as pessoas respondem à doença (Ziebland & Wyke, 2012). A troca de experiências de problema de saúde fornece assim *inputs* que gerarão cocriação de valor. Posto isto, nasce a quinta hipótese de investigação deste estudo:

Hipótese 5: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na partilha de experiências de problemas de saúde

5.3.2. Qualidade Percebida

A participação do utilizador pode influenciar a perceção da qualidade do serviço (Bitner *et al.*, 1997). Definir qualidade não é tarefa fácil e não há uma definição única para este conceito. Como refere Ferreira (1991, p.94), *“qualidade é muitas vezes definida em termos daquilo que é e daquilo que não é”*.

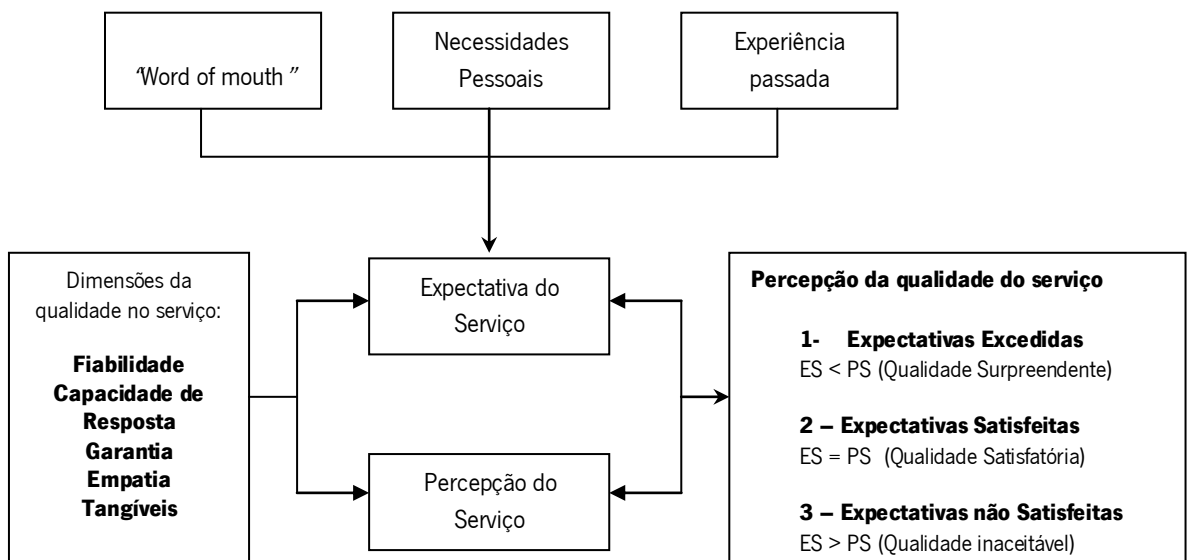
Parasuraman *et al.* (1988) sugerem que a qualidade de um serviço é um conceito multidimensional que consiste em cinco dimensões: Confiabilidade, Aspectos Tangíveis, Garantia, Empatia e Capacidade de Resposta. A confiabilidade refere-se à habilidade de desempenhar o que é prometido no serviço com precisão enquanto os aspetos tangíveis dizem respeito à aparência das instalações físicas, equipamentos, comunicação interpessoal, ou seja, tudo aquilo que é visível. A garantia foca-se no conhecimento e cortesia dos colaboradores da organização e na sua habilidade para transmitir confiança e segurança na solução dos problemas dos utilizadores. A empatia centra-se na maneira como os colaboradores manifestam os cuidados de atenção personalizados a cada cliente. Por último, a capacidade de resposta define-se como a vontade de cada colaborador em ajudar os clientes e prestar-lhes prontamente o serviço. O

instrumento SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988) propõe-se medir a qualidade do serviço. Este instrumento pode ser aplicado nos mais variados setores e rapidamente foi referenciado na literatura do marketing.

A percepção é definida como o processo de perceber e dar sentido à informação (Aliman & Mohamad, 2013). A qualidade percebida de um serviço refere-se ao juízo de valor por parte do cliente relativamente à superioridade do desempenho do serviço (Zeithaml, 1994). Assim, as percepções são uma ferramenta básica de medida em que os indivíduos avaliam a atratividade e/ou desejo pelo produto ou serviço (Aliman & Mohamad, 2013). Neste sentido, Berry, Zeithaml (1985) definem qualidade como a comparação entre a expectativa do cliente e a percepção do serviço recebido. As expectativas formuladas pelos clientes derivam de várias fontes, como ilustra a Figura 17: o “passa palavra” (“word of mouth”), necessidades pessoais e experiências anteriores.

Quando se excedem as expectativas, o serviço é percebido como de qualidade excepcional. Quando não se satisfazem as expectativas desejadas, a qualidade do serviço é entendida como inaceitável. Quando expectativas e percepção do serviço se equiparam, a qualidade é satisfatória.

Figura 17 – Percepção da Qualidade nos Serviços



Fonte: Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004, p.147 adaptado de Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985))

A avaliação do diferencial entre o serviço esperado e o percebido deve ser um processo sistemático para que a organização melhore, tendo por base o *feedback* dos seus clientes (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004). Grönroos (2007) consideram também a variável imagem

da organização capaz de afetar a percepção do cliente. Se na mente do cliente existe uma imagem favorável da organização, erros menores têm mais probabilidade de serem perdoados.

Grönroos (2007) apresenta também a sua definição de qualidade percebida, distinguindo a qualidade técnica da qualidade funcional. Enquanto a primeira se refere ao domínio técnico dos cuidados de saúde, a qualidade funcional reflecte o domínio interpessoal. Augusto, Miguel, & Salomi (2004) consideram que quando existe uma boa percepção da parte mais funcional da qualidade, é mais fácil um cliente “perdoar” uma falha mais técnica, caso exista.

No entanto, definir o conceito qualidade em saúde torna-se difícil uma vez que esta expressão é muito difusa (Ferreira, 1991) e este setor tem algumas características que a diferenciam dos outros setores. Pisco & Biscaia (2001, p.43) consideram que falar de qualidade na saúde “*trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais; é proativa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; tem de reunir integradamente, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade*”. Algumas definições foram apontadas na literatura. Palmer & Nesson (1982) defendem que o objetivo principal de um serviço de saúde de qualidade deve ser o mais efetivo possível, melhorando o estado de saúde e a satisfação da população, dentro dos recursos que a sociedade e os indivíduos decidiram gastar com os cuidados de saúde. Esta autora identificou cinco dimensões para a definição de qualidade dos cuidados de saúde que estão representados na tabela 18.

Tabela 18 – Definição de Qualidade de Cuidados de Saúde

Eficácia	Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento com objetivo de melhorar o estado de saúde.
Eficiência	Fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde usados.
Acessibilidade	Grau de acesso aos cuidados de saúde, em face das barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural ou emocional.
Aceitabilidade	Grau de satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde.
Competência do Prestador de Cuidados	Capacidade do prestador de cuidados em usar nas tomadas de decisão o melhor conhecimento disponível, de modo a produzir consumidores sãos e satisfeitos. Diz respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como ao próprio sistema de prestação de cuidados e à maneira como ele funciona na globalidade.

Ferreira (1991, p.96)

A Organização Mundial de Saúde considera como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, os riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos (Pisco e Biscaia, 2001).

Donabedian (2001) considera a existência de sete atributos nos cuidados de saúde que definem qualidade. São eles: (1) Eficácia - capacidade do cuidado em contribuir para a melhoria das condições de saúde; (2) Efetividade - o quanto de melhorias possíveis nas condições de saúde são de facto obtidas; (3) Eficiência - a capacidade de obter o maior número de melhorias possíveis ao menor custo; (4) Otimização - a relação mais favorável entre benefícios e custos; (5) Aceitabilidade - conformidade com as preferências do utilizador no que concerne a acessibilidade, relação médico-utilizador, as *amenities*, os efeitos e o custo do cuidado prestado; (6) Legitimidade - conformidade com preferências sociais em relação a tudo o que acima foi mencionado; (7) Equidade - igualdade na distribuição dos cuidados e seus efeitos sobre a saúde.

Para Hespanhol (2005), a Qualidade Total em Saúde implica conciliar e equilibrar exigências entre três dimensões: Qualidade para o Cliente, que *“consiste na medida em que o utilizador do serviço o percebe como correspondendo ao que ele deseja, ou seja até que ponto o serviço dá ao utente o que ele quer e espera”*; Qualidade Profissional, que consiste em *“dar ao utente o que o profissional julga que ele precisa, ou seja um julgamento dos profissionais relativamente até que ponto o serviço preenche as necessidades dos utentes”*; e Qualidade de Gestão, que consiste no *“melhor uso dos recursos dentro dos limites e diretivas impostas pelas mais altas autoridades, ou seja o uso eficiente dos recursos satisfazendo as necessidades dos utentes”*.

A perceção da qualidade do serviço médico entende-se como o julgamento feito ao desempenho da prestação do serviço, avaliando se foi o mais apropriado para produzir o melhor resultado ao seu utilizador e, se foram prestados com a devida atenção à relação médico-utilizador (Fuentes, 1991). A avaliação da aceitação do serviço é assim feita através da qualidade do encontro do serviço médico percebido (a maior parte dos utilizadores não têm conhecimento profissional para poderem fazer julgamento à parte técnica) (Jun, Jun, & Jingyi, 2010). O estudo de Cermak, File, & Prince (2011) conclui que o aumento da participação do cliente está positivamente associado com o aumento da classificação da qualidade e o sentimento de satisfação.

Neste sentido, foi formulado a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 6: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na qualidade percebida do serviço de saúde

5.3.3. Satisfação

A satisfação de um cliente é um dos pilares-base do pensamento e prática de marketing, já que este enfatiza a satisfação de necessidades e consequente alcance dos objetivos por parte da organização (Alves, 2003). Com a passagem do paradigma do marketing para o marketing relacional, o conceito de satisfação ganhou uma nova atenção (Grönroos, 1994).

A satisfação do cliente refere-se à avaliação geral afetiva feita por este à organização, baseando-se em todos os encontros e experiências durante o contacto (Bitner, Booms, & Mohr, 1994). A definição apresentada por Habbal (2011, p. 95) sugere a satisfação como *“o sentimento de prazer ou desapontamento resultante da comparação entre as expectativas formuladas e o desempenho percebido do produto/serviço”*. A satisfação é pois, uma função do desempenho percebido e das expectativas. Como mencionado anteriormente, de acordo com Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004), se o desempenho de um serviço corresponder às expectativas do cliente, este ficará satisfeito; por sua vez, se a percepção ficar abaixo das expectativas formuladas, este sentir-se-á insatisfeito, podendo não repetir uma compra futuramente. Por outro lado, caso o desempenho percebido seja superior às expectativas formuladas pelo cliente, este ficará surpreendido. Uma alta satisfação com a organização reflete então, experiências positivas e é natural que um cliente a partilhe com outros clientes, recomendando-a (Engel, Kegerreis, & Blackwell, 1969). Na mesma linha de pensamento Zeithaml, Bitner (2006) argumentam que os elementos que influenciam a satisfação resultam da percepção da qualidade do serviço, do preço, e ainda dos fatores pessoais e situacionais. Para os autores, o que mais satisfará os clientes em relação a um serviço é a percepção da qualidade deste. A qualidade está assim relacionada com aquilo que os clientes esperam de um serviço e portanto, torna-se imprescindível saber como as expectativas são formadas. As expectativas de qualquer serviço específico podem ser estabelecidas durante o tempo da experiência.

A satisfação do utilizador dos serviços de saúde tem sido considerada como uma das mais importantes dimensões da qualidade e um indicador de sucesso nos cuidados de saúde (Habbal, 2011; Pakdil & Harwood, 2005), mas não significa que seja um determinante no nível de cumprimento terapêutico (Bos *et al.*, 2005). Janssen *et al.* (2007), na revisão de literatura da sua investigação identificaram os determinantes da satisfação do utilizador, baseando-se em vários estudos internacionais. Assim, e seguindo a ordem dos autores, os determinantes que podem influenciar a satisfação do utilizador são: variáveis sócio-demográficas e variáveis sócio económicas (as mulheres postulam padrões mais altos e por vezes é mais difícil satisfazê-las, assim como pessoas mais novas e com maiores níveis de instrução e rendimento (Ehnfors & Smedby, 1993; Hall & Dornan, 1990; Olandt & Krentz, 1998; Vieder, 2002)); “desejo de aceitação social” (algumas explicações sócio-científicas para explicar os altos níveis de satisfação podem ser justificados pelo fenómeno de aceitação social, em inglês *social desirability*, ou seja, quando confrontados com questões sobre a sua satisfação, os clientes inquiridos respondem segundo as normas socialmente aceites, em vez de responderem o que realmente pensam ou sentem (sobretudo se for frente a frente); no entanto tende a minimizar se forem aplicados inquéritos anónimos); a duração do tempo de permanência no hospital até a alta hospitalar (uma duração de hospitalização curta tem menor probabilidade de ocorrerem problemas, que poderiam conduzir a insatisfação); as instalações e características organizacionais do hospital; a qualidade do cuidado psicossocial prestado pela equipa médica (a natureza da interação entre os utilizadores e os profissionais de saúde pode ter impacto considerável na satisfação do utilizador, no cumprimento terapêutico e no sucesso do tratamento (Flocke, Miller, & Crabtree, 2002; Stewart, 1995)); o envolvimento ativo do utilizador no tratamento e processo de decisão (maior envolvimento, maior satisfação (Lerman *et al.*, 1990)); o sucesso subjetivo do tratamento (Jackson, Chamberlin, & Kroenke, 2001); a dor, limitação social e física (alguns parâmetros funcionais como a dor e limitação física que resultam em consequências sociais e familiares podem ter impacto determinante na satisfação do utilizador (Jamison *et al.*, 1997)).

O estudo de Grissemann & Stokburger-Sauer (2012) conclui que o nível de cocriação afeta a satisfação do consumidor relativamente ao serviço. Na verdade, uma vez que a satisfação resulta da avaliação feita pelo consumidor ao serviço/organização, a avaliação do consumidor também dependerá do seu próprio contributo no processo (Grissemann & Stokburger-Sauer, 2012). Neste sentido, quando o resultado final de um produto cocriado se ajusta às necessidades do cliente, o

esforço no processo é percebido como positivo e complementa o valor subjetivo ligado ao produto (Franke & Schreier, 2010). A satisfação com o desempenho no processo de cocriação é entendida como a satisfação da participação dos consumidores na criação do serviço (ex: com as recomendações que o cliente tem feito) (Grissemann & Stokburger-Sauer, 2012). Em geral, a avaliação do cliente sobre os seus inputs influenciam a satisfação global da organização prestadora de serviços. Se os consumidores sentem que a contribuição na criação de valor não é justamente distribuída, a satisfação em relação à organização diminui (Bendapudi & Leone, 2003).

Os prestadores de cuidados de saúde devem pois, reconhecer a importância da satisfação do seu cliente face aos serviços prestados. Neste sentido, hospitais, clínicas e prestadores de serviços de saúde em geral devem esforçar-se para desenvolver relacionamentos com os seus utilizadores, determinar quais as suas necessidades e adequar os seus serviços para irem ao encontro dessas necessidades e conseqüente satisfação (Habbal, 2011). Perante isto, foi formulada a próxima hipótese de investigação:

Hipótese 7: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na satisfação do utilizador do serviço de saúde

5.3.4. Intenções Comportamentais

Os conceitos de qualidade e satisfação têm uma relação direta com as intenções comportamentais de um indivíduo (Boulding *et al.*, 1993; Cronin, Brady, & Hult, 2000; Forneil, 1992; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996). Entende-se por intenções comportamentais, os (potenciais) comportamentos desencadeados pelo cliente após a avaliação da qualidade e satisfação do serviço (Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996). O modelo proposto por estes autores considera que, após uma avaliação positiva da qualidade do serviço prestado, as intenções comportamentais dos indivíduos serão favoráveis, reforçando o seu relacionamento com a organização. Intenções comportamentais favoráveis podem ser exemplificadas como dizer coisas positivas sobre o serviço e recomendá-lo a outros, pagar um preço premium àquela organização e expressar lealdade cognitiva. A lealdade cognitiva traduz-se como a primeira escolha que surge na mente do indivíduo quando decide planejar uma compra (Bloemer, Ruyter, & Wetzels, 1999). Se a qualidade do serviço for avaliada como baixa/fraca então as intenções

comportamentais do indivíduo serão desfavoráveis, tornando-se a relação com a organização mais fraca (Zeithaml *et al.*, 1996). Estes comportamentos não desejáveis incluem a reclamação, por exemplo. Assim, as intenções comportamentais podem ser vistas como um sinal se o indivíduo continuará (lealdade) ou rejeitará a organização (Zeithaml *et al.*, 1996).

O estudo de Alexandris, Dimitriadis, & Markata (2002) revela que a percepção da qualidade percebida explica uma grande parte das comunicações de passa-palavra (word of mouth), intenções de compra e sensibilidade ao preço e o estudo de Aliman & Mohamad (2013) confirma a percepção da qualidade do serviço como um antecedente das intenções. Também a tangibilidade, fiabilidade e segurança são importantes preditores da satisfação e esta variável tem uma relação positiva com as intenções comportamentais dos indivíduos.

O estudo de Cermark *et al.* (2011), revelou embora que parcialmente, que a participação do cliente pode influenciar as intenções comportamentais. Assim, formulou-se a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 8: Existe um efeito positivo da cocriação de valor nas intenções comportamentais do utilizador do serviço de saúde.

5.3.5. Adesão Terapêutica

O envolvimento dos utilizadores dos serviços de saúde no relacionamento com o seu profissional de saúde pode fomentar a sua atitude perante a medicação, ou seja na adesão às instruções clínicas do tratamento prescrito (McColl-Kennedy *et al.*, 2009). Osterberg & Blaschke (2005, p. 487) definem a adesão à medicação como a “*medida em que os utilizadores tomam a medicação tal como prescrita pelos seus prestadores de cuidados de saúde*”. Bastante similar, Zolnierek & Dimatteo (2009, p.2) propõem a definição para “cumprimento da indicação terapêutica” como “*o grau em que os utilizadores seguem as recomendações dos seus profissionais de saúde*”. A adesão terapêutica é considerada como um dos resultados mais evidentes do processo do cuidado (Zolnierek & Dimatteo, 2009), traduzindo-se na melhoria do estado de saúde do utilizador, melhoria das perceções dos objetivos atingidos e consequente satisfação do serviço de saúde (Dellande *et al.*, 2004).

A não adesão à medicação pode traduzir-se em várias formas: os conselhos dados pelo médico ao utilizador não foram entendidos, condução da medicação incorretamente, esquecer-se de tomá-la, ignorar completamente ou, não levantar a receita prescrita na farmácia (Martin *et al.*, 2005; Stavropoulou, 2011). A não adesão pode ser ainda intencional (os utilizadores decidem não tomar a medicação) ou não intencional (quando os utilizadores se esquecem ou não conseguem tomar a medicação) (Elliott, 2009). Isto pode implicar aumento da mortalidade, pioria do estado de saúde, aumento dos custos de saúde e deterioração da relação médico-utilizador (McDonnell & Jacobs, 2002; Rosner, 2006).

Contudo, existem ainda outras barreiras que podem contribuir para que um encontro de um serviço de saúde não seja cocriador de valor e, logo não haja adesão à medicação. A tabela 19 sintetiza alguns desses fatores.

Tabela 19 – Razões que podem impedir a cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde e consequente não adesão à medicação

Fatores	Estudos
Relutância em colocar perguntas ao médico	Stavropoulou (2011)
Utilizadores julgam que não lhes está a ser dita a verdade	Stavropoulou (2011)
(Baixo) Envolvimento do utilizador na tomada de decisão	Stavropoulou (2011); Jahng <i>et al.</i> (2005); (Martin <i>et al.</i> , 2001)
Crenças	Stavropoulou (2011)
Escolha do médico	Stavropoulou (2011)
(Baixa) Literacia em Saúde	Martin <i>et al.</i> (2005)
Relação prestador-utilizador (confiança, empatia)	Sabate (2003); Safran <i>et al.</i> , (1998)
Tipo de Doença	Sabate (2003); Dimatteo, Lepper, & Croghan (2000)
Tipo de Tratamento	Sabate (2003)
Barreiras de Linguagem	Jackson (1992); Martin <i>et al.</i> (2005)
Esquecer-se de como tomar a medicação	Zaghloul & Goodfield (2004)
Preocupações sobre efeitos secundários, medo	Rosner (2006)
Falta de conhecimento sobre a doença e consequências do não cumprimento terapêutico	Rosner (2006)
Duração do tratamento	Rosner (2006)
Impacto no estilo de vida do utilizador e necessidade de mudança	Rosner (2006)
Fatores Socio-Económicos-Demográficos	Rosner (2006); Stavropoulou (2011); Sabate (2003)

Fonte: Elaboração Própria

A relutância em colocar perguntas ao profissional de saúde leva a que os utilizadores não clarifiquem as suas questões levando a que muitas das vezes estes saiam de uma consulta com dúvidas em relação à medicação. O facto de os utilizadores julgarem que não lhes está a ser dita toda a verdade significa que a natureza da perceção da informação assimétrica parece ser

importante na aceitação à medicação. Os utilizadores também criam algumas crenças. A crença gerada sobre qual o melhor medicamento e, depois o médico não o prescrever, gera desapontamento pós-consulta (Stavropoulou, 2011). Estas crenças serão tanto mais acentuadas quanto menor a literacia em saúde do utilizador (Martin *et al.*, 2005). Os resultados do estudo de Balkrishnan (1998)²⁹ são inconsistentes na relação entre o cumprimento terapêutico e os fatores sócio-económicos dos utilizadores.

Embora haja impedimentos que não facilitem a adesão à medicação, o envolvimento do utilizador dos serviços de saúde no processo de decisão do tratamento está associado a um aumento da satisfação da utilização, melhoria dos resultados esperados e aumento da adesão terapêutica (O'Connor *et al.*, 2008). Os utilizadores que tenham um papel mais ativo durante o encontro do serviço de saúde, poderão assim obter uma maior compreensão da doença e do tratamento, melhorando os resultados clínicos esperados (Harrington, 2004). O estudo de Loh *et al.* (2007) concluiu que existe uma associação entre a participação do utilizador dos serviços de saúde e a adesão à medicação. Posto isto, é proposta a oitava hipótese de investigação para este estudo.

Hipótese 9: Existe um efeito positivo da cocriação de valor no cumprimento da indicação terapêutico por parte do utilizador do serviço de saúde.

5.4. Efeitos Moderadores

O processo de cocriação de valor pode ser influenciado por outros fatores adicionais. O efeito moderador existe quando uma terceira variável afeta a direção entre uma variável independente e uma variável dependente (Baron & Kenny; 1986; Hair *et al.*, 2010).

De acordo com Prahalad & Ramaswamy (2004), as variáveis DART (diálogo, acesso, risco-benefício e transparência) são fulcrais para se desenvolverem atividades de cocriação. De igual forma, Miller (2007) refere que a confiança é um pilar essencial para o utilizador do serviço de saúde partilhar informação pessoal, o que se torna essencial para uma prática de cocriação de valor num encontro de serviço de saúde, uma vez que a troca de informação é crucial para desenvolver uma tomada de decisão conjunta. A empatia complementará o processo de

²⁹ Não foram provados empiricamente

cocriação uma vez que permitirá a criação de uma ligação com os utilizadores, facilitando assim o seu envolvimento e capacitação para ser mais proativos (Ficarra, 2010).

Assim, face ao exposto as variáveis DART, confiança e empatia foram selecionadas como variáveis moderadores para este estudo.

5.4.1. Confiança nos profissionais de saúde

O conceito de confiança é teoricamente complexo e multidimensional, podendo ser descrito de várias maneiras consoante a disciplina académica que o analisa (Pearson & Raeke, 2000). Morgan & Hunt (1994, p.23) concetualizam a confiança como “*o estado que existe quando uma das partes tem certeza na confiabilidade e integridade na troca com um parceiro*”. Por outras palavras, a confiança traduz-se na credibilidade que o cliente tem na organização, em como esta lhe irá prestar um serviço satisfatório de maneira competente, honesta, justa, responsável, útil e benevolente.

Mechanic & Schlesinger (1996) fazem a distinção entre a confiança social e a confiança interpessoal. A confiança interpessoal refere-se à confiança construída pelas repetidas interações, através das quais as expectativas sobre o comportamento de confiança de uma pessoa podem ser testadas ao longo do tempo. Por outro lado, a confiança social diz respeito à confiança em instituições coletivas influenciada largamente pelos *media* e pela credibilidade social geral nessas instituições. A confiança interpessoal é pois um dos aspetos essenciais do relacionamento entre médico-utilizador (Thom, Hall, & Pawlson, 2004; Thom, 2011; Pearson & Raeke, 2000). Confiar numa pessoa refere-se à expectativa criada, em como essa pessoa se comportará de maneira benéfica, ou pelo menos não prejudicial, e portanto os riscos são tomadas com base nessa expectativa (Thom *et al.*, 2011).

A confiança num profissional de saúde deve incluir elementos técnicos (a perícia) e elementos interpessoais (como a comunicação e o respeito) (Kraetschmer *et al.*, 2004). De acordo com Hams (1997) as dimensões subjacentes à confiança entre utilizador e enfermeiros são: a atitude identificada, a segurança, a credibilidade, a competência, as experiências passadas e a fiabilidade. Este autor também referiu a noção de *empowerment* do utilizador como um atributo

chave da confiança desta relação. Radwin & Cabral (2010) referem a atenção, o cuidar, a coordenação, a continuidade e a competência como antecedentes da confiança. A reciprocidade também foi identificada como um dos componentes da confiança num profissional de saúde (Lynn-sMcHale & Deatrck, 2000) e esta reciprocidade é a base que estabelece a confiança ao longo do tempo (Thorne & Robinson, 1988). Estes autores demonstraram que as dimensões da confiança no profissional de saúde diferem consoante a gravidade do problema de saúde. Assim as aptidões necessárias para desenvolver uma confiança recíproca incluem: ouvir com intenção, sem preconceitos, solicitar a perspetiva do utilizador e validar as conclusões (Thorne & Robinson, 1988). Já Thom *et al.* (2004) agruparam os atributos que geram confiança num médico em: competência técnica, competência interpessoal e agência (relacionado com a atitude de colocar o bem estar do utilizador acima dos custos ou outras considerações). A confiança do utilizador num médico fornece uma base para tomar o risco de partilhar informações pessoais com ele. Mas também um médico precisa de confiar no seu utilizador, acreditando que este lhe fornece informação para colocar em curso uma terapêutica (Miller, 2007).

Desta forma, parece lógico acreditar que a maior ou menor cocriação em encontro de serviços de saúde possa ser afetada pela confiança entre o profissional de saúde e o utilizador, pelo que se podem estabelecer as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 10: O efeito positivo da aplicação dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde:

Hipótese 10a - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

Hipótese 10b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

Hipótese 10c - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

Hipótese 10d - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

Mas nem só a confiança é um elemento essencial no encontro médico. Reynolds & Scott (1999) consideram a empatia como a componente básica de todas as relações terapêuticas e fator chave nas definições do utilizador da qualidade dos cuidados de saúde. A próxima subsecção é sobre essa mesma dimensão.

5.4.2. Empatia nos profissionais de saúde

A empatia é essencialmente um modo afetivo de compreensão (Halpern, 2003) e os utilizadores procuram-na nos seus profissionais de saúde. Os investigadores concordam que a empatia tem um papel positivo nos resultados clínicos, melhorando os relacionamentos interpessoais (Spiro *et al.*, 1994). Hojat *et al.* (2002, p.58) definiram empatia como *“um atributo cognitivo (em oposição ao afetivo) que envolve a compreensão das experiências internas e perspectivas do utilizador, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão com o utilizador”*. Nas situações de cuidados de saúde os conceitos de empatia e simpatia devem ser distinguidos. Apesar de ambos os conceitos envolverem a partilha, defende-se que os médicos empáticos partilham a sua compreensão enquanto os médicos simpáticos partilham as suas emoções com os utilizadores (Nightingale, Yarnold, & Greenberg, 1991). A título ilustrativo simpatia pode ser expresso com um “Eu sinto muito”, enquanto a empatia é refletida por exemplo com a expressão “Eu entendo como se sente” (Nightingale *et al.*, 1991). No entanto estes dois conceitos não podem funcionar independentemente. A simpatia, se excessiva pode interferir com a objetividade do diagnóstico e tratamento. (Halpern, 2003; Nightingale *et al.*, 1991). Neste sentido, Jensen (1994) reflete sobre qual a distância afetiva recomendável para evitar emoções que possam interferir com a naturalidade clínica. Para concluir, apresenta-se a definição sugerida por Halpern (2003, p.670), em que este considera que a empatia envolve *“ser movido pelas experiências dos outros”*. Em contraste, um grupo da Sociedade de Medicina Interna Geral reconhece a empatia como o *“ato de reconhecer corretamente o estado emocional do outro sem ter experienciado ele mesmo esse estado”* (Halpern, 2003, p.670). Obviamente que os médicos não podem experienciar o sofrimento de cada utilizador, no entanto, dizer que o médico não

experiencia o estado em si mesmo é, presumivelmente para enfatizar que a empatia é uma forma de conhecimento intelectual em vez de emocional. Isto assume que a emoção da experiência não é importante para compreender o que o utilizador está a sentir (Halpern, 2003).

De acordo com Halpern (2003), o grande ponto da empatia é focar a atenção no utilizador. Este autor refere que uma das capacidades profissionais especiais da empatia clínica é distinguida pelo uso deste *input* subjetivo e experiencial, para alcançar objetivos cognitivos específicos. A empatia em contexto clínico envolve: i) a capacidade de compreender a situação dos utilizadores, suas perspetivas e sentimentos; ii) o feedback dessa compreensão e verificação; iii) saber comunicar não verbalmente (os gestos, o tom verbal ajudam a diminuir a ansiedade do utilizador e melhorar os efeitos psicológicos) e, iv) tornar a medicina com mais significado (os médicos com um estilo de comunicação mais orientado para o utilizador com momentos de ligação empática reconhecem um profundo significado da prática da sua profissão) (Halpern, 2003).

A empatia é considerada um fator chave na prestação dos cuidados e por isso deve ser cultivada mesmo durante a formação médica na universidade e vários académicos defendem ainda que deve ser um dos pré-requisitos à admissão destes alunos (Kupfer *et al.*, 1978). Na verdade, a empatia permite a criação de uma ligação com os utilizadores, conseguindo-se ter uma melhor compreensão do que estes estão passando, reconhecendo assim o seu estado emocional. Com a prática de uma escuta ativa, os profissionais de saúde conseguem envolver os seus doentes e capacitá-los para serem proativos e responsáveis pela sua saúde (Ficarra, 2010), e melhoria dos resultados clínicos esperados (Nightingale *et al.*, 1991). Prova disso são os estudos de Mercer, Reilly, & Watt (2002) e Suchman *et al.*, (1993) que concluem que a empatia tem sido demonstrada como um fator capaz de melhorar o relacionamento médico-utilizador, bem como a capacitação do doente e a satisfação nos encontros médicos.

Com base no exposto formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 11: O efeito positivo da aplicação dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde:

Hipótese 11a - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

Hipótese 11b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

Hipótese 11c - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

Hipótese 11d - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde

5.4.3. DART – Diálogo, Acesso, Risco-Benefício e Transparência

No capítulo 3 foi introduzido o acrónimo DART, representando os quatro blocos capazes de facilitar a cocriação segundo os autores Prahalad & Ramaswamy (2004). DART representa as variáveis Diálogo, Acesso, Risco-Benefício e Transparência. Estes quatro conceitos também estão presentes no contexto da saúde.

Vários são os autores que debruçaram os seus estudos nos temas da comunicação e diálogo entre profissionais de saúde (mais precisamente médicos e enfermeiros) e os seus utilizadores. O trabalho de revisão de Stewart (1995) demonstra uma correlação entre a comunicação efetiva médico-utilizador e melhoria dos resultados de saúde. Na verdade, os utilizadores que compreendem os seus profissionais de saúde têm maior probabilidade de reconhecer os seus problemas de saúde, compreender as opções de tratamento, concordar em modificar o seu comportamento e seguir as instruções médicas prescritas (Ciechanowski *et al*, 2001; Bull *et al*, 2002). Nas palavras de Prahalad & Ramaswamy (2004, p.23), diálogo significa interatividade, comprometimento e propensão para agir – de ambos os lados. Para estes autores, o diálogo é mais do que ouvir os clientes, implica uma compreensão empática em torno das experiências vividas pelo cliente e o reconhecimento do contexto emocional, cultural e social das experiências. A natureza do diálogo irá depender também da especificidade dos clientes, nomeadamente das suas necessidades individuais, perícia e desejo de envolvimento.

Prahalad & Ramaswamy (2004) referem-se relativamente ao acesso³⁰ como um dos blocos que proporcionam cocriação de valor. Falar de acesso no contexto de saúde requer uma retrospectiva da evolução do conceito neste setor. Em 1974, Aday & Andersen referem que muitos autores tendem a equiparar o conceito de acesso baseando-se nas características da população (rendimento, cobertura de seguro e atitudes perante o cuidado médico) ou nas características do sistema dos cuidados de saúde (a distribuição e organização do pessoal e instalações, por exemplo). Outros apontam que o acesso pode ser avaliado pelos resultados resultantes pela passagem dos utilizadores no sistema de saúde, como a taxa de satisfação e a taxa de utilização (Penchansky & Thomas, 1981). Estes autores introduziram um conjunto de dimensões que caracterizam este conceito, são elas: a disponibilidade, a aceitabilidade, a capacidade de pagamento e a informação. Donabedian (1973) introduziu o termo acessibilidade em vez de acesso descrevendo dois aspetos: geográficos (que englobam a dimensão tempo, espaço e distância física entre o utilizador e o serviço de saúde) e sócio-organizacional (que incluem os atributos sociais, culturais, educacionais do indivíduo).

No documento de trabalho de Furtado & Pereira (2010, p.7) são identificadas cinco dimensões que podem afetar o acesso: a disponibilidade, a proximidade, os custos, a qualidade e a aceitação. A disponibilidade refere-se à *“existência de uma oferta adequada de serviços que possibilita a oportunidade de utilizar os cuidados de saúde”*. A proximidade relaciona-se com *“a acessibilidade física ou geográfica dos cuidados”* e está associada à dimensão disponibilidade. A variável custos reflete os *“os custos incorridos no consumo de serviços de saúde”*. A qualidade transmite não só a qualidade dos serviços prestados mas também com a organização dos mesmos. A dimensão aceitação avalia *“se a prestação de cuidados de saúde corresponde às necessidades e expectativas dos utentes. Os serviços devem estar adequados às características dos diferentes grupos populacionais, os quais podem percecionar de modo diferente os benefícios que podem adquirir da obtenção de cuidados de saúde”*. Neste alinhamento, as dimensões informação, disponibilidade e aceitabilidade enquadram-se na perspetiva de cocriação de valor sugerida por Prahalad & Ramaswamy (2004).

Falar em ausência de saúde implica falar em tratamentos e opções para melhorar o estado de saúde. Os profissionais de saúde gastam imenso tempo discutindo riscos e benefícios para esses tratamentos com os seus utilizadores – também designado por comunicação do risco

³⁰ Acesso à informação e acesso aos recursos/ferramentas

(Edwards *et al.*, 2003). Fala-se aqui do R do acrónimo DART: avaliação do risco-benefício. A comunicação do risco define-se como uma troca aberta e direcional de informação e opinião sobre o risco, conduzindo a um melhor entendimento e melhor gestão (clínica) das decisões (Edwards *et al.*, 2000). Neste alinhamento e uma vez que a comunicação do risco ocorre no contexto do processo de cuidados de saúde, surge aqui um conceito com especial foco: a tomada de decisão partilhada (Charles, Gafni, & Whelan, 1997). A partilha da informação sobre o risco é uma das competências da tomada de decisão partilhada (Elwyn *et al.*, 2000). Transpondo para o contexto organizacional e referindo Prahalad & Ramaswamy (2004), um diálogo ativo sobre os riscos e benefícios envolvidos no uso de produtos e serviços pode criar um novo nível de confiança ente o cliente e a organização, proporcionando o codesenvolvimento de escolhas conjuntas e mais informadas (pelo menos da parte do utilizador dos serviços de saúde).

Por último, a transparência reflete o relacionamento de ambos os lados. O cliente/utilizador de serviços de saúde sabe o que irá acontecer em todos os momentos e porquê, enquanto a organização/profissional de saúde conhece os desejos, preocupações e requisitos do cliente/utilizador (Prahalad & Ramaswamy, 2004). Na saúde este conceito tem especial importância, uma vez que o setor é caracterizado pela assimetria de informação. Assim, foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 12: O efeito positivo da aplicação dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe diálogo, acesso, risco e transparência nos profissionais de saúde:

Hipótese 12a - O efeito positivo da aplicação da literacia pelos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica diálogo.

Hipótese 12b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica diálogo.

Hipótese 12c - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica diálogo.

Hipótese 12d - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica diálogo.

Hipótese 12e - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica acesso.

Hipótese 12f - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica acesso.

Hipótese 12g - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica acesso.

Hipótese 12h - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica acesso.

Hipótese 12i - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

Hipótese 12j - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

Hipótese 12k - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

Hipótese 12l - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

Hipótese 12m - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica transparência.

Hipótese 12n - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica transparência.

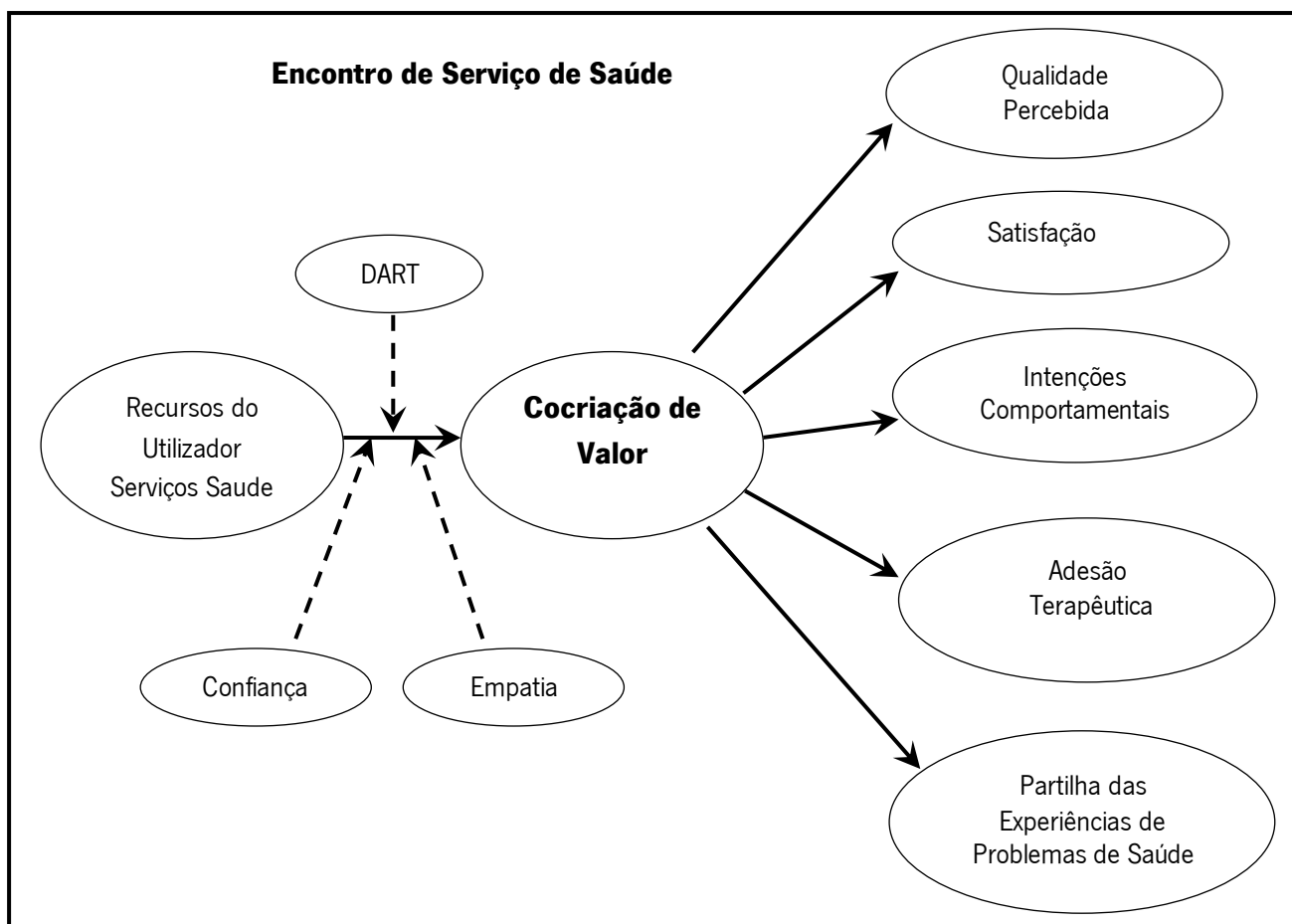
Hipótese 12o - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica transparência.

Hipótese 12p - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica transparência

5.5. Modelo Concetual

As hipóteses estabelecidas refletem o modelo concetual que se apresenta na figura 18 onde estão representadas as relações existentes entre a cocriação de valor num encontro de serviço de saúde com os recursos do utilizador desse serviço e os respetivos resultados. O modelo baseia-se no argumento que a integração dos recursos por parte do utilizador do serviço de saúde tem um efeito positivo no processo de cocriação de valor, sendo refletido em vários resultados como a qualidade percebida, satisfação, intenções comportamentais, cumprimento das indicações terapêuticas e partilha das experiências de problemas de saúde. O modelo ilustra ainda, o papel da moderação das variáveis diálogo, acesso, risco-benefício, transparência, confiança e empatia na aplicação dos recursos.

Figura 18 – Modelo Concetual a testar



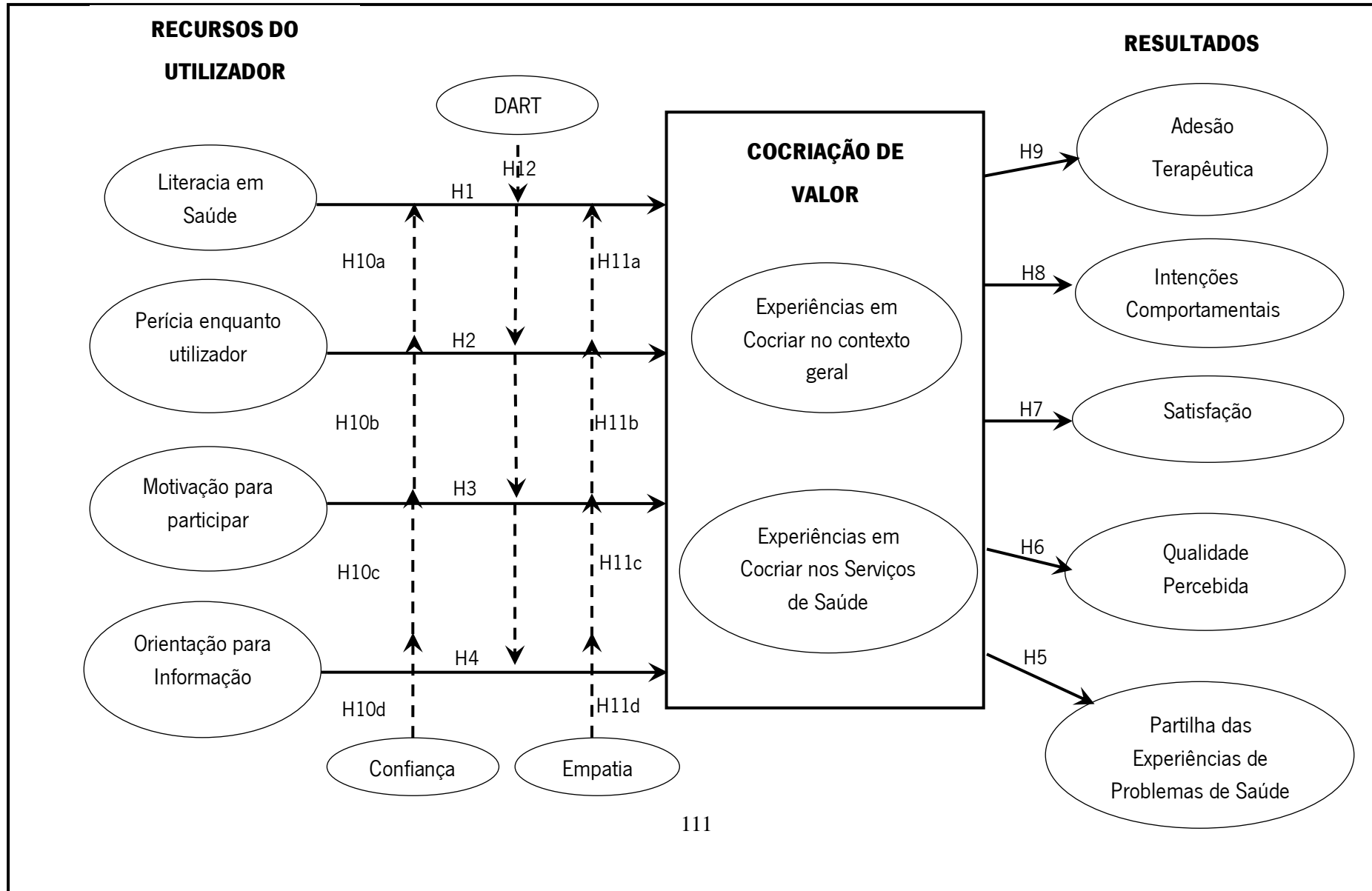
5.6. Modelo Operacional

O modelo conceitual apresentado acima traduz-se num modelo operacional onde são especificados todos os constructos a serem medidos. O modelo operacional apresenta os recursos do utilizador através das variáveis latentes: literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, a motivação para participar e a orientação para a procura de informação de saúde. Estas variáveis traduzem assim os recursos e competências defendidas por Vargo & Lusch (2006) que o utilizador dos serviços de saúde aplica no processo de cocriação de valor. A cocriação de valor, por seu turno, é operacionalizada através de um constructo de segunda ordem representada pelas dimensões experiências em cocriar nos serviços de saúde e experiências em cocriar num contexto mais geral. O modelo ilustra ainda os efeitos do processo de cocriação de valor na qualidade percebida, na satisfação, nas intenções comportamentais, no cumprimento da indicação terapêutica e na partilha das experiências de problemas de saúde, bem como as influências dos efeitos moderadores empatia, confiança e do acrónimo DART na integração dos recursos.

A figura 19 esquematiza o modelo operacional proposto, onde são representados os constructos abordados e formuladas as respetivas hipóteses de investigação.

Figura 19 – Modelo operacional

Encontro de Serviço de Saúde



5.7. Conclusão

O modelo teórico proposto sublinha o papel da integração dos recursos no processo de cocriação de valor e os respetivos resultados desse processo. O modelo apresentado propõe ainda que a intensidade da integração dos recursos no processo de cocriação de valor varia em função da confiança, empatia e do DART (diálogo, acesso, risco-benefício e transparência). A tabela 20 apresenta uma síntese de todas as hipóteses postuladas na revisão teórica.

Tabela 20 – Síntese das Hipóteses Formuladas

Hipóteses relacionadas com a aplicação de recursos e competências do utilizador no processo de cocriação de valor num serviço de saúde
<p>Se o processo de cocriação de valor implica a aplicação de recursos e competências por parte do utilizador dos serviços de saúde então:</p> <p>Hipótese 1: Existe um efeito positivo da literacia em saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.</p> <p>Hipótese 2: Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.</p> <p>Hipótese 3 – Existe um efeito positivo da motivação para participar no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.</p> <p>Hipótese 4 – Existe um efeito positivo da orientação para a procura de informação de saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.</p>
Hipóteses relacionadas com os resultados do processo de cocriação de valor num serviço de saúde
<p>Hipótese 5: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na partilha de experiências de problemas de saúde</p> <p>Hipótese 6: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na qualidade percebida do serviço de saúde</p> <p>Hipótese 7: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na satisfação do utilizador do serviço de saúde</p> <p>Hipótese 8: Existe um efeito positivo da cocriação de valor nas intenções comportamentais do utilizador do serviço de saúde.</p> <p>Hipótese 9: Existe um efeito positivo da cocriação de valor no cumprimento da indicação terapêutica por parte do utilizador do serviço de saúde.</p>
Hipóteses relacionadas com a moderação da cocriação de valor
<p>Se a intensidade da confiança, empatia e do DART (diálogo, acesso, risco e transparência) podem influenciar a aplicação dos recursos por parte do utilizador na cocriação de valor num serviço de saúde então:</p> <p>Hipótese 10: O efeito positivo da aplicação dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde:</p> <p>Hipótese 10a - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.</p> <p>Hipótese 10b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.</p> <p>Hipótese 10c - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.</p> <p>Hipótese 10d - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.</p>

Hipótese 11: O efeito positivo da aplicação dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde:

Hipótese 11a - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

Hipótese 11b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

Hipótese 11c - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

Hipótese 11d - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde

Hipótese 12: O efeito positivo da aplicação dos recursos dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe diálogo, acesso, risco e transparência nos profissionais de saúde:

- Hipótese 12a - O efeito positivo da aplicação da literacia pelos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica diálogo.
- Hipótese 12b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica diálogo.
- Hipótese 12c - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica diálogo.
- Hipótese 12d - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica diálogo.
- Hipótese 12e - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica acesso.
- Hipótese 12f - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica acesso.
- Hipótese 12g - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica acesso.
- Hipótese 12h - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica acesso.
- Hipótese 12i - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.
- Hipótese 12j - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.
- Hipótese 12k - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.
- Hipótese 12l - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.
- Hipótese 12m - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica transparência.
- Hipótese 12n - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica transparência.
- Hipótese 12o - O efeito positivo da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica transparência
- Hipótese 12p - O efeito positivo da motivação para participar dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica transparência

SEGUNDA PARTE

Estudo Empírico

VI. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Para se produzir conhecimento de natureza científica, é preciso seguir determinados procedimentos que nos permitam alcançar o fim que procuramos (Vilelas, 2009). É necessário seguir um método, um caminho concreto sistemático e organizado que nos aproxime da meta. A metodologia da investigação refere-se assim, às várias fases e procedimentos que se seguem numa investigação.

A descrição da metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos neste estudo é descrita neste capítulo.

6.1. Desenho da Investigação

Para Churchill (2010), a investigação em marketing é composta por várias etapas. O processo inicia com a formulação do problema, segue com a escolha do estudo, a seleção do método de recolha de dados e da amostra, prosseguindo com a recolha dos dados, a análise e interpretação desses dados e termina com a preparação e apresentação do relatório da investigação.

A presente investigação também teve uma sequência de etapas para chegar à sua meta final. A primeira consistiu em selecionar o tema a investigar. A partir de algumas leituras iniciais, suscitou interesse o estudo da cocriação de valor no contexto da saúde. Após o enquadramento do problema, seguiu-se para uma leitura exaustiva de bibliografia relacionada com o tema. A pesquisa conduzida permitiu encontrar literatura sobre cocriação de valor, desde a mais concetual à mais empírica. No entanto, este tema aplicado à área da saúde ainda é bastante restrito, detetando-se alguma lacunas. Assim, a necessidade de aprofundar esta temática tomou maior relevo, dada a importância e impacto que poderá ter no futuro das organizações de saúde, no relacionamento profissional de saúde-utilizador e na melhoria das condições de saúde dos indivíduos.

Posto isto, prosseguiu-se com a formulação do problema e a determinação dos objetivos da investigação.

Como complemento à revisão da literatura, efetuou-se uma primeira análise empírica de carácter exploratório através de um questionário de resposta aberta, cujo objetivo era averiguar a opinião dos

profissionais de saúde relativamente ao atual comportamento do utilizador nos encontros do serviço de saúde. Paralelamente, foi feito outro estudo junto dos utilizadores do serviço de saúde, para perceber a sua opinião sobre os seus comportamentos e perícia sobre assuntos de saúde.

Com base dos resultados deste pequeno estudo exploratório e das principais ideias encontradas no estado da arte, procedeu-se à construção do modelo concetual e à formulação das hipóteses de investigação.

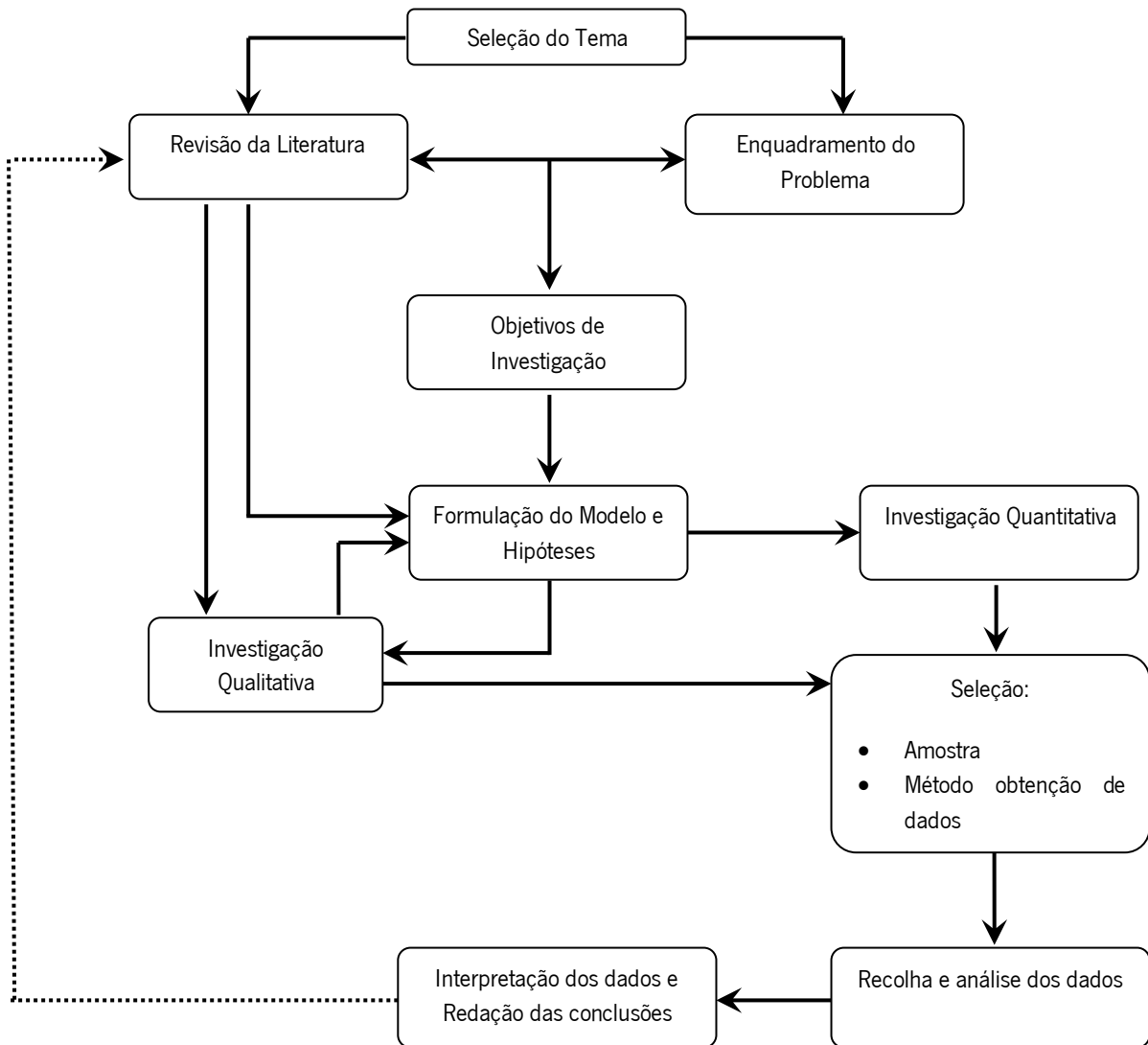
Detetada uma lacuna na revisão da literatura para mensurar uma das variáveis do modelo concetual, foi necessário proceder-se à construção de uma escala. Para tal foram conduzidos dois *focus groups*²¹ com vista ao desenvolvimento da mesma.

Face aos objetivos iniciais desta investigação e por forma a poder confirmar/refutar as hipóteses estabelecidas, procedeu-se à realização de uma nova análise empírica, através da aplicação de um questionário (com pré-teste) a vários utilizadores nacionais de serviços de saúde.

A última etapa da investigação consistiu na análise e tratamento dos dados provenientes do questionário e procedeu-se à redação das conclusões. Uma esquematização gráfica do desenho da investigação pode ser observada na figura 20.

²¹ Grupos focais

Figura 20 - Desenho da Metodologia



6.2. Metodologia Qualitativa

6.2.1. Objetivos

A investigação qualitativa considera na sua análise, a compreensão dos problemas a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação. Neste contexto, Vilelas (2009) considera que a flexibilidade das técnicas qualitativas permite um maior aprofundamento e pormenorização dos dados. O investigador observa as pessoas e as interações entre elas, participa nas atividades, entrevista as pessoas-chave, conduz histórias de vida ou estudos de casos e/ou documentos já existentes. Pode-se

dizer que o principal interesse destes estudos, não é efetuar generalizações, mas antes particularizar e compreender os sujeitos e os fenómenos na sua complexidade e singularidade (Craveiro, 2007).

Esta técnica de recolha de dados considerou-se adequada, pois na primeira fase desta investigação, de natureza qualitativa, pretendeu-se contribuir para uma maior compreensão das variáveis que contribuem para o processo de cocriação de valor. Mais concretamente, procurou-se obter um conhecimento mais detalhado dos fatores/recursos do utilizador que contribuem para a cocriação de valor num encontro de serviço de saúde, efetuando-se uma avaliação preliminar dos pressupostos conceituais do modelo proposto.

Vilelas (2009) refere que neste tipo de análise, não existem regras metodológicas fixas e totalmente definidas, mas sim estratégias e abordagens de recolha de dados. Alguns investigadores qualitativos defendem até que não se deve iniciar o estudo com uma revisão ampla do enquadramento teórico. Contudo, outros concordam que se elabore um marco teórico inicial para que possibilite a focalização do estudo (Vilelas, 2009). A lógica da investigação qualitativa é indutiva, isto é, o investigador desenvolve conceitos e ideias a partir de padrões encontrados nos dados.

6.2.2. Instrumento de Recolha de Dados

Uma vez que um encontro de serviço de saúde pressupõe, no mínimo, uma relação bidirecional e dado os objetivos propostos, efetuaram-se dois estudos de carácter exploratório com indivíduos que padecem de patologias que requerem acompanhamento frequente de um profissional de saúde (Grupo A) e outro com profissionais de saúde (Grupo B).

Dado o carácter exploratório da investigação, utilizou-se a técnica do questionário com perguntas abertas, de maneira a que os inquiridos exprimissem as suas opiniões, desejos, pensamentos, atitudes e expectativas, nos quais pela sua natureza é quase impossível observar de fora (Vilelas, 2009). Durante o mês de setembro de 2013 aplicou-se junto do grupo A, um questionário com seis questões abertas com o objetivo de analisar a abordagem destes utilizadores de serviços de saúde relativamente à sua participação e aplicação de recursos durante o encontro com o profissional de saúde e o cumprimento das indicações terapêuticas. A última questão colocada debruçava-se sobre

as razões que os levam a partilhar as experiências de problemas de saúde e foi aproveitada para o desenvolvimento *a posteriori* de uma escala em falta, inexistente na literatura.

No grupo dos profissionais de saúde (Grupo B), procurou-se averiguar a perceção destes, sobre os seus utilizadores relativamente ao envolvimento durante o serviço de saúde, recursos utilizados e cumprimento terapêutico. De igual forma, tal como no Grupo A, aproveitou-se o momento para saber a opinião dos profissionais de saúde sobre as razões que levam os utilizadores, a partilhar as experiências de problemas de saúde. Foram aplicados questionários com sete questões abertas aos profissionais de saúde durante o mês de setembro de 2013.

A tabela 21 representa a síntese dos principais temas abordados aos dois grupos.

Tabela 21 – Guião dos Questionários: Assuntos Abordados

Conceitos	Assuntos Abordados	Alvo
Literacia em Saúde	Capacidade para avaliar o que diz o profissional de saúde.	A
Literacia em Saúde	Capacidade do utilizador do serviço entender o que o profissional lhe diz. Capacidade dos utilizadores avaliarem o que lhes é dito.	B
Perícia enquanto utilizador	Conhecimentos para serem auto-suficientes no procedimento médico. Conhecimento dos procedimentos do serviço médico prestado.	A
Perícia enquanto utilizador	Avaliação da capacidade dos utilizadores de saúde na auto-suficiência do procedimento médico.	B
Procura de Informação	Razão porque questionam o profissional de saúde durante o encontro. Questionar o que é dito pelo profissional de saúde. Meios para procurar informação de saúde.	A
Procura de Informação	Questões feitas pelos utilizadores do serviço.	B
Partilha de Experiências de Problemas de Saúde	Razões que levam à partilha da experiência.	A
Partilha de Experiências de Problemas de Saúde	Razões que levam à partilha da experiência por parte do utilizador.	B
Adesão Terapêutica	Cumprimento de indicações e conselhos prescritos pelo profissional de saúde.	A
Adesão Terapêutica	Avaliação do cumprimento da indicação terapêutica por parte do utilizador do serviço.	B
Envolvimento	Evolução do comportamento do utilizador de saúde nos últimos 20 anos.	B

Notas: Grupo A – Indivíduos com acompanhamento de um profissional de saúde
Grupo B – Profissionais de Saúde

Ambas as entrevistas estão apresentadas no anexo I e II.

6.2.3. Definição da Amostra

Para alcançar os objetivos propostos, selecionou-se uma amostra intencional. Na amostragem intencional, bastante frequente nos estudos qualitativos, não se escolhem as unidades de um modo totalmente arbitrário, designando algumas características para cada unidade (Vilelas, 2009). Como já foi referido, esta amostra requeria que os indivíduos possuem determinadas características: por um lado era necessário um grupo em que os indivíduos possuíssem patologias com acompanhamento de um profissional de saúde e, por outro lado, um segundo grupo representado por profissionais de saúde. Assim, selecionou-se através da rede de contactos de familiares e amigos, os participantes que reunissem tais condições. O recrutamento dos profissionais de saúde foi através da rede social Facebook e contacto de amigos, mostrando estes disponibilidade em colaborar no estudo.

Os dados foram recolhidos eletronicamente (via email), sendo a amostra final do Grupo A constituída por catorze elementos e do Grupo B por dez profissionais de saúde. Não existiram grandes preocupações relativamente ao tamanho da amostra, pois de acordo com Guerra (2006, p. 42) *“considera-se que não tem muito sentido falar de amostragem [nas metodologias qualitativas], pois não se procura uma representatividade estatística, mas sim uma “representatividade social” que nada tem a ver com este conceito”*. Além disso, as conclusões só serão generalizadas depois de confirmadas, através de estudos posteriores, onde a dimensão da amostra já será maior.

6.2.4. Síntese dos Aspetos Metodológicos

Na tabela 22 apresenta-se uma síntese dos aspetos metodológicos da análise qualitativa realizada. A interpretação e discussão dos resultados da mesma está apresentada no capítulo 10.

Tabela 22 – Síntese dos Aspetos Metodológicos da Análise Qualitativa

Tipo de Estudo: 1. Quanto à abordagem 2. Quanto ao objetivo geral 3. Quanto ao procedimento técnico	 1 – Qualitativo 2 – Exploratório 3 – <i>Cross-Section</i>
Características da Amostra: 1. Grupo A 2. Grupo B	 1 – Doentes, utilizadores regulares dos serviços de saúde 2 – Profissionais de Saúde
Tamanho da Amostra 1. Grupo A 2. Grupo B	 14 11
Recolha de Dados	Questionários de resposta aberta, via Internet
Data da Recolha dos Dados	Setembro 2013

6.3. Metodologia Quantitativa

6.3.1. Objetivos

A segunda fase desta investigação, de natureza quantitativa, propõe-se a testar empiricamente o modelo concetual formulado. Mais especificamente, pretende-se analisar as relações existentes entre a aplicação dos recursos por parte do utilizador dos serviços de saúde no processo de cocriação de valor, e respetivos resultados.

As abordagens quantitativas visam a apresentação e manipulação numérica das observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações (Vilelas, 2009). Requer o uso de técnicas estatísticas para se corroborarem/refutarem as hipóteses formuladas e daí extrapolar para a população. Tenta assim conhecer e controlar as variáveis, eliminando os fatores de confusão e, preocupa-se com a validade e fiabilidade a fim de produzir generalizações teóricas. De acordo com Myers (1997) as características da investigação quantitativa são: 1) recolher dados para

comprovar teorias, hipóteses e modelos; 2) presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar constructos e hipóteses; 3) método sistemático que lida com informações objetivas; e 4) associado a estudos positivistas confirmatórios.

A técnica mais usual nos métodos quantitativos é o questionário, composto por questões fechadas e codificadas, o que torna a recolha e tratamento dos dados mais simples.

6.3.2. Instrumento de Recolha de Dados

Dado o carácter exploratório do estudo, utilizou-se um inquérito por questionário estruturado que foi disponibilizado eletronicamente através da aplicação online LimeSurvey. A finalidade de um questionário é obter, de maneira sistemática e ordenada, a informação, acerca da população que se estuda (Vilelas, 2009). O questionário apresenta várias vantagens enquanto instrumento de medida, nomeadamente, o baixo custo, pode ser aplicado a um grande número de sujeitos, a apresentação uniformizada e o anonimato das respostas (Fortin, 2009). O questionário online oferece a vantagem adicional de a informação recolhida estar pronta para análise (a maior parte dos programas online permitem exportar os dados diretamente para o SPSS). Apesar da utilização do questionário via internet ter vindo a aumentar, não há muita pesquisa que avalie este método de recolha de informação (Zhang, 1999).

De acordo com Fortin (2009) a elaboração de um questionário deve seguir várias etapas. O investigador deve começar por consultar a literatura, a fim de descobrir instrumentos de medida que mensurem as suas variáveis de investigação. Seguidamente inicia o processo de construção do questionário em si, seguindo seis etapas: 1) delimitação da informação pertinente a recolher, 2) a formulação das questões, 3) o estabelecimento da sequência das questões e do seu formato, 4) a revisão do esboço do questionário, 5) o pré-teste do questionário e por último, 6) a redação da introdução e das diretrizes.

O questionário foi aplicado ao público em geral e o *link* foi divulgado através das redes sociais, por email e pelos Gabinetes de Comunicação do Instituto Politécnico de Leiria, Departamento de Gestão e Economia da Universidade de Aveiro, Universidade da Beira Interior e Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

A tabela 23 representa a síntese das principais questões abordadas e respetivas escalas de medida de acordo com Pestana & Gageiro (2005, p.36).

Tabela 23 – Variáveis e Tipos de escala usadas no questionário

Variável	Escala de Medida
Perfil enquanto utilizador serviço saúde	Nominal
Idade	Rácio
Habilitações Literárias	Ordinal
Sexo	Nominal
Procura de Informação em Saúde	Ordinal*
Orientação para a Procura de Informação em Saúde	Ordinal*
Literacia em Saúde	Ordinal*
e-Literacia	Ordinal*
Perícia enquanto utilizador	Ordinal*
Experiências em Cocriar	Ordinal*
Experiências em Cocriar nos Serviços Saúde	Ordinal*
Motivação para participar	Ordinal*
Empatia	Ordinal*
Confiança	Ordinal*
DART	Ordinal*
Qualidade Percebida	Ordinal*
Satisfação	Ordinal*
Adesão Terapêutica	Ordinal*
Partilha de Experiências de Problemas de Saúde	Ordinal*

*traduzida numa escala de Likert

Juntamente com o questionário foi incluída uma mensagem de apresentação, explicando os objetivos de estudo e a solicitação de colaboração. Na parte final do questionário, foi deixado um espaço para comentários facultativos.

Tal como enuncia Fortin (2009), nas etapas de construção de um questionário, aconselha-se que antes da aplicação final do questionário, seja efetuado um pré-teste. Este pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões são bem compreendidas. Esta etapa, é por isso de grande importância, pois permite corrigir ou modificar o questionário, resolvendo eventuais problemas de interpretação, redação ou ordem das questões.

Assim, o pré-teste do questionário foi efetuado junto de treze pessoas que leram o questionário e anotaram as suas próprias observações, críticas e sugestões. A seleção dos participantes foi intencional, sendo o convite endereçado a várias pessoas da rede de contactos que reunissem

diferentes características. Algumas delas apresentam patologias com acompanhamento médico, outras tiveram um encontro de saúde recente e outros não apresentam patologias há mais de seis meses. De igual forma, também se tentou encontrar participantes com diferentes habilitações literárias e idades. Com base no retorno obtido nesta análise, foram efetuadas alterações nomeadamente na formulação das perguntas e à clareza da linguagem de alguns itens.

6.3.3. Definição da Amostra

Para alcançar os objetivos propostos, selecionou-se uma amostra não probabilística accidental (ou conveniência) à população em geral com idade superior a 18 anos. A amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num preciso momento (Fortin, 2009). Não existe nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias accidentais (Vilelas, 2009).

Da aplicação do inquérito, obteve-se 1148 respostas completas, dos quais 234 pertencem a sujeitos com patologias que requerem acompanhamento de um profissional de saúde. Destes 1148 indivíduos, 711 tiveram o último contacto com um profissional de saúde há menos de 3 meses.

6.3.4. Operacionalização e medida das variáveis

Numa abordagem teórica, muitos conceitos podem ter diferentes significados e/ou dimensões. Há necessidade então de operacionalizar esses conceitos, utilizando medidas com vários itens que permitam aumentar a fiabilidade do constructo, uma vez que o erro de medida desce quando o número de itens aumenta (Nunnally & Bernstein, 1994).

Estes autores recomendam que se use escalas para medir os constructos, já desenvolvidas e testadas por outros autores. Assim, neste estudo adotou-se escalas publicadas por outros autores, embora, em determinados casos, se tenha optado pela combinação de itens de escalas desenvolvidos por diversos autores, que medem a mesma variável.

No entanto, para uma das variáveis propostas não se encontrou nenhuma escala de medida, tendo-se procedido ao desenvolvimento da mesma.

As variáveis chave desta investigação estão definidas no modelo concetual anteriormente apresentado. Nos próximos subcapítulos irá apresentar-se, com base na revisão de literatura as medidas selecionadas que integraram o questionário final.

6.3.4.1. Orientação para a Procura de Informação de Saúde

Para concretizar a variável Orientação para a Procura de Informação de Saúde procedeu-se à análise de vários artigos científicos relevantes neste tema para fazer uma triagem inicial das melhores medidas a usar.

A tabela 24 representa essa triagem e o respetivo alpha de Cronbach. As perguntas do questionário utilizam uma escala do tipo likert de sete pontos de concordância/discordância

Tabela 24 – Escalas de Medição da Orientação para a Procura de Informação

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha Cronbach
Procura de Informação de Saúde	Cotten & Gupta (2004)	O autor mede em: 1 –Não de todo; 2 – Uma ou Duas Vezes; 3 – 3 ou mais vezes Tem pesquisado informação de saúde em: Artigos de jornais Revistas de Interesse geral Revistas de Saúde Médicos ou enfermeiros Televisão ou rádio Internet	Não Aplicável
Orientação Procura de Informação	Dutta-Bergman (2004)	O autor usa uma escala de cinco pontos em que 1 – discordo fortemente e 5 – concordo fortemente 1 – Eu faço questão de ler e ver histórias relacionadas com saúde; 2- Eu gosto mesmo de aprender sobre assuntos relacionados com a saúde; 3 – Para ser e estar saudável é fundamental estar informado acerca de assuntos de saúde; 4 – A quantidade de informação de saúde disponível hoje faz-se com que seja mais fácil tomar conta da minha saúde;	0,87

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha Cronbach
		5 – Quando eu tomo medicamentos, eu tento adquirir o máximo de informação acerca dos seus benefícios e seus efeitos; 6 - Eu preciso de saber sobre temas de saúde para poder manter a minha família e eu próprio saudável; 7 – Antes de tomar uma decisão acerca da minha saúde, eu procuro tudo o que possa estar relacionado com esse assunto; 8 – É importante para mim estar informado acerca de assuntos de saúde.	

Utilizou-se a questão de escolha múltipla de Cotten & Gupta (2004) no sentido de investigar as fontes onde os indivíduos procuram informação de saúde mas, também se considerou interessante analisar a motivação dos indivíduos para essa procura de informação. Assim a escala apresentada por Dutta-Bergman (2004) também foi introduzida no questionário final medida através de uma escala do tipo Likert de sete ponto de concordância/discordância.

6.3.4.2. Literacia em Saúde

Para o conceito de literacia em saúde foi escolhida a escala desenvolvida pelos autores Norman & Skinner (2006a) e aplicada em Portugal por Tomás (2013) na sua tese de doutoramento. Uma vez que esta escala se foca na literacia em saúde em contexto de internet, foi necessário construir outra escala baseada nesta, para o contexto offline. As respetivas validações e consistências internas serão apresentadas mais à frente.

A tabela 25 apresenta as escalas consultadas para definir este constructo. No questionário final mensurou-se os itens com uma escala de concordância/discordância de sete pontos do tipo Likert.

Tabela 25 - Escalas de Medição da Literacia em Saúde

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
e-Health Literacy	Norman & Skinner, (2006a)	O autor mede através de uma escala de concordância em cinco pontos de Likert “Eu sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na Internet”; “Eu sei como usar a Internet para responder às minhas questões sobre saúde”; “Eu sei que recursos de saúde estão disponíveis na Internet”; “Eu sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na Internet”; “Eu sei como usar a informação de saúde que encontrei na Internet para me ajudar”; “Eu tenho as aptidões que necessito para avaliar os recursos de saúde que encontro na Internet”; “Eu posso dizer alta qualidade ou baixa qualidade sobre os recursos da Internet”; 	0,88

		“Eu sinto-me confiante em usar informação da Internet para tomar decisões de saúde”.	
e-literacia em saúde	Tomás (2014)	Idem	0,84

6.3.4.3. Experiências em Cocriar

Para medir este constructo e com base no referencial teórico, os conceitos que mais se aproximavam para exprimir esta variável seria a participação e dentro da esfera da cocriação, a coprodução. A ideia subjacente é que experiências anteriores em cocriação poderão estimular futuras cocriações. Assim, optou-se por medir os itens que representam as experiências anteriores de cocriação numa escala de frequência de sete pontos em que 1 representa Nunca e 7 representa Sempre.

Foram elaborados dois grupos de questões com itens idênticos; uma para investigar os comportamentos em experiências passadas em serviços que não os de saúde, e outra referente aos serviços de saúde. Dos vários artigos analisados optou-se por misturar e adaptar os itens que formam a escala de coprodução apresentado por Zainuddin (2011) e itens da escala de participação de Bettencourt (1997), tal como apresentado na tabela 26 a negrito.

Tabela 26 - Escalas de Medição das Experiências em Cocriar

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Participação	Bettencourt, (1997)	<p>“Eu permito que esta loja conheça as maneiras de como podem melhorar a maneira de servir as minhas necessidades”;</p> <p>“Eu faço sugestões construtivas de como esta loja pode melhorar o serviço”;</p> <p>“Se eu tive uma ideia útil de como melhorar o serviço, eu dou-a a alguém da loja”;</p> <p>“Quando eu experiencio um problema com esta loja, eu faço com que eles saibam para poderem melhor o serviço”;</p> <p>“Se eu reparar num problema, mesmo que não me afete, eu informo um dos empregados das loja (ex: óculo partidos no corredor, artigos que tenham passado a validade)”;</p> <p>“Se um dos empregados desta loja me prestar um bom serviço, eu permito que ele saiba”;</p> <p>“Se o preço está incorreto, beneficiando eu dessa vantagem, eu mesmo assim aviso alguém da loja”.</p>	0,85
Co-produção	Zainuddin, (2011)	<p>“Eu tento trabalhar cooperativamente com o staff”;</p> <p>“Eu faço coisas para tornar mais fácil o trabalho do técnico de radiologia”;</p> <p>“Eu preparo as minhas questões antes de ir para a consulta de rastreio”;</p> <p>“Eu discuto abertamente as minhas necessidades com o staff para ajudá-los a prestarem o melhor serviço possível”.</p>	0,83
Procura de Informação	Yi & Gong, (2013)	O autor mede através de uma escala de concordância/discordância em sete pontos do tipo Likert	Entre 0,79 e

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
		“Eu tenho perguntado a outros por informação sobre o que este serviço oferece”; “Eu tenho procurado por informação onde este serviço está localizado”; “Eu tenho prestado atenção como os outros se comportam para usar este serviço bem”;	0,93
Partilha de Informação		“Eu expliquei claramente o que quero que o empregado faça”; “Eu dei ao funcionário informação apropriada”; “Eu forneci informação necessária para que o funcionário possa desempenhar as suas tarefas”; “I perguntei a todos os funcionários questões relacionadas com o serviço”;	
Comportamento Responsável		“”Eu desempenhei todas as tarefas que eram requeridas”; “Eu completei adequadamente todos comportamentos que eram esperados”; “Eu cumpri responsabilidade para o negócio”; “Eu segui as diretivas ou ordem dos funcionários”;	
Interações pessoais		“Eu fui amigável para o funcionário”; “Eu fui simpático para o funcionário”; “Eu fui respeitoso para o funcionário”; “Eu fui cortês para o funcionário”; “Eu não agi rudemente para o funcionário”;	
Feedback		“Se eu tivesse uma ideia útil de como melhorar o serviço, eu permitiria que o funcionário conhecesse”; “Quando eu recebo um serviço do funcionário, eu comento sobre isso”; “Quando eu experiencio um problema, eu permito que o funcionário saiba isso”.	

6.3.4.4. Perícia enquanto utilizador

A variável Perícia enquanto utilizador ainda foi pouco aprofundada, pelo que houve dificuldades em encontrar uma medida para incorporar no questionário. Do que foi analisado, apenas o estudo de Bell & Eisingerich (2007) apresenta uma dimensão designada “customer expertise” com três itens. Para criar esta escala, usou-se os itens apresentados por Bell & Eisingerich (2007) adaptados ao contexto da saúde. Apenas com três itens a consistência interna desta escala pode estar assegurada. Para gerar novos itens, recorreu-se ao estudo de Hartzler & Pratt (2011) e foram criados quatro novos itens com base nos comentários dos utilizadores participantes na investigação.

A escala final ficou com sete itens e foi medida numa escala de sete pontos de concordância/discordância, conforme ilustra a tabela 27.

Tabela 27 - Escalas de Medição da Perícia enquanto Utilizador

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Perícia enquanto utilizador	Bell & Eisingerich (2007)	“Eu consigo entender quase todos os aspetos que o meu profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir”; “Eu possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde, doenças e tratamentos”; “Eu consigo entender as técnicas e estratégias do meu profissional de saúde para o meu problema/condição de saúde”.	Não disponível
	Hartzler & Pratt (2011)	“Antes de uma consulta, eu preparo as questões que quero fazer ao profissional de saúde” “Quando faço uma medicação, eu percebo os seus efeitos secundários” “Antes de ir a uma consulta, eu seleciono o hospital/ médico a que quero ir” “Eu tenho noção quando devo procurar uma segunda opinião médica”	Não disponível

6.3.4.5. Motivação para participar

Para medir a variável Motivação para participar procurou-se por escalas diretas que avaliassem a motivação em participar em algo. Não obtendo muitos resultados, iniciou-se uma pesquisa por variáveis *proxys* como o envolvimento e esforço na tentativa de conseguirem medir a motivação dos indivíduos. No entanto, a escala de Dellande *et al.* (2004) permitiu adaptar um conjunto de itens para este constructo, sendo esta medida numa escala de sete pontos de concordância/discordância, como demonstra a tabela 28.

Tabela 28 - Escala de Medição da Motivação para a Participação

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Motivação	Dellande <i>et al.</i> (2004)	“Eu sinto-me motivado para comprar a medicação prescrita pelo médico”; “Eu sinto-me motivado para cumprir com as indicações dadas pelo profissional de saúde”; “Eu sinto-me motivado para atingir bons resultados para a minha saúde”; “Eu sinto-me motivado para aplicar os conhecimentos que o meu profissional de saúde me ensinou para me ajudar a melhorar a minha condição de saúde”; “Eu sei que a melhoria do meu estado de saúde depende do cumprimento do que me é pedido”.	Não disponível

6.3.4.6. Empatia nos profissionais de saúde

Medir a variável empatia também é difícil. A escala Jefferson bastante referida na literatura refere-se à empatia mas do lado do médico. A escala de Mercer *et al.* (2004), apresentada na tabela 29 foi a que mais se aproximou do que se pretendia ao medir a consulta e a empatia relacional. Foram

usados sete itens da escala original aplicando-se uma mensuração de sete pontos de concordância/discordância.

Tabela 29 - Escala de Medição da Empatia nos Profissionais de Saúde

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
A consulta e a empatia relacional (CARE)	Mercer <i>et al.</i> , (2004)	<p>O autor propões as respostas numa escala de 5 pontos de “Pobre” a “Excelente”</p> <p>Como foi o médico....</p> <p>1 – Fê-lo sentir-se à vontade (<i>sendo amigo e caloroso perante si, tratando-o com o respeito, nada frio ou brusco</i>);</p> <p>2 – Permitindo que você conte a sua história (dando todo o tempo necessário para descrever a sua doença nas suas próprias palavras, não interrompendo ou divertindo-se);</p> <p>3 – Prestando atenção ao que estava dizendo (não olhava para notas ou para o computador enquanto falava);</p> <p>4 – Mostrou interesse em si como um todo (perguntando/conhecendo detalhes relevantes sobre a sua vida, a sua situação; não o tratando apenas como “mais um número”);</p> <p>5 – Mostrou interesse nas suas preocupações (comunicou consigo e compreendeu precisamente todas as suas preocupações; não negligenciando ou demitindo alguma coisa);</p> <p>6 – Mostrando cuidado e compaixão (parecendo genuinamente preocupado, ligado a si num nível humano; não sendo indiferente ou “separado”);</p> <p>7 – Foi positivo (teve uma abordagem positiva e uma atitude positiva; foi honesto mas não negativo acerca dos seus problemas);</p> <p>8 – Explicou as coisas claramente (respondendo totalmente a todas as questões, explicando claramente, dando informação adequada; não sendo vago);</p> <p>9 – Ajudou a tomar controlo/explicando o que é que podia melhorar a sua saúde; encorajando-o em vez de estar apenas a falar”;</p> <p>10 – Faz um plano de ação consigo (discutindo as opções, envolvendo-o nas decisões tanto quanto pode estar envolvido; não ignorando os seus pontos de vista).</p>	0,93

6.3.4.7. Confiança nos profissionais de saúde

Das várias escalas apresentadas para o constructo confiança, optou-se por combinar os itens propostos por Hall *et al.* (2002) e Thom *et al.* (1999). À semelhança das escalas anteriores, esta será também medida com uma escala de concordância/discordância de sete pontos do tipo Likert. Os respetivos autores e escalas estão evidenciados na tabela 30, e os itens selecionados a negrito.

Tabela 30 - Escala de Medição da Confianças nos Profissionais de Saúde

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Fidelidade	Hall <i>et al.</i> , 2002)	É usada uma escala de 5 pontos de Likert (totalmente desacordo – totalmente de acordo) “O seu médico faz tudo o que for preciso para chegar até si, os cuidados que necessita”; “Às vezes, o seu médico preocupa-se mais com o que lhe é conveniente do que sobre as suas necessidades médicas”.	0,93
Competência		“As competências do seu médico não são tão boas como deveriam ser”; “O seu médico é extremamente minucioso e cuidado”; “Por vezes, o seu médico não presta toda atenção àquilo que lhe está a dizer”.	
Honestidade		“O seu médico é totalmente honesto em dizer-lhe sobre todas as opções de tratamento disponíveis para a sua condição de saúde”.	
Confiança global		“Você confia totalmente nas decisões do seu médico sobre os tratamentos médicos que são melhores para si”; “O seu médico apenas pensa o que é melhor para si”; “Você não tem preocupações em colocar a sua vida nas mãos do seu médico”; “Acima de tudo, você tem total confiança no seu médico”.	
Confiança	(Thom, <i>et al.</i> 1999)	Escala de 5 pontos: 1 – Totalmente desacordo;; 5 – totalmente de acordo 1 – “Eu duvido que o meu médico realmente se importe comigo como pessoa”; 2 – “O meu médico, usualmente considera as minhas necessidades e mete-as em primeiro”; 3- “Eu confio tanto no meu médico que eu sempre tento seguir os seus conselhos”; 4 – “Se o meu médico me diz alguma coisa que é assim, então é porque deve de ser”; 5 – “Eu, às vezes, desconfio das opiniões do meu médico e gostaria de uma segunda opinião”; 6 – “Eu confio na decisão do meu médico acerca dos meus cuidados médicos”; 7 – “Eu acho que o meu médico não faz tudo o que deveria acerca dos meus cuidados médicos”; 8 – “Eu confio no meu médico para colocar as minhas necessidades médicas acima de todas as outras considerações quando se trata dos meus problemas médicos”; 9 – “O meu médico é bem qualificado para gerir (diagnóstico e tratar ou fazer um encaminhamento adequado) problemas médicos como o meu”; 10 – “Eu confio no meu médico para me dizer se houve um erro no meu tratamento”; 11 – “Eu por vezes preocupo-me que o meu médico não mantenha a informação que discutimos totalmente privada”.	0,89

6.3.4.8. D.A.R.T

O acrónimo DART (Diálogo, Acesso, Risco e Transparência) nunca foi medido ou apresentado em publicações científicas. No entanto, encontrou-se um artigo de conferência (AMA Summer Educator's

Conference) com o título “DART scale development and validation” desenvolvida por Albinsson *et al.* (2011). Após contacto com a autora obteve-se a escala apresentada na conferência e a partir daqui desenvolveu-se uma aplicada ao setor da saúde e ao estudo. As tabelas 31 e 32 apresentam respetivamente o estudo de Albinsson *et al.* (2011) e a escala a aplicar no questionário final desta investigação.

Tabela 31 – Escala DART apresentada por Albinsson *et al.* (2011)

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Diálogo	Albinsson <i>et al.</i> (2011)	A autora usou uma escala de Concordância de 7 pontos do tipo Likert: “O prestador comunica com o cliente para receber <i>inputs</i> de melhoria da experiência do serviço/produto”; “O prestador é interessado em comunicar com o cliente sobre os melhores meios para conceber e entregar a qualidade da experiência do produto/serviço”; “O prestador usa múltiplos canais de comunicação para encorajar uma maior troca de ideias com o cliente acerca da experiência do serviço/produto”; “O prestador e o cliente têm um diálogo ativo em como adicionar valor na experiência do serviço/produto”; “O cliente é encorajado a comunicar com o prestador sobre qualquer e todos os aspetos da experiência do serviço/produto”; “Múltiplas linhas de comunicação são usadas pelo prestador para recolher <i>inputs</i> e ideias do cliente”; “O prestador promove ativamente diálogo com o cliente para aprender mais acerca da reação do cliente à experiência do serviço/produto”; “O cliente tem muitas oportunidades para partilhar as suas ideias com o prestador adicionando valor à experiência do serviço/produto”; “O prestador cria facilidade para o cliente comunicar as suas ideias sobre a conceção e entrega da experiência do serviço/produto”.	0,95
Acesso	Albinsson <i>et al.</i> (2011)	“O prestador permite o consumidor decidir como ele recebe o serviço/produto”; “O consumidor tem muitas opções para escolher como experiencia o serviço/produto”; “É fácil para o consumidor receber o serviço/produto quando, onde e como ele quer”.	0,89
Avaliação Risco	Albinsson <i>et al.</i> (2011)	“O prestador fornece o cliente com informação compreensiva relativamente a como os riscos e benefícios foram avaliados para a experiência do serviço ou produto”; “O consumidor recebe informação compreensiva relativamente aos riscos e benefícios da experiência do produto/serviço”; “O prestador informa totalmente o consumidor acerca de todos os riscos decorrentes do produto ou do uso do serviço”; “O prestador dota o consumidor com as ferramentas necessárias e apoio para tomar decisões plenamente informadas sobre se este deve ou não participar na experiência do serviço/produto”; “O prestador é muito claro e fatural sobre os fatores positivos e negativos associados com a oferta do produto/serviço”; “O fornecedor encoraja o consumidor a familiarizar-se com os riscos associados com a experiência do produto/serviço”; “O fornecedor permite que o consumidor tome decisões informadas através dos riscos e benefícios da experiência do produto/serviço”.	0,86

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Transparência	Albinsson <i>et al.</i> (2011)	<p>“O fornecedor revela totalmente a informação ao consumidor que pode ser útil para melhorar os resultados da experiência/serviço”;</p> <p>“Ao consumidor é dado acesso aberto para a informação que seja útil em melhorar a concepção global e entrega da experiência do serviço/produto”;</p> <p>“Consumidor e fornecedor são tratados como parceiros iguais na partilha de informação que é necessária para alcançar o sucesso da experiência/serviço”;</p> <p>“O fornecedor revela totalmente ao consumidor informação detalhada através dos preços e custos associados com a concepção e entrega da experiência do produto/serviço”.</p>	0,93

Tabela 32 – Escala de Medição usada para o DART no contexto da saúde

Escala de concordância/discordância de sete pontos do tipo Likert	
<u>Diálogo</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “A instituição de saúde comunica comigo no sentido de recolher informações que possam melhorar a experiência da prestação do serviço médico”; 2. “O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que vou usa diversos canais de comunicação para uma maior troca de ideias comigo acerca do serviço”; 3. “O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que vou encoraja-me a fazer perguntas sobre todos ou qualquer aspeto da experiência que tive com a prestação do serviço de saúde”; 4. “O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que vou, põe à minha disposição vários meios para eu comunicar as minhas ideias sobre o serviço”; 5. “O meu médico da instituição de saúde a que vou discute comigo os próximos passos do meu tratamento incluindo as sessões de acompanhamento”; 6. “O médico da instituição de saúde a que vou responde às minhas questões e preocupações”;
<u>Acesso</u>	<ol style="list-style-type: none"> 7. “O médico/enfermeiro/terapeuta permite-me decidir como eu recebo o serviço de saúde”; 8. “Eu tenho muitas opções para escolher quando quero experienciar a prestação do serviço de saúde”; 9. “É fácil para mim receber o serviço médico quando, onde e como eu quiser”;
<u>Risco-Benefício</u>	<ol style="list-style-type: none"> 10. “O meu médico/enfermeiro/terapeuta é muito claro relativamente aos riscos e benefícios sobre a terapêutica prescrita para a minha condição de saúde”; 11. “O meu médico/enfermeiro/terapeuta encoraja-me a estar familiarizado com os riscos associados com o tratamento/procedimento médico”; 12. “Eu estou consciente das vantagens do tratamento e de não ter o tratamento”; 13. “O meu médico/enfermeiro/terapeuta esclarecem-me quanto ao risco de ser eu próprio a fazer determinados procedimentos médicos de forma autónoma”;
<u>Transparência</u>	<ol style="list-style-type: none"> 14. “O meu médico/enfermeiro/terapeuta e toda a instituição de saúde dão-me toda a informação útil para alcançar melhores resultados médicos”; 15. “Tanto eu como o meu médico/enfermeiro/terapeuta e a instituição de saúde somos parceiros iguais na partilha de informação necessária para alcançar o sucesso nos resultados médicos”; 16. “O meu médico/enfermeiro/terapeuta e a instituição de saúde explicam-me claramente todas as opções ao meu dispor”.

6.3.4.9. Qualidade Percebida

O estudo de Rocha *et al.* (2013) centrou-se na criação de um instrumento que medisse a qualidade de um serviço de saúde assente nos conceitos de marketing e cuidados de saúde. Uma vez que a escala desenvolvida deriva do modelo SERVQUAL, pioneiro na avaliação da qualidade dos serviços, foi sensato usar escala neste estudo. A sua estrutura está apresentada na tabela 33 e de igual forma às variáveis anteriores será aplicada uma escala de concordância/discordância com sete pontos do tipo Likert.

Tabela 33 – Escala de Medição da Qualidade Percebida

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Qualidade Serviço Percebida	Rocha <i>et al.</i> (2013)	“A qualidade global do serviço prestado pela clínica é excelente”; “A qualidade do serviço prestado pela clínica é impressionante”; “O serviço prestado pela clínica é de elevado nível”; “Eu acredito que a clínica oferece um serviço que é superior em todos os níveis”.	Não disponível

6.3.4.10. Adesão Terapêutica

O estudo do cumprimento da indicação terapêutica não é novo. Vários autores já publicaram sobre o tema e outros desenvolveram medidas para analisar o grau de cumprimentos dos utilizadores. Conclui-se que faria sentido medir esta variável numa escala de frequência em que 1 = Nunca e 7= Sempre. Das várias escalas apresentadas adaptaram-se para o contexto deste estudo (a negrito), seis itens da escala publicada por Morisky *et al.* (2008), refletida na tabela 34.

Tabela 34 – Escala de Medição da Adesão Terapêutica

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Adesão à Medicação	Morisky <i>et al.</i> (2008)	O autor mede os sete primeiros itens numa escala dicotómica: sim ou não último item medido numa escala de 5 pontos de Likert 1 – Você por vezes, se esquece de tomar os seus comprimidos para a hipertensão? 2 – Nas passadas duas semanas, houve algum dia em que você não tomou a medicação para a hipertensão? 3 – Alguma vez você cortou ou parou de tomar a sua medicação sem dizer ao seu médico porque se sentia pior quando a tomava? 4 - Quando você viaja ou sai de casa, por vezes esquece-se de levar consigo a sua medicação? 5 – Você tomou a sua medicação para a hipertensão ontem?	0,83

		<p>6 – Quando você sente que a sua pressão sanguínea está sob controle, por vezes você deixa de tomar a medicação?</p> <p>7 – Tomar a medicação todos os dias é um problema real para algumas pessoas. Alguma vez se sentiu incomodado acerca do seu plano de tratamento para a pressão sanguínea?</p> <p>8 – Quantas vezes você teve dificuldade em lembrar-se de tomar toda a sua medicação para a pressão sanguínea?</p>	
--	--	--	--

6.3.4.11. Satisfação

Seguindo a mesma linha de pensamento do constructo Qualidade Percebida, optou-se por usar o instrumento apresentado por Rocha *et al.* (2013) na medição da satisfação dos utilizadores de serviços de saúde. A sua medida seguiu a forma de uma escala do tipo Likert de sete pontos num grau de concordância/discordância e está apresentada na tabela 35.

Tabela 35 – Escala de Medição da Satisfação

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Satisfação do Serviço	Rocha <i>et al.</i> (2013)	<p>“A minha impressão sobre o serviço é muito positiva”</p> <p>“Eu sinto-me bem ao vir a este serviço para o tratamento”</p> <p>“Em geral, eu estou satisfeita com a clínica e o serviço que ele presta”</p> <p>“Eu acredito que os resultados do meu tratamento são os melhores que poderia ter alcançado”</p> <p>“Eu estou satisfeito que o meu tratamento tenha produzido o melhor resultado possível”</p>	Não disponível
Satisfação	Zainuddin, (2011)	Idem	0,90

6.3.4.12. Intenções Comportamentais

Este conceito podia ser medido por duas perspetivas: as intenções comportamentais de saúde ou as intenções comportamentais enquadradas na filosofia de marketing (satisfação e fidelização). Optou-se pela escala apresentada por Rocha *et al.* (2013) e mediu-se com uma escala de sete pontos do tipo Likert, o grau de concordância e discordância dos utilizadores dos serviços de saúde que se apresenta na tabela 36.

Tabela 36 – Escala de Medição das Intenções Comportamentais

Conceito	Autores	Itens Usados	Alpha
Intenções Comportamentais	Rocha <i>et al.</i> (2013)	“Se eu tivesse que começar o tratamento novamente eu voltaria a esta clínica”; “Eu recomendo vivamente esta clínica a outros utilizadores”; “Eu tenho dito coisas positivas acerca da clínica à minha família e amigos”; “Eu pretendo continuar a ter o tratamento, ou receber o acompanhamento que necessitar nesta clínica”; “Eu não tenho desejo de mudar de clínica”; “Eu pretendo seguir os conselhos médicos que me foram dados nesta clínica”; “Eu estou contente por ter feito o meu tratamento nesta clínica e não noutra local”.	Não disponível

6.3.4.13. Partilha de Experiências de Problemas de Saúde

Para a variável Partilha de Experiência de Saúde não foram encontradas medidas na literatura. Assim, teve que se proceder à elaboração de uma escala. O capítulo 7 apresenta os passos seguidos no seu desenvolvimento.

6.3.5. Síntese dos Aspetos Metodológicos

Na tabela 37 apresenta-se uma síntese dos aspetos metodológicos da análise quantitativa realizada. A interpretação e discussão dos resultados da mesma será apresentada no capítulo 10.

Tabela 37 - Síntese dos Aspetos Metodológicos da Análise Quantitativa

Tipo de Estudo:	
1 - Quanto à abordagem	1 – Quantitativo
2 - Quanto ao objetivo geral	2 – Exploratório
3 - Quanto ao procedimento técnico	3 – <i>Cross-Section</i>
Características da Amostra:	Amostra acidental
Tamanho da Amostra, dos quais:	1118:
Com patologia:	234
Ultimo contacto com profissional saúde há menos de 3 meses:	711
Recolha de Dados	Questionário via online
Data da Recolha dos Dados	Setembro 2013

6.4. Método da Análise dos Dados

Para cumprir os objetivos estabelecidos e assim testar o modelo apresentado é necessário recorrer ao uso da estatística. Assim, foi utilizada a estatística descritiva para obter conclusões sobre a caracterização dos participantes que constituem a amostra. Também se recorreu ao uso da análise fatorial para confirmar a unidimensionalidade da escala desenvolvida e avaliou-se a consistência interna das escalas através do *alpha* de Cronbach. Para testar o modelo concetual que apresenta várias variáveis independentes e dependentes foi necessário recorrer à técnica das equações estruturais, que se explica na próxima seção.

6.4.1. Análise de Equações Estruturais

O modelo de equações estruturais (SEM – *Structural Equations Modeling*) é uma família dos modelos estatísticos que procura explicar as relações entre múltiplas variáveis (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010). Estas relações são representadas por parâmetros que indicam, a magnitude do efeito que as variáveis independentes apresentam sobre outras variáveis (dependentes), num conjunto composto de hipóteses respeitantes a padrões de associações entre as variáveis no modelo (Marôco, 2010a). De acordo com este autor, a análise de equações estruturais é uma extensão em termos simplistas das combinações clássicas da Análise Fatorial (que define um modelo de medida que operacionaliza as variáveis latentes (variáveis não observadas)) e de Regressão Linear (que estabelece, no modelo estrutural a relações entre as várias variáveis desse estudo). As variáveis latentes em análise podem ser medidas indiretamente, através das variáveis observadas ou manifestas. O modelo estrutural expressa estas relações de dependência entre as variáveis do modelo.

Essas variáveis são definidas *a priori* de acordo com o marco teórico, isto é, o investigador começa por formular o quadro teórico e, depois, recolhe os dados que confirmem ou não esse quadro teórico. É portanto uma análise confirmatória, na medida que pretende testar/confirmar uma teoria. Uma análise de equações estruturais envolve o teste do modelo da medida e da teoria estrutural que liga os vários constructos de um modo lógico e com significado (Hair et al., 2010; Marôco, 2010a).

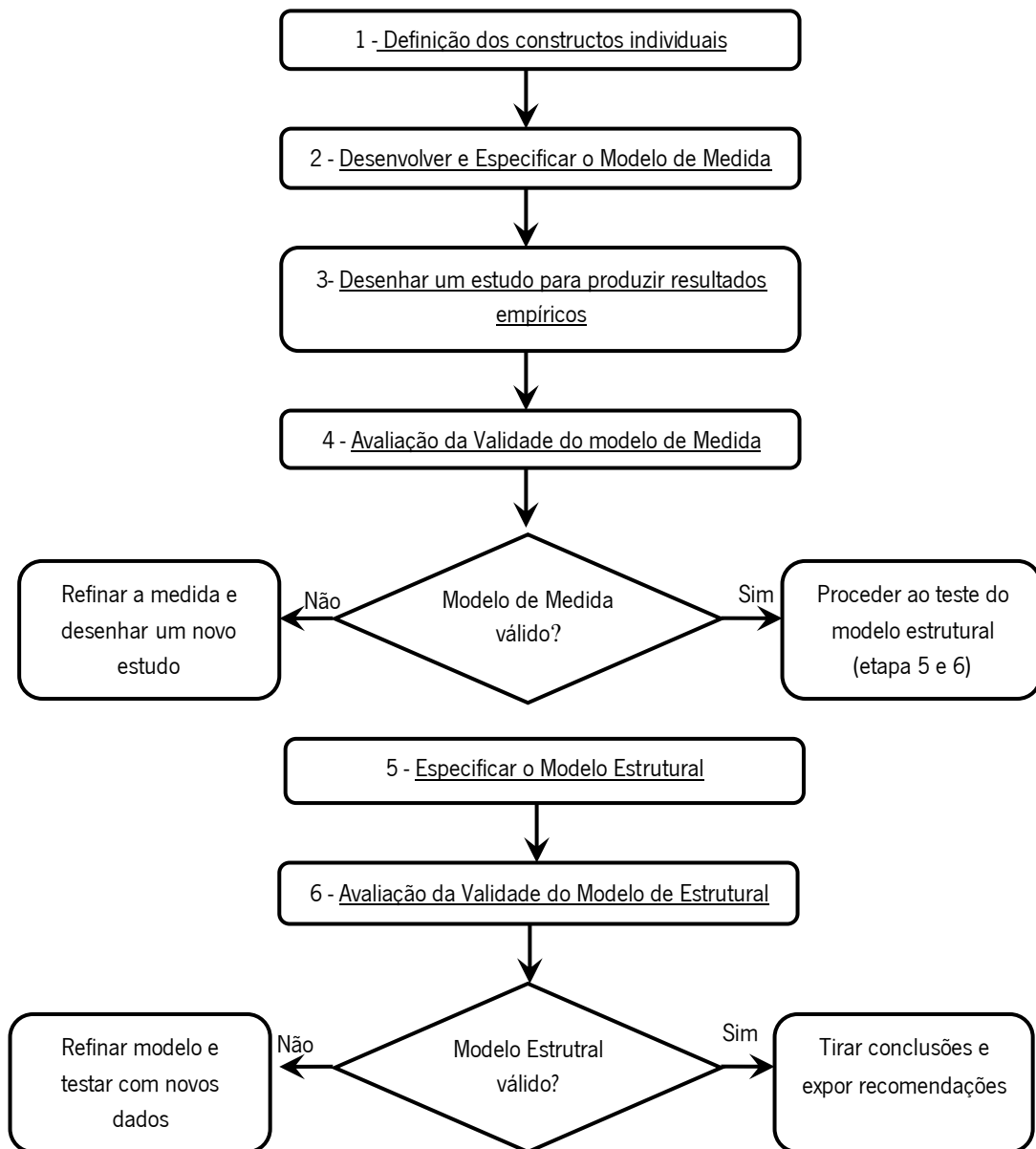
O uso de equações estruturais numa investigação constitui assim um ponto forte para quem investiga, uma vez que *“consegue combinar análises psicométricas e econométricas de tal forma,*

explorando o potencial máximo de ambas” (Fornell & Larcker, 1981, p.39). Além disso, a análise de equações estruturais permite “*purgar os “erros-nas-variáveis” por intermédio dos modelos de medida e modelos estruturais que “descontaminam” as variáveis dos seus erros de medida aquando a estimação dos parâmetros do modelo* (Marôco, 2010, p.6). Perante tais vantagens, a análise de equações estruturais tem ganho cada vez mais adeptos das áreas de investigação e análise causal nas Ciências Sociais e Humanas.

De acordo com Marôco (2010a) existem vários pressupostos para se realizar uma análise de equações estruturais. São eles: a independência de observações, isto é, as observações de sujeitos diferentes são independentes entre si; normalidade multivariada que é possível averiguar através das medidas de distribuição de assimetria (sk) e curtose (ku) (valores absolutos de $|sk| > 2$ e $|ku|$ multivariada > 7 indicam violação do pressuposto da normalidade); linearidade, ou seja, o modelo assume relações lineares entre variáveis manifestas e variáveis latentes, e entre as variáveis latentes; as covariâncias amostrais são nulas, portanto existe algum tipo de associação entre os factos latentes e as suas variáveis manifestas; indicadores múltiplos, em que uma variável latente deve ser “operacionalizada” pelo menos com três variáveis manifestas; ausência de multicolinearidade, é importante que as variáveis exógenas não se encontrem fortemente associadas; medida forte e, inexistência de outliers.

Neste estudo, e uma vez que se propõe recorrer ao uso de análise de equações estruturais para verificar as hipóteses de investigação estabelecidas, irá proceder-se à estratégia *two-step*, ou seja, inicia-se os primeiros passos com o ajustamento do modelo de medida recorrendo à análise fatorial confirmatória, e no segundo passo ajusta-se o modelo estrutural (Marôco, 2010b). As etapas percorridas na análise dos dados, através do modelo de equações estruturais foram as sugeridas por Hair *et al* (2010) e encontram-se representadas na figura 21.

Figura 21 – Etapas do Modelo de Equações Estruturais



Fonte: Hair *et al.* (2010, p.628)

O segundo passo referido por Marôco (2010a) corresponde às etapas cinco e seis de Hair *et al.* (2010). O modelo de medição será efetuado recorrendo ao *software* estatístico AMOS (v. 21, SPSS Inc.).

Na etapa 1 - o investigador deve selecionar os itens mais indicados para medir a escala de forma a garantir a qualidade de medida dos constructos. Uma teoria bem medida é condição necessária para obter resultados adequados a partir da análise de equações estruturais. Na etapa 2 - com os itens da escala especificados, o investigador deve agora especificar o modelo de medida. Nesta etapa, cada

variável latente a ser incluída no modelo é identificada e os indicadores de medida são-lhe atribuídos. Apesar desta identificação e avaliação poder ser representada por equações, torna-se mais simples representar este processo num diagrama. Mesmo usando escalas já testadas, o investigador deve confirmar a validade e unidimensionalidade para este contexto específico. Na etapa 3 – Com o modelo especificado em termos de constructos e medidas, aqui o investigador deve focar a sua atenção nos aspetos que envolvem o desenho da pesquisa e estimação. A análise de equações estruturais pode ser estimada através das covariâncias ou correlações. Apesar das equações estruturais terem sido originalmente desenvolvidas usando a matriz de covariâncias, muitos investigadores defendem que o uso das correlações torna a análise mais simples de interpretar. Quanto à técnica de estimação, o procedimento mais comum é o da máxima verossimilhança que tem demonstrado resultados válidos e estáveis. Embora, esta técnica se tenha mostrado eficiente mesmo na violação da normalidade dos dados, é sensível ao tamanho da amostra. Na etapa 4 – Nesta etapa analisa-se a validade do modelo de medida que depende dos níveis aceitáveis da bondade do ajustamento (*goodness-of-fit (GOF)*) estabelecidos para o modelo de medida e da descoberta de provas concretas da validade do constructo.

O *goodness-of-fit* indica até que ponto o modelo formulado reproduz a matriz de covariâncias observadas, isto é, avalia a proximidade entre a matriz das covariâncias estimadas (teoria) e a matriz das covariâncias observadas (realidade). Quanto mais próximas forem estas matrizes, melhor é o ajustamento do modelo (Sarmiento, 2011).

De acordo com Marôco (2010b), os índices de qualidade do ajustamento podem classificar-se em cinco grandes famílias: a) índices absolutos; b) índices relativos; c) índices de parcimónia; d) índices de discrepância populacional e e) índices baseados na teoria de informação. Os índices absolutos avaliam a qualidade do modelo *per se*, sem comparação com outros modelos e os índices mais usuais são o $\chi^2/g.l.$ que permite concluir que se a H_0 do teste do χ^2 do ajustamento for verdadeira, o valor esperado dos graus de liberdade é igual ao valor esperado da estatística de teste. De uma forma geral, o ajustamento considera-se bom se $\chi^2/g.l.<2$, aceitável se $\chi^2/g.l.<5$ e inaceitável para valores superiores a 5. Outra medida a considerar ainda nos índices absolutos é o RMR (*Root Mean Square Residual*), que é a raiz quadrada da matriz dos erros dividida pelos graus de liberdade. Quanto menor o RMR melhor será o ajustamento. Hair *et al.* (2010) aconselha a análise do valor padronizado do RMR para padronização (SRMR – *Standardized Root Mean Residual*). O SMRS deve estar entre 0 e

0,08 quando o número de variáveis observadas é superior a 12 e o CFI (*Comparative Fit Index*) está acima de 0,92. Também o GIF (*Goodness of Fit Index*) se insere nos índices absolutos, explicando a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelo ajustado³². Aconselham-se valores de GFI superiores a 0,9, sendo que GFI>0,95 é indicador de um bom ajustamento.

Os índices relativos avaliam a qualidade do modelo relativamente i) ao modelo com pior ajustamento possível e/ou ii) ao modelo com melhor ajustamento possível (Marôco, 2010b). Surgem aqui os índices NFI (*Normed Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), RFI (*Relative Fit Index*) e o TLI (*Tucker-Lewis Index*). O NFI compara o qui-quadrado para o modelo testado contra o qui-quadrado para o modelo basal (o pior modelo possível), presumindo que as variáveis mensuradas são completamente independentes. Os valores ideais são acima de 0,90. O CFI é similar ao NFI e foi proposto para corrigir a subestimação que ocorre quando se usa o NFI com amostras pequenas. De igual forma, aconselham-se valores acima de 0,90. O TLI, também conhecido por *Bentler-Bonnet non-formed fit index (NNFI)* é similar ao CFI.

No que se refere aos Índices de Parcimónia, estes são obtidos pela correção dos índices relativos com um fator de penalização associado à complexidade do modelo. O objetivo destes índices é compensar a melhoria “artificial” do modelo que se consegue, por inclusão de mais parâmetros livres aproximando o modelo ao modelo saturado (Marôco, 2010b). Alguns dos principais índices usados são; o PCFI (*Parsimony CFI*), PGFI (*Parsimony GFI*) e o PNFI (*Parsimony NFI*).

Os valores de referência para os índices referidos estão apresentados na tabela 38.

Tabela 38 – Estatísticas e Índices de qualidade do ajustamento

Índices Absolutos	
Estatística	Valor de Referência
χ^2 (Qui-Quadrado) e <i>p-value</i>	Quanto menor melhor; <i>p-value</i> >0,05
χ^2 / gl (<i>Normed chi-square</i>)	>5 – Ajustamento mau]2 ; 5] – Ajustamento sofrível]1 ; 2] – Ajustamento bom ~ 1 – Ajustamento muito bom
GFI (<i>Goodness of Fit Index</i>)	<0,8 – Ajustamento mau [0,8;0,9[- Ajustamento sofrível [0,9; 0,95[- Ajustamento bom ≥0,95 – Ajustamento muito bom

³² É um valor análogo ao R² em regressão múltipla

RMSEA (<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>)	>0,10 – Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10] – Ajustamento bom ≤0,05 – Ajustamento muito bom $p\text{-value} \geq 0,05$
RMR (<i>Root Mean Square Residual</i>) SRMR (<i>Standardized Root Mean Residual</i>)	Quanto menor for o RMR melhor será o ajustamento. RMR = 0, ajustamento perfeito SRMR <0,4 - bom
Índices Incrementais	
TLI (<i>Tucker-Lewis Index</i>) CFI (<i>Comparative Fit Index</i>) NFI (<i>Normed Fit Index</i>)	<0,8 – Ajustamento mau [0,8;0,9[- Ajustamento sofrível [0,9; 0,95[- Ajustamento bom ≥0,95 – Ajustamento muito bom
Índices de Parsimônia	
AGFI (<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>)	Desejável valores superiores a 0,9
PNFI (<i>Parsimony Normed Fit Index</i>) PCFI (<i>Parsimony Comparative Fit Index</i>), PGFI (<i>Parsimony Goodness Fit Index</i>)	<0,6 – Mau Ajustamento]0,6; 0,8] – Ajustamento razoável >0,8 – Bom Ajustamento

Fonte: adaptado de Marôco (2010b) e Hair *et al.*(2010)

De acordo com Hair *et al.* (2010) deve-se usar três ou quatro estatísticas dos diferentes índices para fornecer informação suficiente para concluir sobre o ajustamento do modelo.

Os índices de discrepância populacional permitem comparar o ajustamento do modelo obtido com os momentos amostrais (médias e variâncias amostrais) relativamente ao ajustamento do modelo que se obteria com os momentos populacionais. As medidas inseridas nestes índices são o Parâmetro da Não Centralidade (NCP) que estima o quão afastado está o valor esperado da estatística χ^2 , sob a validade da H_0 , do verdadeiro valor da χ^2 , a estatística F e o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). A tabela 39 apresenta os valores de referência para os índices de discrepância populacional.

Tabela 39 - Estatísticas e Índices de qualidade do ajustamento para os Índices de discrepância Populacional

Estatística	Valor de Referência
NCP	Quanto menor, melhor será o ajustamento
F	Quanto mais próxima de 0, melhor
RMSEA	>0,10 – Ajustamento Inapropriado [0,08; 0,19] – Ajustamento medíocre [0,05;0,08[- Ajustamento bom <0,05 – Ajustamento muito bom

Fonte: Elaboração própria

Os índices baseados na teoria de informação são baseados na estatística χ^2 e penalizam o modelo em função da sua complexidade. Estes índices são apropriados quando é necessário comparar vários

modelos alternativos que se ajustem igualmente aos dados. Estes índices não serão usados na avaliação do modelo de medida proposto nesta investigação.

Para além da informação recolhida pelos vários índices, recomenda-se também a análise dos resíduos padronizados e a avaliação da fiabilidade individual e compósita das variáveis manifestas. De acordo com Marôco (2010b), para amostras de grande dimensão, os resíduos com valor absoluto superior a 2 indicam com 95% de confiança observações que são muito díspares das restantes observações. Hair *et al.* (2010) argumenta que os resíduos inferiores a $|2,5|$ não sugerem problemas e superiores a $|4,0|$ são inaceitáveis.

A validade do constructo reflete se os indicadores observáveis representam o constructo teórico que se pretende que meçam. Esta avaliação é feita através das validades fatoriais, convergentes e discriminantes (Marôco, 2010). De acordo com este autor, *“a validade fatorial ocorre quando a especificação dos itens de um determinado constructo é correto (isto é, os itens medem o fator latente que se pretende medir). A validade convergente demonstra-se quando um constructo se correlaciona positiva e significativamente com outros constructos teoricamente paralelos e quando os itens que constituem o constructo apresentam correlações positivas e elevadas entre si. Finalmente, a validade discriminante ocorre quando o constructo sob estudo não se encontra correlacionado com constructos que operacionalizam fatores diferentes”* (Marôco, 2010, p.175).

A validade fatorial é geralmente medida pelos pesos fatoriais padronizados ($\lambda_{i,j}$). Assume-se que se todos os $\lambda_{i,j}$ forem superiores a 0,5, o fator apresenta validade fatorial (Marôco, 2010a). O $\lambda_{i,j}^2$ expressa a fiabilidade individual do item, correspondendo à fração da variabilidade total do item explicado pelo fator de cujo item é uma manifestação (Marôco, 2010). Este conceito é idêntico ao do R^2 da regressão linear. Assim, de uma forma geral, valores de R^2 inferiores a 0,25 indicam possíveis problemas de ajustamento local com esta variável. Para além da análise da fiabilidade de cada item, interessa também conhecer a fiabilidade compósita, isto é, a fiabilidade do constructo. De acordo com Fornell & Larcker (1981), para um dado fator j com k itens, a fiabilidade do constructo é definida por:

$$\widehat{FC}_j = \frac{(\sum_{i=1}^k \lambda_{ij})^2}{(\sum_{i=1}^k \lambda_{ij})^2 + \sum_{i=1}^k \varepsilon_{ij}}$$

De forma geral considera-se que $FC \geq 0,7$ é um indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada, mas para investigações exploratórias, Hair *et al.* (2010) consideram que valores entre 0,6 e 0,7 possam ser aceitáveis.

Uma vez que a validade convergente procura analisar se o comportamento dos itens é explicado essencialmente por esse fator é comum utilizar a medida variância média extraída (VEM) proposta por Fornell & Larcker (1981). Então, considerando um determinado fator j com k itens, a variância extraída média pode ser estimada por:

$$\widehat{VEM} = \frac{\sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2}{\sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2 + \sum_{i=1}^k \varepsilon_{ij}}, \text{ em que:}$$

- $\sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2$ representa os coeficientes padronizados²
- $\sum_{i=1}^k \varepsilon_{ij}$ representa os erros de medida

Para se considerar uma validade convergente adequada, o indicador VEM deve ser superior ou igual a 0,5.

A validade discriminante avalia se os itens definidos são distintos, ou seja, não estão correlacionados com outros fatores. Uma das maneiras de se verificar esta validade, de acordo com Fornell & Larcker (1981), é verificar se as VEM dos constructos são superiores ao quadrado da sua correlação.

Após aprovação dos pressupostos exigidos nas etapas anteriores, segue a etapa 5 – nesta etapa, são representadas as hipóteses estruturais do modelo teórico, identificando as relações de dependência hipotéticas entre os vários constructos. Cada hipótese representa uma relação específica que deve estar especificada. Embora, nesta etapa o foco esteja na estimação estrutural do modelo, as especificações de medida também devem estar incluídas.

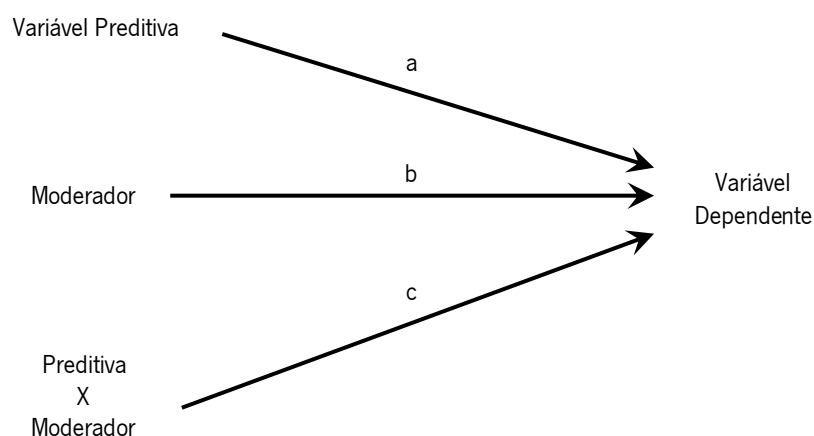
Por último (etapa 6), o modelo estrutural e as hipóteses formuladas são testadas. Para validar o modelo estrutural final deve-se analisar os resultados dos índices (propostos na etapa 4) e verificar se os seus valores finais de ajustamento são bons para se poder concluir.

6.4.2. Análise da Moderação

Em termos gerais, um moderador é uma terceira variável (qualitativa ou quantitativa) que afeta a direção e/ou força da relação entre uma variável independente e uma variável dependente (Baron & Kenny, 1986; Hair *et al.*, 2010). A inclusão desta terceira variável num modelo deve estar bem sustentada pela teoria.

A relação de moderação, também designada de interação, pode ser modelada usando uma abordagem de regressão. Usando a terminologia da regressão, a variável independente pode ser multiplicada pelo moderador para criar o termo de interação (Hair *et al.*, 2010). De acordo com Baron & Kenny (1986), o modelo de moderação da figura 22 é representado por três caminhos de causalidade que alimentam a variável dependente: o impacto da variável preditiva (variável independente) (caminho a); o impacto da variável moderadora (caminho b); e a interação do produto destes dois (caminho c).

Figura 22 – Análise de Moderação



Fonte: Baron & Kenny (1986, p. 1174)

A hipótese de moderação é suportada se a interação (caminho c) for significativa. Contudo os modelos de interação das variáveis independentes são relativamente mais complexos quando as

variáveis independentes, cuja interação interessa testar são variáveis latentes (Marôco, 2010), porque i) os termos de interação podem ser de natureza linear ou não linear; ii) a interação pode ocorrer entre variáveis observadas e variáveis não observadas e, iii) a validação do pressuposto do modelo (nomeadamente normalidade e ausência de multicolinearidade) é difícil de realizar em termos de moderação. Estas variáveis independentes devem ser centradas antes de se calcular o produto de forma a contornar problemas de multicolinearidade.

VII - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da investigação empírica no que diz respeito à análise qualitativa, desenvolvimento da escala “partilha de experiências de problemas de saúde” e à análise quantitativa efetuada para este estudo.

7.1. Análise Qualitativa

Tendo em conta o objetivo proposto para a primeira parte deste estudo, procedeu-se à análise dos dados qualitativos recolhidos. Esta primeira análise procura apurar, num prisma simultâneo de quem presta (grupo B) e recebe (grupo A) o serviço de saúde, os recursos utilizados pelos utilizadores dos serviços de saúde no contexto de um encontro de serviço de saúde e aferir quais as variáveis que contribuem para cocriar valor e respetivos resultados. Como referido, os dados apresentados nesta subsecção provêm de um questionário com perguntas abertas e conseguiu-se também retirar informação dos *focus groups* conduzido com doentes que sustentam as matérias aqui abordadas.

7.1.1. Caracterização da Amostra

O grupo A corresponde aos indivíduos que participaram neste estudo qualitativo via questionário e são essencialmente do sexo feminino e a média de idades é 44,9 anos, como apresenta a tabela 40. A descrição dos participantes do *focus group* está no capítulo 7.2.2.

Tabela 40 – Caracterização Geral do Grupo A

Participante	Especialidade médica que é utilizador	Idade	Género
1	Ortopedia	57	Masculino
2	Reumatologia	29	Feminino
3	Ginecologia, Gastrenterologia e Ortopedia	54	Feminino
4	Medicina Interna e Reumatologia	32	Feminino
5	Cardiologia e Oftalmologia	69	Feminino
6	Ortopedia	51	Feminino
7	Cardiologia	63	Masculino
8	Oncologia	44	Feminino
9	Oncologia e Dermato-Venerologia	29	Feminino
10	Cardiologia	26	Feminino
11	Hematologia-Clinica	26	Feminino
12	Endocrinologia e Pneumonologia	55	Feminino
13	Cardiologia e Diabetologia	42	Feminino
14	Cardiologia e Ortopedia	52	Feminino
		$\bar{x}=44,9$	

Nota: \bar{x} é a média da idade

A tabela 41 apresenta a caracterização geral dos profissionais de saúde que responderam ao questionário nesta fase do estudo.

Tabela 41 – Caracterização Geral Grupo B

Participante	Área do Profissional de Saúde	Anos de Serviço
1	Enfermagem	21
2	Neuropsicologia Clínica	15
3	Farmacêutica	4
4	Fisioterapia	5
5	Medicina Geral e Familiar	7
6	Enfermagem	5
7	Enfermagem	18
8	Enfermagem	9
9	Enfermagem	27
10	Terapeuta da Fala	3
11	Enfermagem	4

Ao grupo A, foi perguntado se tinham algum procedimento médico que habitualmente fizessem em casa. A ideia subjacente aqui foi caracterizar/avaliar a sua perícia. Se o sujeito possuísse um historial em procedimentos médicos isso traduzia-se em experiência que constituiria maior perícia. As respostas estão sintetizadas na tabela 42.

Tabela 42 – Procedimentos médicos em casa por participante

Procedimentos médicos em casa:	Inquiridos
Sim	11
Não	3
Total:	14

7.1.2. Recursos utilizados no encontro de serviço de saúde

7.1.2.1. Literacia em Saúde

Neste estudo, o conceito de literacia em Saúde aplicado, é o sugerido por Sørensen *et al.* (2012, p.3) que nos diz que a “*literacia em saúde é ligada à literacia e implica o conhecimento das pessoas, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde, a fim de fazer julgamento e tomar decisões da vida do dia-a-dia relacionadas com cuidados de saúde,*

prevenção de doença e promoção de saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”.

As tabelas 43, 44 e 45 sistematizam alguns comentários dos inquiridos, referente à sua literacia em saúde. A tabela 43 refere-se ao grupo A (utilizadores de saúde com acompanhamento médico frequente), a tabela 44 à perspetiva dos profissionais de saúde (grupo B) e a tabela 45 ilustra os comentários provenientes do *focus group* número 1.

Tabela 43 – Literacia em saúde, vista pelos utilizadores de serviços de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
2	<i>“Por vezes sinto que não tenho capacidade para avaliar o que o médico me diz”</i>
1	<i>“Costumo questionar o que o médico me diz” “Sinto que tenho capacidade para avaliar o que ele me diz”</i>
3	<i>“Quando vou a uma consulta se for preciso fazer questões ou sugestões ao médico, eu faço. E só faço se por acaso sentir necessidade perante o assunto” “Sim, tenho capacidade de avaliar o que ele indica”</i>
5	<i>“Não [tenho capacidade para avaliar o que me indicam]”</i>
7	<i>“Sinto que tenho total capacidade para explicar e expor alguma coisa que não esteja bem”</i>
9	<i>“Sinto que tenho capacidade para avaliar o que me indicam”</i>
11	<i>“Apesar de questionar ou sugerir, aceito os procedimentos do médico, pois não tenho qualquer tipo de formação na área da saúde e tenho de confiar no meu médico”</i>
12	<i>“Às vezes fico com incertezas...mas...nem sempre” “Sinto-me muito informada porque sempre tive muitas doenças e procuro muita informação”</i>
13	<i>“Às vezes não percebo alguns termos”</i>
14	<i>“Não tenho, mas já procurei segundas opiniões só para ter a certeza”</i>
8	<i>“Nunca questioneei as sugestões dos médicos, uma vez que não considero ter competências para tal”</i>

Tabela 44 – Literacia em saúde dos utilizadores de saúde, vista pelos profissionais de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
3	<i>“Os mais idosos, talvez não [tenham capacidade de avaliar o que lhes é dito], geralmente aceitam o que lhes dizem...mas já tenho tido casos de doentes que nem o que o médico lhes prescreve aceitam, porque acham que não precisam”</i>
4	<i>“Depende do nível cognitivo de cada utente”</i>
6	<i>“Sim, a larga maioria sim [tem capacidade para avaliar o que lhes é dito]”</i>
7	<i>“Nem todos têm capacidade [para avaliar o que lhes é dito]”</i>
8	<i>“A maioria sim [tem capacidade para avaliar o que lhes é dito]”</i>
9	<i>“Se forem envolvidos e preparados para tomarem decisões informadas, também estarão preparados para avaliar o que lhes indico”</i>
10	<i>“Penso que sim. Penso que neste ponto cabe ao técnico adequar e saber transmitir a informação (simplificar discurso, especialmente termos técnicos, ter noção dos conhecimentos que a pessoa tem acerca do assunto, transmitir informação essencial de forma direta e simplificada), para que a pessoa consiga entender o que é pretendido. Por vezes há grandes desafios, especialmente quando se trabalha com famílias com algumas problemáticas, como défices cognitivos, alcoolismo, entre outros. Também aqui considero importante a existência de uma maior proximidade terapeuta-doente/cuidador, a aprendizagem por modelo (e não apenas por instruções verbais) será sem dúvida um contexto facilitador à aquisição/compreensão do que é transmitido e, só assim, se conseguirá uma participação conjunta mais refletida e consciente.”</i>

Tabela 45 - Literacia em saúde dos utilizadores de saúde – focus group

Participante	Frases Ilustrativas
3	<i>“Eu acho que chegamos a um certo ponto que acabamos por ter alguma capacidade em termos científicos relacionada à nossa doença” “Se calhar por ter alguma capacidade de avaliar, também tenho mais capacidade para questionar o que me foi dito e pronto muitas vezes o médico, mais uma vez não reage da melhor forma”</i>
1	<i>“Obviamente que deve haver doentes que os percebem, só que têm outra formação, agora a grande maioria da população não percebe estes temas, eu já vi muitas das vezes médicos estarem a falar com as senhoras de 80 anos ali a abanar com a bengala e não estão a perceber obviamente nada do que o médico está a querer dizer...”</i>

Algumas destas afirmações parecem estar em linha de concordância com os estudos de Lee *et al.* (2004) quando referem que a baixa literacia pode ter consequências nos doentes sobretudo na compreensão da informação e instruções médicas a seguir.

O grupo dos profissionais de saúde nota uma baixa literacia nos mais idosos, o que segue a mesma conclusão de Manganello (2008), que considera a literacia em saúde influenciada pela idade.

A participante 3 do *focus groups*, doente de oncologia, também refere um aspeto importante ao referir *“que chegamos a um certo ponto que acabamos por ter alguma capacidade em termos científicos, relacionados à nossa doença”*. Este tema refere-se às experiências vividas pelos utilizadores dos serviços quando estão doentes, e vai de encontro com o que foi referido por Edward *et al.* (2012) sobre os doentes que apresentam patologias de maior prazo acabam por desenvolver literacia e aplicar os seus conhecimentos, tornando-se mais ativos nas consultas médicas, ou seja, adquirem perícia. A mesma participante refere que por vezes o seu médico nem sempre reage da melhor forma às suas questões quando colocadas. Esta atitude também foi referida na literatura por Prahalad & Ramaswamy (2000), a propósito do novo utilizador do serviço ser mais ativo e participativo junto do seu médico, podendo este sentir-se desafiado ou mesmo ressentido.

De um modo geral, alguns dos participantes acham-se capazes de entender a informação que lhes é dada, mas outros transmitem alguma conformação: *“aceito os procedimentos do médico pois não tenho qualquer tipo de formação na área de saúde”*; *“nunca questioneie as sugestões dos médicos, uma vez que não considero ter competências para tal”*.

Assim, pode-se concluir que há indícios que o recurso literacia em saúde pode ser uma variável influenciadora no processo de cocriação de valor na saúde.

7.1.2.2. Perícia enquanto utilizador

A perícia é abordada neste estudo como o conhecimento experiencial ganho, nas interações com os prestadores dos serviços de saúde e, que permitem o utilizador gerar benefícios em seu favor.

As tabelas 46, 47 e 48 ilustram alguns dos comentários dos participantes das entrevistas e dos *focus groups* relativamente a este recurso.

Tabela 46 – Perícia enquanto utilizador, vista pelos utilizadores de serviços de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
1	<i>“Não tenho conhecimentos suficientes para ser auto-suficiente”</i>
3	<i>“Se tivesse de me aplicar uma injeção não sabia, mas se me explicassem penso que conseguia fazer”</i>
6	<i>“Trabalhei no apoio domiciliário o que me permitiu assimilar conhecimentos na área da saúde”</i>
7	<i>“Sim, os procedimentos são feitos há muitos anos, por isso conheço-os bem”</i>
10	<i>“Tenho conhecimento suficiente que o médico me transmitiu”</i>
11	<i>“Neste momento não tomo medicação, e sempre que é necessária a toma de medicação recorro a alguém experiente na área para me aconselhar sobre a toma dessa medicação. Tenho alguns conhecimentos, mas considero que não são suficientes para ser “independente” na toma de medicamentos”</i>
8	<i>“Penso que posso dizer que já conheço bastante bem os procedimentos habituais na prestação do serviço de acompanhamento que ainda é prestado”</i>

Tabela 47 – Perícia do utilizador, vista pelos profissionais de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
10	<i>“Verifico, com regularidade, por parte dos utentes um certo desconhecimento acerca dos procedimentos/ estratégias adotados na intervenção em terapia da fala. Apesar de utilizarmos a linguagem/fala diariamente e parecerem noções básicas, por estarem presentes na nossa realidade/dia-a-dia, considero que seja difícil para o doente ou cuidador ser autossuficiente na adoção autónoma de procedimentos/estratégias de estimulação aquando a existência de perturbações nestas áreas”</i>
9	<i>“É dos maiores desafios que se coloca nos meus cuidados/prestação tornar o doente autossuficiente, evoluir sempre no processo da independência e do autocuidado”</i>
6	<i>“Os doentes crónicos com anos de evolução de uma determinada patologia (têm conhecimentos suficientes para serem autossuficientes). No entanto, sente-se que estes procuram o “conforto” de uma opinião técnica para continuarem a execução de alguns procedimentos médicos sendo isto uma simbiose interessante no paradigma dos cuidados”</i>
5	<i>“Na nossa população, envelhecida, o conhecimento médico é diminuto mas cabe ao médico a abertura da janela do “empoderamento” dos doentes. Os doentes adultos jovens já começam a sê-lo”</i>
2	<i>“Depende do doente que temos à nossa frente”</i>
8	<i>“O aumentar dos conhecimentos com vista à autogestão da doença (por exemplo doenças crónicas) é um dos focos de atenção dos cuidados de saúde de enfermagem, é uma atividade,</i>

Tabela 48 - Perícia do utilizador, vista pelos utilizadores dos *focus groups*

Participante	Frases Ilustrativas
4	<i>“Eu com a colite ulcerosa funciono um bocado ao contrário do que normalmente me dizem” “a partir do momento que deixei a dieta e comecei a alimentar-me tanto a nível de bebida como de comida de tudo um pouco, voltei a melhorar e foi quando os valores começaram todos a baixar e pronto. Isso de sermos os próprios médicos também é muito verdade”</i>
5	<i>“a dra quis-me aumentar a dose que eu tomo diariamente, e eu disse “oh dra não, eu prefiro que você me receite a dosagem habitual, se eu me sentir mal paro de tomar, lógico”</i>
6	<i>“eu vou-me informando, e se calhar também isso contribui para que sejamos enfermeiros de nós próprios, porque também nos temos que controlar, ver como é que reagimos melhor ou pior a isto e àquilo e depois irmos aprendendo a viver com isso” “Vamos encontrando pessoas com problemas semelhantes e acabamos por nos aculturar, vamos sempre sabendo mais alguma coisa” “O meu filhote também foi operado....e no hospital estava la um bebé que tinha acabado de ser operada e eu vi a angústia dos pais...então quando lhes falei e expliquei, como tinha corrido [com o meu filho] ficaram aliviadíssimos...”</i>
2	<i>“Lá está, eu às vezes posso querer perguntar mas não o faço porque eu aprendi com a situação que passei”</i>

As frases provenientes do *focus groups* são consistentes com a abordagem proposta uma vez que se conclui que a experiência na doença os faz adotar comportamentos que os fazem sentir melhor. Mais uma vez se reconhece que os doentes crónicos acabam por ser mais peritos, uma vez que são eles próprios, que experienciam na primeira pessoa a doença (Thorne *et al.* 2000). Esta conclusão é referida pelo profissional de saúde 3.

O comentário da participante 6 da tabela 48 (*focus group*), uma utilizadora-perita vai de encontro à partilha da perícia através dos suportes informacionais, defendida por Helgeson & Cohen (1996) e Weiss (1976). Os profissionais de saúde, destacados na tabela 47 reconhecem a necessidade de haver e de se trabalhar no sentido de aumentar a perícia no utilizador. O profissional 9 refere mesmo que é “*um dos maiores desafios*” que se coloca. Na tabela 46 reconhece-se que nem todos os utilizadores se consideram peritos, ao não serem autónomos da criação de valor para si. Uma explicação para este facto pode dever-se à média das idades desta amostra (≈ 45 anos), que do ponto de vista do profissional de saúde 5, os mais velhos tem um conhecimento médico diminuto e menos empoderamento, ao contrário dos mais jovens. Estes comentários seguem em linha com as conclusões relativamente à literacia em saúde. Uma maior literacia em saúde pode fortalecer a perícia do utilizador; mas a literacia em saúde também é fortemente influenciada pela idade (Manganello, 2008) e pela literacia em geral (Sorensen *et al.* 2012).

Perante tais factos, fundamenta-se que o recurso perícia enquanto utilizador pode ter impacto no processo de cocriação de valor, daí ser incorporado no modelo concetual enquanto antecedente do processo.

7.1.2.3. Orientação para a Informação de Saúde

A orientação para a informação de saúde reflete a vontade individual dos utilizadores de serviços de saúde para procurar informação de saúde (Bergman, 2004) e educar-se a si próprio (Petty & Cacioppo, 1986). Anker, Reinhar & Feeley (2011), consideram que a pesquisa de informação permite ao utilizador um papel mais participativo nos cuidados de saúde.

O gráfico 2 ilustra os resultados dos respondentes da análise qualitativa, relativamente à sua procura por informação de saúde na Internet. O gráfico 3 representa os resultados relativamente à procura de informação em outras fontes como médicos, amigos, etc.

Conclui-se que a maioria dos participantes procura informação nas mais diversas fontes, e apenas metade recorre à Internet.

Gráfico 2 – Orientação para a Informação de Saúde na Internet

Procura de Informação (Internet)

■ Sim ■ Não

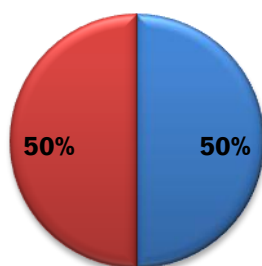
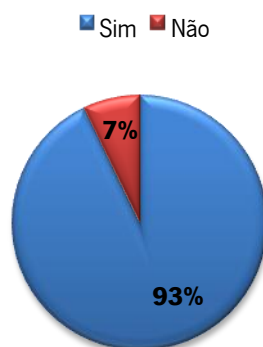


Gráfico 3 – Orientação para a Procura de Informação junto de outras fontes

Procura de Informação (outras fontes)



Na tabela 49 encontram-se algumas das frases ilustrativas, relatadas pelos participantes sobre a sua postura relativamente à procura de informação de saúde. A tabela 50 representa o ponto de vista dos profissionais de saúde onde se procura transmitir, a procura de informação de saúde junto destes profissionais. A tabela 51 apresenta o ponto de vista dos utilizadores que participaram no *focus group*.

Tabela 49 – Orientação para a procura de informação de saúde, segundo a ótica dos utilizadores de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
6	<i>"Tento manter-me a par procurando outra informação"</i> <i>"Não pergunto ao médico, pois a classe não é acessível"</i>
5	<i>"Não pergunto ao médico porque sinto receio e medo perante o meu médico"</i>
7	<i>"Já me aconteceu não me dar bem com a medicação, mas depois falei com o meu médico"</i> <i>"Falei com amigos e conhecidos e trocámos experiências"</i>
9	<i>"Normalmente faço questões aos médicos, de forma a ficar o mais esclarecida possível quanto à minha situação clínica"</i> <i>"Também peço opinião a uma prima que é enfermeira. Talvez o faça para ter a certeza que estou a fazer o correto. Para ficar mais segura"</i>
10	<i>"Costumo apenas retirar dúvidas com o meu médico se as tiver"</i> <i>"[Costumo procurar informação] com ou amigos ou familiares e acredito suficientemente neles para acreditar que a informação é fidedigna."</i>
11	<i>"Costumo questionar e até sugerir ao meu médico outros tipos de procedimentos que possam existir, e faço-o para me sentir mais confiante de que o processo escolhido pelo médico é o melhor para mim"</i> <i>"Procuro informação junto de pessoas da área ou que apresentam a mesma patologia, de forma a me sentir mais segura, apoiada, ajudar os outros e entre outros"</i>
12	<i>"Faço muitas perguntas, sou muito curiosa, eles já sabem, mas assim sei bem o que se passa"</i> <i>"Já fui procurar outras clínicas para ver se me sugeriam outros tratamentos"</i>
13	<i>"Faço algumas questões mas poucas"</i>
14	<i>"Sim, faço muitas questões para saber bem o que tenho e como é que devo tratar"</i> <i>"Ouvi outras opiniões de especialistas, mas de certos doentes não, nesses não confio"</i>
8	<i>"Sim, coloco questões com bastante frequência, uma vez que gosto de ser esclarecida do porquê dos meios complementares de diagnóstico que são sugeridos. Durante os exames, gosto que me dêem o feedback de imediato acerca do resultado dos mesmos, sempre que possível"</i> <i>"Já perguntei também a outras pessoas que experienciaram o mesmo problema de saúde – porque</i>

Participante	Frases Ilustrativas
	<i>gosto de saber o que me espera"</i>
2	<i>"Pergunto ao profissional de saúde porque dada a medicação necessito saber as precauções que tenho de ter" "Já procurei outra informação para ter vários pontos de comparação"</i>
3	<i>"Quando vou a uma consulta se for preciso fazer questões, eu faço" "Também já perguntei a outras pessoas sobre saúde e procedimentos que tomaram durante o procedimento"</i>
1	<i>"Faço questões para tirar dúvidas"</i>
4	<i>"Faço questões para ter mais informação, melhorar o meu dia-a-dia, melhorar a qualidade de vida"</i>

Tabela 50 – Orientação dos utilizadores de serviços de saúde para a procura de informação de saúde, segundo a ótica dos profissionais de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
2	<i>"Sim fazem-me questões, embora sejam cada vez menos e quando o fazem, fazem-nos apenas por insegurança em relação ao processo clínico"</i>
3	<i>"Muitos questionam porque conhecem alguém que teve o mesmo problema, outros porque pesquisaram sobre os sintomas que tinham e, muitas vezes porque viram na televisão algo que lhes pareceu adequado à situação"</i>
4	<i>"Parte das questões são dúvidas para esclarecimento aquando do processo de aceleração do tratamento"</i>
5	<i>"Os adultos jovens questionam com o objetivo de melhor compreenderem a sua situação clínica. Os idosos e muito idosos não o fazem"</i>
7	<i>"Alguns utentes questionam o funcionamento das diversas unidades por não saberem muitas vezes onde e como se dirigir"</i>
6	<i>"É frequente no meu local de trabalho os doentes apresentarem questões cada vez mais pertinentes e sugerirem procedimentos que conhecem, quer de ouvir falar, quer de experiências anteriores"</i>
8	<i>"Aquando das consultas de enfermagem, os utentes (alguns) colocam questões, estão informados (por vezes com base em fontes menos credíveis) e querem validar essa informação com alguém em quem confiam enquanto "perito" na matéria. Em algumas das vezes questionam porque a informação que detêm é contrária àquela que facultamos, outras vezes não têm qualquer informação e entendem que nós somos um recurso que dá resposta a essa necessidade."</i>
10	<i>"A maioria das perguntas que colocam penso que se devem ao desconhecimento que têm sobre a área (terapia da fala), o porquê das dificuldades de linguagem/fala surgirem e, para além disso, entendo que queiram ter mais conhecimento para que possam ajudar de forma mais adequada os seus filhos/dependentes, em casa."</i>

Tabela 51 - Orientação para a procura de informação de saúde, segundo a ótica dos utilizadores do serviço dos focus group

Participante	Frases Ilustrativas
4	<i>"[tento procurar informação]] para ter pontes onde me segurar e me sinta mais seguro da doença que tenho, do que é que se passa, se costuma ser normal, se não costuma..." "eu faço-lhe perguntas do que é que devo comer, o que é que devo evitar, o que é que sinto"</i>
6	<i>"Eu pesquiso tudo o que esteja relacionado com a minha doença, tento falar com pessoas que já tiveram também..."</i>
3	<i>"Eu não procuro informação exterior, procuro junto de entidades competentes, neste caso o meu médico" "eu também faço muitas perguntas ao médico mas depende se está bem humorada ou não a minha médica, mas também faço sugestões, às vezes são mal vistas pela minha médica" "eu acho que também a gente questionamos mais quando não temos tanta confiança ou sentimos menos confiança com o nosso médico".</i>
5	<i>"Qualquer exame que vá fazer, já para ter os meios ou uma lucidez para estar descontraído para perder, para facilitar a vida do profissional"</i>

Os comentários da tabela 49 e da tabela 51 evidenciam uma forte orientação para a procura de informação, principalmente dos seus problemas de saúde. Apenas uma participante (5 da tabela 49), afirmou não questionar o seu profissional de saúde. Estes participantes referem também que para além do seu profissional de saúde, procuram informação junto de outras fontes, principalmente fontes próximas do seu contexto interpessoal, como refere Brashers *et al.* (2002) e Hartzler & Pratt (2011). A informação obtida funcionará como apoio social, minimizando os efeitos do *stress*.

Os profissionais de saúde confirmam que são questionados pelos seus utentes na procura de informação (tabela 50). O participante 6 dos profissionais de saúde faz referência a um elemento, que serviu de suporte a este estudo ao dizer que “*os doentes apresentam questões cada vez mais permissivas e sugerem procedimentos que conhecem, que ouviram falar, quer de experiências anteriores*”. Na verdade as experiências passadas e a aprendizagem adquirida, desenvolvem maior perícia (Ojasalo, 2001³³), fomentando o espírito crítico durante o envolvimento, neste caso de um serviço de saúde.

Assim conclui-se que “a orientação para a procura de informação de saúde” pode influenciar o processo de cocriação de valor podendo ser um dos recursos utilizado pelos utilizadores no processo. Não se introduziu na análise qualitativa a “motivação para participar” pois o seu conceito e aplicação está clarificado na literatura.

7.1.3. Resultados da Cocriação de Valor

O processo de cocriação de valor irá resultar em vários resultados. Na análise qualitativa abordou-se alguns deles, que se passa a apresentar e discutir.

7.1.3.1. Partilha de Experiências de Problemas de Saúde

Como já mencionado, os indivíduos cocriam valor para gerar benefícios para si próprios e para os outros (Nuttavuthisit, 2010). Os resultados da análise qualitativa também já permitiram aferir que, há utilizadores que se envolvem tanto com os seus profissionais de saúde como com outras pessoas, para procurar informação que as torne mais sábias sobre a sua doença. A experiência de

³³ Como já referido, Ojasalo refere-se a um dos antecedentes da perícia, as repetições da compra de um dado produto/serviço.

acontecimentos na esfera da doença, também cria perícia que leva muitos indivíduos a partilharem as suas histórias com os outros, quer seja para os aliviar ou para transmitir informação. Este raciocínio levou a crer que os indivíduos que mais cocriam valor também irão partilhar mais as suas experiências. Daí que se considerou a partilha das experiências dos problemas de saúde como um dos resultados do processo de cocriação de valor.

A tabela 52 fornece informação sobre as razões que levam os utilizadores a partilhar as suas experiências e a tabela 53 apresenta as razões do ponto de vista dos profissionais de saúde. Para não duplicar informação, os resultados provenientes do *focus group* estão inseridos na próxima subsecção referente ao desenvolvimento da escala.

Tabela 52 – Razões da Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, segundo a ótica dos utilizadores

Participante	Frases Ilustrativas
1	<i>"Para saber opiniões e conselhos se no meu entender forem viáveis!"</i>
2	<i>"Para as pessoas saberem que se pode viver normalmente com uma doença crónica"</i>
4	<i>"Às vezes para justificar o porquê de não poder fazer determinadas coisas. Para esclarecer no trabalho o porquê da quantidade das consultas, dar notícias da evolução, e às vezes, embora raras, só para exteriorizar sentimentos presos a esse problema"</i>
5	<i>"Desabafo, necessidade de falar"</i>
6	<i>"Alerta, pois os médicos não dizem tudo por vezes, e é necessário partilhar informação procurando saber mais"</i>
8	<i>"Fi-lo no sentido de ajudar outros a passar por problemas semelhantes, dando o meu testemunho de alguém que ultrapassou o problema com sucesso"</i>
9	<i>"Partilho muitas vezes, principalmente para alertar as pessoas para estarem atentas aos sintomas e sempre que tiveram dúvidas ir ao médico"</i>
11	<i>"Por vezes desabafo e como forma de partilha de informação para com os outros"</i>
14	<i>"Com a família, para estarem ao corrente do que se passa, se me acontecer alguma emergência"</i>

Tabela 53 - Razões da Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, segundo a ótica dos profissionais de saúde

Participante	Frases Ilustrativas
2	<i>"Para saberem opiniões e partilhá-las com outros cybernautas"</i>
3	<i>"Porque sentem necessidade de não se sentirem os únicos com problemas, porque acham que as experiências dos outros podem resultar neles e por outro lado também serve de desabafo"</i>
4	<i>"Para ajudarem os outros e ao mesmo tempo a si próprios"</i>
5	<i>"Para se sentirem compreendidos e muitas vezes procurar respostas às quais já obtiveram respostas que não os satisfizeram"</i>
6	<i>"Regra geral as questões de saúde na nossa sociedade são consideradas de foro íntimo e a maioria dos doentes guardam-nas apenas para eles próprios e família direta. No entanto, lido diretamente com uma população mais idosa e rural o que enviesa esta minha perspetiva"</i>
8	<i>"As pessoas reinventaram formas de dar resposta a esta necessidade de partilhar com alguém que vivencia o mesmo processo, seja ele qual for"</i>
10	<i>"A partilha com os outros é algo inerente ao ser social que somos... este comportamento pode ajudar o doente a superar ou lidar melhor com o que está a passar...compreender e, eventualmente promover o estado de saúde"</i>
1	<i>"Hoje em dia há necessidade de afetos e ausência de valores e acho que é a solução encontrada por"</i>

Participante	Frases Ilustrativas
	<i>muitos indivíduos</i>
11	<i>“por forma a compreenderem e até às vezes aceitarem a patologia que têm. Pode ser uma forma de lhes dar esperança, conforto...”</i>

A tabela 52 confirma o racional criado sobre a necessidade de exprimir as experiências no sentido de cocriar valor para si ou para os outros. As expressões “*Para saber opiniões e conselhos*”, “*Por vezes desabafo e como forma de partilha de informação para com os outros*”, “*Fi-lo no sentido de ajudar outros...*” ilustram isso mesmo. Estes testemunhos seguem também em linha de concordância com as razões apuradas, junto dos participantes dos *focus groups* sobre o porquê de partilharem as suas experiências de problemas de saúde (apresentadas na próxima subsecção na tabela 59).

Os profissionais de saúde seguem a mesma linha de abordagem que os resultados provenientes da tabela 53. As expressões “*Para ajudar os outros e ao mesmo tempo a si próprios*”, “*ajudar o doente a superar ou a lidar melhor com o que está a passar*” exemplificam essa concordância. Um dos profissionais de saúde refere inclusive, uma das novas maneiras de partilha: “*cybernautas*”. A partilha de informação de problemas de saúde online não é novidade, sendo uma maneira rápida, anónima e sem esforço para procurar e partilhar informação sobre a experiência que estão a viver (Buchanan & Coulson, 2007).

O profissional de saúde 3 refere que uma das necessidades da partilha pode dever-se ao facto de os doentes não se sentirem os únicos com problemas, o que na verdade Zufferey & Schulz (2009) abordaram como uma maneira de mudar a orientação do indivíduo perante a doença, fazendo-os sentirem-se mais “normais”.

Quando foi feita a validação do conteúdo da escala apresentada no próximo subcapítulo junto de peritos profissionais de saúde e académicos, apuraram-se alguns comentários que fazem sentido complementar aqui (tabela 54):

Tabela 54 – Outras Razões da Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, segundo a ótica dos peritos

Participante	Frases Ilustrativas
Profissional Saúde 5	<i>“Forma de comunicação com os outros e de socialização; no fundo um motivo, um tema em comum, que “facilita” a criação de empatia entre os utentes e os outros; ao conversarem acerca de experiências pessoas tornam as relações com os outros mais sólidas e de maior proximidade”</i>
Académico 1	<i>“Na cultura portuguesa, para além da função informativa e emocional, falar sobre tópicos de</i>

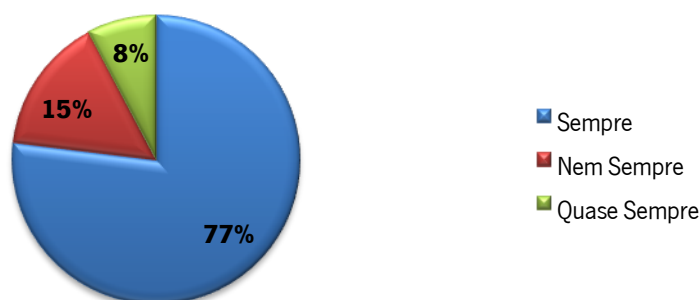
saúde funciona como um hábito cultural e importante iniciador de contacto interpessoal. Nesse sentido, funciona como um elemento de coesão do tecido social, ao mesmo título que outros tópicos como política, desporto, etc.”

7.1.3.2. Adesão Terapêutica

A adesão terapêutica é considerada como um dos resultados mais evidentes do processo dos cuidados de saúde (Zolnierek & Dimatteo, 2009).

A maioria dos utilizadores dos serviços de saúde (77%) (Gráfico 4), que participaram nas entrevistas que constituem esta análise qualitativa afirmaram que cumpriam sempre as indicações dos seus profissionais de saúde. De referir, que há um *missing value* de um dos participantes nesta pergunta.

Gráfico 4 – Adesão Terapêutica



A tabela 55 ilustra alguns dos comentários que reforçam o seu comportamento em relação à adesão terapêutica e a tabela 56 apresenta os comentários provenientes dos profissionais de saúde.

Tabela 55 – Adesão Terapêutica, segundo os utilizadores dos serviços de saúde

Questionário	Frases Ilustrativas
2	<i>“Normalmente sigo à risca as indicações médicas mas eu também sou médica de mim própria. Quero dizer eu é que sei o que sinto com a medicação. E se não me estou a dar bem com ela, eu retiro a medicação, mas é claro que depois conto ao médico”</i>
6	<i>“Não sigo à risca porque adapto à situação consoante me sinto pior ou melhor. Se me sentir melhor não vou tomar uma medicação tão forte”</i>
10	<i>“Sim porque confio no profissional de saúde que tem conhecimentos e habilidades para tal”</i>
11	<i>“Sigo à risca, pois a patologia necessita de um controlo apertado e é necessário tomar todas as preocupações para a doença estar controlada”</i>

Tabela 56 – Cumprimento da Indicação Terapêutica, segundo os profissionais de saúde

Questionário	Frases Ilustrativas
4	<i>“Os tratamentos agudos são seguidos à risca. Os crônicos bastante menos”</i>
6	<i>“Por norma geral, os utentes seguem à risca e (ainda) confiam nas recomendações/ensino realizados, reconhecendo em mim um profissional qualificado. No entanto, sinto que isto só é verdade adequando de forma apropriada a comunicação ao doente em causa”</i>
3	<i>“Por norma seguem o que lhes é aconselhado, mas muitas vezes tem de haver negociações”</i>
8	<i>“Raramente seguem à risca as recomendações, a maioria das vezes fazem adaptações às suas condições de vida e por esse motivo tem de haver um cuidado prévio de perceber como utente vai concretizar a recomendação e que adaptações pois só assim se poderá avaliar se a adaptação é a mais viável”</i>
9	<i>“Depende da forma como são envolvidos nos processos terapêuticos e das características de cada um. Mas sim, alguns conseguem adaptar procedimentos como por exemplo regime alimentar e exercícios físico”</i>
10	<i>“Por vezes, aqueles que demonstram maior empenho no processo terapêutico realizam outras atividades para além daqueles que foram sugeridas, mas que se encontram adequadas para a estimulação das competências alvo de intervenção. As maiores dificuldades surgem quando os pais/cuidadores apresentam baixos níveis de escolaridade e/ou dificuldades cognitivas, entre outras.”</i>
11	<i>“Em psiquiatria e saúde mental, o cumprimento dos ensinamentos feitos aos utentes pode ser ambivalente. Há patologias em que os doentes ao aceitarem a sua doença cumprem com os ensinamentos comunicados. Por vezes noutro tipo de patologias ou se os doentes não aceitarem que tem doença mental desvalorizam as nossas indicações pelo que é importante o reforço das mesmas até estes aceitarem a sua doença.”</i>

Os comentários dos utilizadores dos serviços de saúde também permitem aferir a sua perícia enquanto utilizadores, como ilustram as expressões “*também sou médica de mim própria...se não me estou a dar bem com [medicação] eu retiro*” (participante 2); “*não sigo à risca porque adapto consoante me sinto pior ou melhor*” (participante 6).

O profissional de saúde 6 e 9 sugerem que a adesão ao tratamento é melhorada quando há uma forma apropriada ao doente em causa, justificando aqui o papel do médico no seu relacionamento com o utilizador, fomentando a sua atitude perante a medicação (McColl-Kennedy *et al.*, 2009).

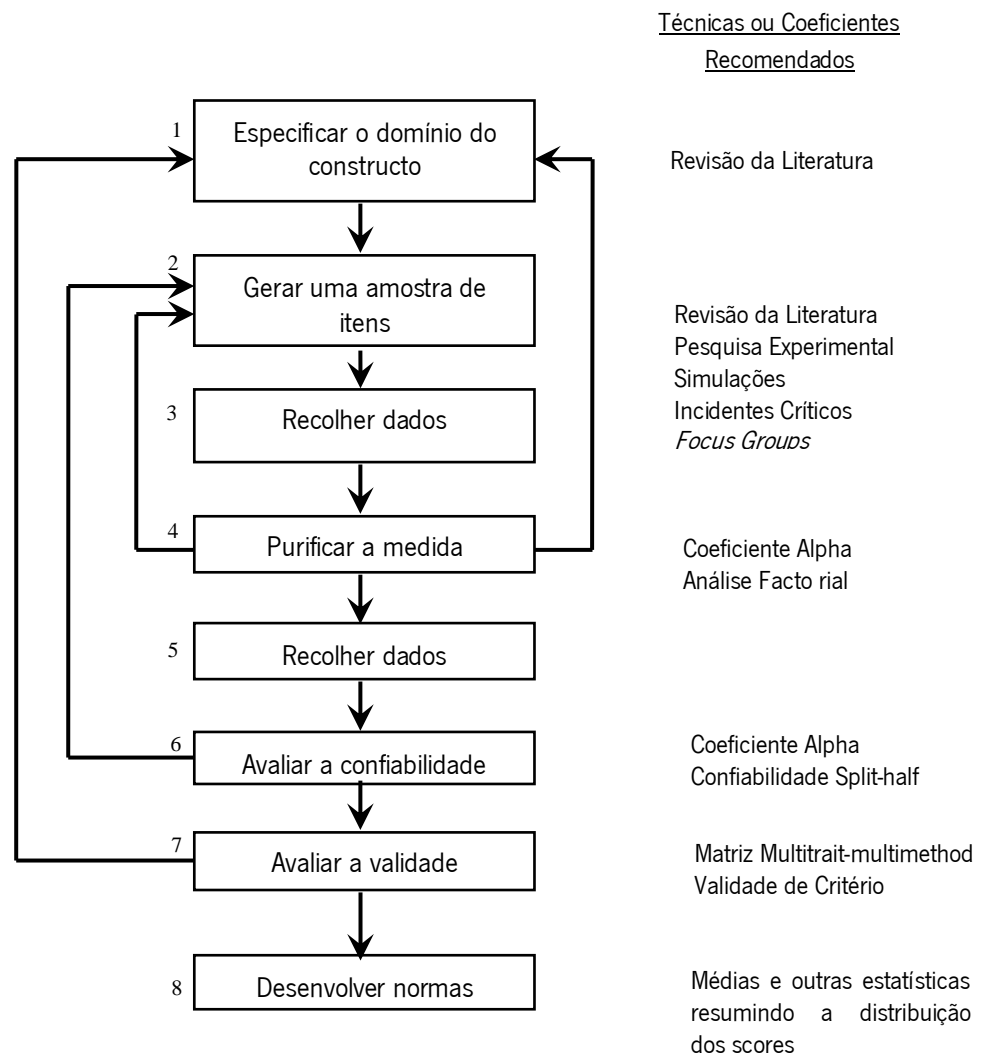
Nesta análise qualitativa não se inquiriu sobre a satisfação, qualidade e intenções comportamentais, pois os seus conceitos e aplicação estão bastante clarificados na literatura.

7.2. Desenvolvimento da escala “Partilha de Experiências de Problemas de Saúde”

7.2.1. Construir uma nova escala

Churchill (1979) apresentou um paradigma de desenvolvimento de escalas que rapidamente foi aceite e respeitado no mundo académico. O objetivo de Churchill era criar um procedimento para o desenvolvimento de escalas na área do Marketing, adotando vários procedimentos estatísticos para dar maior fiabilidade na mensuração dos constructos. O seu procedimento sugerido desenvolve-se em oito etapas, intercaladas com recomendações de coeficientes e técnicas estatísticas tal como ilustrado na figura 23.

Figura 23 - Procedimentos sugeridos para desenvolver medidas melhores



Fonte: Churchill (1979, p.66)

De acordo com Hinkin (1995) na construção de uma escala existem algumas considerações a reter:

1. A aplicação dos itens, ou seja a capacidade destes para medirem o constructo. Este processo inclui uma avaliação das propriedades psicométricas das escalas que serão seguidas por uma examinação das suas relações com outras variáveis de interesse. É importante gerar itens que expressem totalmente todos os aspetos da definição do constructo (Wymer & Alves, 2013) garantindo assim a sua validade de conteúdo.
2. A conotação das palavras. Deve evitar-se o uso de palavras com conotação negativa a fim de atenuar vieses nas respostas.
3. Número dos itens na medida. O tamanho da escala pode afetar as respostas, derivado ao cansaço dos inquiridos e vieses na resposta (Roznowski, 1989; Anastasi, 1976). Por outro lado, uma escala com itens curtos pode ter falta de validade de conteúdo e do constructo, inconsistência interna e problemas nos testes de confiança (Kenny, 1979).
4. A escala usada deve gerar suficientes variações entre os inquiridos para posterior análise estatística. Nas revisões apresentadas por Hinkin (1995), das duzentas e setenta e sete escalas analisadas, a moda estatística corresponde ao uso de 4 itens por escala. O mesmo autor concluiu que a maior parte dos estudos usa escalas do tipo Likert, e este sugere como boa prática o uso de cinco ou sete pontos deste tipo de escala, quando esta é composta por cinco a seis itens.
5. O tamanho da amostra. Este tamanho deve ser capaz de gerar resultados com significância estatística.

O primeiro passo deve contemplar uma recolha exaustiva de informação na literatura a fim de especificar o que deve incluir a definição do novo constructo. A segunda etapa procura gerar os itens que medirão o constructo recorrendo-se ao uso de técnicas exploratórias que incluem inquéritos, revisão de literatura, entre outros. Na construção da escala, o uso de técnicas de *focus groups* ou incidentes críticos podem ser uma vantagem adicional na geração dos itens (Churchill, 1979). Após esta análise e geração dos primeiros itens, estes devem ser revistos para sua melhoria. Aconselha-se ainda, a aplicação do questionário (terceira etapa) numa amostra para purificação da medida (quarto passo).

A análise da consistência interna através do *alpha de Cronbach* é um dos métodos que auxilia na purificação da nova medida, sendo que o aceitável é um alpha superior a 0,70 demonstrando assim

consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994). Na quarta etapa avalia-se então a fiabilidade da medida. É nesta etapa que será feito o teste à nova medida desenvolvida, pois a fiabilidade é uma pré-condição para a validade. Apesar de existirem várias maneiras de testar a fiabilidade, a mais usada é o *alpha de Cronbach*, sendo que o aceitável é um alpha superior a 0,70 demonstrando assim consistência interna. Também é comum o uso de técnicas para redução dos dados e refinação da escala como a análise fatorial usando a análise dos componentes principais com rotação ortogonal (Hinkin, 1995).

Por último procede-se à avaliação da fiabilidade da escala com novos dados, concluindo-se sobre a avaliação da validade do constructo, podendo-se repetir as análises de consistência interna, fatoriais e de teste-reteste de fiabilidade.

7.2.2. Criação da Escala

Seguindo a metodologia proposta por Churchill (1979), o primeiro passo é concretizado na primeira parte deste documento, no capítulo 5.3.1 onde se procedeu à especificação do domínio do constructo através da revisão da literatura.

Assim, a variável “Partilha das Experiências de Problemas de Saúde” foi concetualizada como a partilha da experiência pelos utilizadores dos serviços de saúde a outros, sejam doentes, não doentes e/ou familiares de doentes no sentido de cocriar valor (para si e para os outros), partilhando os acontecimentos ocorridos e conhecimentos adquiridos com este, durante todo o processo de consulta médica e contactos com profissionais de saúde.

Para gerar os itens recorreu-se à técnica da análise qualitativa *focus groups*, a fim de identificar as razões que estes apontavam para falarem com outras pessoas sobre os seus problemas de saúde. Também se complementou com a informação obtida nos *focus groups*, com as respostas colhidas para o efeito, no questionário de resposta aberta enviado por email durante a análise qualitativa.

A propósito do *focus groups*, Morgan (1996, p. 130) define-os como “*uma técnica de pesquisa que recolhe os dados através da interação de um grupo sobre um determinado tema, conduzido por um investigador*”. Optou-se por esta técnica, uma vez que estes são como “*espaços sociais em que os*

utilizadores coconstruem os seus pontos de vista, partilhando, adquirindo e contestando conhecimento” (Lehoux *et al.*, 2006). A literatura na área da saúde sugere o uso destes grupos, pois tornam-se essencialmente ricos para extrair e analisar em profundidade as experiências dos indivíduos nos serviços de saúde (Lehoux *et al.*, 2006). De acordo com os autores, estes grupos são constituídos por seis a dez participantes e a discussão dura em média entre 1,5 horas a 2,5 horas.

No presente estudo foram realizados dois grupos focais durante o mês de maio de 2013, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria. Ambas as sessões foram gravadas e para além do investigador principal, estiveram presentes dois assistentes no primeiro *focus group* e um assistente no segundo *focus group*. A duração do primeiro grupo foi de 1,5 horas e do segundo de 1 hora. Cada um dos participantes colocou um nome, escolhido por si, na sua frente para facilitar a interação durante o diálogo. Os respetivos guiões de ambos os grupos focais encontram-se no anexo I e II.

O *focus groups* nº1 era constituído por seis indivíduos que padecem de patologias que requerem acompanhamento médico e tiveram contacto com profissionais de saúde nos últimos três meses e o no *focus groups* nº2, os seis participantes não tinham visitado um profissional de saúde há mais de seis meses. O recrutamento foi feito via Facebook e por convite a pessoas com um perfil adequado ao contexto. Os participantes do grupo focal 1 foram remunerados com 10€ e os do grupo focal 2 com 5€ e a oferta de um bilhete de entrada num parque temático.

A descrição dos participantes está apresentada nas tabelas 57 e 58.

Tabela 57 – Perfil Participantes Focus Group 1

Focus Group 1		
<u>Participante</u>	<u>Género</u>	<u>Idade</u>
1	M	32
2	F	29
3	F	25
4	M	27
5	M	43
6	F	36

Tabela 58 – Perfil Participante Focus Group 2

Focus Group 2		
<u>Participante</u>	<u>Género</u>	<u>Idade</u>
1	M	40
2	M	34
3	F	28
4	M	34
5	M	34
6	F	28

Do registo dado pelos participantes do grupo 1, as patologias/condições físicas destes são transplante hepático com insuficiência renal crónica, gravidez de risco com internamento, linfoma de

Hodgkin, colite ulcerosa total com transplante hepático, cirurgia ao joelho (durante a discussão o participante revelou ter sido submetido a uma cirurgia de pólipos intestinais e tem acompanhamento psicológico também) e síndrome do intestino inflamado.

Após a realização das duas sessões, iniciou-se o processo de transcrições das gravações e respetiva análise do conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que permite não só o alcance descritivo mas também efetuar inferências válidas e replicáveis dos dados do contexto (Bardin, 2011; Guerra, 2006). Assim, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que foi narrado e uma dimensão interpretativa que advém das interrogações do analista face ao objeto de estudo (Guerra, 2006).

Os textos provenientes dos dois grupos focais foram inseridos no *software* WebQDA para se proceder à sua codificação. A codificação corresponde à transformação dos dados em bruto do texto, quer seja por recorte, agregação ou enumeração e permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão (Bardin, 2011). No conjunto de técnicas da análise de conteúdo, efetuou-se uma análise categorial, isto é, procedeu-se a um desmembramento do texto em categorias segundo reagrupamentos analógicos. O critério de categorização usado foi semântico, isto é, todas as expressões que significassem aquela palavra eram codificados nessa categoria (Bardin, 2011). O anexo 3 apresenta essa categorização e respetiva codificação.

Desta análise, foram categorizadas oito razões que levam as pessoas a partilharem os seus problemas de saúde. São elas: Desabafo, Alívio, Dar informação a outros, Ajudar os outros, Adquirir conhecimento, Apoio, Reconforto e Atenção (tabela 59).

A cada uma das categorias foi feita uma análise semântica com uso do dicionário a fim de verificar se não havia categorias similares.

Tabela 59 – Análise Categórica

Razões	Definição
<u>Desabafo/contar a história</u>	Desabafar refere-se ao ato do indivíduo contar o que sente a outros, relativamente ao que se está a passar com o seu estado de saúde, no sentido de desafogar-se.
<u>Alívio</u>	A sensação de alívio diz respeito à sensação agradável esperada pelo indivíduo após partilhar a experiência que está a viver.
<u>Dar Informação</u>	Dar informação refere-se à partilha das suas experiências com os outros no sentido de lhes fornecer informação útil.
<u>Ajudar</u>	Ajudar refere-se ao comportamento dos indivíduos em partilhar as suas experiências no sentido de assistir outros indivíduos (Yi e Gong, 2012).
<u>Adquirir conhecimento</u>	Adquirir conhecimento refere-se ao esforço intencional de procurar informação sobre determinado assunto da doença tomando a partilha da experiência como ponto de partida (Griffin, Dunwoody & Neuwirth, 1999).
<u>Apoio</u>	O apoio refere-se ao auxílio esperado por parte dos outros ao indivíduo que partilhou a experiência.
<u>Reconforto</u>	O reconforto refere-se à consolação esperada após ter partilhado a sua experiência com outros.
<u>Atenção</u>	A atenção refere-se à concentração esperada no indivíduo após ter partilhado a sua experiência com outros.

A partir daqui procedeu-se à geração de nove itens:

1. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos apenas porque acho importante falar sobre isso.”*
2. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com o meu médico/enfermeiro/terapeuta para esclarecer as minhas dúvidas.”*
3. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus amigos/conhecidos porque ao fazê-lo sinto-me aliviado/a.”*
4. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque considero que isso fornece-lhes informação útil.”*
5. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque considero que isso pode ajudá-los a perceber melhor a sua situação.”*
6. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque isso ajuda-me a recolher informação útil sobre o meu problema.”*
7. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo acabo por me sentir apoiado no meu problema.”*

8. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo sinto-me reconfortado.”*
9. *“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo sinto que os outros me dedicam mais atenção.”*

Para avaliar a validade de conteúdo destes itens, foi solicitado a seis académicos doutorados na área da saúde e a cinco profissionais de saúde que avaliassem a adequação e representatividade desses itens para medirem o conceito “Partilha de Experiências de Problemas de Saúde”. Cada item foi pontuado de acordo com a escala seguida por Zaichkowsky (1985): (1) Nada Representativo, (2) Pouco Representativo e, (3) Claramente Representativo.

Nesta altura do estudo, aproveitando a proximidade com alguns doentes efetuou-se um pequeno estudo piloto com esses treze indivíduos (que padecem de patologias com acompanhamento médico) para explorar se as razões de partilha de experiências de saúde traduzidas nos itens eram representativas do ponto de vista dos doentes. Os itens foram apresentados com a mesma escala (1) Nada Representativo, (2) Pouco Representativo e, (3) Claramente Representativo), mas foi solicitado aos treze participantes que respondessem relativamente ao seu caso.

Do confronto das respostas dadas pelos profissionais de saúde e académicos, juntamente com a dos indivíduos, o item 4 e o item 9 foram eliminados por se mostrarem pouco ou nada representativos.

Dado o objetivo do estudo e sabendo que se ia aplicar posteriormente o questionário final para recolher os dados e usar a análise confirmatória, não se procedeu de imediato às etapas quatro a sete dos pressupostos sugeridos por Churchill (1979). No entanto e, agora na presença dos dados recolhidos irá fazer-se a respetiva purificação da escala antes da sua aplicação no modelo de análise de equações estruturais.

A amostra usada para o aperfeiçoamento da escala é constituída pelos indivíduos que padecem de patologias com acompanhamento médico (n=234). O aperfeiçoamento da escala iniciou-se com uma análise a cada item que constitui a escala e à análise como um todo. Para isso recorreu-se a uma análise de consistência interna através do *alpha de Cronbach*, usando o SPSS 21. O *alpha de Cronbach* é uma das medidas mais utilizadas para verificação da consistência interna de um grupo

de variáveis (itens). Esta medida permite também recolher informação sobre a homogeneidade dos itens que compõem a escala e decidir sobre a sua exclusão. Varia entre 0 e 1 sendo a consistência interna caracterizada como sugere a tabela 60.

Tabela 60 – Alpha de Cronbach e consistência interna

Alpha de Cronbach:	Consistência Interna:
]0,9 – 1,0]	Muito Boa
]0,8-0,9]	Boa
]0,7-0,8]	Razoável
]0,6-0,7]	Fraca
<0,6	Inadmissível

Fonte: Pestana & Gageiro (2005, p.526)

Tendo por base os resultados da tabela 61, pode verificar-se que cada um dos itens da escala apresenta uma correlação alta (superior a 0,7) (Pestana & Gageiro, 2005). Além disso, verifica-se que em todos os casos a eliminação de cada uma das afirmações provocaria uma decréscimo do valor do *alpha* (comparativamente ao valor do *alpha* global), pelo que é aconselhável a retenção de todos os itens que constituem a medida.

Tabela 61- Resultado da avaliação e aperfeiçoamento da Escala Partilha de Experiências de Problemas de Saúde

Itens*	Coefficiente Correlação R de cada uma das variáveis com as restantes³⁴	Alpha Cronbach quando o item é excluído
Desabafar/contar história	0,726	0,929
Alívio	0,831	0,916
Ajudar	0,749	0,926
Adquirir Conhecimento	0,787	0,921
Apoio	0,886	0,908
Reconforto	0,826	0,917
α de Cronbach da Escala Global: 0,932		

* O enunciado dos itens encontra-se simplificado

Para confirmar a unidimensionalidade da escala desenvolvida procedeu-se à realização de uma análise fatorial exploratória. A análise fatorial exploratória é uma técnica de análise de dados cujo objetivo é definir a estrutura entre as variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida (Hair et al., 2010; Marôco, 2010b).

³⁴ Corrected Item Total Correlation

Antes de se efetuar a análise fatorial importa validar se os dados são adequados para a realização desta, tendo-se para o efeito conduzido dois testes estatísticos: o teste de esfericidade de Bartlett e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Estes testes comparam as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Marôco, 2010b), assumindo valor entre 0 e 1, conforme indica a tabela 62.

Tabela 62 – Índice de KMO

Valor de KMO	Recomendação relativamente à A.Fatorial
]0,9 – 1]	Excelente
]0,8 – 0,9]	Boa
]0,7 – 0,8]	Média
]0,6 – 0,7]	Medíocre
]0,5 – 0,69]	Mau mas ainda aceitável
≤0,5	Inaceitável

Fonte: (Marôco, 2010a, p.368)

Para uma amostra de 234 indivíduos com patologias que requerem acompanhamento médico, o Índice de KMO e o teste de esfericidade de Bartlett confirmam a boa adequabilidade para se proceder a uma análise fatorial do conjunto de dados em questão (KMO=0,884; Bartlett test³⁵=0,000 < *p-value*=0,05).

Os valores fornecidos pela matriz Anti-imagem (MAS) também permitem concluir sobre a apropriação dos dados para realização de uma análise fatorial, uma vez que tem como objetivo validar a adequação da amostra às variáveis em análise (Marôco, 2010b). De acordo com Hair *et al.* (2010) os valores da MAS acima de 0,8 são considerados bons. Neste estudo a MAS apresenta valores entre 0,829 e 0.946.

Assim, procedeu-se à análise fatorial para o conjunto total dos itens que representam o constructo. Recorreu-se ao método de estimação das componentes principais, pois este método permite apurar o número mínimo de fatores que respondem pela máxima variância nos dados para utilização em análises multivariadas posteriores (Malhotra, 2010). O SPSS utiliza vários métodos de rotação das variáveis de forma a tornar os fatores mais simples de interpretar, sendo que para este estudo foi aplicado o método ortogonal Varimax que, por norma, conduz a soluções mais facilmente interpretáveis (Hair *et al.*, 2010).

³⁵ O teste de esfericidade de Bartlett deve ser estatisticamente significativo para a análise fatorial ser considerada adequada

A tabela 63 permite concluir que apenas era aconselhado a extração de um único fator, pois de acordo com o critério de Kaiser só existe um valor próprio maior que 1, e como tal, apenas um fator deve ser retido, pelo que se confirma a sua unidimensionalidade (Pestana & Gageiro, 2005). Esse fator explica 74,959% da variância total.

Tabela 63- Análise da Unidimensionalidade

Itens*	Valores Próprios	Carga Fatorial (loadings)	%Variância Explicada
Desabafar/contar história	4,498	0,828	74,959%
Alívio	0,636	0,872	
Ajudar	0,34	0,841	
Adquirir Conhecimento	0,227	0,853	
Apoio	0,212	0,911	
Reconforto	0,088	0,888	
Nº fatores extraídos: 1			

* O enunciado dos itens encontra-se simplificado

7.3. Análise Quantitativa

Neste capítulo irá reportar-se o estudo empírico, de natureza quantitativa, conduzido com o principal objetivo de testar empiricamente o modelo de investigação proposto. A análise dos dados foi efetuada com recurso aos programas informáticos SPSS 21, para apresentação da estatística descritiva, consistência interna das escalas, e o AMOS 21 utilizado para as análises de equações estruturais e os efeitos moderadores. Na condução da análise de modelos de equações estruturais seguiu-se o processo apresentado por Hair *et al.* (2010).

7.3.1. Caracterização da Amostra

Os resultados deste estudo basearam-se na informação respeitante a uma amostra de 1118 indivíduos que acederam ao questionário e responderam a todas as questões. Deste total, 711 indivíduos contactaram com um profissional de saúde nos últimos 3 meses e 234 sofrem de uma patologia que os obriga a acompanhamento médico/profissional de saúde frequente. A maioria dos respondentes, como seria de esperar, é do sexo feminino (66,7%), pois como argumenta Schlesinger *et al.* (2002), as mulheres são mais participativas e tendem a expressar-se mais. Verifica-se também que 45,5% tem qualificações literárias a nível da licenciatura, seguindo do 12º ano de escolaridade

(29,5%). A média da idade é de 30,5 anos, apresentando um desvio-padrão de 10,2 anos. Um outro dado que se pode constatar é que a maioria dos respondentes contactou o seu profissional de saúde usando o sistema nacional de saúde (67,7%).

As características dos respondentes apresentam-se descritas na tabela 64 e o questionário encontra-se no anexo 4.

Tabela 64 – Caracterização da Amostra

	Frequência	Percentagem Absoluta	Percentagem Acumulada
Género:			
Feminino	746	67%	67%
Masculino	367	33%	100%
<i>Missing Value</i>	5		
Total de Respostas:	1118	100%	
Último contacto com profissional de saúde:			
Há menos de 3 meses	711	63,6%	63,6%
Entre 3 a 6 meses	177	15,8%	79,4%
Há mais de 6 meses	230	20,6%	100%
Total de Respostas:	1118	100%	
Sofre de patologia:			
Sim	234	20,9%	20,9%
Não	884	79,1%	100%
Total de Respostas:	1118		
Habilitações Literárias			
Ensino Primário Básico	3	0,3%	0,3%
6º ano	8	0,7%	1%
9º ano	29	2,6%	3,6%
12º ano/ CET	330	29,5%	33,2%
Bacharelato/Licenciatura	509	45,5%	79%
Mestrado	182	16,3%	95,3%
Doutoramento	52	4,7%	100%
<i>Missing Value</i>	5		
Total de Respostas:	1118	100%	
Serviço utilizado			
Serviço Nacional de Saúde	757	67,7%	67,7%
Serviço Saúde Privado	338	30,2%	97,9%
Outro	23	2,1%	100%
Total de Respostas:	1118	100%	

7.3.2. Caracterização das Variáveis

As variáveis utilizadas para testar o modelo proposto e respetivas hipóteses estabelecidas, estão apresentadas nas tabelas seguintes. Para cada uma delas apresenta-se o número de respostas, o valor máximo e mínimo, a média e o desvio padrão. Também é representado o coeficiente *alpha de Cronbach* que avalia o grau de consistência interna entre os vários itens da variável (fiabilidade) (Hair *et al.*, 2010). Uma vez que esta investigação é contextualizada num serviço de saúde, optou-se por apresentar, para além do *alpha* para a amostra total, os alfas correspondes ao grupo de indivíduos que teve contacto há menos de 3 meses e com um profissional de saúde e ao grupo daqueles que sofrem de patologias que requerem acompanhamento médico.

De acordo com o teorema do limite central, à medida que a dimensão da amostra aumenta, a dimensão da média amostral tende para a distribuição normal (Marôco, 2010b; Pestana & Gageiro, 2005), pelo que não se testou a normalidade dos dados pois o n é superior a 30.

7.3.2.1. Orientação para a Procura de Informação de Saúde

No que respeita aos itens relacionados com a variável Orientação para a Procura de Informação de Saúde (tabela 65), verifica-se que as médias mais elevadas são as que se relacionam com a importância de estar informado sobre assuntos de saúde (5,47) e com a informação que o indivíduo procura adquirir quando toma medicamentos (5,39). Esta atitude de procura de informação de saúde quando toma medicamentos e querer saber mais sobre assuntos de saúde pode relacionar-se com o benefício que o indivíduo espera em aumentar o seu conhecimento sobre a doença e por exemplo adotar novos estilos de vida, como descreve Shim *et al.* (2006).

Tabela 65 – Caracterização da Variável Orientação para a Informação de Saúde (n=1118)

Variáveis relacionadas com a procura de informação ³⁶	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
INF1 –Ler e ver histórias	1	7	3,63	1,71
INF2 – Aprender assuntos	1	7	4,88	1,65
INF3 – Para ser e estar saudável é fundamental estar informado	1	7	5,25	1,56

³⁶ Todas os itens aparecerão aqui apenas resumidos

Variáveis relacionadas com a procura de informação³⁶	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
INF4 – Quantidade de informação é mais fácil tomar conta da minha saúde	1	7	5,11	1,47
INF5 – Adquirir máximo de informação quando tomo medicamentos	1	7	5,39	1,51
INF6 – Procurar informação antes de tomar decisões	1	7	5,14	1,54
INF7 – É importante estar informado	1	7	5,47	1,48
				Média Global = 4,98

A média global da variável é de 4,98, pelo que se pode concluir que os respondentes da amostra apresentam uma orientação para a procura de informação média-alta. Em termos de desvio-padrão, são a orientação de procura de informação relacionada com a leitura de histórias relacionadas com saúde e o gosto pela aprendizagem de assuntos relacionados com saúde que apresentam maior desvio padrão (1,71 e 1,65 respetivamente).

Relativamente à consistência interna qualquer um dos *alphas*, independentemente do número da amostra indicam que o fator Orientação para a Procura de Informação tem boa consistência interna, como refere a tabela 66.

Tabela 66 – Consistência Interna Orientação para a Procura de Informação de Saúde

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,87
n=711	0,87
n= 234	0,86

7.3.2.2. Literacia em Saúde

No que respeita aos itens que constituem o fator Literacia em Saúde (tabela 67), verifica-se que as médias mais elevadas se relacionam com o facto de os utilizadores de serviços de saúde saberem onde e como encontrar recursos sobre saúde (5,10 em ambos os itens). O desvio-padrão mais baixo (1,33) diz respeito ao item de como os utilizadores de saúde sabem usar a informação de saúde que

recolhem e o desvio-padrão mais alto (1,49) refere-se à distinção do que é uma fonte de informação fidedigna.

Relativamente à média global da escala literacia em saúde (4,87), conclui-se que os participantes possuem uma literacia em saúde ligeiramente acima da média (admitindo que o valor médio seria 4, ou seja o valor intermédio da escala de sete pontos do tipo Likert, que ponderam a escala proposta). Assim, e de acordo com Sorensen *et al.* (2012) o conhecimento, motivação e competências destes participantes para aceder, compreender avaliar e aplicar informação de saúde é ligeiramente médio.

Tabela 67 - Caracterização da Variável Literacia em Saúde (n=1118)

Variáveis relacionadas com a literacia em saúde	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
LS1 – Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde	1	7	5,10	1,37
LS2 – Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde	1	7	5,10	1,34
LS3 – Sei como usar a informação de saúde	1	7	4,94	1,33
LS4 – Tenho as capacidades que necessito para avaliar os recursos de saúde	1	7	4,65	1,45
LS5 – Sei distinguir se uma fonte de informação é fidedigna	1	7	4,88	1,49
LS6 – Sinto-me confiante em usar a informação que recolho	1	7	4,57	1,49
			Média Global=4,87	

Relativamente à consistência interna da escala Literacia, apresenta-se bastante boa (com valores acima de 90%), pela que a sua consistência interna se confirma (tabela 68).

Tabela 68 – Consistência Interna da Literacia em Saúde

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,92
n=711	0,92
n= 234	0,92

7.3.2.3. Perícia enquanto utilizador

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a Perícia enquanto utilizador (tabela 69), destacam-se pela valorização mais elevada, a variável que refere a capacidade de entender todos os aspetos que o profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir (5,33) e pela valorização mais baixa, os conhecimentos sobre saúde, doenças e tratamentos (4,22). Quanto à dispersão das respostas, os valores rondam entre 1,36 e 1,77. A média global é de 4,98, pelo que a amostra parece estar constituída por utilizadores de serviços de saúde, que em média possui conhecimentos experienciais acima da média (4), que lhe permitem usar o serviço de forma a gerar benefício.

Tabela 69 - Caracterização da Variável Perícia enquanto utilizador (n=1118)

Variáveis relacionadas com a perícia enquanto utilizador	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PER1 – Eu consigo entender todos os aspetos que o meu profissional saúde refere	1	7	5,33	1,36
PER2 – Possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde	1	7	4,44	1,44
PER3 – Consigo entender técnicas e estratégias do profissional de saúde	1	7	5,00	1,40
PER4 – Antes de uma consulta, preparo questões	1	7	4,82	1,7
PER5 – Quando faço uma medicação, percebo os efeitos secundários	1	7	5,12	1,43
PER6 – Antes de uma consulta, seleciono onde quero ir	1	7	4,99	1,78
PER7 – Tenho noção quando devo procurar segunda opinião médica	1	7	5,16	1,52
				Média global=4,98

A escala proposta apresenta boa consistência interna, conforme indica o *alpha de Cronbach* na tabela 70.

Tabela 70 - Consistência Interna Perícia enquanto utilizador

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,87
n=711	0,87
n= 234	0,86

7.3.2.4. Motivação para participar

Quanto às variáveis utilizadas para medir a Motivação do utilizador de saúde em participar (tabela 71), verifica-se que a valorização atribuída a todas elas é muito próxima, variando entre as médias 5,31 e 5,90, refletindo uma motivação relativamente alta em querer participar e retirar benefícios para a sua saúde. Por sua vez, o desvio padrão varia entre 1,23 e 1,47.

Tabela 71 - Caracterização da Variável Motivação para participar (n=1118)

Variáveis relacionadas com a motivação para participar	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
MOT1 – Sinto-me motivado para comprar a medicação	1	7	5,31	1,47
MOT2 – Sinto-me motivado para cumprir com as indicações	1	7	5,59	1,34
MOT3 – Sinto-me motivado para atingir bons resultados	1	7	5,90	1,24
MOT4 – Sinto-me motivado para aplicar os conhecimentos que o profissional de saúde me ensinou	1	7	5,78	1,26
MOT5 – Eu sei que a melhoria do meu estado depende do cumprimento	1	7	5,91	1,23
				Média Global=5,7

No que diz respeito à consistência interna da escala (tabela 72), ela apresenta-se com valores superiores a 90% de *alpha de Cronbach* pelo que se conclui que é muito boa.

Tabela 72 – Consistência Interna da variável Motivação para Participar

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,93
n=711	0,92
n= 234	0,92

7.3.2.5. Experiências em Cocriar

Quanto às variáveis que compõem o constructo Experiências em Cocriar, verifica-se que a média mais elevada é a que captura a cooperação com o prestador do serviço (4,99). Já a média mais baixa diz respeito à transmissão de problemas à empresa (3,54). Um estudo da União Europeia evidenciou que o povo português era o que menos reclamava³⁷ em 2004³⁸, pelo que este resultado pode evidenciar em parte esse comportamento. Em termos de desvio-padrão, é o mesmo item representativo da transmissão de problemas à empresa que apresenta o maior desvio (1,74). Relativamente à média global esta apresenta um valor de 4,28 que segundo Yiyi & Rongqiu (2008), o papel deste cliente no processo de cocriar é de informador ativo a cocriador colaborativo.

Tabela 73 – Caracterização da variável Experiências em Cocriar (n=1118)

Variáveis relacionadas com as experiências em cocriar	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EXP1 – Faço sugestões para o serviço melhorar	1	7	3,67	1,58
EXP2 – Quando experiencio um problema comunico-o à empresa	1	7	3,54	1,74
EXP3 – Se reparar num problema que não me afete, informo um dos colaboradores	1	7	4,08	1,66
EXP4 – Eu tento cooperar com os colaboradores	1	7	4,72	1,53
EXP5 . Eu tento facilitar o trabalho dos colaboradores	1	7	4,99	1,46
EXP6 – Eu discuto abertamente as minhas necessidades	1	7	4,67	1,6
				Média Global=4,28

De acordo com a terminologia do *alpha Cronbach*, estas variáveis apresentam uma consistência interna boa, como demonstra a tabela 74.

Tabela 74 - Consistência Interna da variável Experiências em Cocriar

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,88
n=711	0,88
n= 234	0,89

³⁷ A reclamação é uma forma de participação

³⁸ http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=598683

7.3.2.6. Experiências em Cocriar nos serviços de saúde

No que diz respeito às Experiências em Cocriar nos Serviços de Saúde apresentada na tabela 75, a média mais alta refere-se à facilitação do trabalho do profissional de saúde (5,06), seguidamente da cooperação com os profissionais de saúde (4,82). Relativamente ao desvio-padrão, verifica-se que é muito próximo variando entre 1,49 e 1,66. A média global da escala é de 4,33 considerando assim que estes utilizadores no que se refere às experiências em cocriar em saúde estão ligeiramente acima da média.

Tabela 75 – Caracterização da Variável Experiências em Cocriar na Saúde (n=1118)

Variáveis relacionadas com as experiências em cocriar na Saúde	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EXPS1 – Faço sugestões para o serviço saúde melhorar	1	7	3,51	1,61
EXPS2 – Quando experiencio um problema comunico-o à organização de saúde	1	7	3,97	1,65
EXPS3 – Se reparar num problema que não me afete, informo um dos colaboradores da organização de saúde	1	7	3,96	1,65
EXPS4 – Eu tento cooperar com os profissionais de saúde	1	7	4,82	1,55
EXPS5 – Eu tento facilitar o trabalho dos profissionais de saúde	1	7	5,06	1,49
EXP6S – Eu discuto abertamente as minhas necessidades com os profissionais de saúde	1	7	4,71	1,65
				Média Global=4,33

Esta escala representa uma consistência bastante boa, uma vez que os seus *alphas* para os diferentes grupos de amostra rondam os 0,90, como demonstra a tabela 76.

Tabela 76 – Consistência Interna da Variável Experiências em Cocriar na Saúde

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,90
n=711	0,90
n= 234	0,91

7.3.2.7. Empatia

Relativamente à variável Empatia, que funcionará como variável moderadora a testar, esta apresenta a média mais alta no item referente à explicação dada pelo profissional de saúde ao seu utilizador (5,27) como demonstra a tabela 77. Já o item com média mais baixa diz respeito ao plano de ação conjunto (4,77). A média global é de 5,06 pelo que se conclui que estes utilizadores consideram que em média há uma boa ligação com os seus profissionais de saúde.

Relativamente à dispersão das respostas, os valores variam entre 1,53 (relativamente à positividade do profissional de saúde) e 1,76 (subjacente ao plano de ação conjunto).

Tabela 77 – Caracterização da Variável Empatia (n=1118)

Variáveis relacionadas com a Empatia	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EMP1 – Permitiu que contasse a história	1	7	5,10	1,61
EMP2 – O profissional de saúde está interessado em mim	1	7	5,00	1,66
EMP3 – O profissional de saúde mostrou compaixão	1	7	4,94	1,67
EMP4 – O profissional de saúde foi positivo comigo	1	7	5,26	1,53
EMP5 – O profissional de saúde explicou-me claramente	1	7	5,27	1,57
EMP6 – O meu profissional de saúde ajudou-me a tomar o controlo	1	7	5,08	1,61
EMP7 – O meu profissional de saúde fez um plano de ação comigo	1	7	4,77	1,76
				Média Global=5,06

Também esta escala apresenta valores bastante bons de consistência interna (superiores a 0,95) como se pode verificar na tabela 78.

Tabela 78 – Consistência Interna da Variável Empatia

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,965
n=711	0,966
n= 234	0,970

7.3.2.8. Confiança

A confiança é outra das variáveis que funciona como moderadora no modelo proposto. Aqui verifica-se que a variável que recebe uma valorização mais baixa é a variável relacionada com a desconfiança das opiniões do profissional de saúde (4,18). Relativamente ao desvio-padrão, a variável que obtém uma dispersão de respostas mais pequena, é a variável relacionada com o facto do profissional de saúde saber o que é melhor para o utilizador do serviço (1,38). Globalmente, os utilizadores que responderam ao inquérito apresentam níveis de confiança acima do valor médio (4).

A caracterização desta variável está apresentada na tabela 79.

Tabela 79 – Caracterização da Variável Confiança (n=1118)

Variáveis relacionadas com a Confiança	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CONF1 O profissional de saúde sabe o melhor tratamento	1	7	5,15	1,38
CONF2 – O profissional de saúde pensa no melhor para mim	1	7	4,89	1,49
CONF3 – Não tenho receio em colocar a minha vida	1	7	4,84	1,59
CONF4 – o profissional de saúde coloca a minha necessidade em primeiro lugar	1	7	4,83	1,49
CONF5 – Eu nunca desconfio das opiniões do profissional de saúde	1	7	4,18	1,64
CONF6 – Tento seguir sempre os seus conselhos	1	7	4,79	1,5
CONF7 – Tenho total confiança	1	7	4,89	1,52
				Média Global=4,8

O fator confiança apresenta uma consistência interna bastante boa relativamente ao conjunto dos itens que o caracterizam, como ilustra a tabela 80.

Tabela 80 – Consistência Interna da Variável Confiança

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,95
n=711	0,95
n= 234	0,95

7.3.2.9. Diálogo, Acesso, Risco, Transparência (DART)

A variável DART também funcionará como uma das variáveis moderadoras a testar no modelo proposto. Quanto às variáveis utilizadas para medir o diálogo (tabela 81), verifica-se que as médias mais elevadas são as que capturam a resposta às dúvidas do utilizador do serviço de saúde (4,87) e a discussão conjunta dos próximos passos do tratamento e sessões de acompanhamento (4,28). Em termos de desvio-padrão, o encorajamento para fazer perguntas é a que apresenta o valor mais elevado (1,76).

No que diz respeito ao acesso, a variável que apresenta a valorização mais elevada é a decisão como o utilizador recebe o tratamento de saúde (4,12). A variável facilidade em receber o serviço médico é a que apresenta maior desvio-padrão (1,73).

Nas variáveis relacionadas com o risco-benefício, destaca-se a variável consciência das vantagens/desvantagens do tratamento (4,85). O maior desvio-padrão pertence à variável “esclarecimento dos atos de ser o utilizador a fazer determinados procedimentos médicos sozinho” (1,71).

A variável transparência apresenta médias entre os valores 4,07 e 4,35, sendo que o valor mais baixo diz respeito à variável parceria na partilha de informação entre profissionais de saúde e utilizadores. O desvio padrão mais baixo pertence à variável dar informação útil, que reflete a informação útil fornecida pelos profissionais de saúde para o utilizador alcançar melhores resultados clínicos (1,61).

Tabela 81 – Caracterização da Variável DART

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Variáveis relacionadas com o Diálogo	Diálogo				
DART1 – Comunicação da Instituição de Saúde	1118	1	7	3,40	1,73
DART2 – Comunicação do Profissional de Saúde	1118	1	7	3,42	1,7
DART3 – Encorajar a fazer perguntas	1118	1	7	3,54	1,76
DART4 – Disponibilização de meios pra comunicar	1118	1	7	3,29	1,73
DART5 – Discussão do tratamento	1118	1	7	4,28	1,71
DART6 – Resposta a dúvidas	1118	1	7	4,87	1,56

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	Média global= 3,63				
Variáveis relacionadas com o Acesso	Acesso				
DART7 – Decidir como recebe tratamento	1118	1	7	4,12	1,70
DART8 – Opções de escolha	1118	1	7	3,69	1,70
DART9 – Facilidade receber serviço	1118	1	7	3,74	1,73
	Média global= 3,85				
Variáveis relacionadas com o Risco-Benefício	Risco-Benefício				
DART10 – Clareza dos riscos/benefícios	1118	1	7	4,56	1,58
DART11 Encorajamento sobre o risco	1118	1	7	4,43	1,63
DART12 – Consciência das vantagens/desvantagens	1118	1	7	4,85	1,51
DART13 – Esclarecimento de atos	1118	1	7	4,33	1,71
	Média global= 4,54				
Variáveis relacionadas com a Transparência	Transparência				
DART14 –Dar informação útil	1118	1	7	4,35	1,62
DART15 - Parceira na partilha de informação	1118	1	7	4,07	1,68
DART16 – Explicação clara	1118	1	7	4,26	1,68
	Média global= 4,23				

Relativamente à consistência interna do constructo e porque na literatura aparece como um acrónimo interligado, optou-se por representar inicialmente a sua fiabilidade no total, subdividindo depois pelo diálogo, acesso, risco e transparência. No global, todas as variáveis apresentam boas consistências internas, com valores superiores a 0,90. Apenas a variável risco apresenta valores de *alpha* mais baixo, comparado com as restantes variáveis, mas com valores acima de 0,80 (tabela 82).

Tabela 82 – Consistência Interna do DART

DART (16 itens)	
Grupos	Alpha Cronbach
n=1118 (Total)	0,96
n=711 (contacto há menos 3 meses)	0,96
n= 234 (com patologia)	0,96
Diálogo (6 itens)	
Grupos	Alpha Cronbach
n=1118 (Total)	0,90
n=711 (contacto há menos 3 meses)	0,90
N=234 (com patologia)	0,90
Acesso (3itens)	
Grupos	Alpha Cronbach
n=1118 (Total)	0,85
n=711 (contacto há menos 3 meses)	0,84
n= 234 (com patologia)	0,85

Risco (4itens)	
Grupos	Alpha Cronbach
n=1118 (Total)	0,91
n=711 (contacto há menos 3 meses)	0,91
n= 234 (com patologia)	0,91
Transparência (3itens)	
Grupos	Alpha Cronbach
n=1118 (Total)	0,92
n=711 (contacto há menos 3 meses)	0,92
n= 234 (com patologia)	0,92

7.3.2.10. Qualidade Percebida

O conceito de qualidade apresenta quatro itens em que a média mais alta (4,73) pertence ao item relacionado com a qualidade do serviço prestado pelo profissional de saúde (tabela 83). A variável relacionada com a qualidade global apresenta o desvio padrão mais baixo (1,46).

Tabela 83 – Características da Variável Qualidade Percebida (n=1118)

<u>Variáveis relacionadas com a Qualidade Percebida</u>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
QP1 – Qualidade global	1	7	4,31	1,46
QP2– Qualidade profissional de saúde	1	7	4,73	1,50
QP3– serviço Instituição	1	7	4,34	1,48
QP4 – Superioridade do serviço	1	7	4,08	1,58
				Média Global=4,4

Para os diferentes grupos sugeridos, a consistência interna do fator qualidade é sempre superior a 0,90, como demonstra a tabela 84.

Tabela 84 – Consistência Interna da Variável Qualidade Percebida

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,94
n=711	0,93
n= 234	0,94

7.3.2.11. Intenções Comportamentais

No que respeita, às intenções comportamentais (tabela 85), verifica-se que as variáveis que recebem uma valorização mais baixa são as variáveis relacionadas com o “dizer coisas positivas sobre o

profissional de saúde” (4,75). Por sua vez, o desvio-padrão mais baixo refere-se à variável “recomeçar novamente o tratamento com o mesmo profissional de saúde”.

Tabela 85 – Caracterização da Variável Intenções Comportamentais (n=1118)

<u>Variáveis relacionadas com as Intenções Comportamentais</u>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
INT1 – Recomeçar tratamento com o mesmo profissional	1	7	4,91	1,613
INT2 – Recomendar o profissional	1	7	4,84	1,637
INT3 – Dizer coisas positivas	1	7	4,75	1,696
INT4 – Continuar a ter tratamento este profissional	1	7	4,90	1,645
INT5 – Não mudar	1	7	4,91	1,716
INT6 – Seguir todos os conselhos clínicos	1	7	5,09	1,537
INT7 – Contente por ter feito o tratamento com este profissional	1	7	5,00	1,628
				Média Global=4,6

A tabela 86 apresenta os valores de *alpha Cronbach* que permite concluir que a consistência interna é muito boa.

Tabela 86 – Consistência Interna da Variável Intenções Comportamentais

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,98
n=711	0,98
n= 234	0,98

7.3.2.12. Satisfação

Quanto às variáveis utilizadas para medir a satisfação do utilizador do serviço de saúde (tabela 87), verifica-se que a valorização atribuída a todas elas é muito próxima, variando entre as médias de 4,58 e os 4,84 de valorização. Por sua vez, o desvio-padrão varia entre 1,55 e 1,61.

Tabela 87 – Caracterização da Variável Satisfação (n=1118)

Variáveis relacionadas com a Satisfação	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
SAT1 – Impressão positiva sobre o serviço	1	7	4,58	1,55
SAT2 – Sinto-me bem ao vir a este serviço	1	7	4,53	1,58
SAT3 – Satisfação geral com a instituição	1	7	4,54	1,55
SAT4 – Satisfação geral com o profissional de saúde	1	7	4,84	1,61

Variáveis relacionadas com a Satisfação	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
SAT5 – Melhores resultados alcançados	1	7	4,68	1,59
SAT6 – Satisfação com o tratamento	1	7	4,70	1,61
			Média Global=4,7	

A consistência interna também se apresenta muito boa, dado o seu *alpha* superior a 0,90 (tabela 88).

Tabela 88 – Consistência Interna da Variável Satisfação

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,97
n=711	0,97
n= 234	0,97

7.3.2.13. Adesão Terapêutica

No constructo Adesão Terapêutica houve necessidade de se recodificar a escala no *software* SPSS porque ao contrário das outras escalas a sua ordem de concordância era descendente. A tabela 89 apresenta a caracterização genérica deste constructo após recodificação. A média varia entre 4,75 (que se refere ao sentir-se incomodado por ter que tomar medicação) e 5,56 (relacionado com a paragem de tomada de medicação porque se sente pior). A média global é de 5,11, valor acima da média o que significa um bom cumprimento da medicação em termos gerais. No desvio-padrão, o valor mais alto pertence à variável que se relaciona com o “incómodo por tomar a medicação” (1,88) e o mais baixo (1,61) referente à variável “esquecimento de tomar porque viaja ou sai de casa”.

Tabela 89 – Caracterização da Variável Adesão Terapêutica (n=1118)

Variáveis relacionadas com a Adesão Terapêutica	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CUMP1 – Esquecimento de tomar	1	7	5,09	1,64
CUMP2 – Parar de tomar porque se sente pior	1	7	5,56	1,62
CUMP3 – Esquecer de tomar porque viaja ou sai de casa	1	7	5,30	1,61
CUMP4 – Deixar de tomar porque se sente melhor	1	7	4,98	1,76
CUMP5 – Sentir-se incomodado por tomar medicação	1	7	4,75	1,88
CUMP6 – Dificuldade de lembrar de tomar	1	7	4,98	1,70
			Média Global=5,11	

Pode-se verificar, como traduz a tabela 90 que a consistência interna para a escala deste constructo é muito boa.

Tabela 90 - Consistência Interna da Variável Cumprimento da Indicação Terapêutica

Grupos	Alpha Cronbach
n=1118	0,97
n=711	0,97
n= 234	0,97

7.3.3. Análise dos Outliers e dos Valores em falta (*Missing Values*)

Através da análise “*missing values*” do SPSS verificou-se os valores em falta. Constatou-se que apenas a variável Idade e Habilitações Literárias apresentavam valores em falta, correspondendo a 3,3% e 0,4% respetivamente. Hair *et al.* (2010) referem que variáveis que apresentam valores em falta de pelo menos 15% são candidatas a serem eliminadas. Os autores apresentam o método de imputação como o processo de estimar os valores em falta baseado em valores válidos de outras variáveis e/ou casos da amostra. Optou-se por utilizar o método de imputação de substituição pela média, isto é, substitui-se o valor em falta pelo valor médio dessa variável, calculado a partir das respostas válidas. De acordo com os autores trata-se do método mais utilizado.

A observação 602, do sexo feminino, licenciado com seguimento regular na especialidade de ortopedia apresentava a idade de 5 anos. Sendo impossível tal caracterização, admitiu-se que foi um erro deste participante e substituiu-se igualmente pela média das idades.

Verificou-se também a existência de observações que se afastam da distribuição geral dos dados (*outliers*). De acordo com Pestana & Gageiro (2005, p.65), os “*outliers são observações aberrantes que podem existir em amostras e classificam-se como severos ou moderados consoante o seu afastamento em relação às outras observações seja mais ou menos pronunciado*”.

Para identificação dos *outliers* recorreu-se ao *software* AMOS e analisou-se as distâncias de Mahalanobis ao quadrado que indicaram a presença de várias observações que são *outliers* multivariados, como demonstra a figura 24 (Marôco, 2010a). Assim, e perspetivando um melhor ajustamento procedeu-se à eliminação das primeiras seis observações que apresentavam distância maior.

Figura 24 – Diagnóstico de outliers

Observations farthest from the centroid (Mahalanobis distance) (Group number 1)

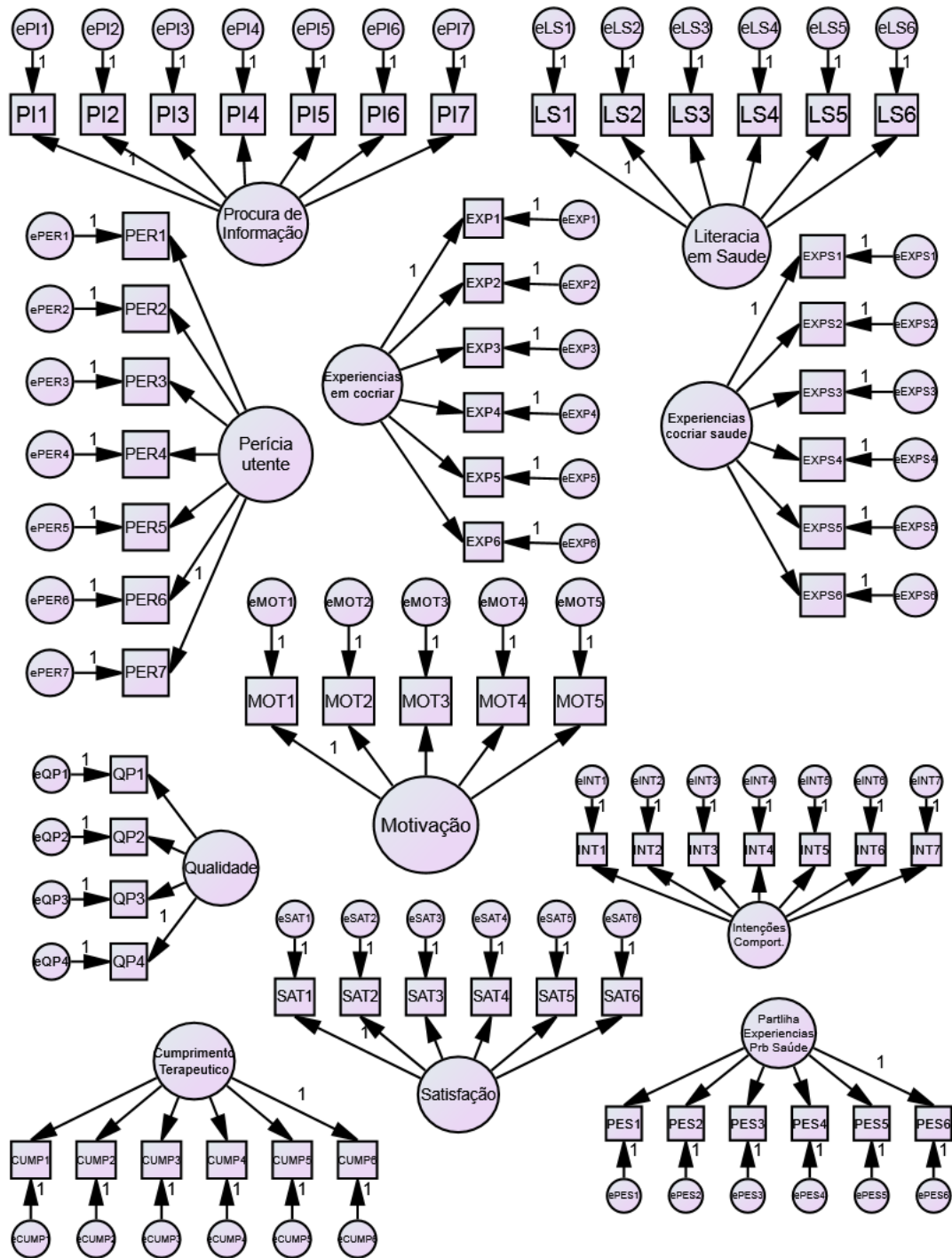
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
9	349,207	,000	,000
139	293,792	,000	,000
835	214,097	,000	,000
718	208,376	,000	,000
683	205,771	,000	,000
948	201,081	,000	,000
1099	196,599	,000	,000
898	186,981	,000	,000
737	186,731	,000	,000
1103	180,530	,000	,000
761	168,507	,000	,000
771	165,456	,000	,000
414	161,908	,000	,000
191	159,438	,000	,000
376	157,507	,000	,000

7.3.4. Avaliação do Modelo de Medida (*first step*)

Tal como foi referido no capítulo da metodologia, numa análise de Equações Estruturais existem várias etapas a seguir, antes de se testar as relações propostas no modelo estrutural. É necessário iniciar com a avaliação do modelo de medida a fim de se verificar se, as medidas utilizadas possuem propriedades psicométricas adequadas. A avaliação ao modelo de medida consiste na análise do ajustamento (*goodness-to-fit*) e da validade dos constructos e deve ser o primeiro objetivo da análise fatorial confirmatória.

No âmbito deste estudo, a análise fatorial confirmatória foi realizada com recurso ao *software* AMOS 21. Neste programa, as teorias de medida são apresentadas com recurso à representação gráfica (designado por diagrama de caminhos). A teoria de medida propõe uma série de relações, que indica como é que as variáveis medidas representam um constructo latente que não é medido diretamente. A figura 25 representa o modelo de medida que estabelece a correspondência entre as variáveis de medida e os conceitos. Os constructos latentes estão representados por elipses e as variáveis observadas por retângulos. A cada variável observada está associada um erro de medida (ϵ). Como se pode então observar, existem 66 indicadores, correspondentes às variáveis utilizadas no questionário e respetivos erros por cada indicador.

Figura 25 – Modelo de Medida



Legenda:

PI = Orientação para a Procura de Informação de Saúde
 LS = Literacia em Saúde
 PER = Perícia enquanto utilizador
 MOT = Motivação para participar

EXP = Experiências em cocriar geral
 EXPS= Experiências em cocriar na saúde

QP = Qualidade Percebida
 SAT = Satisfação
 INT = Intenções Comportamentais
 CUMP = Adesão Terapêutica
 PES = Partilha de Experiências de Problemas em Saúde

Após especificado o modelo, irá proceder-se à estimação, utilizando o método da máxima verossimilhança, pois para além de ser o mais utilizado, é também um dos métodos que obtém estimações mais eficientes, mesmo em situações de violação da normalidade dos dados (Hair *et al.*, 2010).

Iniciou-se com a análise da normalidade dos dados através das medidas de assimetria e achatamento (*skewness* e *kurtosis*) e verificou-se que cumpriam os pressupostos da normalidade, uma vez que apresentam valores $sk < 3$ e $ku < 7$. Relativamente à qualidade do ajustamento pode-se dizer que é sofrível uma vez que as medidas analisadas não seguem os valores de referência propostos ($\chi^2/gf=6,632$), CFI=0,846, GFI=0,678, RMR=0,135, SRMR=0,055, RMSEA=0,071, PGFI=0,621, indicando assim a necessidade de se reespecificar o modelo.

Começou-se por analisar os pesos fatoriais padronizados de cada item, que de acordo com Hair *et al.* (2010) devem ser superiores a 0,5, sendo o ideal superior a 0,7. Todos os itens apresentavam valores maiores que 0,5. Seguidamente avaliou-se o peso fatorial ao quadrado (*Squared Multiple Correlations*) que exprime a variação explicada por cada item. De acordo com Hair *et al.* (2010) os itens com pesos fatoriais igual 0,70 apresentam uma variância extraída de 0,5. Assim, analisou-se os itens que apresentavam pesos fatoriais ao quadrado inferior a 0,5. Concluiu-se que havia doze itens com valores abaixo de 0,5 pelo que se procedeu à sua eliminação (CUMP2, CUMP4, CUMP5, EXPS1, EXP2, EXP1, PER4, PER6, PER7, PI5, PI4 e PI1) e voltou-se a correr o modelo. Os novos indicadores de ajustamento confirmam que o modelo ainda se encontra inapropriado ($\chi^2/gf=7,473$, CFI=0,871, GFI=0,72, RMR=0,121, SRMR=0,0512, RMSEA=0,076, PGFI=0,641). Verificou-se novamente os pesos fatoriais e os pesos fatoriais ao quadrado, sendo que cinco itens apresentavam-se com $R^2 < 0,5$ (EXPS3, EXPS2, EXP3, PER5, PI6). Procedeu-se agora, também à análise dos resíduos padronizados onde se encontraram resíduos inaceitáveis ($> |4|$). Alguns destes itens correspondiam aos mesmos itens com pesos fatoriais ao quadrado, inferiores a 0,5. Procedeu-se à sua eliminação. O novo ajustamento apresenta-se ainda inadequado, mas melhor que o anterior ($\chi^2/gf=6,521$, CFI=0,913, GFI=0,795, RMR=0,086, SRMR=0,0368, RMSEA=0,070, PGFI=0,683). Procedeu-se a várias reespecificações recorrendo-se também aos Índices de Modificação (IM) sugeridos pelo *software* e sustentados na teoria.

De acordo com Marôco (2010b), um IM superior a 4 indica uma alteração de um parâmetro do modelo que permite melhorar o ajustamento, com uma probabilidade de erro tipo I de 0,05. No entanto, o autor sugere começar a modificação com a análise dos parâmetros com IM superior a 11. A este valor está associado uma probabilidade de erro de tipo I de 0,001 prevenindo-se o acréscimo da probabilidade do erro tipo I.

Após sucessivas reespecificações do modelo, os resultados finais da análise fatorial confirmatória traduzem-se num ajustamento bom. Os valores dos vários índices são:

- χ^2 de 1582,096 com 528 graus de liberdade ($p < 0,001$)
- χ^2 / gl (2,996) – aceitável;
- CFI=0,974 – muito bom;
- GFI=0,927 - bom,
- RMR=0,062, SRMR=0,0262 – aceitável/bom
- RMSEA=0,042 – muito bom
- PGFI=0,735 - bom

O modelo de medida final contém assim três itens do constructo Orientação para a Procura de Informação de Saúde (PI3,PI3,PI7); quatro itens do constructo Literacia em Saúde (LS1, LS2, LS3, LS4), dois do constructo Perícia enquanto utilizador (PER1, PER3), três itens do constructo Experiências em Cocriar (EXP4, EXP5, EXP6), três do constructo Experiências em Cocriar na Saúde (EXPS4, EXPS5, EXPS6), quatro itens do constructo Motivação (MOT2, MOT3, MOT4, MOT5), cinco das Intenções Comportamentais (INT2, INT3, INT4, INT5, INT7), três do constructo Partilha de Experiências de Problemas de Saúde (PES2, PES5, PES6), três do constructo Satisfação (SAT1, SAT2, SAT3), três do constructo Qualidade Percebida (QP1, QP3, QP4) e três itens do constructo Adesão Terapêutica (CUMP1, CUMP3, CUMP6).

Os dados da análise fatorial confirmatória do modelo de medida encontram-se sintetizados na Tabela 91. A validade fatorial é confirmada pelos coeficientes padronizados de todos os itens (coluna “coeficiente padronizado” da tabela), que como se pode verificar apresentam valores superiores a 0,5 (Marôco, 2010b). Interessa também avaliar a fiabilidade compósita que de acordo com Fornell & Larcker (1981) deve ser superior a 0,7. A fiabilidade compósita (representada na coluna “fiabilidade

do constructo” é assim comprovada pelos coeficientes variando entre 0,896 e 0,987, pelo que se conclui que os itens são, consistentemente, manifestações do fator latente (Marôco, 2010a).

A validade convergente foi calculada a partir da Variância Extraída Média (apresentada na tabela 91 na coluna “Variância Média Extraída”), tal como sugerido por Fornell & Larcker (1981) e apresenta valores superiores a 0,5.

A definição e respetivas fórmulas estão descritas no capítulo da metodologia.

Tabela 91 – Análise Fatorial Confirmatória

	Coefficiente Padronizado	Fiabilidade do Constructo	Variância Média Extraída
Orientação Procura de Informação de Saúde		0,896	0,74
PI2 – Eu gosto de aprender mais sobre assuntos relacionados com saúde	0,779		
PI3- Para ser e estar saudável é fundamental estar informado acerca de assuntos de saúde	0,749		
PI7 – Antes de tomar uma decisão acerca da minha saúde, eu procuro tudo o que possa estar relacionado com esse assunto.	0,83		
Literacia em Saúde		0,94	0,79
LS1 – De um modo geral, sei como encontrar recursos úteis sobre saúde	0,797		
LS2 - De um modo geral, sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde	0,762		
LS3 – Eu sei como usar a informação sobre saúde que me fornecem	0,903		
LS4 – Eu tenho as capacidades que necessito para avaliar os recursos sobre saúde que encontro	0,818		
Perícia enquanto utilizador		0,94	0,89
PER1 – Eu consigo entender quase todos os aspetos que o meu profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir	0,89		
PER3 – Eu consigo entender as técnicas e estratégias do meu profissional de saúde para o meu problema/condição de saúde	0,903		
Motivação para participar		0,96	0,85
MOT2 – Eu sinto-me motivado para cumprir com as indicações dadas pelo meu profissional de saúde	0,862		
MOT3 – Eu sinto-me motivado para atingir bons resultados para a minha saúde	0,882		
MOT4 – Eu sinto-me motivado para aplicar os conhecimentos que o meu profissional de saúde me ensinou para me ajudar a melhorar a minha condição de saúde.	0,902		
MOT5 – Eu sei que a melhoria do meu estado de saúde depende do cumprimento do que me é pedido.	0,819		
Experiências em Cocriar		0,94	0,85
EXP4 – Eu tento cooperar com os colaboradores da loja	0,894		
EXP5 - Eu tento facilitar o trabalhos dos colaboradores dessa loja	0,933		
EXP6 - Eu discuto abertamente as minhas necessidades com os empregados para ajudá-los a prestarem o melhor serviço possível	0,763		
Experiências em Cocriar na Saúde		0,94	0,85

	Coefficiente Padronizado	Fiabilidade do Constructo	Variância Média Extraída
EXPS4 – Eu tento cooperar com os colaboradores da instituição de saúde	0,908		
EXPS5 – Eu tento facilitar o trabalho dos profissionais de saúde da instituição de saúde	0,929		
EXPS6 – Eu discuto abertamente as minhas necessidades com os profissionais de saúde e outros colaboradores para ajudá-los a prestarem o melhor serviço possível	0,765		
Qualidade Percebida		0,97	0,92
QP1 – A qualidade global do serviço prestado pela instituição de saúde é excelente	0,912		
QP3 – O serviço prestado pela instituição de saúde é de elevado nível	0,964		
QP4 – Eu acredito que a instituição de saúde oferece um serviço que é superior em todos os níveis	0,903		
Intenções Comportamentais		0,987	0,94
INT2- Eu recomendo vivamente este profissional de saúde a outros utilizadores	0,959		
INT3 – Eu tenho dito coisas positivas sobre este profissional de saúde à minha família e amigos	0,948		
INT4- Eu pretendo continuar a ter tratamento ou receber acompanhamento que necessitar com este profissional de saúde	0,96		
INT5 – Eu não desejo mudar de profissional de saúde	0,897		
INT7 – Eu estou contente por ter feito o meu tratamento com este profissional de saúde	0,959		
Satisfação		0,98	0,95
SAT1 – A minha impressão sobre o serviço é muito positiva	0,951		
SAT2 – Eu sinto-me bem ao vir a este serviço para o tratamento	0,948		
SAT3 – Em geral, eu estou satisfeito com a instituição de saúde e o serviço que ela presta	0,959		
Adesão Terapêutica		0,90	0,76
CUMP1 – Eu, por vezes, esqueço-me de tomar a medicação	0,827		
CUMP3 – Às vezes, quando viajo ou saio de casa esqueço-me de levar comigo a medicação	0,846		
CUMP6 – Eu já tive dificuldades em lembrar-me de tomar a medicação	0,718		
Partilha Experiências Problemas de Saúde		0,97	0,90
PES2 – Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus amigos/conhecidos porque ao fazê-lo sinto-me aliviado	0,839		
PES5 – Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/ amigos porque ao fazê-lo acabo por me sentir apoiado no meu problema	0,945		
PES6 – Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/ amigos porque ao fazê-lo sinto-me reconfortado	0,96		

A evidência da validade discriminante pode ser observada na tabela 92 e traduz-se no facto da variância partilhada entre cada dois constructos (isto é, o quadrado da correlação entre esses constructos) ser menor do que a variância extraída dos constructos.

Tabela 92 – Análise da Validade Discriminante

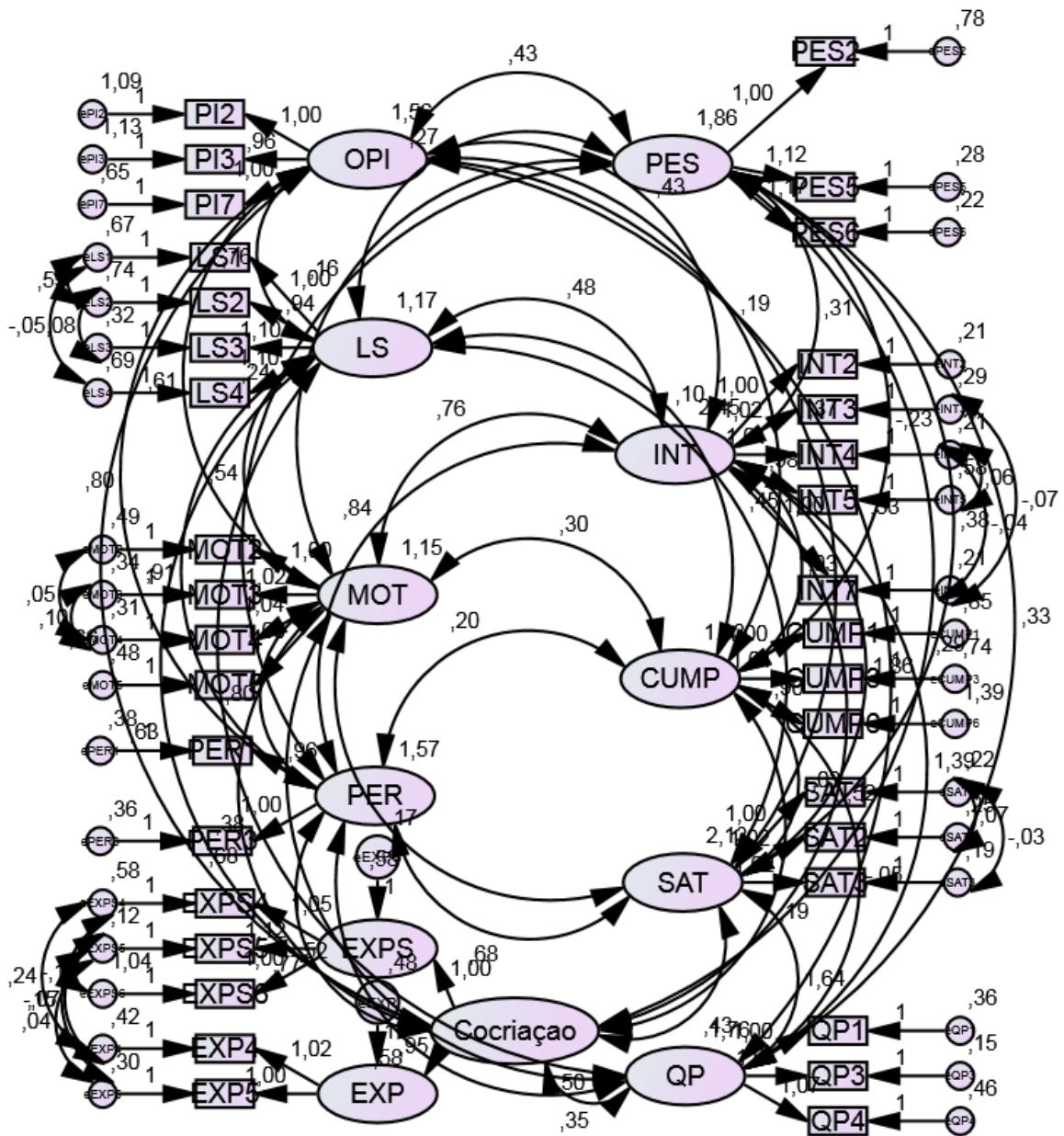
Correlação entre os Constructos (1↔2)	Coefficiente de Correlação (Cor)	Cor²	Variância Extraída 1	Variância Extraída 2
LiteraciaS ↔ Exp.Cocriar	0,434	0,188	0,79	0,84
LiteraciaS ↔ Exp.CocriarS	0,459	0,21	0,79	0,85
LiteraciaS ↔ Motivação	0,466	0,217	0,79	0,85
LiteraciaS ↔ Qualidade	0,266	0,07	0,79	0,92
LiteraciaS ↔ Intenções	0,284	0,081	0,79	0,94
LiteraciaS ↔ Satisfação	0,288	0,082	0,79	0,89
LiteraciaS ↔ Partilha	0,185	0,034	0,79	0,90
LiteraciaS ↔ Cumprimento	0,067	0,004	0,79	0,76
LiteraciaS ↔ Proc.Inf.	0,567	0,321	0,79	0,74
LiteraciaS ↔ Perícia	0,67	0,45	0,79	0,88
Exp.Cocriar ↔ Exp.CocriarS	0,863	0,74	0,85	0,85
Exp.Cocriar ↔ Motivação	0,425	0,181	0,85	0,85
Exp.Cocriar ↔ Qualidade	0,2	0,04	0,85	0,92
Exp.Cocriar ↔ Intenções	0,232	0,054	0,85	0,94
Exp.Cocriar ↔ Satisfação	0,208	0,043	0,85	0,89
Exp.Cocriar ↔ Partilha	0,173	0,03	0,85	0,90
Exp.Cocriar ↔ Cumprimento	0,086	0,007	0,85	0,76
Exp.Cocriar ↔ Proc.Inf.	0,415	0,172	0,85	0,74
Exp.Cocriar ↔ Perícia	0,447	0,2	0,85	0,88
Exp.CocriarS ↔ Motivação	0,496	0,25	0,85	0,85
Exp.CocriarS ↔ Qualidade	0,207	0,042	0,85	0,92
Exp.CocriarS ↔ Intenções	0,267	0,071	0,85	0,94
Exp.CocriarS ↔ Satisfação	0,238	0,06	0,85	0,95
Exp.CocriarS ↔ Partilha	0,167	0,028	0,85	0,90
Exp.CocriarS ↔ Cumprimento	0,115	0,013	0,85	0,76
Exp.CocriarS ↔ Proc.Inf	0,414	0,171	0,85	0,74
Exp.CocriarS ↔ Perícia	0,489	0,24	0,85	0,89
Motivação ↔ Qualidade	0,365	0,133	0,85	0,92
Motivação ↔ Intenções	0,45	0,2025	0,85	0,94
Motivação ↔ Satisfação	0,374	0,14	0,85	0,95
Motivação ↔ Partilha	0,11	0,012	0,85	0,90
Motivação ↔ Cumprimento	0,206	0,042	0,85	0,76
Motivação ↔ Proc.Inf.	0,45	0,203	0,85	0,74
Motivação ↔ Perícia	0,592	0,35	0,85	0,89
Qualidade ↔ Intenções	0,67	0,45	0,92	0,94
Satisfação ↔ Qualidade	0,847	0,72	0,95	0,92
Partilha ↔ Qualidade	0,182	0,033	0,90	0,92
Cumprimento ↔ Qualidade	-0,025	0,0006	0,76	0,92
Proc.Inf ↔ Qualidade	0,198	0,039	0,74	0,92
Perícia ↔ Qualidade	0,346	0,12	0,89	0,92
Satisfação ↔ Intenções	0,815	0,66	0,95	0,94
Partilha ↔ Intenções	0,146	0,021	0,90	0,94
Cumprimento ↔ Intenções	0,014	0,0002	0,76	0,94
Proc.Inf ↔ Intenções	0,217	0,047	0,74	0,94
Perícia ↔ Intenções	0,426	0,181	0,89	0,94
Satisfação ↔ Partilha	0,193	0,037	0,95	0,90
Satisfação ↔ Cumprimento	-0,017	0,0002	0,95	0,76
Satisfação ↔ Proc.Inf.	0,205	0,042	0,95	0,74
Satisfação ↔ Perícia	0,37	0,14	0,95	0,89
Partilha ↔ Cumprimento	-0,126	0,016	0,90	0,76
Partilha ↔ Proc.Inf.	0,252	0,064	0,90	0,74

Correlação entre os Constructos (1↔2)	Coefficiente de Correlação (Cor)	Cor²	Variância Extraída 1	Variância Extraída 2
Partilha ↔ Perícia	0,141	0,02	0,90	0,89
Cumprimento ↔ Proc.Inf.	0,114	0,013	0,76	0,74
Cumprimento ↔ Perícia	0,119	0,014	0,76	0,89
Proc.Inf ↔ Perícia	0,515	0,27	0,74	0,89

No modelo proposto nesta investigação há necessidade de se proceder a uma análise fatorial de segunda ordem, para o constructo “Cocriação de Valor”. De acordo com Marôco (2010b), para que o modelo de segunda ordem seja identificado é necessário, depois de identificar e validar o modelo de primeira ordem: i) fixar as trajetórias entre os resíduos de segunda ordem e os fatores de segunda ordem e ii) fixar uma das trajetórias do fator de segunda ordem para um dos fatores de primeira ordem, ou fixar a variância do fator de segunda ordem.

Procedeu-se então à avaliação da análise fatorial confirmatória do modelo de segunda ordem, através do estudo dos pesos fatoriais padronizados, os pesos fatoriais ao quadrado, os resíduos padronizados e em último, os índices de modificação sugeridos. Os resultados finais da análise factorial confirmatória de segunda ordem constam na figura 26, e permitem concluir um bom ajustamento.

Figura 26 – Modelo de Medida Final (segunda ordem)



Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=1027,842$; $gl=500$; $p<0,001$, $\chi^2/gl=2,056$; CFI=0,987; GFI=0,95; RMSEA=0,031; RMR=0,056, SRMR=0,0237; PGFI=0,754.

A tabela 93 apresenta a respetiva fiabilidade individual e do constructo, bem como a variância extraída. Verifica-se que os dados confirmam a cocriação de valor como um constructo de ordem significativa representado pelas dimensões experiências em cocriar (num contexto geral) (0,858) e as experiências em cocriar na saúde (0,948). A fiabilidade do constructo cocriação de valor é de 0,98 e variância extraída 0,89. Ambos acima dos valores recomendados de 0,60 e 0,50 respetivamente (Bagozzi & Yi, 1988).

Tabela 93 – Análise Fatorial Confirmatória de Segunda Ordem

	Coefficiente Padronizado	Fiabilidade do Constructo	Variância Extraída Média
Cocriação de Valor		0,98	0,989
Experiências em Cocriar (contexto geral)	0,858		
Experiências em Cocriar na saúde	0,948		

7.3.5. Avaliação do Modelo Estrutural (*second step*)

Após a validação do modelo de medida analisou-se o modelo estrutural definido para testar as hipóteses de investigação formuladas. De acordo com Hair *et al.* (2010) as diferenças essenciais entre a análise fatorial confirmatória e a análise de equações estruturais residem nas relações representadas no modelo estrutural.

Como já referido nesta investigação, usou-se o processo *two step* da análise de equações estruturais. Assim, após uma medida satisfatória no primeiro passo, vai-se iniciar o teste à teoria estrutural.

No modelo de equações estruturais deve ser feita a distinção entre os constructos exógenos (variáveis independentes) e os constructos endógenos (variáveis dependentes). No caso de uma relação de dependência entre os constructos é definida uma ligação gráfica (seta) entre a variável independente e a variável dependente. Neste caso, a variável dependente é um constructo endógeno, uma vez que possui caminhos de dependência em direção a ele. A cada constructo endógeno deve ser associado um termo de erro, pois este não é totalmente explicado (Hair *et al.*, 2010). Um constructo exógeno apenas possui relações de correlação com outros constructos e atua como uma variável independente nas relações estruturais (Hair *et al.*, 2010). A tabela 94 apresenta os respetivos constructos exógenos e endógenos do modelo estrutural.

Tabela 94 – Constructos Exógenos e Endógenos do modelo estrutural

Constructos	Constructos Exógenos	Constructos Endógenos
Orientação para Procura de Informação de Saúde	✓	
Literacia em Saúde	✓	
Perícia enquanto utilizador	✓	
Motivação para participar	✓	
Cocriação de Valor	✓	
Experiências em Cocriar ^{a)}		✓
Experiências em Cocriar na Saúde ^{a)}		✓
Partilha de Experiências de Problemas de Saúde		✓
Qualidade Percebida		✓
Satisfação		✓

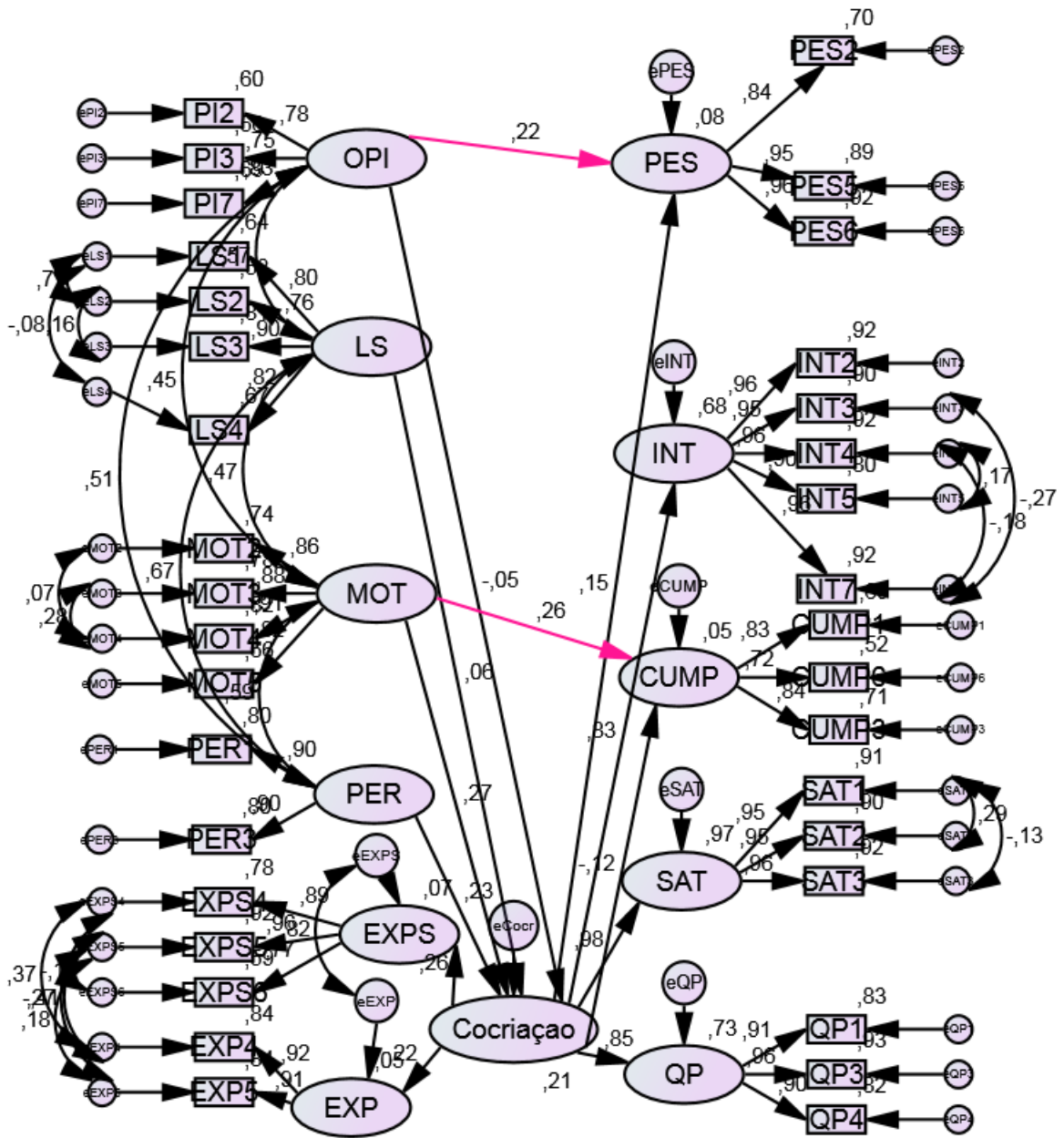
Constructos	Constructos Exógenos	Constructos Endógenos
Intenções Comportamentais		✓
Cumprimento Indicação Terapêutica		✓

*indicadores de segunda ordem, representando a Cocriação de valor

O modelo estrutural apresentado na figura 27, permite testar o efeitos dos constructos de primeira ordem Orientação para a Procura de Informação de Saúde, Literacia em Saúde, Perícia enquanto utilizador e Motivação para participar. O constructo cocriação de valor é um constructo de segunda ordem medido pelas variáveis latentes Experiências em Cocriar gerais e Experiências em Ccriar na saúde. Por sua vez, o modelo testa ainda as hipóteses subjacentes aos resultados da cocriação de valor, nomeadamente: Satisfação, Qualidade Percebida, Partilha de Experiências de Problemas de Saúde, Intenções Comportamentais e Cumprimento da Indicação Terapêutica

Depois de se proceder à estimação, verificou-se que os índices absolutos não eram ótimos, apresentando valores de adequação do ajustamento, abaixo do recomendado, ainda que o χ^2/gf seja aceitável ($\chi^2/gf= 3,922$; $GFI=0,901$; $RMR=0,241$; $SRMR=0,1058$; $RMSEA= 0,051$; $PGFI=0,758$). De acordo com Hair *et al.* (2010) é sugerido uma melhoria do modelo com adição de ou mais relações possíveis entre os constructos. Procedeu-se à verificação dos resíduos e à análise dos índices de modificação sugeridos pelo *software*, verificando se havia necessidade de estabelecer mais correlações entre os erros. Com base nos índices de modificação com fundamentação teórica introduziu-se duas novas relações encontradas que permitiram uma melhoria do ajustamento do modelo estrutural final. A relação da Procura de Informação de Saúde para a Partilha de Experiência de Problemas de Saúde foi apresentada por Brashers *et al.* (2002) que argumentou que uma das fontes para procurar informação de saúde pode ser feita no contexto das relações interpessoais dos indivíduos, onde se trocam experiências com a família e amigos. A relação Motivação no Cumprimento de Indicação Terapêutica foi testada empiricamente por Dellande, Gylli e Graham (2004) que comprovaram forte relação entre a motivação e o cumprimento terapêutico.

Figura 27 – Modelo Estrutural Final



Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=1485,686$; $gl=525$; $p<0,001$; CFI=0,976; GFI=0,93; RMSEA=0,041; RMR=0,209; SRMR=0,091; PGFI=0,775.

Legenda:

OPI = Orientação para a Procura de Informação de Saúde
 LS = Literacia em Saúde
 PER= Perícia enquanto utilizador
 MOT = Motivação para participar

EXP = Experiências em cocriar geral
 EXPS= Experiências em cocriar na saúde
 → outras relações encontradas

QP = Qualidade Percebida
 SAT = Satisfação
 INT = Intenções Comportamentais
 CUMP = Adesão Terapêutica
 PES = Partilha de Experiências de Problemas em Saúde

Em termos de ajustamento do modelo, o modelo apresenta bons níveis de adequação, pois todos os índices estão acima do mínimo recomendado, com exceção do valor do índice RMR, que apresenta um valor de 0,209. O GFI traduz uma percentagem boa (93%) da covariância, observada entre as variáveis manifestas explicada pelo modelo ajustado, o que significa um bom ajustamento (Marôco, 2010a).

A significância estatística de cada um dos coeficientes estimados pode ser observada na tabela 95.

Tabela 95 – Coeficientes não padronizados do modelo estrutural

Coeficientes de regressão não padronizados			Estimativa (valores de t)	Desvio-padrão	P	Coeficientes Padronizados
Cocriação	←	PER	0,059 (4,031)	0,015	0,000	0,226
Cocriação	←	LS	0,017 (1,197)	0,014	0,231	0,056
Cocriação	←	OPI	-0,012 (-1,12)	0,011	0,263	-0,046
Cocriação	←	MOT	0,077 (5,267)	0,015	0,000	0,268
EXPS	←	Cocriação	1,000*			0,259
EXP	←	Cocriação	0,896 (9,991)	0,090	0,000	0,220
PES	←	Cocriação	0,622 (4,116)	0,151	0,000	0,149
INT	←	Cocriação	3,958 (8,082)	0,490	0,000	0,827
CUMP	←	Cocriação	-0,492 (-3,039)	0,162	0,002	-0,119
QP	←	Cocriação	3,471 (8,073)	0,430	0,000	0,855
SAT	←	Cocriação	4,391 (8,156)	0,538	0,000	0,984
CUMP	←	MOT	0,303 (6,813)	0,044	0,000	0,256
PES	←	OPI	0,231 (6,397)	0,036	0,000	0,216
PI2	←	OPI	1,000*			0,777
PI3	←	OPI	0,938 (23,901)	0,039	0,000	0,749
PI7	←	OPI	0,963 (25,687)	0,037	0,000	0,832
LS1	←	LS	1,000*			0,801
LS2	←	LS	0,936 (44,283)	0,021	0,000	0,763
LS3	←	LS	1,096 (30,689)	0,036	0,000	0,901
LS4	←	LS	1,093 (28,658)	0,038	0,000	0,819
MOT2	←	MOT	1,000*			0,862
MOT3	←	MOT	0,954 (35,958)	0,027	0,000	0,884
MOT4	←	MOT	0,993 (39,579)	0,025	0,000	0,907
MOT5	←	MOT	0,876 (32,703)	0,027	0,000	0,815
PER1	←	PER	0,972 (35,042)	0,028	0,000	0,897
PER3	←	PER	1,000*			0,897
EXPS4	←	EXPS	1,084 (13,661)	0,079	0,000	0,885
EXPS5	←	EXPS	1,124 (31,855)	0,035	0,000	0,958
EXPS6	←	EXPS	1,000*			0,769
EXP4	←	EXP	1,049 (34,765)	0,030	0,000	0,918
EXP5	←	EXP	1,000*			0,914
PES2	←	PES	1,000*			0,839
PES5	←	PES	1,124 (43,563)	0,026	0,000	0,946

Coeficientes de regressão não padronizados			Estimativa (valores de t)	Desvio-padrão	P	Coeficientes Padronizados
PES6	←	PES	1,173 (44,274)	0,027	0,000	0,959
INT2	←	INT	1,000*			0,959
INT3	←	INT	1,022 (72,735)	0,014	0,000	0,948
INT4	←	INT	1,007 (77,772)	0,013	0,000	0,96
INT5	←	INT	0,981 (57,188)	0,017	0,000	0,897
INT7	←	INT	0,994 (75,913)	0,013	0,000	0,958
CUMP1	←	CUMP	1,000*			0,828
CUMP3	←	CUMP	1,004 (26,123)	0,038	0,000	0,844
CUMP6	←	CUMP	0,901 (23,941)	0,038	0,000	0,719
SAT1	←	SAT	,1,000*			0,951
SAT2	←	SAT	1,026 (76,740)	0,013	0,000	0,950
SAT3	←	SAT	1,013 (63,393)	0,016	0,000	0,958
QP1	←	QP	1,000*			0,913
QP3	←	QP	1,071 (59,168)	0,018	0,000	0,964
QP4	←	QP	1,071 (49,390)	0,022	0,000	0,903

*Valor não calculado visto que se fixou em 1 este item para fixar a escala da variável latente

A tabela 96 apresenta as várias equações estruturais bem como a variância extraída para cada equação (R^2). Verifica-se que o constructo satisfação é a variável melhor explicada, pois apresenta uma variância explicada de 96,9%.

Tabela 96 – Equações Estruturais do Modelo

	Equações Estruturais	Constructos Exógenos					R^2
		OPI	LS	PER	MOT	Cocriação	
Constructos Endógenos	Cocriação =	-0,046	0,056	0,226	0,268		0,207
	EXP =					0,220	0,048
	EXPS =					0,259	0,067
	PES =	0,216				0,149	0,083
	INT =					0,827	0,684
	SAT =					0,984	0,969
	CUMP =				0,256	-0,119	0,055
	QP =					0,855	0,731

Legenda:

OPI = Orientação para a Procura de Informação de Saúde
 LS = Literacia em Saúde
 PER = Perícia enquanto utilizador
 MOT = Motivação para participar

EXP = Experiências em cocriar geral
 EXPS = Experiências em cocriar na saúde
 outras relações encontradas

QP = Qualidade Percebida
 SAT = Datisfação
 INT = Intenções Comportamentais
 CUMP = Cumprimento Terapêutico
 PES = Partilha de Experiências de Problemas em Saúde

A tabela 97 apresenta a matriz dos resíduos padronizados e pode-se concluir que há vários itens que violam os pressupostos. Estes resultados poderão ser úteis para dar indicações de alterações futuras ao modelo proposto em relação a estes indicadores.

Tabela 97 – Matriz dos Resíduos Padronizados

	CUMP3	QP4	QP3	QP1	SAT3	SAT2	SAT1	CUMP6	CUMP1	INT7	INT5	INT4	INT3	INT2	PES6	PES5	PES2	EXP4	EXP5	EXPS4	EXPS5	EXPS6	PER1	PER3	MOT2	MOT3	MOT4	MOT5	LS1	LS2	LS3	LS4	PI2	PI3	PI7		
CUMP3	0																																				
QP4	-1.424	0																																			
QP3	-0.039	0.13	0																																		
QP1	0.999	-0.2	-0	0																																	
SAT3	0.58	0.54	0.4	1.03	0																																
SAT2	0.969	-0.4	-0.5	0.26	0	0																															
SAT1	1.019	-0.4	-0.3	0.48	0	0	0																														
CUMP6	0.033	0.6	0.7	1.4	0.99	1.24	1.3	0																													
CUMP1	-0.045	-2	-1.38	-0.27	-1.855	-1.777	-1.52	-0.056	0																												
INT7	1.578	-1.7	-1.1	-0.1	-0.45	0.534	0.63	1.295	-0.823	0																											
INT5	-2.524	-1.4	-0.5	0.41	-0.17	0.696	0.46	1.315	-0.349	0.21	0																										
INT4	2.142	-1.4	-1.2	0.01	-0.37	0.555	0.25	1.354	-1.274	0.02	-0	-0																									
INT3	1.444	-1.6	-1.5	-0.3	-0.62	0.35	-0	1.821	-1.173	-0	-0.2	-0	0																								
INT2	1.645	-1.3	-0.7	0.47	-0.31	0.611	0.52	1.567	-0.937	-0.1	-0.1	-0	0.11	0																							
PES6	-4.365	0.74	0.01	-0.3	-0.18	-0.67	-0.8	-3.139	-4.153	-1.4	-1.1	-1	-0.5	-0.9	0																						
PES5	-3.265	1.13	0.85	0.49	0.845	0.275	0.61	-2.56	-2.972	-0.3	0.15	0.28	0.54	0.43	-0	0																					
PES2	-4.171	0.8	0.33	-0.3	0.056	-0.23	-0.4	-3.131	-3.825	-1.1	-0.7	-0.8	0.02	-0.4	0.05	-0.1	0																				
EXP4	2.358	-0.6	0.39	1.13	-0.39	-1.3	-0.8	0.889	1.904	0.79	0.37	1.51	1.14	1.73	2.48	3.81	3.05	-0																			
EXP5	3.652	-0.9	0.14	0.79	-0.18	-0.9	-0.4	2.187	2.628	0.95	0.02	1.54	0.91	1.22	3.36	4.36	3.35	0	0																		
EXPS4	2.917	-1.2	-0.1	0.48	-0.43	-0.91	-0.6	2.064	3.142	0.89	0.68	1.67	1.24	1.31	2.75	3.76	2.62	-0.01	0	0																	
EXPS5	3.761	-1.8	-0.5	-0.2	-0.54	-1.27	-0.8	1.389	3.536	1.18	1.09	2.07	1.02	1.29	2.89	3.81	2.59	0	0	0.013	0.001																
EXPS6	2.275	-1.1	-0	0.8	0.596	0.538	0.86	0.642	1.267	2.06	1.2	2.21	2.67	2.77	3.78	4.31	2.71	0.01	-0	-0.06	-0.01	0															
PER1	1.798	-1.5	0.16	0.81	-0.93	-0.87	-1	-0.433	-0.07	2.18	1.92	1.83	1.47	2.23	-1.3	-0.3	-1.4	8.37	10.1	9.263	10.601	10.01	0														
PER3	0.649	-1.1	0.39	1.34	-0.41	-0.19	-0.3	-0.373	-0.203	3.37	3.05	3.3	2.86	3.59	-1.1	-0.1	-1	9.13	9.7	10.15	10.722	11.177	0	0													
MOT2	0.595	-0.3	1.43	2.26	-0.26	1.291	0.74	-0.841	-0.843	4.74	4.45	4.11	3.21	4.49	-2	-1	-1.2	7.12	8.71	8.52	10.49	8.699	0.27	-0.4	0												
MOT3	0.947	-1.6	0.16	0.36	-1.61	-0.86	-1.4	-0.032	0.344	2.38	2.21	2.38	1.16	2.04	-1.8	-0.9	-2.4	7.98	10.3	9.366	11.883	9.073	0.64	-0.665	-0.041	0											
MOT4	1.044	-1.7	0.53	0.83	-1.75	-1.17	-1.3	-0.176	-0.345	2.86	2.47	2.32	1.46	2.47	-1.2	-0.3	-1.4	7.98	9.32	9.13	11.194	10.216	0.39	0.049	-0.01	-0	-0										
MOT5	-0.439	-0.6	0.6	1.24	-0.52	0.24	-0.3	-1.336	-1.126	4.11	3.64	3.69	2.44	3.96	-1.7	-0.4	-1.9	7.75	9.23	9.005	11.194	9.254	0.03	-0.611	0.068	0.019	-0	0									
LS1	0.897	0.72	1.72	1.37	0.937	0.312	0.27	0.426	-0.711	1.48	2.3	2.58	1.47	2.08	0.95	1.44	0.51	9.04	8.67	8.252	8.39	7.303	-0.3	-0.65	0.863	0.656	0.82	1.16	0.05								
LS2	0.994	0.93	2.01	1.23	1.152	0.488	0.16	1.027	-0.54	1.54	2.18	2.48	1.45	1.88	0.67	0.97	0.66	8.31	8.15	8.182	8.428	7.457	0.23	-0.177	1.033	0.957	1.171	1.92	0.05	0.03							
LS3	-0.453	-0.7	-0.3	-0.1	-0.31	-0.87	-1.2	-0.393	-1.385	0.57	1.13	1.16	0.57	0.74	-0.3	-0.2	-0.1	10.5	10.1	11.04	11.075	9.375	-0.1	0.159	-0.527	0.33	0.067	-0.2	0.07	0.06	0						
LS4	0.416	-0.1	-0.1	0.04	-0.1	-0.38	-0.7	0.234	-0.349	-0.1	0.53	0.5	0.09	-0.2	0.98	1.28	1.4	8.73	8.7	8.835	9.395	8.553	0.34	0.719	-0.689	0.145	-0.37	-0.67	-0.4	-0.5	0.06	0					
PI2	0.507	-1.8	-0.1	0.01	-0.74	-1.8	-1.8	-0.32	-0.155	0.1	-0.2	0.48	-0.7	0.22	-0.9	-0.4	-0.3	9.18	9.66	8.998	9.362	7.661	0.18	0.8	-2.281	-0.71	-1.16	-1.71	1.28	0.89	-0	0.21	0				
PI3	0.627	-0.3	0.78	1.36	-0.2	-0.25	-0.5	0.537	-0.206	0.4	0.61	0.92	0.04	1.21	-0	0.91	0.49	7.39	8.25	7.181	7.769	6.694	-0.8	-1.142	-0.727	0.057	0.041	0.57	1.16	1.01	-1	-1.1	0.37	0			
PI7	1.409	-0.5	0.28	1.31	0.717	0.062	0.09	1.137	0.525	1.69	1.38	1.7	1.52	1.46	0.11	0.84	0.06	7.75	9.65	8.285	9.051	8.607	-0.1	0.784	0.101	2.053	1.543	0.72	1.21	0.98	-0.7	0.25	-0.2	-0.1	0		

7.3.6. Análise de resultados do Modelo Estrutural

A análise dos coeficientes das relações estruturais, bem como o seu nível de significância permite o teste das hipóteses de investigação formuladas. A tabela 94 apresenta os coeficientes não padronizados e padronizados bem como os respetivos valores t que nos permitem concluir sobre as hipóteses.

Os resultados sugerem que a literacia em saúde não tem um impacto positivo no processo de cocriação de valor. Este facto é evidenciado pelo baixo coeficiente positivo, que mede o efeito da literacia em saúde no processo de cocriação de valor (coeficiente padronizado=0,056; $t=1,197$; $p<0,05$).

Hipótese 1: **Refutada**

Não existe um efeito positivo da literacia em saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.

Estes resultados parecem contrariar os argumentos propostos por Mancuso & Rincon (2006) no sentido que uma baixa literacia pode levar a um baixo desejo em participar nos serviços de saúde. A média global da escala Literacia em Saúde apresenta um valor de 4,87, acima de 4 (mínimo 1; máximo 7) pelo que parece que estamos perante uma amostra não caracterizada por uma baixa literacia. Embora com uma literacia acima da média, não se pode concluir que esta tenha efeito positivo no processo de cocriação de valor.

Inversamente, os resultados obtidos através do modelo estrutural evidenciam que o efeito da perícia enquanto utilizador no processo de cocriação de valor é positivo e significativo (coeficiente padronizado=0,226; $t=4,031$; $p<0,001$), o que leva à corroboração da hipótese 2.

Hipótese 2: **Corroborada**

Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde

A confirmação desta hipótese de investigação é consistente com a premissa de que um utilizador do serviço de saúde com maior conhecimento e experiência irá cocriar mais.

No entanto, e porque a amostra deste estudo continha três perfis distintos: pessoas com patologias, pessoas com contactos com profissionais de saúde há menos de três meses e pessoas atualmente não doentes, resolveu-se afunilar o resultado desta hipótese só com sujeitos doentes. Consciente dos erros que possam estar subjacente neste exercício, nomeadamente com o tamanho da amostra e o número de itens, o GFI é considerado sofrível; os resultados encontrados não são coincidentes com os da amostra geral, conforme se verifica na figura 28, retirada do *software* AMOS:

Figura 28 – Modelo estrutural para amostra só com doentes (n=233)

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Cocriação <--- PER	,050	,027	1,866	,062	
Cocriação <--- MOT	,065	,029	2,213	,027	
Cocriação <--- LS	,012	,027	,453	,650	
Cocriação <--- OPI	,012	,020	,590	,555	

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2/g.l.$ =1,524; CFI=0,969; GFI=0,845; RMSEA=0,045; RMR=0,232; PGFI=0,705.

Isto pode levar a concluir que no contexto da saúde, estes doentes não são verdadeiros peritos e por isso não participam tanto no processo de cocriação de valor ou então estes participantes contêm especificidades na sua saúde que os obriga a confiar e a seguir os conselhos dos seus profissionais de saúde.

O impacto da motivação é positivo e significativo, ou seja há um efeito positivo da motivação para participar no processo de cocriação de valor (coeficiente padronizado=0,268; $t=5,267$; $p<0,001$), pelo que se pode confirmar a hipótese 3.

Hipótese 3: **Corroborada**

Existe um efeito positivo da motivação para participar no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde

Este resultado está de acordo com o argumento proposto por Bowen (1986) quando refere que a participação de um indivíduo é sempre facilitada quando estes estão motivados. No contexto dos serviços de saúde, o papel da motivação também é primordial para o cumprimento da indicação terapêutica (Dellande, Gilly, & Graham, 2004).

No que diz respeito aos resultados do recurso “orientação para a procura de informação de saúde” estes sugerem que este recurso não é importante para o processo de cocriação de valor em contexto do serviço de saúde. Este facto é evidenciado pelo coeficiente negativo que mede o efeito da orientação para a procura de informação no processo de cocriação de valor (coeficiente padronizado=-0,046; $t=-1,120$, $p<0,05$).

Hipótese 4: **Refutada**

Não existe um efeito positivo da orientação para a informação de saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde

Estes resultados são inconsistentes com o estudo de Anker, Reinhart & Feeley (2011) e Murray *et al.* (2003) que referem que a procura de informação de saúde permite ao utilizador do serviço de saúde um papel mais participativo nos cuidados de saúde.

Para entender este resultado, analisou-se a média global desta escala (4,98³⁹) e concluiu-se que esta amostra não possui uma alta orientação para a procura de informação de saúde mas também não é considerada baixa. Na análise qualitativa, uma das participantes das entrevistas referiu que “*não pergunto ao médico porque sinto receio e medo perante o meu médico*”, o que vai de encontro ao estudo de Henwood *et al.* (2003) que refere que há pessoas que têm medo de estar a ultrapassar os limites ao chegar a uma consulta e “dizerem” ao médico o seu trabalho, o que pode explicar a refutação desta hipótese.

Relativamente ao efeito preditivo do constructo cocriação de valor no constructo partilha de experiências de problemas de saúde, é evidenciado um valor positivo e significativo do respetivo coeficiente (coeficiente padronizado=0,622; $t=4,116$, $p<0,001$). O modelo explica 8,3% da

³⁹ Mínimo 1, máximo 7

variância do constructo partilha de problemas de experiências de saúde. Assim a hipótese 5 é aceite.

Hipótese 5: **Corroborada**

Existe um efeito positivo da cocriação de valor na partilha de experiências de problemas de saúde.

A confirmação desta hipótese é consistente com o raciocínio formulado, que os indivíduos que cocriam valor também irão partilhar as suas experiências. Esta troca de experiências pode servir para cocriar valor para si ou para os outros (Nuttavuthisit, 2010).

Pode-se ainda observar o impacto da cocriação de valor na qualidade percebida do serviço. Este é igualmente positivo e significativo (coeficiente padronizado=0,855; $t=8,073$; $p<0,0001$), explicando 73,1% da variância do constructo qualidade percebida. Assim a hipótese 6 é aceite.

Hipótese 6: **Corroborada**

Existe um efeito positivo da cocriação de valor na qualidade percebida do serviço de saúde.

Esta corroboração segue a mesma linha de concordância dos resultados obtidos no estudo de Cermark, File, & Prince (2011), que demonstrou que a participação está associada à qualidade.

Os resultados obtidos através do modelo estrutural evidenciam também que o efeito da cocriação de valor na satisfação do utilizador dos serviços de saúde é positivo e significativo (coeficiente padronizado=0,984; $t=8,156$; $p<0,001$), explicando 96,9% da variância do constructo satisfação. A hipótese 7 é assim suportada.

Hipótese 7: **Corroborada**

Existe um efeito positivo da cocriação de valor na satisfação do utilizador do serviço de saúde.

Esta confirmação está de acordo com a revisão de literatura efetuada por Janssen *et al.* (2007), que refere que um dos antecedentes da satisfação do utilizador está relacionado com o

envolvimento ativo do utilizador no tratamento e processo de decisão. O mesmo autor conclui que a natureza da interação entre o utilizador e o profissional de saúde também pode influenciar a satisfação.

Os conceitos de qualidade e satisfação têm uma relação direta com as intenções comportamentais (Boulding *et al.*, 1993; Cronin, Brady & Hult, 2000; Fornel, 1992; Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996). Assim, de igual forma, verificou-se que o impacto da cocriação de valor nas intenções comportamentais é igualmente positivo e significativo (coeficiente padronizado=0,827; $t=8,082$; $p<0,001$). Este modelo explica 68,4% da variância do constructo intenções comportamentais. Assim, a hipótese 8 é aceite.

Hipótese 8: **Corroborada**

Existe um efeito da cocriação de valor nas intenções comportamentais do utilizador do serviço de saúde.

Estes resultados reforçam o estudo de Cermak *et al.* (2011), em que a participação tem mostrado estar associada às intenções futuras perante o prestador do serviço. No contexto dos serviços de saúde, o racional subjacente é que o utilizador não regresse, pois isso significaria uma não melhoria do seu estado de saúde mas, quando necessitar de voltar que regresse ao mesmo prestador.

Pode-se ainda observar o impacto da cocriação de valor no cumprimento das indicações terapêutica é significativo negativo mas (coeficiente padronizado=-0,492, $t=-3,039$; $p<0,01$). Ao contrário do que foi formulado, os dados demonstram que há uma relação inversa entre a cocriação de valor e o cumprimento, pelo que não se pode concluir pelo suporte desta hipótese.

Hipótese 9: **Refutada**

Não existe um efeito positivo da cocriação de valor no cumprimento da indicação terapêutica por parte do utilizador do serviço de saúde.

Estes resultados contradizem o argumento de Mc-Coll-Kennedy *et al.* (2009) de que o envolvimento dos utilizadores no relacionamento com o seu profissional de saúde pode fomentar

a sua atitude perante a medicação. Na verdade, um utilizador do serviço de saúde que seja pouco participativo pode ser um excelente cumpridor das indicações prescritas, verificando-se assim a inversão desta relação. Por outro lado, mesmo na presença de utilizadores participativos estes podem ser intencionais ao não aderir às indicações terapêuticas (Elliott, 2009). Nos dados qualitativos obtidos para este estudo verificou-se que alguns dos participantes afirmavam fazer bastantes questões ao seu médico mas também se consideravam “médicos deles próprios” (participante 3, 4 dos questionários e participante 4 dos *focus groups*).

7.3.7. Outras Conclusões

Como foi referido houve necessidade de se colocar mais duas relações para o ajustamento do modelo se tornar razoável. Tal como foi explicado essas relações forem introduzidas fundamentadas com o marco teórico. O modelo corrobora essas mesmas relações.

Assim, parece existir um efeito positivo da orientação para a procura de informação na partilha de experiências de saúde (coeficiente padronizado=0,216; $t=6,397$; $p<0,0001$) tal como indica o estudo de Brashers *et al.* (2002). Por seu turno, a relação imposta pelo efeito preditivo da motivação para participar na adesão terapêutica é significativo mas negativo (coeficiente padronizado=0,303; $t=6,813$; $p<0,0001$). Este resultado é consistente com o estudo de Dellande *et al.* (2004).

Apesar de não ser objeto de estudo no modelo concetual proposto, o questionário utilizado para recolha dos dados continha também um grupo de questões com itens mensuradores da e-literacia. A e-literacia já foi referida no capítulo 4 e refere-se “à *habilidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar informação de saúde de fontes eletrónicas e aplicar esse conhecimento para enfrentar ou resolver um problema de saúde*” (Norman & Skinner, 2006b, p.2). Contextualizando à cocriação de valor foi testado se a e-literacia tem efeito positivo na cocriação de valor. Após análise dos pesos fatoriais (devem ser superiores a 0,5), verificação dos pesos fatoriais ao quadrado (que não devem ser inferiores a 0,5), visualização de itens com resíduos padronizados superiores a 2,5, consulta dos índices de modificação propostos pelo *software* e consistência interna (α Cronbach=0,951) obtiveram-se os seguintes resultados apresentados na tabela 98.

Tabela 98 – Modelo Estrutural Final (Efeito da e-Literacia em Saúde na Cocriação de Valor)

Variável Independente → Variável Dependente	Coefficiente Padronizado	t	P
e-Literacia em Saúde → Cocriação	0,352	10,298	0,000

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=78,989$; $gl=27$; $p<0,001$; CFI=0,995; GFI=0,986; RMSEA=0,042; RMR=0,057; SRMR=0,0242; PGFI=0,484.

Os resultados permitem concluir que existe um efeito positivo da e-literacia no processo de cocriação de valor. Estes resultados são concordantes com o estudo de Ziebland & Wyke (2012) que refere que o uso da Internet na pesquisa de informação aumenta a literacia em saúde. Dutta-Bergman (2004) refere ainda que o uso da Internet fomenta ao maior envolvimento em atividades de saúde.

7.3.8. Análise de Moderação – O efeito DART

O efeito de moderação ocorre quando uma terceira variável afeta a direção e/ou força de uma relação entre uma variável independente e dependente (Baron & Kenny, 1986). De acordo com Kenny & Judd (1984) o efeito de moderação de uma variável latente moderadora pode obter-se: i) através do cruzamento de todos os itens de dois outros fatores; ii) cruzando os itens de cada fator em pares; iii) cruzando os itens com pesos mais elevados de cada fator e, iv) cruzando pelo menos três itens para o fator moderação.

Para analisar os efeitos moderadores propostos para este estudo, seguiu-se as recomendações de Marôco (2010b):

- 1) Construir no *software* AMOS o esqueleto do modelo de medida com a variável moderadora e a variável que “sofre” influência da moderadora;
- 2) Centrar essas variáveis no SPSS⁴⁰;
- 3) Desenhar as covariâncias e selecionar os três itens padronizados com maior peso (*loading*);
- 4) No SPSS proceder à multiplicação dos respetivos três itens para verificar o impacto da interação;

⁴⁰ Para evitar problemas de multicolinearidade que podem advir do termo de interação

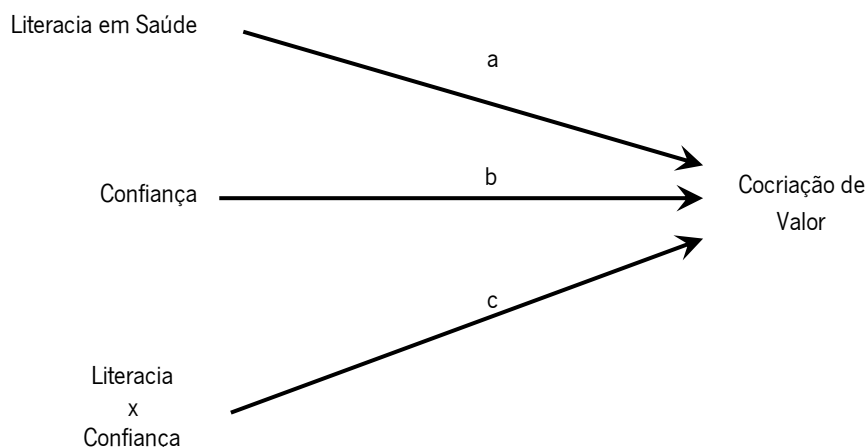
- 5) Novamente no AMOS, introduzir uma nova variável latente relativa ao produto e adicionar as respetivas variáveis manifestas, correspondentes ao produto dos itens (obtido no passo 3) e desenhar as covariâncias;
- 6) Analisar o modelo de medida e fazer os devidos ajustamentos, se necessário;
- 7) Eliminar a correlação para o constructo do produto das variáveis e desenhar uma trajetória causal entre as variáveis independentes e esta variável;
- 8) Analisar a hipótese e concluir.

7.3.8.1. A Confiança enquanto moderador

7.3.8.1.1. O efeito moderador da Confiança na Literacia em Saúde

O modelo de moderação para a variável confiança encontra-se representado na figura 29. Este modelo é composto por três caminhos de causalidade que alimentam a variável dependente (que neste caso se refere ao impacto na variável preditiva Literacia em Saúde), a variável moderadora Confiança e a interação do produto destes dois (literacia * confiança). A hipótese de moderação é suportada se o impacto do produto destes dois for significativo.

Figura 29 – Teste de Moderação (Confiança x Literacia em Saúde)



Para testar os efeitos de moderação, seguiu-se os passos sugeridos por Marôco (2010b). Após a primeira análise, eliminaram-se itens, deixando os três itens com *loadings* mais elevados. Procedeu-se à análise do modelo de medida e respetivo ajustamento. O ajustamento iniciou-se com a análise dos pesos fatoriais (devem ser superiores a 0,5), verificação dos pesos fatoriais ao quadrado (que não devem ser inferiores a 0,5) e visualização de itens com resíduos

padronizados superiores a 2,5. Por último consultou-se os índices de modificação propostos pelo *software*.

A tabela 99 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 99 – Resultados da Análise de Moderação (Confiança*Literacia em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Literacia em Saúde	0,319	9,514	0,000
Confiança	0,199	6,152	0,000
Confiança*Literacia em Saúde	-0,048	-1,526	0,127

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=187,428$; $gl=64$; $p<0,001$; CFI=0,99; GFI=0,977; RMSEA=0,044; RMR=0,021; SRMR=0,0206; PGFI=0,595.

Os resultados apresentados demonstram que existe um efeito positivo da confiança na cocriação de valor ($t=6,152$; $p<0,001$) e da literacia em saúde na cocriação de valor (contrariamente à hipótese 1). No entanto, os resultados apresentados permitem verificar que o termo de interação entre a literacia em saúde e confiança apresenta um coeficiente de regressão não significativo ($t=-0,048$; $p<0,05$). Assim, a hipótese 10a não é suportada.

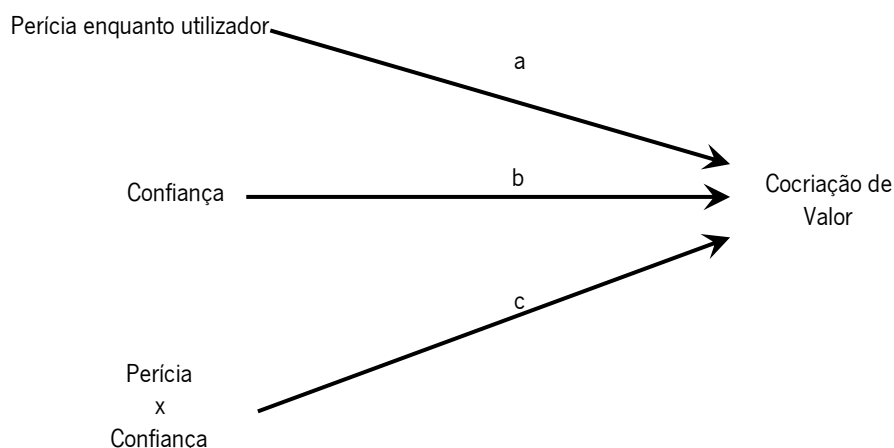
Hipótese 10a: Refutada

O efeito positivo da aplicação da literacia em saúde pelos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

7.3.8.1.2. O efeito moderador da Confiança na Perícia enquanto utilizador

Com o objetivo de testar a hipótese 10b foi feita uma análise idêntica para a variável moderação confiança na perícia enquanto utilizador do serviço de saúde, cujo modelo se explicita na figura 30.

Figura 30 - Teste de Moderação (Confiança na Perícia enquanto utilizador)



A tabela 100 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 100 – Resultados da Análise de Moderação (Perícia enquanto utilizador*Confiança)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Perícia enquanto utilizador → Cocriação	0,423	10,903	0,000
Confiança → Cocriação	0,119	3,621	0,000
Perícia*Confiança → Cocriação	-0,003	-0,111	0,9111

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=102,443$; $gl=52$; $p<0,001$; $CFI=0,995$; $GFI=0,986$; $RMSEA=0,030$; $RMR=0,026$; $SRMR=0,0250$; $PGFI=0,563$.

Verifica-se que o efeito da confiança (caminho b) apresenta o coeficiente padronizado de 0,119 e é significativo ($t=3,621$; $P=0,000$ com $\alpha=0,01$). No entanto, o impacto do resultado do termo de interação entre a perícia e a confiança (caminho c) não é significativo, apresentando um coeficiente padronizado de -0,003 com $t=-0,111$; $P=0,9111$ para um $\alpha=0,05$).

O carácter não significativo do coeficiente relativo ao caminho c não permite validar a hipótese 10b.

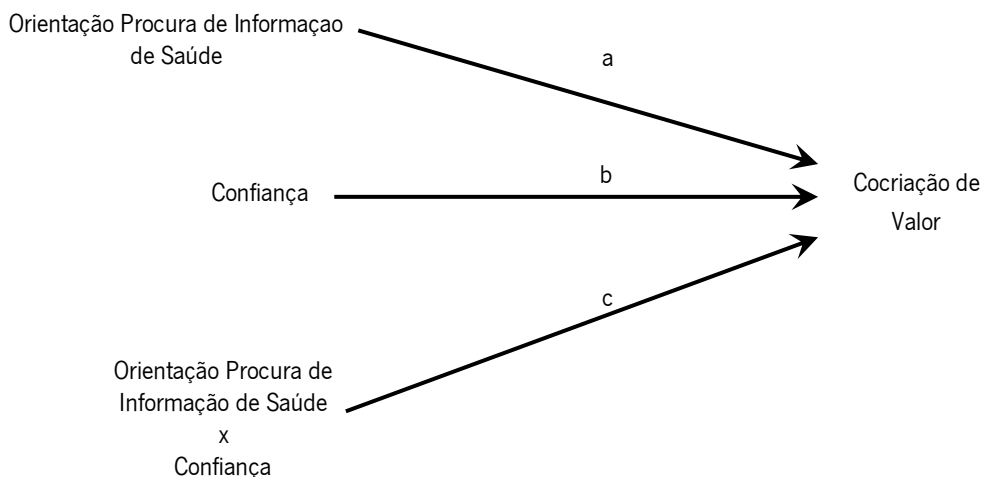
Hipótese 10b: Refutada

O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador não é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde

7.3.8.1.3. O efeito moderador da Confiança na Orientação para a Procura de Informação de Saúde

Com o objetivo de testar a hipótese 10c foi feita uma análise idêntica para a variável moderação confiança na orientação para a procura de informação, cujo modelo se explicita na figura 31.

Figura 31- Teste de Moderação (Confiança*Orientação para Procura de Informação de Saúde)



A tabela 101 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 101– Resultados da Análise de Moderação (Orientação Procura de Informação de Saúde*Confiança)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Orientação para Procura de Informação de Saúde → Cocriação	0,395	10,702	0,000
Confiança → Cocriação	0,193	6,049	0,000
O.Procura Inf.*Confiança → Cocriação	0,013	0,383	0,701

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=118,842$; $gl=64$; $p<0,001$; $CFI=0,995$; $GFI=0,985$; $RMSEA=0,036$; $RMR=0,02$; $SRMR=0,0190$; $PGFI=0,600$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a orientação para a procura de informação e a confiança apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,013; $t=0,383$; $P=0,701$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 10c não se confirma.

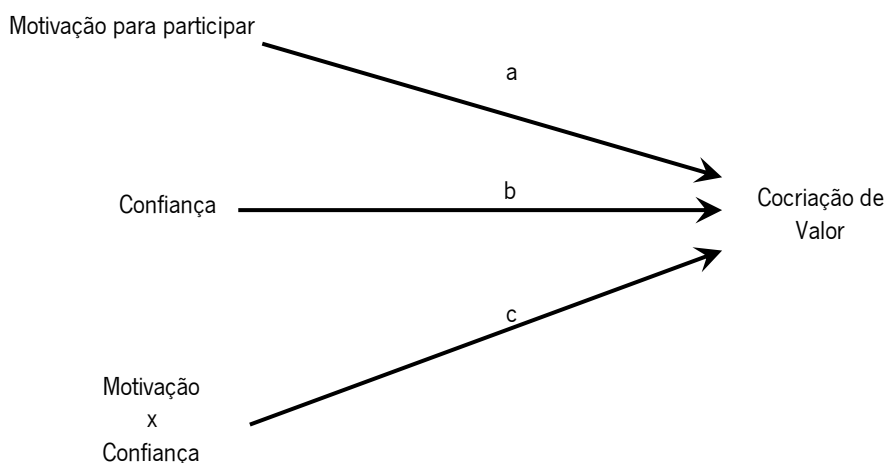
Hipótese 10c: Refutada

O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

7.3.8.1.4. O efeito moderador da Confiança na Motivação para participar

Com o objetivo de testar a hipótese 10d foi feita uma análise idêntica para a variável moderadora confiança na motivação para participar, cujo modelo se explicita na figura 32.

Figura 32- Teste de Moderação (Confiança e Motivação para participar)



Após as primeiras análises dos coeficientes padronizados, erros e reespecificações necessárias, não se obteve medidas de ajustamento satisfatórias para aceitar este modelo de moderação.

Assim, e uma vez que os *loadings* iniciais das variáveis Confiança e Motivação apresentavam todos valores favoráveis ($> 0,5$), optou-se por alterar os três *loadings* numa tentativa de ajustar o modelo para valores aceitáveis. Após estas alterações, procedeu-se à mesma sequência de análises e reespecificação.

A tabela 102 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final destes efeitos moderadores.

Tabela 102 – Resultados da Análise de Moderação (Motivação para participar*Confiança)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Motivação para participar → Cocriação	0,379	8,835	0,000
Confiança → Cocriação	0,078	1,996	0,046
Motivação*Confiança → Cocriação	0,027	0,762	0,446

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=144,518$; $gl=55$; $p<0,001$; CFI=0,991; GFI=0,98; RMSEA=0,038; RMR=0,028; SRMR=0,0253; PGFI=0,592.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a confiança e a motivação apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,027; $t=0,762$; $P=0,446$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 10d não se confirma.

Hipótese 10d: Refutada

O efeito positivo da aplicação da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.

7.3.8.1.5. Conclusões

A variável Confiança apresenta uma média global de 4,8 (numa escala de concordância de 1 a 7) pelo que se conclui que a confiança dos utilizadores participantes neste estudo, nos seus profissionais de saúde é acima da média. A Literacia em Saúde apresenta uma média global de 4,87, ou seja o conhecimento das pessoas, a motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde no seu dia-a-dia é considerada acima da média. No entanto, a confiança não tem influência sobre a aplicação do recurso literacia em saúde num serviço médico.

Apesar de não se evidenciar níveis de muita baixa literacia, também não se pode afirmar que os respondentes possuem uma elevada literacia. O estudo de Aboumatar *et al.* (2013) refere que o desejo de participar num processo de tomada de decisão conjunta com o profissional de saúde não difere mediante o grau de literacia. No entanto, o uso de uma linguagem complicada pode constituir uma barreira à participação, sobretudo perante níveis de baixa literacia, independentemente do nível de confiança. Por outro lado, estes indivíduos podem considerar os seus prestadores de saúde bastante credíveis, acreditando neles, não os levando a duvidar da

sua palavra ou a desafiar a sua perícia. A credibilidade é uma das dimensões subjacentes à confiança (Hams, 1997).

Apesar da confiança, o não reforço da aplicação dos recursos por parte dos utilizadores pode dever-se a outro fator. Nas entrevistas foram revelados testemunhos que afirmam abandonar a medicação quando não se sentem bem: “*Eu também sou médica de mim própria, se não me estou a dar bem com ela [medicação], eu retiro*”; “*Não sigo à risca porque adapto a situações consoante me sinto pior ou melhor*”. Este comportamento, fruto da sua perícia, pode refletir que os utilizadores dos serviços de saúde tendem a ser mais passivos durante os encontros (ou seja, não reforçam a aplicação da sua perícia durante os encontros de saúde) mas não invalida a confiança nos seus profissionais, mas aquando a sua auto-gestão de saúde exercem o seu “poder”. Por vezes, este comportamento também é reforçado quando há partilha de informação nos contextos interpessoais (Brashers *et al.*, 2002) que poderão influenciar o seu comportamento na gestão da sua saúde.

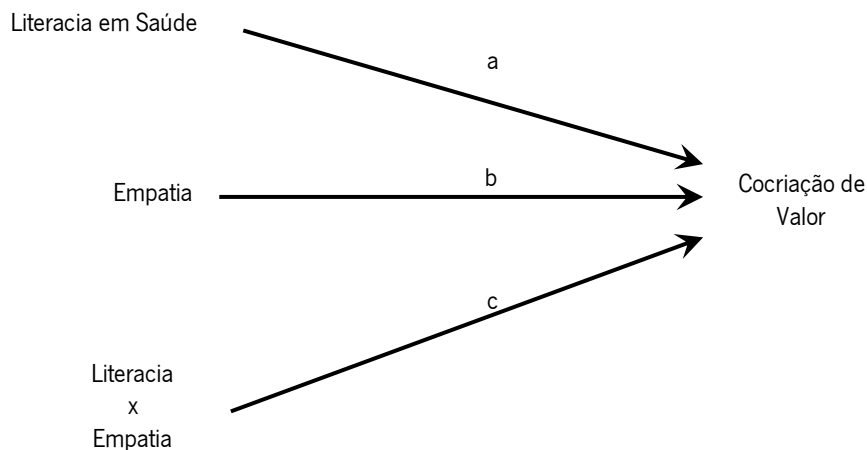
No entanto, perante o questionário os participantes admitem que cumprem as indicações prescritas, registando esta variável um valor de 5,11, mostrando uma boa frequência na adesão às terapêuticas.

7.3.8.2. A Empatia enquanto moderador

7.3.8.2.1. O efeito moderador da Empatia na Literacia em Saúde

O modelo de moderação para a variável empatia encontra-se representado na figura 33. Este modelo é composto por três caminhos de causalidade que alimentam a variável dependente Literacia em Saúde, a variável moderadora Empatia e a interação do produto destes dois (empatia*literacia). Como enunciado anteriormente, a hipótese de moderação é suportada se o impacto do produto destes dois for significativo.

Figura 33 – Teste de Moderação (Empatia na Literacia em Saúde)



Para testar os efeitos de moderação, seguiu-se os passos sugeridos por Marôco (2010b). A tabela 103 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 103 – Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Literacia em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Literacia em Saúde → Cocriação	0,300	9,184	0,000
Empatia → Cocriação	0,275	8,355	0,000
Literacia*Empatia → Cocriação	-0,041	-1,355	0,175

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=107,681$; $gl=52$; $p<0,001$; CFI=0,995; GFI=0,985; RMSEA=0,031; RMR=0,023; SRMR=0,0223; PGFI=0,563.

Os resultados apresentados demonstram que existe um efeito positivo da empatia na cocriação de valor ($t=8,355$; $p<0,001$) e da literacia em saúde na cocriação de valor (contrariamente à hipótese 1). No entanto, os resultados apresentados permitem verificar que o termo de interação entre a literacia em saúde e a empatia apresenta um coeficiente de regressão não significativo ($t=-1,355$; $p<0,05$). Assim, a hipótese 11a não é suportada.

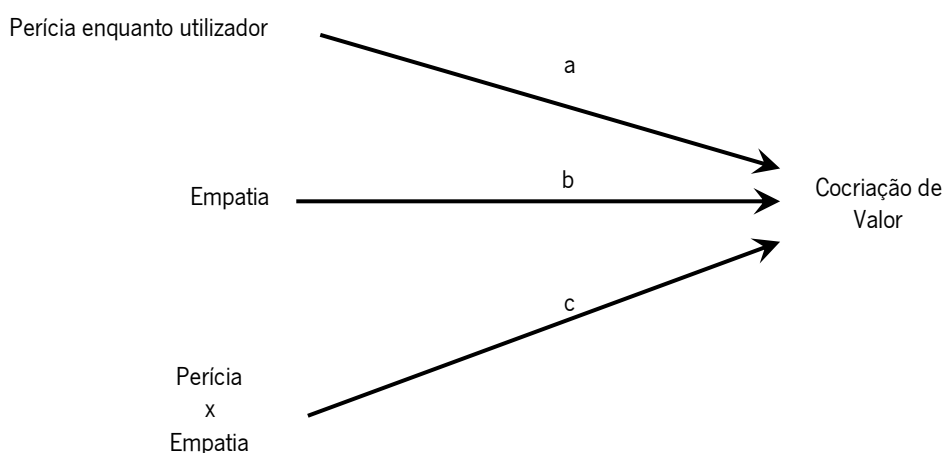
Hipótese 11a: Refutada

O efeito positivo da aplicação da literacia em saúde pelos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

7.3.8.2.2. O efeito moderador da Empatia na Perícia enquanto utilizador

Com o objetivo de testar a hipótese 11b efetuou-se uma análise similar para a variável moderação empatia na perícia enquanto utilizador do serviço de saúde, cujo modelo se explicita na figura 34.

Figura 34 - Teste de Moderação (Empatia na Perícia enquanto utilizador)



A tabela 104 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 104 – Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Perícia enquanto utilizador)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Perícia enquanto utilizador → Cocriação	0,423	10,733	0,000
Empatia → Cocriação	0,155	4,540	0,000
Perícia*Empatia → Cocriação	0,015	0,493	0,622

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=90,492$; $gl=42$; $p<0,001$; $CFI=0,995$; $GFI=0,987$; $RMSEA=0,032$; $RMR=0,02$; $SRMR=0,0192$; $PGFI=0,531$.

O impacto do resultado do termo de interação entre a perícia e empatia (caminho c) apresenta um coeficiente padronizado de 0,015 mas não é significativo ($t=0,493$; $P=0,622$ com $\alpha=0,05$).

O carácter não significativo do coeficiente relativo ao caminho c não permite validar a hipótese 11b.

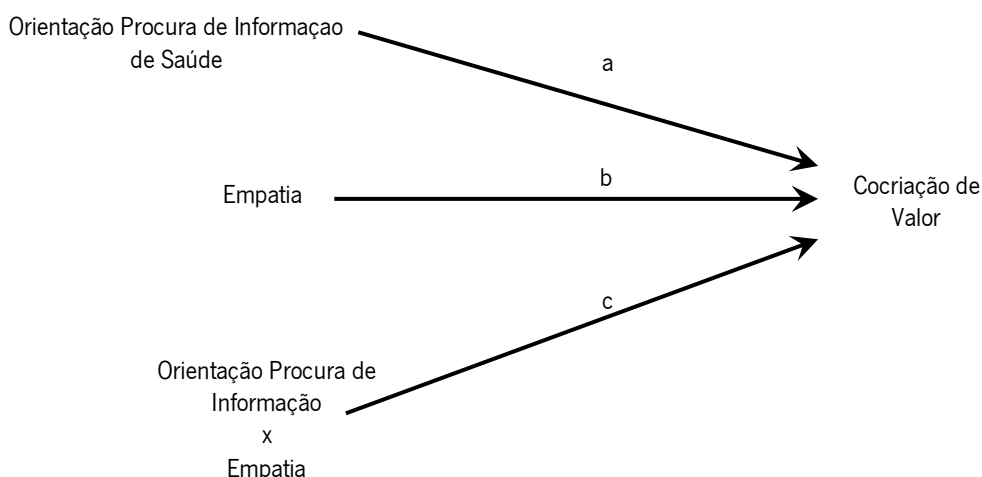
Hipótese 11b: Refutada

O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador não é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

7.3.8.2.3. O efeito moderador da Empatia na Orientação para a Procura de Informação de Saúde

De igual forma, com o objetivo de testar a hipótese 11c realizou-se uma análise para testar a variável moderação empatia na orientação para a procura de informação de saúde, cujo modelo se explicita na figura 35.

Figura 35 - Teste de Moderação (Empatia na Orientação para a Procura de Informação de Saúde)



A tabela 105 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 105– Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Orientação Procura de Informação de Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Orientação para Procura de Informação de Saúde → Cocriação	0,374	9,108	0,000
Empatia → Cocriação	0,281	8,600	0,000
O.Procura Inf.*Empatia → Cocriação	-0,022	-0,681	0,496

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=113,335$; $gl=52$; $p<0,001$; $CFI=0,993$; $GFI=0,984$; $RMSEA=0,033$; $RMR=0,022$; $SRMR=0,0217$; $PGFI=0,563$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a orientação para a procura de informação e a empatia nos profissionais de saúde apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=-0,022; t=-0,681; P=0,496 com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 11c não se confirma.

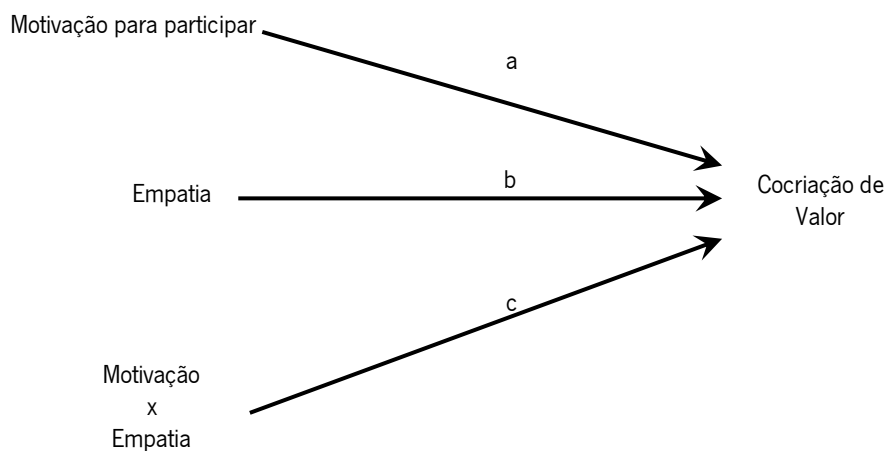
Hipótese 11c: Refutada

O efeito positivo da aplicação da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

7.3.8.2.4. O efeito moderador da Empatia na Motivação para Participar

O teste à hipótese 11d foi feita uma análise idêntica para a variável moderação empatia na motivação para participar, cujo modelo se explicita na figura 36.

Figura 36 - Teste de Moderação (Empatia na Motivação para participar)



A tabela 106 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 106 – Resultados da Análise de Moderação (Empatia*Motivação para participar)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Motivação → Cocriação	0,442	9,396	0,000
Empatia → Cocriação	0,121	3,253	0,001
Motivação*Empatia → Cocriação	0,040	1,066	0,287

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=72,202$; $gl=33$; $p<0,001$; CFI=0,995; GFI=0,989; RMSEA=0,033; RMR=0,0190; SRMR=0,0190; PGFI=0,494.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a motivação e a empatia apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,040; $t=1,066$; $P=0,287$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 11d não se confirma.

Hipótese 11d: Refutada

O efeito positivo da aplicação da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.

7.3.8.2.5. Conclusões

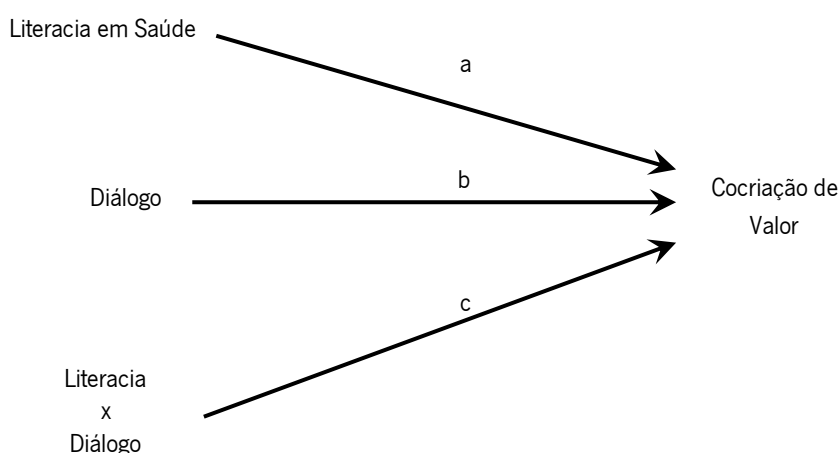
Os participantes deste estudo consideram a existência de empatia junto dos seus profissionais de saúde (média global da escala foi de 5,06). No entanto, o facto de existir empatia não reforça a integração dos recursos aqui estudados. De igual forma, uma das maneiras que pode justificar este resultado é similar ao que anteriormente foi descrito para o caso da confiança. Embora possa haver desejo para participar, por vezes esta motivação é inibida por outros fatores que enfraquecem o efeito da empatia, como a linguagem usada pelos profissionais de saúde, receio de desafiar a perícia do profissional de saúde, ou a adoção de comportamentos auto-recriados *a posteriori* dos encontros dos serviços, que refletem a aplicação da sua perícia, literacia e orientação para a procura de informação.

7.3.8.3. O Diálogo enquanto moderador

7.3.8.3.1. O efeito moderador do Diálogo na Literacia em Saúde

O modelo de moderação para a variável diálogo encontra-se representado na figura 37. Este modelo é composto por três caminhos de causalidade que alimentam a variável dependente (que neste caso se refere ao impacto da variável preditiva Literacia em Saúde), a variável moderadora Diálogo e a interação do produto destes dois (literacia * diálogo). Como enunciado anteriormente, a hipótese de moderação é suportada se o impacto do produto destes dois for significativo.

Figura 37 – Teste de Moderação (Diálogo na Literacia em Saúde)



Para testar os efeitos de moderação, seguiu-se os passos sugeridos por Marôco (2010b). Após a primeira análise, eliminaram-se itens, deixando os três itens com *loadings* mais elevados. Procedeu-se à análise do modelo de medida e respetivo ajustamento. O ajustamento iniciou-se com a análise dos pesos fatoriais (devem ser superiores a 0,5), verificação dos pesos fatoriais ao quadrado (que não devem ser inferiores a 0,5) e visualização de itens com resíduos padronizados superiores a 2,5. Por último consultou-se os índices de modificação propostos pelo *software*.

A tabela 107 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 107 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Literacia em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Literacia em Saúde → Cocriação	0,356	10,777	0,000
Diálogo → Cocriação	0,150	4,636	0,000
Literacia*Diálogo → Cocriação	0,021	0,644	0,520

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=187,428$; $gl=64$; $p<0,001$; CFI=0,99; GFI=0,977; RMSEA=0,044; RMR=0,021; SRMR=0,0206; PGFI=0,595.

Os resultados apresentados demonstram que existe um efeito positivo do diálogo na cocriação de valor ($t=4,636$; $p<0,001$) e da literacia em saúde na cocriação de valor (contrariamente à hipótese 1). No entanto, os resultados apresentados permitem verificar que o termo de interação entre a literacia em saúde e o diálogo apresenta um coeficiente de regressão não significativo ($t=0,644$; $p<0,05$). Assim, a hipótese 12a não é suportada.

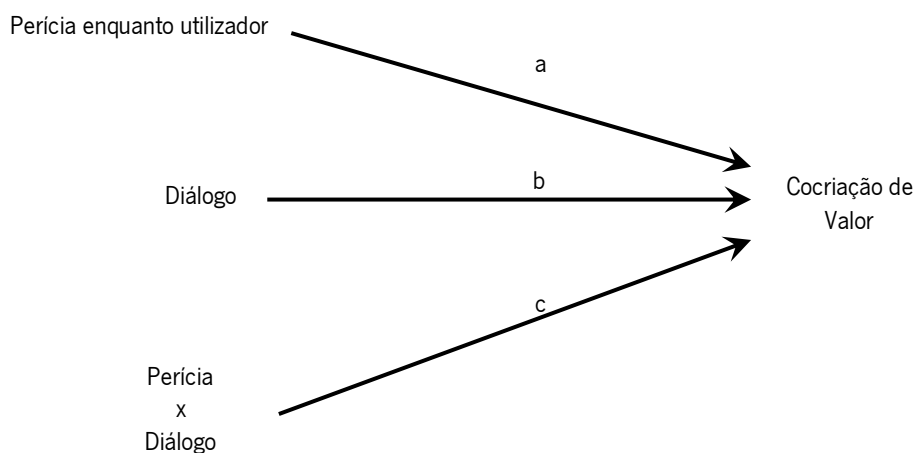
Hipótese 12a: Refutada

O efeito positivo da aplicação da literacia em saúde pelos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica diálogo.

7.3.8.3.2. O efeito moderador do Diálogo na Perícia enquanto utilizador

Com o objetivo de testar a hipótese 12b foi feita uma análise idêntica para a variável moderação diálogo na perícia enquanto utilizador do serviço de saúde, cujo modelo se explicita na figura 38.

Figura 38 - Teste de Moderação (Diálogo na Perícia enquanto utilizador)



A tabela 108 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 108 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Perícia enquanto utilizador)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Perícia enquanto utilizador → Cocriação	0,467	13,541	0,000
Diálogo → Cocriação	0,095	2,830	0,005
Perícia*Diálogo → Cocriação	0,008	0,223	0,823

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=75,479$; $gl=34$; $p<0,001$; $CFI=0,995$; $GFI=0,988$; $RMSEA=0,033$; $RMR=0,018$; $SRMR=0,0182$; $PGFI=0,509$.

Verifica-se que o efeito do diálogo (caminho b) apresenta o coeficiente padronizado de 0,095 e é significativo ($t=2,830$; $P=0,005$ com $\alpha=0,01$). O impacto do resultado do termo de interação entre a perícia e o diálogo (caminho c) apresenta um coeficiente padronizado de 0,008 mas não é significativo ($t=0,223$; $P=0,823$ com $\alpha=0,05$).

O carácter não significativo do coeficiente relativo ao caminho c não permite validar a hipótese 12b.

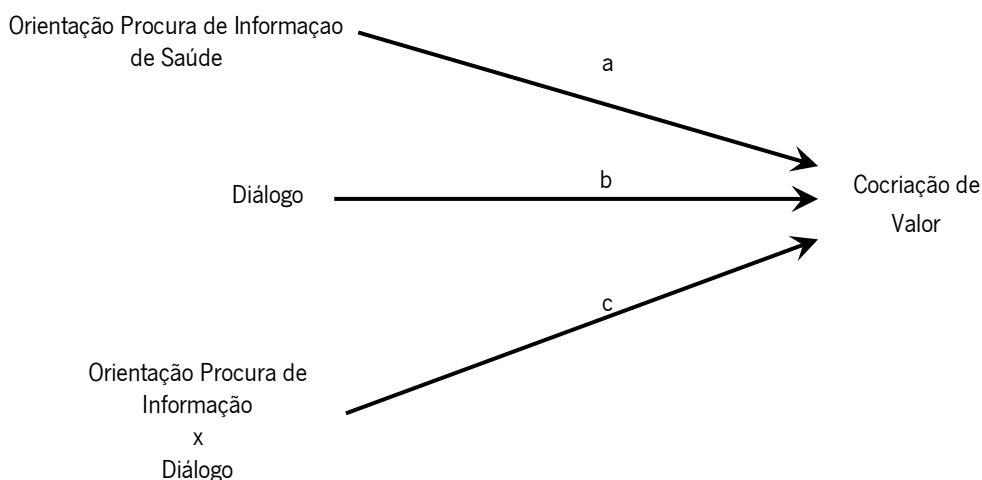
Hipótese 12b: Refutada

O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador não é reforçado quando se verifica diálogo.

7.3.8.3.3. O efeito moderador do Diálogo na orientação para a procura de informação de saúde

Com o objetivo de testar a hipótese 12c foi feita uma análise idêntica para a variável moderação diálogo na perícia enquanto utilizador do serviço de saúde, cujo modelo se explicita na figura 39.

Figura 39 - Teste de Moderação (Diálogo*Orientação para a Procura de Informação de Saúde)



O quadro 109 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 109 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Orientação Procura de Informação em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Orientação para Procura de Informação em Saúde → Cocriação	0,425	11,608	0,000
Diálogo → Cocriação	0,130	4,081	0,000
O.Procura Inf.*Diálogo → Cocriação	0,035	1,014	0,311

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=154,595$; $gl=64$; $p<0,001$; $CFI=0,991$; $GFI=0,981$; $RMSEA=0,036$; $RMR=0,018$; $SRMR=0,0237$; $PGFI=0,598$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a orientação para a procura de informação e o diálogo apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,035; $t=0,223$; $P=0,823$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12c não se confirma.

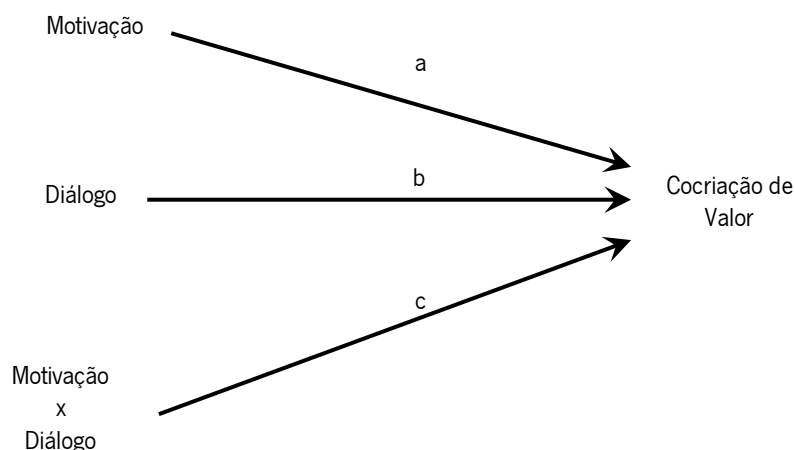
Hipótese 12c: Refutada

O efeito positivo da aplicação da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica diálogo.

7.3.8.3.4. O efeito moderador do Diálogo na motivação para participar

Com o objetivo de testar a hipótese 12d foi feita uma análise similar para a variável moderação diálogo na motivação para participar, cujo modelo se explicita na figura 40.

Figura 40 - Teste de Moderação (Diálogo na Motivação para participar)



A tabela 110 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 110 – Resultados da Análise de Moderação (Diálogo*Motivação para participar)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Motivação → Cocriação	0,467	13,541	0,000
Diálogo → Cocriação	0,095	2,830	0,005
Motivação*Diálogo → Cocriação	0,008	0,223	0,823

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=75,479$; $gl=34$; $p<0,001$; $CFI=0,995$; $GFI=0,988$; $RMSEA=0,033$; $RMR=0,018$; $SRMR=0,0182$; $PGFI=0,509$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a motivação e o diálogo apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,008; $t=0,223$; $P=0,823$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12d não se confirma.

Hipótese 12d: Refutada

O efeito positivo da aplicação da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica diálogo.

7.3.8.3.5. Conclusões

Estes resultados contrariam a tese formulada inicialmente em que se esperava que o diálogo fomentasse a integração dos vários recursos apresentados. A comunicação é a ferramenta chave para os profissionais de saúde, mas existem muitos utilizadores que têm dificuldade em entender o que estes profissionais lhe dizem (Ong, Haes, Hoos, & Lammes, 1995). Analisando as médias globais obtidas para a escala Diálogo, verifica-se que numa escala de 1 a 7 (em que 1 discorda totalmente e 7 concorda totalmente), o Diálogo obteve um valor de 3,63, ou seja um valor abaixo do valor médio da escala o que significa que a amostra que participou neste estudo considera que a última instituição de saúde/profissional de saúde que consultou não comunicou/dialogou o suficiente para que haja um maior envolvimento e criação de valor bidirecional. O diálogo não é portanto reconhecido como uma das aptidões mais fortes nos prestadores de saúde, podendo condicionar a integração dos recursos no processo de cocriação de valor.

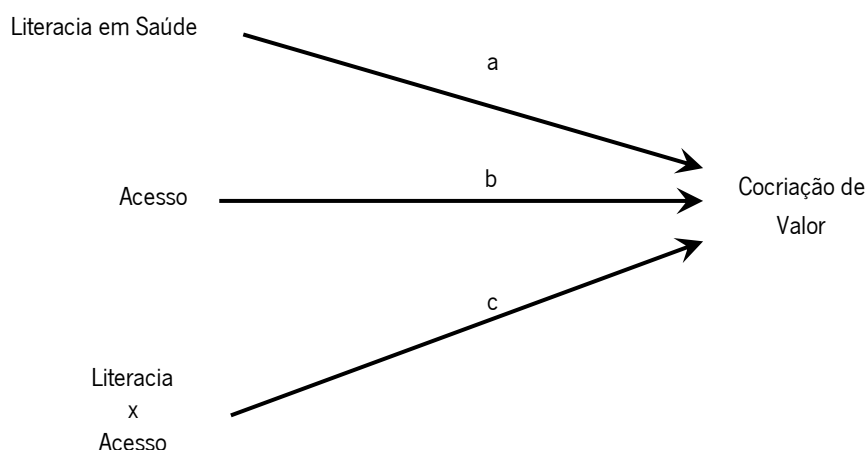
Estes resultados podem explicar a refutação das quatro hipóteses. Uma vez que o diálogo apresenta um valor abaixo da média podendo constituir uma barreira ao envolvimento e aplicação dos recursos.

7.3.8.4. O Acesso enquanto moderador

7.3.8.4.1. O efeito moderador do Acesso na Literacia em Saúde

O modelo de moderação para a variável acesso encontra-se representado na figura 41. Este modelo é composto por três caminhos de causalidade: a variável dependente (que neste caso se refere ao impacto da variável preditiva Literacia em Saúde), a variável moderadora Acesso e a interação do produto destes dois (literacia * acesso). Como enunciado anteriormente, a hipótese de moderação é suportada se o impacto do produto destes dois for significativo.

Figura 41 – Teste de Moderação (Acesso na Literacia em Saúde)



A tabela 111 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 111– Resultados da Análise de Moderação (Acesso*Literacia em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Literacia → Cocriação	0,355	10,326	0,000
Acesso → Cocriação	0,110	3,315	0,000
Literacia*Acesso → Cocriação	-0,008	-0,242	0,808

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=76,630$; $gl=52$; $p<0,001$; $CFI=0,998$; $GFI=0,99$; $RMSEA=0,021$; $RMR=0,02$; $SRMR=0,0198$; $PGFI=0,566$.

Verifica-se que o efeito do acesso (caminho b) apresenta o coeficiente padronizado de 0,110 e é significativo ($t=3,315$; $P=0,000$ com $\alpha=0,001$). O impacto do resultado do termo de interação entre a literacia em saúde e o acesso (caminho c) apresenta um coeficiente padronizado de -0,008 mas não é significativo ($t=-0,242$; $P=0,808$ com $\alpha=0,05$).

O carácter não significativo do coeficiente relativo ao caminho c não permite validar a hipótese 12e.

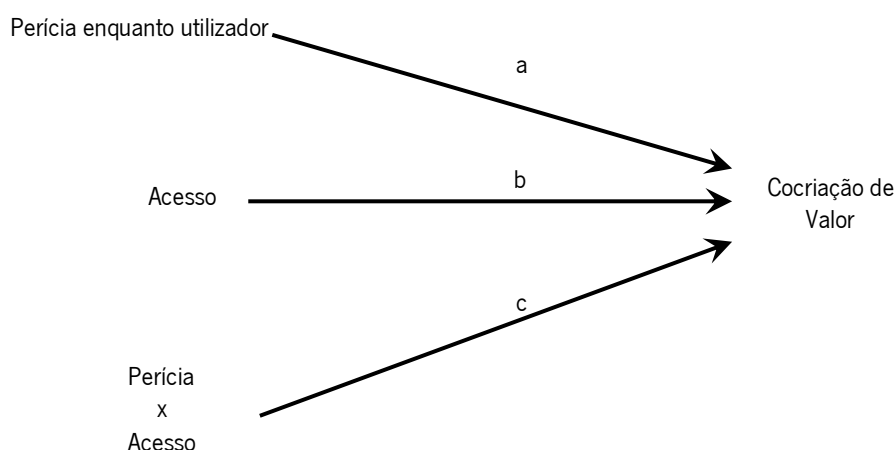
Hipótese 12e: Refutada

O efeito positivo da aplicação da literacia em saúde dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica acesso.

7.3.8.4.2. O efeito moderador do Acesso na Perícia enquanto utilizador

Com o objetivo de testar a hipótese 12f realizou-se uma análise similar às anteriores para testar a variável moderação acesso na perícia enquanto utilizador, cujo modelo se explicita na figura 42.

Figura 42 - Teste de Moderação (Acesso na Perícia enquanto utilizador)



A tabela 112 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 112 – Resultados da Análise de Moderação (Acesso*Perícia enquanto utilizador)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Perícia enquanto utilizador → Cocriação	0,476	12,894	0,000
Acesso → Cocriação	0,068	2,036	0,042
Perícia*Acesso → Cocriação	-0,036	-1,036	0,299

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=182,683$; $gl=65$; $p<0,001$; $CFI=0,988$; $GFI=0,978$; $RMSEA=0,040$; $RMR=0,029$; $SRMR=0,0274$; $PGFI=0,605$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a Perícia enquanto utilizador e o Acesso apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=-0,036; $t=0,223$; $P=0,299$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 13b não se confirma.

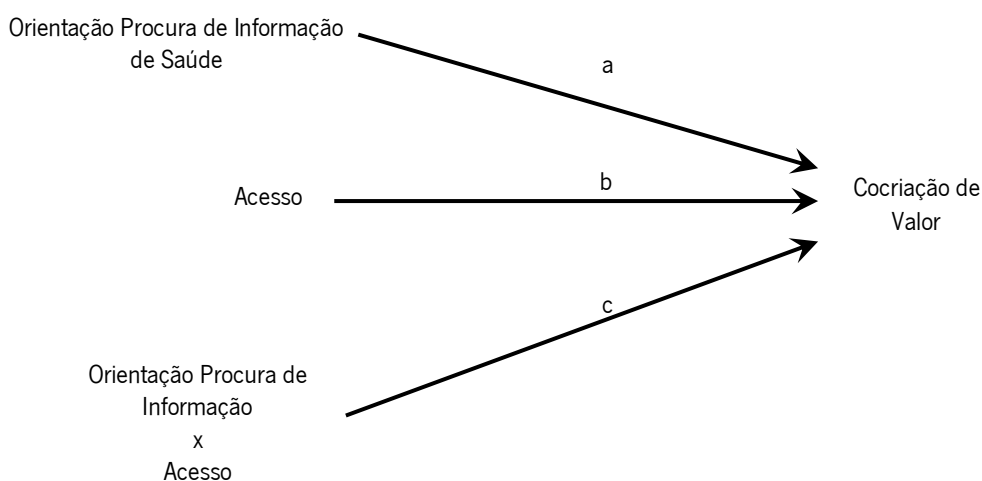
Hipótese 12f: Refutada

O efeito positivo da aplicação da pericia enquanto utilizador não é reforçado quando se verifica acesso.

7.3.8.4.3. O efeito moderador do Acesso na Orientação para a Procura de Informação de Saúde

Com o objetivo de testar a hipótese 12g foi feita uma análise idêntica para a variável moderação diálogo na pericia enquanto utilizador do serviço de saúde, cujo modelo se explicita na figura 33.

Figura 43 - Teste de Moderação (Acesso x Orientação para a Procura de Informação de Saúde)



A tabela 113 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 113– Resultados da Análise de Moderação (Diálogo * Orientação Procura de Informação em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Orientação para Procura de Informação → Cocriação	0,420	11,345	0,000
Acesso → Cocriação	0,133	4,030	0,000
O.Procura Inf.*Acesso → Cocriação	-0,033	-0,916	0,360

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=112,659$; gl=64; $p<0,001$; CFI=0,994; GFI=0,986; RMSEA=0,026; RMR=0,02; SRMR=0,0199; PGFI=0,601.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a orientação para a procura de informação e o acesso apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=-0,033; $t=-0,916$; $P=0,360$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12g não se confirma.

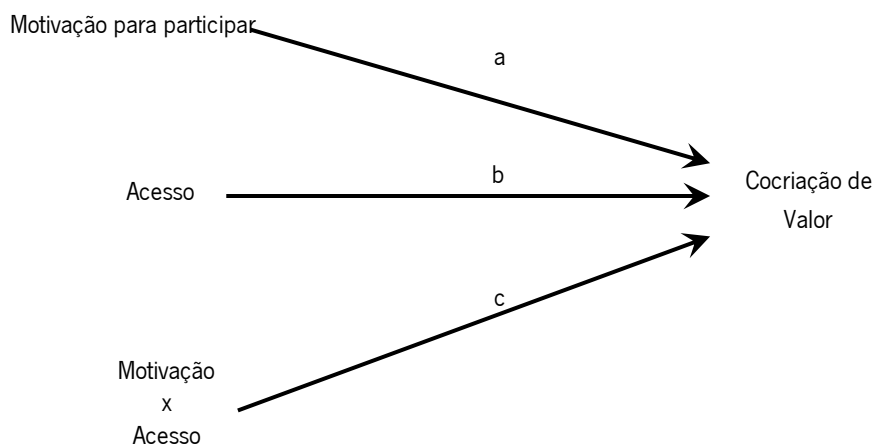
Hipótese 12g: Refutada

O efeito positivo da aplicação da orientação da procura de informação de saúde por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica acesso.

7.3.8.4.4. O efeito moderador do Acesso na Motivação em participar

A hipótese 12h relativamente ao efeito de moderação do acesso na motivação para participar foi testada de igual forma. A figura 44 explicita esse modelo.

Figura 44 - Teste de Moderação (Acesso na Motivação para participar)



A tabela 114 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 114 - Resultados da Análise de Moderação (Acesso na Motivação para participar)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Motivação para participar → Cocriação	0,478	12,381	0,000
Acesso → Cocriação	0,070	2,084	0,037
Motivação*Acesso → Cocriação	0,049	1,286	0,198

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=143,423$; $gl=53$; $p<0,001$; $CFI=0,991$; $GFI=0,98$; $RMSEA=0,04$; $RMR=0,024$; $SRMR=0,0238$; $PGFI=0,56$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a motivação e o acesso apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,049; $t=1,286$; $P=0,198$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12h não se confirma.

Hipótese 12h: Refutada

O efeito positivo da aplicação da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica acesso.

7.3.8.4.5. Conclusões

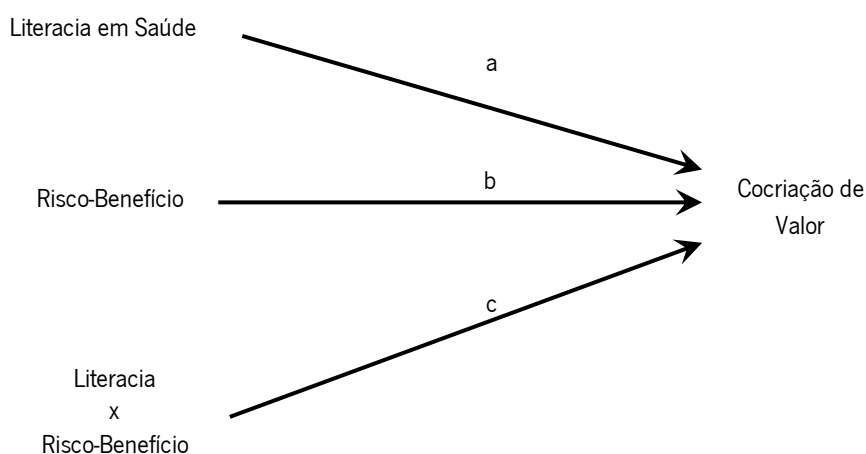
Em concordância com Prahalad & Ramaswamy (2004), Penchansky & Thomas (1981) e Furtado & Pereira (2010), falar de acesso na ótica de cocriação de valor é falar de disponibilidade, informação e aceitabilidade. Na presença destas dimensões, esperava-se ter reunido condições que levassem à integração dos recursos por parte dos utilizadores dos serviços de saúde, cocriando valor. Este racional levou à criação de várias hipóteses de investigação que foram refutadas (tabela 110-113). Na verdade, os dados revelam uma ponderação de 3,85 pontos para a escala que mensura a variável acesso (numa escala de 1 a 7). Assim, não se pode considerar que estes utilizadores concordem bastante que estão perante um “grande acesso”. Avaliando os itens que refletem este constructo pode-se afirmar que os utilizadores dos serviços de saúde não têm uma disponibilidade (opções) muito grande para decidir e escolher onde podem receber o serviço de saúde. Pode extrair-se daqui que a falta de disponibilidade pode levar ao utilizador simplesmente a submeter-se ao que existe, podendo este não se interessar em ter uma participação mais ativa pois está condicionado ao serviço existente.

7.3.8.5. O Risco-Benefício enquanto moderador

7.3.8.5.1. O efeito moderador do Risco-Benefício na Literacia em Saúde

O modelo de moderação para a variável risco/ benefício encontra-se representado na figura 45. Este modelo é composto por três caminhos de causalidade: a variável dependente (que neste caso se refere ao impacto da variável Literacia em Saúde), a variável moderadora Risco/Benefício e a interação do produto destes dois (literacia * risco/benefício). A hipótese de moderação é suportada se o impacto do produto destes dois for significativo.

Figura 45– Teste de Moderação (Risco-Benefício na Literacia em Saúde)



A tabela 115 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 115 – Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Literacia em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Literacia → Cocriação	0,315	9,343	0,000
Risco/Benefício → Cocriação	0,204	6,240	0,000
Literacia*Risco → Cocriação	-0,034	-1,065	0,287

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=76,931$; $gl=51$; $p<0,05$; $CFI=0,998$; $GFI=0,99$; $RMSEA=0,021$; $RMR=0,02$; $SRMR=0,0196$; $PGFI=0,555$.

Apesar de se verificar um efeito positivo do risco/benefício no processo de cocriação de valor, os resultados relativamente à interação entre a literacia em saúde e o risco/benefício apresentam

um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=-0,034; t=-1,065; P=0,287 com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12i não se confirma.

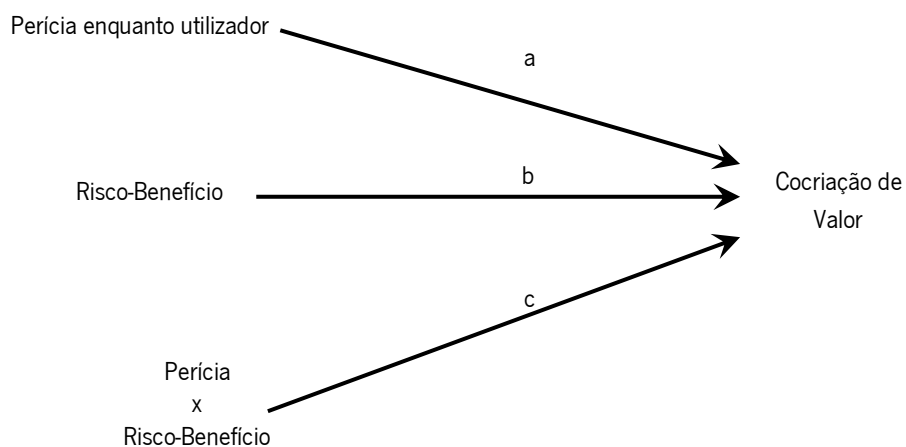
Hipótese 12i: Refutada

O efeito positivo da aplicação da literacia em saúde dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

7.3.8.5.2. O efeito moderador do Risco-Benefício na Perícia enquanto utilizador

A hipótese 12j relativamente ao efeito de moderação risco/benefício e perícia foi testada de igual forma. A figura 46 explicita esse modelo.

Figura 46- Teste de Moderação (Risco-Benefício na Perícia enquanto utilizador)



A tabela 116 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 116– Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Perícia enquanto utilizador)

Variável Independente	Coeficiente Padronizado	t	P
Perícia → Cocriação	0,456	11,575	0,000
Risco-Benefício → Cocriação	0,089	2,599	0,009
Perícia*Risco-Benefício → Cocriação	0,014	0,438	0,662

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=116,597$; $gl=52$; $p<0,001$; $CFI=0,994$; $GFI=0,984$; $RMSEA=0,033$; $RMR=0,024$; $SRMR=0,0233$; $PGFI=0,562$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a perícia e o risco/benefício apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,014; $t=0,438$; $P=0,662$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12j não se confirma.

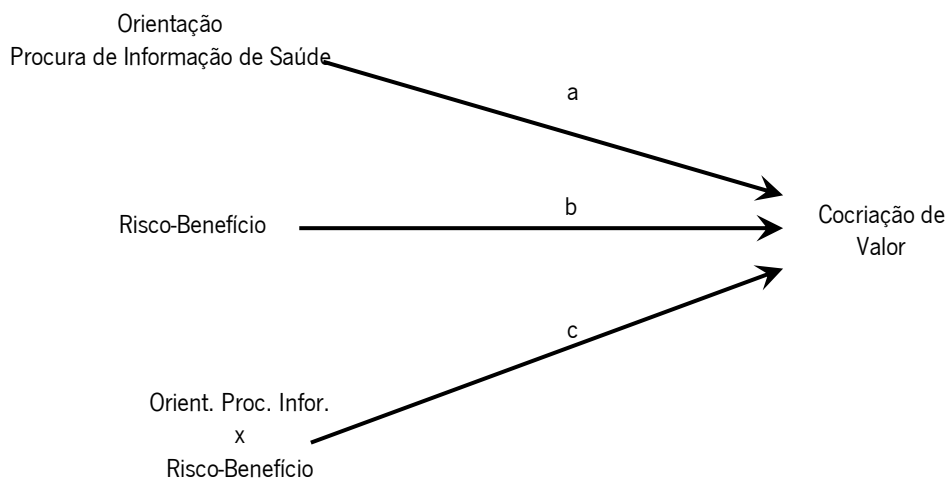
Hipótese 12j: Refutada

O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador não é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

7.3.8.5.3. O efeito moderador do Risco-Benefício na Orientação para a Procura de Informação de Saúde

A hipótese 12k relativamente ao efeito de moderação risco/benefício e orientação para a procura de informação foi testada de forma similar. A figura 47 explicita esse modelo.

Figura 47 - Teste de Moderação (Risco-Benefício e Orientação Procura de Informação de Saúde)



A tabela 117 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 117 – Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Orientação Proc. Informação de Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Orient. Proc. Inf.Saúde→ Cocriação	0,366	9,896	0,000
Risco-Benefício → Cocriação	0,249	7,815	0,000
Orient. Proc. Inf.*Risco-Benefício → Cocriação	0,004	0,113	0,910

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=97,535$; $gl=64$; $p<0,001$; $CFI=0,996$; $GFI=0,988$; $RMSEA=0,022$; $RMR=0,021$; $SRMR=0,0198$; $PGFI=0,602$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a orientação para a procura de informação e o risco/benefício apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,004; $t=0,113$; $P=0,910$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12k não pode ser validada.

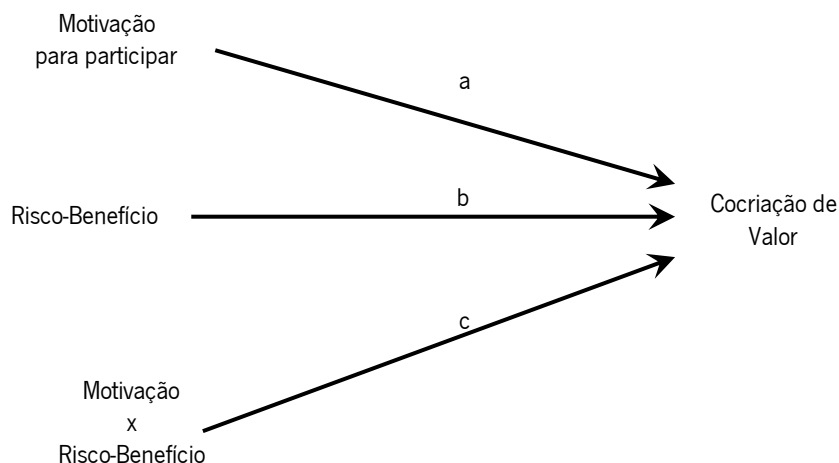
Hipótese 12k: Refutada

O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

7.3.8.5.4. O efeito moderador do Risco-Benefício na Motivação para participar

Foi ainda testado o efeito moderador da Avaliação Risco/Benefício na Aplicação do recurso “motivação para participar”, como ilustra a figura 48.

Figura 48 - Teste de Moderação (Risco-Benefício e Motivação pra participar)



A tabela 118 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 118 – Resultados da Análise de Moderação (Risco-Benefício*Morivação para participar)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Motivação para participar. → Cocriação	0,491	12,119	0,000
Risco-Benefício → Cocriação	0,076	2,371	0,018
Motivação*Risco-Benefício → Cocriação	0,065	1,777	0,076

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=128,942$; gl=51; $p<0,001$; CFI=0,993; GFI=0,982; RMSEA=0,037; RMR=0,023; SRMR=0,0198; PGFI=0,551.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a motivação para participar e o risco/benefício apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,065; $t=1,777$; $P=0,076$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12I não pode ser validada.

Hipótese 12I: Refutada

O efeito positivo da orientação da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.

7.3.8.5.5. Conclusões

No que concerne à média global da escala que mensura o risco benefício, obteve-se um resultado de 4,54 pontos (numa escala de concordância de 1 a 7), o que revela um valor acima do termo médio (4). Conclui-se assim, que existe partilha de informação relativamente aos riscos e benefícios associados aos procedimentos e tratamentos clínicos. No entanto esta variável não tem impacto moderador sobre os quatros recursos em análise neste estudo.

No que diz respeito à literacia, este não impacto pode ser eventualmente explicado se estivermos perante utilizadores que tenham dificuldades na compreensão da linguagem dos profissionais de saúde (Williams *et al.*, 2002) e possam sentir receio em questionar o médico. No entanto essas dimensões não foram analisadas neste estudo. Como já foi referido, apesar desta amostra representar um nível de perícia acima da média, a aplicação desta perícia pode ser feita após a consulta médica, na gestão da sua doença e no cumprimento das indicações terapêuticas. O

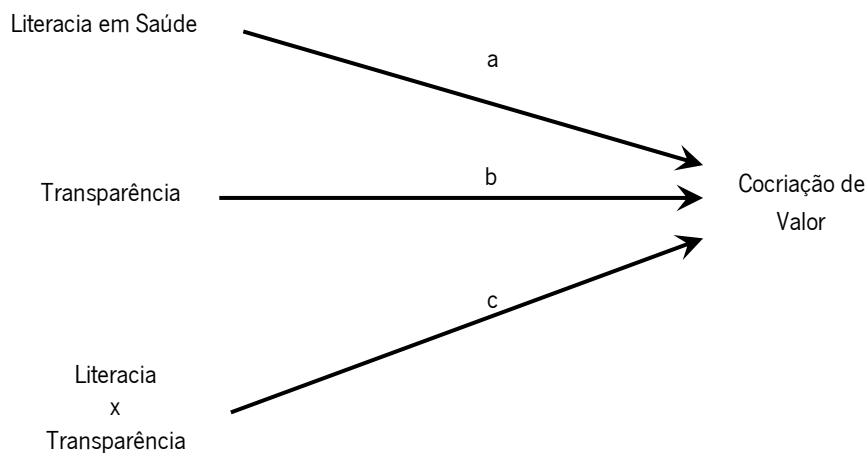
mesmo se passa com a procura de informação de saúde e a motivação em participar. Muitas das vezes a procura de informação e a motivação para participar surge com maior relevo nos contextos sociais, em que os indivíduos podem preferir falar com outras pessoas sobre os seus problemas do que com os seus profissionais, uma vez que a distância social e o tempo são fatores mais críticos.

7.3.8.6. A Transparência enquanto moderador

7.3.8.6.1. O efeito moderador da Transparência na Literacia em Saúde

O modelo de moderação para a variável transparência sobre a literacia em saúde encontra-se representado na figura 49. Este modelo é composto por três caminhos de causalidade: a variável dependente (Literacia em Saúde), a variável moderadora Transparência e a interação do produto destes dois (literacia*transparência). A hipótese de moderação é suportada se o impacto do produto destes dois for significativo.

Figura 49 – Teste de Moderação (Transparência e Literacia)



A tabela 119 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 119 – Resultados da Análise de Moderação (Transparência*Literacia em Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Literacia em Saúde → Cocriação	0,335	10,015	0,000
Transparência → Cocriação	0,178	5,481	0,000
Literacia*Transparência → Cocriação	0,008	0,233	0,816

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=105,004$; $gl=65$; $p<0,05$; $CFI=0,997$; $GFI=0,987$; $RMSEA=0,024$; $RMR=0,022$; $SRMR=0,0216$; $PGFI=0,611$.

Apesar de se verificar um efeito positivo da transparência no processo de cocriação de valor ($t=5,481$, $P=0,000$), os resultados relativamente à interação entre a literacia em saúde e transparência apresentam um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,008; $t=0,233$; $P=0,287$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12m não se confirma.

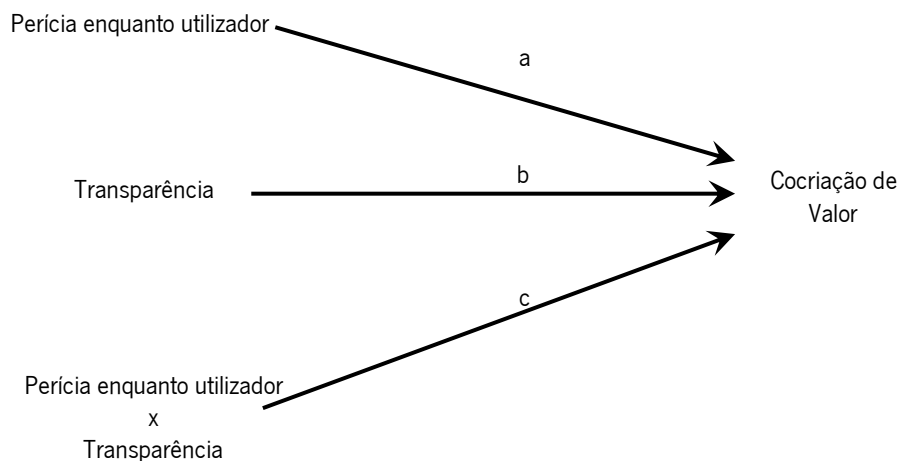
Hipótese 12m: Refutada

O efeito positivo da aplicação da literacia em saúde dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica transparência.

7.3.8.6.2. O efeito moderador da Transparência na Perícia enquanto utilizador

A hipótese 12n relativamente ao efeito de moderação transparência e perícia foi testada de igual forma. A figura 50 explicita esse modelo.

Figura 50 - Teste de Moderação (Transparência na Perícia enquanto utilizador)



A tabela 120 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 120 – Resultados da Análise de Moderação (Transparência na Perícia enquanto utilizador)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Perícia enquanto utilizador → Cocriação	0,449	11,771	0,000
Transparência → Cocriação	0,111	3,347	0,000
Perícia*Transparência → Cocriação	-0,020	-0,624	0,533

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=150,837$; $gl=63$; $p<0,001$; $CFI=0,992$; $GFI=0,981$; $RMSEA=0,035$; $RMR=0,022$; $SRMR=0,022$; $PGFI=0,589$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a perícia e transparência apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=-0,020; $t=-0,624$; $P=0,533$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12n não se confirma.

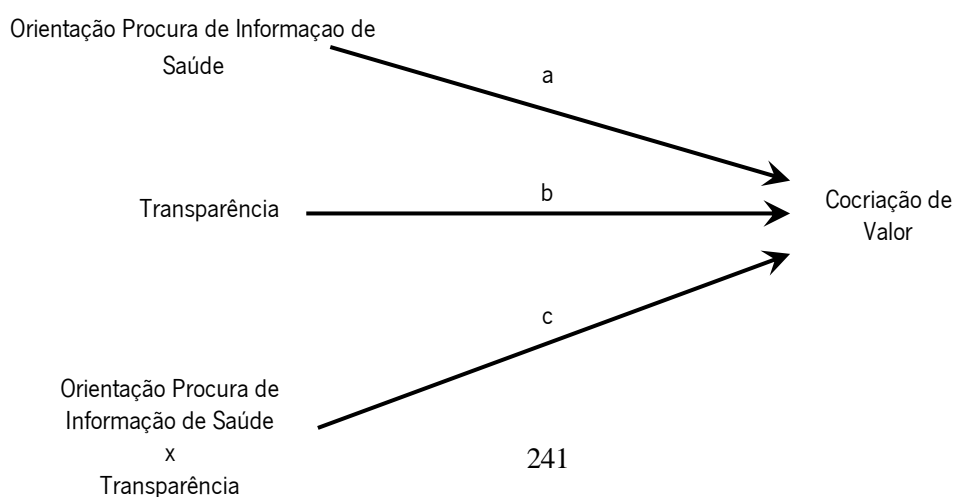
Hipótese 12n: Refutada

O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador não é reforçado quando se verifica transparência.

7.3.8.6.3. O efeito moderador da Transparência na Orientação para a Procura de Informação de Saúde

Com o objetivo de testar a hipótese 12o foi feita uma análise idêntica para a variável moderação transparência na orientação para a procura de informação, cujo modelo se explicita na figura 51.

Figura 51 - Teste de Moderação (Transparência na Orientação para a Procura de Informação de Saúde)



A tabela 121 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 121 – Resultados da Análise de Moderação (Transparência*Orientação Procura de Informação de Saúde)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Orientação Proc. Informação de Saúde → Cocriação	0,408	10,881	0,000
Transparência → Cocriação	0,169	5,311	0,000
O.Procura Inf.*Transparência → Cocriação	0,018	0,520	0,603

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=147,913$; $gl=77$; $p<0,001$; $CFI=0,993$; $GFI=0,983$; $RMSEA=0,029$; $RMR=0,025$; $SRMR=0,0243$; $PGFI=0,631$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a orientação para a procura de informação e a transparência apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,018; $t=0,520$; $P=0,603$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12o não se confirma.

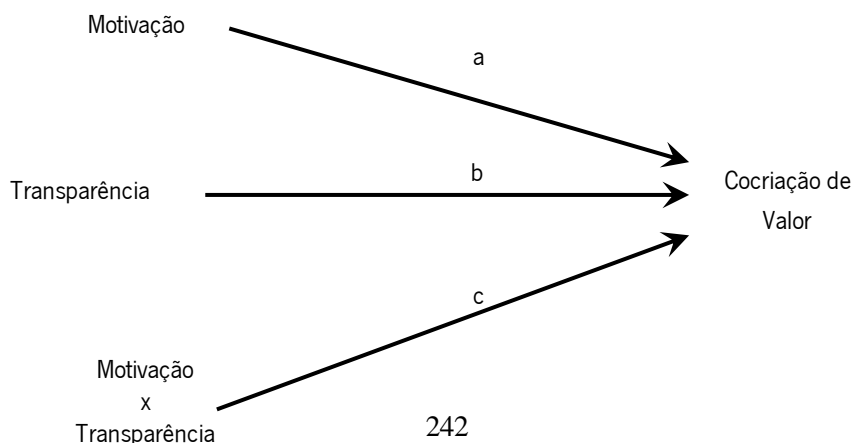
Hipótese 12o: Refutada

O efeito positivo da aplicação da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica transparência.

7.3.8.6.4. O efeito moderador da Transparência na Motivação para participar

A hipótese 12p relativamente ao efeito de moderação da transparência na motivação para participar foi testada de maneira similar. A figura 52 explicita esse modelo.

Figura 52 - Teste de Moderação (Transparência na Motivação para participar)



A tabela 122 apresenta os resultados da análise do modelo estrutural final dos efeitos moderadores.

Tabela 122 – Resultados da Análise de Moderação (Transparência*Motivação para participar)

Variável Independente	Coefficiente Padronizado	t	P
Motivação → Cocriação	0,461	12,890	0,000
Transparência → Cocriação	0,107	3,414	0,000
Motivação*Transparência → Cocriação	0,039	1,126	0,260

Medidas de ajustamento do modelo: $\chi^2=116,045$; $gl=41$; $p<0,001$; $CFI=0,992$; $GFI=0,983$; $RMSEA=0,041$; $RMR=0,019$; $SRMR=0,0190$; $PGFI=0,517$.

Os resultados apresentados permitem verificar que, o termo de interação entre a motivação e a transparência apresenta um coeficiente padronizado não significativo (coeficiente=0,039; $t=1,126$; $P=0,260$ com $\alpha=0,05$). Assim a hipótese 12p não se corrobora.

Hipótese 12p: Refutada

O efeito positivo da aplicação da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde não é reforçado quando se verifica transparência

7.3.8.6.5. Conclusões

A transparência apresenta uma média global no seu resultado de 4,23 o que significa que os utilizadores deste serviços de saúde consideram que têm um conhecimento moderado sobre todos os momentos da sua situação de saúde e o profissional conhece as suas preocupações. No entanto, este valor da transparência não reforça a integração dos recursos aqui analisados por parte dos utilizadores.

A tabela 123 apresenta uma síntese de todas as hipóteses postuladas na ferramenta teórica

Tabela 123 – Tabela síntese dos resultados das hipóteses

Hipótese	Conclusão
Hipótese 1: Existe um efeito positivo da literacia em saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.	Refutada
Hipótese 2: Existe um efeito positivo da perícia enquanto utilizador no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.	Corroborada
Hipótese 3: Existe um efeito positivo da motivação no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde	Corroborada
Hipótese 4: Existe um efeito positivo da orientação para a procura de informação de	Refutada

Hipótese	Conclusão
saúde no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde.	
Hipótese 5: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na partilha de experiências de problemas de saúde	Corroborada
Hipótese 6: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na qualidade percebida do serviço de saúde	Corroborada
Hipótese 7: Existe um efeito positivo da cocriação de valor na satisfação do utilizador do serviço de saúde	Corroborada
Hipótese 8: Existe um efeito positivo da cocriação de valor nas intenções comportamentais do utilizador do serviço de saúde.	Corroborada
Hipótese 9: Existe um efeito positivo da cocriação de valor no cumprimento da indicação terapêutico por parte do utilizador do serviço de saúde.	Corroborada
Hipótese 10a: O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 10b: O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 10c: O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 10d: O efeito positivo da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe confiança nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 11a: O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 11b: O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 11c: O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde.	Refutada
Hipótese 11d: O efeito positivo da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando existe empatia nos profissionais de saúde	Refutada
Hipótese 12a - O efeito positivo da aplicação da literacia pelos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica diálogo.	Refutada
Hipótese 12b - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica diálogo.	Refutada
Hipótese 12c - O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica diálogo.	Refutada
Hipótese 12d - O efeito positivo da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica diálogo.	Refutada
Hipótese 12e - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica acesso.	Refutada
Hipótese 12f - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica acesso.	Refutada
Hipótese 12g - O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica acesso.	Refutada
Hipótese 12h - O efeito positivo da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica acesso.	Refutada
Hipótese 12i - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.	Refutada
Hipótese 12j - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.	Refutada
Hipótese 12k - O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.	Refutada
Hipótese 12l - O efeito positivo da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica avaliação do risco-benefício.	Refutada
Hipótese 12m - O efeito positivo da aplicação da literacia dos utilizadores dos	Refutada

Hipótese	Conclusão
serviços de saúde é reforçado quando se verifica transparência.	
Hipótese 12n - O efeito positivo da aplicação da perícia enquanto utilizador é reforçado quando se verifica transparência.	Refutada
Hipótese 12o - O efeito positivo da orientação da procura de informação por parte dos utilizadores dos serviços de saúde é quando se verifica transparência	Refutada
Hipótese 12p - O efeito positivo da motivação dos utilizadores dos serviços de saúde é reforçado quando se verifica transparência	Refutada

VIII - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA

Neste capítulo, detalham-se as principais conclusões do estudo, apresentam-se os principais contributos teóricos e implicações práticas, nomeadamente para as organizações de serviços de saúde. Apresentam-se, ainda, as principais limitações do trabalho e sugerem-se recomendações de investigação futura.

8.1. Conclusões gerais da investigação

Este estudo investiga o processo de cocriação de valor no contexto de um encontro de um serviço de saúde. Atualmente, os utilizadores dos serviços de saúde têm acesso a uma abundância de informação de saúde, tornando-se mais exigentes, alterando a dinâmica profissional de saúde/utilizador (Prahalad & Ramaswamy, 2004a). Paralelamente, os indivíduos começaram a criar expectativas, sentem que têm maior poder para optar e querem estar envolvidos com as organizações/marcas que gostam. Assim, uma empresa não consegue criar valor sem o compromisso com os indivíduos (Kotler, Kartajaya & Setiwan, 2011). Altera-se assim a lógica de criação de valor. Os utilizadores querem estar mais envolvidos na gestão da sua doença e sabe-se quando este assume essa responsabilidade há maior probabilidade de alcançar os resultados de saúde esperados (Bagozzi & Dholakia, 1999).

A cocriação de valor na saúde é definida como *“os benefícios realizados da integração de recursos através das atividades e interações com colaboradores numa network de clientes do serviço”* (McColl-Kennedy *et al.*, 2009, p.5). Esta conceitualização está em linha com a lógica dominante do serviço proposta por Vargo e Lusch (2004) que acreditam que ambas as partes possuem competências e conhecimentos capazes de cocriar valor. O grau de envolvimento no processo de cocriação de valor irá conduzir a vários resultados (Hult & Lukas, 1995).

Embora se reconheça a importância de criar condições para envolver o utilizador durante o encontro do serviço de saúde, empiricamente poucos são os estudos que investigam o processo de cocriação de valor na saúde. Nenhum estudo analisou a perspectiva da integração dos recursos neste contexto. Além disso, nunca foi estudado a partilha das experiências dos problemas de saúde como resultado deste processo. Assim, este estudo teve como objetivo

verificar se os recursos selecionados contribuem para o processo de cocriação de valor em contexto do serviço de saúde, analisar os resultados resultantes desse processo e analisar a influência dos efeitos de moderação na aplicação dos recursos no processo de cocriação.

Para cumprir os objetivos propostos realizaram-se duas investigações empíricas, uma qualitativa concretizada através de um questionário de resposta aberta (com 14 utilizadores de serviços de saúde e 11 profissionais de saúde) e dois *focus groups* (com seis participantes cada) e outra quantitativa com 1118 participantes (questionário online). Dos resultados destas análises resultaram algumas conclusões que podem contribuir para aprofundar a literatura da cocriação de valor e algumas práticas que devem servir de reflexão na gestão das organizações da saúde.

Em termos globais, verificou-se que o modelo concetual proposto representou adequadamente os dados, dando indicação de ser um modelo aceitável para representar a integração dos recursos no processo de cocriação, respetivos resultados e análise de moderadores. Todas as variáveis latentes em estudo apresentaram fiabilidades superiores a 85% e variâncias extraídas superiores a 74%. A cocriação de valor foi medida por dois constructos de segunda ordem que apresentaram uma fiabilidade de 98%.

Relativamente ao recurso do utilizador literacia em saúde, os resultados sugerem que a literacia não tem impacto positivo no processo de cocriação de valor no contexto dos serviços de saúde. De acordo com os resultados este conceito explicou apenas 5,6% da cocriação de valor. No entanto, na análise dos moderadores este resultado foi contraditório, pelo que se torna inconclusivo o impacto da literacia em saúde enquanto competência a integrar pelos utilizadores do serviço. De acordo com Ishikawa e Yano (2008) é de assumir que uma pessoa com baixa literacia tenha baixa literacia em saúde e participe menos no processo, no entanto um dos participantes do *focus groups* apresentava um perfil oposto (participante 5). William *et al.* (2002) referem a importância sobre a educação do utilizador dos serviços de saúde pelo que se sugere a criação de programas para incrementar a literacia em saúde, que de acordo com Lee, Arozullah & Cho (2004) contribuirão para o conhecimento sobre a gestão da doença, aumento dos cuidados interventivos e diminuição dos comportamentos de risco.

Apesar de não se poder generalizar este efeito para o contexto da saúde há indícios que a literacia pode ser um recurso com efeito positivo no processo de cocriação de valor noutra setor.

A perícia enquanto utilizador que representa o *“conhecimento adquirido através da experiência pessoal da doença no dia-a-dia”* de forma a gerar benefícios (Hartzel & Pratt, 2011, p.2) mostrou ter um bom grau de fiabilidade (94%), explicando 89% da variância dos seus itens. Conclui-se que existe um efeito positivo da perícia no processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde. Os profissionais de saúde revelam a importância desta experiência para melhorar a autossuficiência no cuidado e melhoria dos resultados em saúde. Helgeson & Cohen (1996) referem que os utilizadores partilham a sua experiência nas várias interações sociais de apoio através de suportes emocionais, informacionais ou instrumentais. A participante 6 do *focus groups* exemplificou com um caso, em que deu suporte social a outra família que estava a passar uma experiência idêntica à que ela tinha vivido, corroborando assim a geração de práticas de cocriação “para os outros” (Nuttavuthisit, 2010).

A motivação para participar também se confirmou como um dos recursos integrados na cocriação de valor. Verificou-se que o grau de fiabilidade dos seus indicadores (“sinto-me motivado para cumprir com as indicações dadas”, “Sinto-me motivado para atingir bons resultados para a minha saúde”, “Sinto-me motivado para aplicar os conhecimentos que o meu profissional de saúde me ensinou” e “Sei que a melhoria do meu estado de saúde depende do cumprimento do que me é pedido”) foi de 96%, explicando 85% da variância dos seus indicadores. A motivação do utilizador de saúde é fundamental para o êxito do processo de cocriação e respetivos resultados, pois mesmo possuindo conhecimentos e competências, um utilizador não motivado, não se envolverá tanto (Dellande, Gilly & Graham, 2004).

A orientação para a procura de informação de saúde que apresenta uma fiabilidade de 86% e uma média global de 4,98 (numa escala de 1 a 7, em que 1 significa discordo totalmente e 7 reflete o concordo totalmente) revelou ter uma relação indireta e não significativa com o processo de cocriação de valor, refutando a hipótese do efeito positivo da orientação para a procura de informação no processo de cocriação de valor. Estes resultados são inconsistentes com outros estudos publicados que conferem a procura de informação como um fator que permite ao utilizador do serviço de saúde um papel mais participativo. A refutação desta hipótese

poderia ser justificada por Anker (2011) que refere que um dos antecedentes para a procura de informação é a literacia em saúde ou por Dellande, Gilly & Graham (2004) que referem a fraca motivação como uma barreira à participação. No entanto, não se pode afirmar que a amostra representativa deste estudo seja caracterizada por uma baixa literacia ou fraca motivação (média global da literacia=4,87; média global da motivação=5,7). Embora possuidores de conhecimento/competências pode haver receio de desafiar o profissional de saúde, durante o encontro como refere Murray *et al.* (2003) podendo então, esta orientação para a procura de informação ser apenas refletida nos resultados da cocriação.

Neste estudo analisaram-se ainda os resultados provenientes do processo de cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde. Relativamente à variável partilha de experiências de problemas de saúde foi confirmado o racional formulado de que os sujeitos que cocriam valor tendem a partilhar também as suas experiências. De acordo com Normann & Ramírez (1993), os indivíduos gostam de cocriar pelos valores sociais, morais e psicológicos que daí advém. Vários foram os testemunhos dos participantes dos *focus groups* que ilustram esse comportamento. Pode-se inclusive admitir que muitas das vezes os indivíduos preferem relatar os seus episódios com outras pessoas do que propriamente com os seus profissionais de saúde e, isso foi suportado por alguns comentários oriundos dos questionários de resposta aberta. Verificou-se também que a variável orientação para a procura de informação é um antecedente da partilha das experiências de problemas de saúde, justificando aqui a procura e partilha um momento de cocriar valor para si (procurar informação para si) e para os outros (partilhar experiências). Esta variável não apresentava escala na literatura, pelo que se procedeu ao desenvolvimento de um instrumento de medida recorrendo a *focus groups*. A avaliação da validade foi efetuada através de profissionais de saúde, peritos na área e utilizadores dos serviços de saúde. De referir ainda que os utilizadores e serviços de saúde procuram e comparam as suas experiências com outros utilizadores via online pelo que se torna importante as organizações de saúde procurarem envolver-se com o seu *target* nesta via.

A satisfação foi outro dos resultados confirmados no processo de cocriação de valor. No modelo de equações estruturais mostrou-se ser o constructo melhor explanado, pois apresenta uma variância explicada de 96,9%. De igual forma, a qualidade percebida e as intencões comportamentais também se confirmaram como um resultado positivo da cocriação reforçando

as conclusões de Jun *et al.* (2010) que indicam que a avaliação da qualidade de um serviço tem influência importante nas intenções comportamentais e satisfação de um cliente. No entanto, embora a satisfação seja considerada uma dimensão importante da qualidade (Habbal, 2011) não significa que seja determinante no nível de cumprimento terapêutico (Bos *et al.*, 2004), tal como sucedeu neste estudo.

O constructo Adesão Terapêutica revelou uma relação inversa mas significativa relativamente ao processo de cocriação de valor. Há que distinguir três situações aqui refletidas. Primeiro, um baixo envolvimento não invalida que esses indivíduos não tenham um perfil adequado ao cumprimento da indicação terapêutica. Neste sentido, uma baixa cocriação apresentava um alto cumprimento terapêutico. Segundo, um grau de envolvimento maior também pode ser acompanhado de maiores orientações para a procura de informações através de suportes sociais e perícia enquanto utilizadores levando muitas vezes o utilizador a adaptar a sua medicação, como foi revelado por alguns dos participantes dos questionários de resposta aberta. Terceiro, este resultado também pode revelar que embora haja práticas de cocriação podem ter existido barreiras que levaram ao não cumprimento das indicações. No entanto, um dos médicos que participou no estudo afirmou que as pessoas com estado de saúde pior são menos prováveis que falhem o cumprimento mas essa relação não foi estudada nesta investigação.

A investigação terminou com a análise dos efeitos moderadores e facilitadores da cocriação – o DART, a confiança e a empatia. Pode-se concluir que existe um efeito positivo da confiança, empatia, diálogo, acesso, risco-benefício e transparência no processo de cocriação de valor. No entanto, todas as hipóteses de moderação foram refutadas. Assim não se pode concluir que haja um reforço destes moderadores na integração dos recursos literacia em saúde, perícia enquanto utilizador, motivação para participar e orientação para a procura de informação.

8.2. Implicações Teóricas

Apesar das limitações que estão sempre inerentes a qualquer trabalho de investigação, considera-se que o trabalho apresentado pode dar importantes contributos teóricos para a disciplina de marketing, nomeadamente no ramo do marketing relacional e em particular num serviço de saúde, reforçando-se assim também a literatura na área específica da saúde.

O conceito de cocriação de valor ocupa um papel extremamente importante, pois reflete a atual lógica do marketing e a importância de olhar para o público-alvo como um colaborador na produção do serviço. Em saúde, este processo permite a realização de benefícios para o seu utilizador (McColl-Kennedy *et al.*, 2009). A partir da presente investigação, comprova-se que recursos dos utilizadores dos serviços de saúde têm impacto no processo de cocriação de valor, e quais os resultados provenientes desse processo. Assim, teoricamente o modelo proposto fornece uma contribuição para a literatura nos seguintes níveis:

- Permite identificar quais os antecedentes (expressos em recursos do utilizador) que têm impacto positivo e significativo no processo de cocriação de valor.
- A escala apresentada para mensurar a cocriação de valor concetualizada como um constructo de segunda ordem, embora assuma um carácter de natureza exploratória apresenta uma fiabilidade de 98% e uma variância média extraída de 98,9%, constituindo assim nova informação para mensurar este conceito.
- Embora os efeitos de moderação representados no modelo teórico, não tenham sido confirmados, a interpretação dos resultados permitiu identificar que a Empatia, a Confiança e o DART podem contribuir para o processo de cocriação de valor de um encontro de um serviço, enquanto antecedentes.
- O estudo realizado permitiu ainda confirmar a relevância da partilha da experiência de problemas de saúde enquanto fator social, sublinhando ainda a necessidade dos utilizadores procurarem informação junto de outras pessoas.
- O desenvolvimento da escala “Partilha de Experiências de Problemas de Saúde” revelou-se consistente e fiável pelo que poderá ser utilizada em investigações posteriores.
- A participação do utilizador nos encontros de serviços de saúde reflete-se em vários resultados, pelo que deverá ser explorado também estas conclusões em outros serviços.
- O estudo foi aplicado à população em geral, solicitando-se aos inquiridos que respondessem ao questionário em relação ao último encontro de um serviço de saúde, o que favorece as respostas em termos gerais. No entanto, continuam a existir problemas como a amostra por conveniência que sugerem preocupações ao fazer generalizações (Vilelas, 2009), embora a forma especificada de perguntar possibilita a eliminação de uma parte do problema.

Estas contribuições teóricas têm implicações no âmbito profissional, dando origem a várias recomendações que poderão ser implementadas nos serviços de saúde, para que consigam melhorar os seus resultados.

As implicações práticas desta investigação estão descritas na próxima seção.

8.3. Implicações Práticas

A tomada de consciência pelas organizações de saúde sobre a importância do envolvimento do seu utilizador pode contribuir para importantes ganhos na gestão da doença quer para o utilizador em si, quer para a organização. O reconhecimento da importância dos vetores apresentados e a sensibilização do novo perfil do utilizador poderá conduzir a ganhos da qualidade de vida e diminuição de custos (repetição da consulta, repetição de diagnósticos complementares ou outros). Assim, a formulação da estratégia da organização deve conter planos para envolver o seu utilizador e retirar benefícios. Por exemplo, a confirmação da qualidade percebida e da satisfação poderá ajudar a melhorar a imagem das organizações de saúde enquanto prestadores de cuidados de excelência.

O marketing está a direccionar-se para o paradigma relacional e as organizações de saúde devem acompanhar essa tendência, devendo estar conscientes da importância do relacionamento com os seus utilizadores, sendo o encontro do serviço médico um momento efetivo e poderoso para cocriar valor. Além disso, as organizações de saúde devem reconhecer a importância das novas tecnologias de comunicação para se promover e interagir com os seus utilizadores, devendo assim criar mecanismos de relacionamento e envolvimento nestes ambientes, criando também um eixo diferenciador que lhe garanta vantagem competitiva. A Internet, em particular, oferece ainda a possibilidade da organização promover o enriquecimento da literacia em saúde, com carácter fidedigno, auxiliando de maneira indireta os profissionais de saúde, nas explicações nos encontros dos serviços de saúde. A comunicação através da página de Facebook explicando algumas doenças alinhada com a apresentação de alguns dos serviços da organização poderá ser uma boa sugestão. De igual forma, numa ótica de apresentação de ganhos para o utilizador, será interessante a publicação do número de consultas e a respetiva taxa de cura. Os rastreios

gratuitos, a consulta online, a possibilidade de marcação de consultas online, a possibilidade de colocar questões assincronamente são umas das formas que poderão levar à diferenciação e ao utilizador querer participar nessa organização de saúde.

Prahalad & Ramaswamy (2004) referiu que cada evento (de saúde) constitui uma experiência para o utilizador, pelo que as organizações de saúde devem ter presente o próprio contexto do encontro do serviço de saúde. Assim, torna-se importante diferenciar o próprio espaço/lugar. Sendo o próprio hospital simbolizado pela doença, a criação de espaços uniformes com cheiro uniformes tornando um ambiente mais leve e descontraído (uma das participantes das entrevistas referiu informalmente “janelas grandes” e “cores brancas”), poderá criar um ambiente de espera mais harmonioso, relaxando o utilizador. Neste espaço, podem ser criadas também práticas que enriqueçam a literacia em saúde.

O modelo teórico permitiu concluir que o recurso motivação para participar é o que apresenta maior efeito no utilizador no processo de cocriação, pelo que na lógica do marketing relacional, as organizações, deverão saber comunicar, envolver e seduzir os seus utilizadores para estes sentirem-se motivados para agirem mais proativamente nas decisões conjuntas durante os encontros de serviços de saúde.

Numa perspetiva da lógica dominante do serviço, os utilizadores dos serviços de saúde ao quererem colaborar e integrar os seus recursos durante o processo de cocriação de valor irão explorar a sua participação durante o encontro com o profissional de saúde, tentando gerar conhecimento e encontrar a melhor solução para o seu problema de saúde. Com expectativas superadas face a este encontro, há uma maior probabilidade de relatar positivamente a sua experiência e a sua relação com os profissionais e organização de saúde aos seus amigos, familiares e conhecidos. Estes conceitos de marketing na saúde deveriam ser lecionados, como refere Simonds (1974) durante o plano de curso das licenciaturas que formam profissionais de saúde.

8.4. Limitações e Sugestões para Investigação Futura

Este ponto apresenta algumas limitações do estudo. Com base nestas limitações são também sugeridas propostas de investigação futura.

Como em qualquer investigação o fator tempo constitui sempre uma barreira, limitando a realização de outros estudos complementares ou mais aprofundados que poderiam enriquecer o documento. Uma segunda limitação prende-se com os fatores psicográficos (tanto do utilizador mas também do profissional de saúde) que podem influenciar o grau de envolvimento e por sua vez o processo de cocriação de valor. Além disso, o tipo de patologia também reflete o modo de estar num encontro de um serviço de saúde. Esses fatores não foram analisados neste estudo. Também o tempo de espera para uma consulta médica pode refletir-se na disposição do utilizador do serviço e na qualidade percebida. Essa variável também não foi mensurada constituindo outra limitação.

Como se planeou usar a análise confirmatória, as escalas que resultaram da combinação de itens de várias escalas não foram pré-testadas. Alguns itens da escala da perícia enquanto utilizador podem inclusive confundir-se com os itens da literacia em saúde, no entanto devem ser percecionados como resultado da experiência do utilizador do serviço. O modelo concetual proposto obrigou à construção do questionário que ficou bastante extenso. A saturação do seu preenchimento pode ter levado, sobretudo nas perguntas finais a alguma aleatoriedade de resposta.

Assim, para finalizar propõe-se algumas sugestões de investigação futura. A primeira sugestão prende-se com aplicação do modelo concetual apenas a utilizadores de uma determinada patologia. Também seria interessante testar o modelo em utilizadores de outros sistemas nacionais de saúde e verificar as diferenças.

O estudo da análise do tempo de espera antes do encontro do serviço médico como influenciador no processo de cocriação de valor é outra recomendação. De igual forma, este fator também poderá ter impacto nos resultados, pelo que se sugere essa análise também. Sugere-se ainda o aperfeiçoamento da escala da perícia enquanto utilizador. A análise do suporte

social como via de cocriação de valor é outra sugestão que evidenciou poder algum impacto neste processo. Sugere-se ainda testar outros recursos do utilizador (por exemplo: experiências com marcas de organizações de saúde, etnia, estilo de vida, as emoções, personalidade), que possam comprovar-se com impacto positivo e significativo no processo de cocriação de valor.

Por fim, uma futura investigação recai sobre a aplicação da escala literacia em saúde e orientação para a procura de informação no processo de cocriação de valor apenas em utilizadores de uma determinada patologia na perspetiva se tentar confirmar o seu efeito positivo.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboumatar, H. J., Carson, K. A, Beach, M. C., Roter, D. L., & Cooper, L. a. (2013). The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1469–76.
- Aday, L. A, & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–20.
- Alba, J. W., & Hutchinson, W. (1987). Dimensions of Consumer Expertise. *Journal of Consumer Research*, 13(March), 411–454.
- Albrecht, K., & Zemke, R. (1985). *Service America! Doing Business in the New Economy*. Homewood IL.: Dow Jones-Irwin.
- Alexandris, K., Dimitriadis, N., & Markata, D. (2002). Can perceptions of service quality predict behavioral intentions? An exploratory study in the hotel sector in Greece. *Managing Service Quality*, 12(4), 224–231.
- Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2013). Perceptions of Service Quality and Behavioral Intentions: A Mediation Effect of Patient Satisfaction in the Private Health Care in Malaysia. *International Journal of Marketing Studies*, 5(4), 15–30.
- Alves, H. M. B. (2003). *Uma Abordagem de Marketing à Satisfação do Aluno no Ensino Superior Público: Índice, Antecedentes e Consequências*. Tese de doutoramento. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Amabile, T. M. (1996). Creativity and innovation in organizations. *Harvard Business School*, 5, 1–15.
- Andreu, L., Sánchez, I., & Mele, C. (2010). Value co-creation among retailers and consumers: New insights into the furniture market. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 17(4), 241–250.
- Anker, A. E., Reinhart, A. M., & Feeley, T. H. (2011). Health information seeking : A review of measures and methods. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 346–354.
- Armstrong, N., & Powell, J. (2009). Patient perspectives on health advice posted on Internet discussion boards: a qualitative study. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 12(3), 313–20.
- Arnould, E. J., Price, L. L., & Malshe, A. (2006). Toward a cultural resource-based theory of the customer. In Robert F. Lusch & S. L. Vargo (Eds.), *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions* (pp. 91–104). M.E. Sharpe.

Association, A. M. (2008). *The American Marketing Association Releases New Definition for Marketing*. Disponível em:

[http://www.marketingpower.com/aboutama/documents/american%20marketing%20association%20releases%20new%20definition%](http://www.marketingpower.com/aboutama/documents/american%20marketing%20association%20releases%20new%20definition%20)

Augusto, P., Miguel, C., & Salomi, G. E. (2004). Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção, 14*(1), 12–30.

Ayonrinde, O. (1998). Patients in cyberspace : information or confusion ? *Postgraduate Medical Journal, 74*, 449–450.

Badcott, D. (2005). The expert patient: valid recognition or false hope? *Medicine, Health Care, and Philosophy, 8*(2), 173–8.

Bagozzi, R.P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science, 16*, 74–94.

Bagozzi, Richard P., & Dholakia, U. (1999). Goal Setting and Goal Striving in Consumer Behavior. *Journal of Marketing, 63*, 19.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 878–83.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V, Clark, W. S., & Nurss, J. (1997). The Relationship of Patient Reading Ability to Self-reported Health and use of Health Services. *American Journal of Public Health, 87*(6), 1027–1030.

Balkrishnan, R. (1998). Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics, 20*(4), 764–71.

Ballantyne, D. (2004). Dialogue and its role in the development of relationship specific knowledge Dialogue and its role in the development of relationship specific knowledge. *Journal of Business & Industrial Marketing, 19*(2), 114-123.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173–82.

Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-Patient Communication in the Primary Care Office : A Systematic Review, 25–38.

Bell, S. J., & Eisingerich, A. B. (2007). The paradox of customer education: Customer expertise and loyalty in the financial services industry. *European Journal of Marketing, 41*(5/6), 466–486.

- Bendapudi, N., & Leone, R. P. (2003). Psychological Implications of Customer Participation in. *Journal of Marketing*, 67(January), 14–28.
- Bennenbroek, F. T. C., Buunk, B. P., van der Zee, K. I., & Grol, B. (2002). Social comparison and patient information: what do cancer patients want? *Patient education and counseling*, 47(1), 5–12.
- Berry L., Zeithaml A., P. A. (1985). Quality counts in services too. *Business Horizons*, 44–52.
- Berthon, P., & John, J. (2006). From Entities to Interfaces. In R. Vargo, Stephen; Lusch (Ed.), *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions* (pp. 196–207). Nova lorque: M.E. Sharpe.
- Bettencourt, L. A. (1997). Customer Voluntary Performance: Customers As Partner in Service Delivery, *Journal of Retailing*, 73(3), 383–406.
- Bitner, M. J. (1996). Evaluating Services Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 54, 69–82.
- Bitner, M. J., Booms, B. H.-, & Mohr, L. A. (1994). Critical Service Encounters: The Employee's Viewpoint. *Journal of Marketing*, 58, 95–106.
- Bitner, M. J., Faranda, W. T., Hubbert, A. R., & Zeithaml, V. a. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 193–205.
- Bloemer, J., Ruyter, K., & Wetzels, M. (1999). Linking perceived service quality and service loyalty: a multi-dimensional perspective. *European Journal of Marketing*, 33(11/12), 1082–1106.
- Boberg, E. W., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., Offord, K. P., Koch, C., Wen, K.-Y., ... Salner, A. (2003). Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Education and Counseling*, 49(3), 233–42.
- Borzekowski, D. L. G., & Rickert, V. (2001). Adolescent cybersurfing for health information: A new resource that crosses barriers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 813–817.
- Bos, A., Vosselman, N., Hoogstraten, J., & Prahlandersen, B. (2005). Patient compliance: a determinant of patient satisfaction? *The Angle orthodontist*, 75(4), 526–31.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Valarie, A. (1993). A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, 7–27.
- Bowen, D. E. (1986). Managing customers as human resources in service organizations. *Human Resource Management*, 25(3), 371–383.

- Brashers, D. E. (2001). Communication and Uncertainty Management. *Journal of Communication, 51*, 477–497.
- Brashers, D. E., Goldsmith, D. J., & Hsieh, E. (2002). Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. *Human Communication Research, 28*(2), 258–271.
- Brody D.S. (1980). The patient's role in clinical decision making.pdf. *Annals of Internal Medicine, 93*, 718–722.
- Brucks, M. (1985). The Effects of Product Class Knowledge on Information Search Behavior. *Journal of Consumer Research, 12*(1), 1–16.
- Buchanan, H., & Coulson, N. S. (2007). Accessing dental anxiety online support groups: an exploratory qualitative study of motives and experiences. *Patient Education and Counseling, 66*(3), 263–9.
- Bull, S. A., Hu, X. H., Hunkeler, E. M., Lee, J. Y., Ming, E. E., Markson, L. E., & Fireman, B. (2002). Discontinuation of Use and Switching Influence of Patient-Physician Communication. *The Journal of the American Medical Association, 288*(11), 1403–1409.
- Cahill, J. (1998). Patient participation – a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 119–128*.
- Caiata Zufferey, M., & Schulz, P. J. (2009). Self-management of chronic low back pain: an exploration of the impact of a patient-centered website. *Patient Education and Counseling, 77*(1), 27–32.
- Campbell, C., Maglio, P. P., & Davis, M. M. (2011). From self-service to super-service : a resource mapping framework for co-creating value by shifting the boundary between provider and customer. *Information Systems and e-Business Management, 9*(2), 173–191.
- Carlsson, M. (2000). Cancer patients seeking information from sources outside the health care system. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational association of Supportive Care in Cancer, 15*, 453–457.
- Carvalho, M.J. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde - uma abordagem estratégica*. Porto: Vida Económica
- Cermak, D. S. P., File, K. M., & Prince, R. A. (2011). customer participation in service specification and delivery. *Journal of Applied Business Research, 10*(2), 90–97.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared Decision - Making the Medical Encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine, 44*(5), 681–692.
- Chathoth, P., Altinay, L., Harrington, R. J., Okumus, F., & Chan, E. S. W. (2013). Co-production versus co-creation: A process based continuum in the hotel service context. *International Journal of Hospitality Management, 32*, 11–20.

- Churchill, G. A. (1979). A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64–73.
- Churchill, I. (2010). *Marketing Research Methodological Foundations* (10th ed.). South-Western: Cengage Learning.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. a. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 29–35.
- Civan, A., & Pratt, W. (2007). Threading together patient expertise. In *Proceedings of the AMIA 2007* (pp. 140-144).
- Claycomb, C., Lengnick.Hall, C. A., & Inks, L. W. (2001). The Customer as a Productive Resource: A Pilot Study and Strategic Implications. *Journal of Business Strategies*, 18(1), 47–69.
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet : the state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671–692.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist*, 59(8), 676–84.
- Collins, M., Crowley, R., Karlawish, J. H. T., & Casarett, D. J. (2004). Are depressed patients more likely to share health care decisions with others? *Journal of Palliative Medicine*, 7(4), 527–32.
- Cotten, S. R., & Gupta, S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1795–1806.
- Coulson, N. S., Buchanan, H., & Aubeeluck, A. (2007). Social support in cyberspace: a content analysis of communication within a Huntington's disease online support group. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 173–8.
- CP, C., Gibson, C., CT, L., & AI, E. (2000). Relationship of symptom-onset-to-balloon time and door-to-balloon time with mortality in patients undergoing angioplasty for acute myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association*, 283(22), 2941–2947.
- Craveiro, M. (2007). *Formação em Contexto: Um Estudo de Caso no Âmbito da Pedagogia da Infância*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Braga.
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193–218.
- Czepiel, John A. (1990). Service encounters and service relationships: Implications for research. *Journal of Business Research*, 20(1), 13–21.

- Czepiel, Jonh A. (1990). Service Encounters ans Service Relationships: Implication for research. *Journal of Business Research*, 20, 13–21.
- Daniel, K., & Darby, D. N. (1997). A dual perspective of customer orientation : a modification , extension and application of the SOCO scale. *International Journal*, 8(2), 131–147.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The Social Psychology of Illness Support Groups. *American Psychologist*, 55(2), 205–217.
- Dellande, S., Gilly, M. C., & Graham, J. L. (2004). Gaining Compliance and Losing Weight : The Role of the Service Provider in Health Care Services. *Journal of Marketing*, 68(July), 78–91.
- Dimatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101–2107.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University.
- Donabedian, A. (2001). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.
- Dong, B., Evans, K. R., & Zou, S. (2007). The effects of customer participation in co-created service recovery. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 123–137.
- Draper, M. (1997). *Involving consumers in improving hospital care: lessons from Australian hospitals*. Technology. Canberra: Public Affairs, Parliamentary and Access Branch.
- Dutta, M. J., Bodie, G. D., & Basu, A. (2008). Health Disparity and the Racial Divide among the Nation ' s Youth : Internet as a Site for Change? In Anna, Everett (Ed), *Learning Race and Ethnicity: Youth and Digital Media* (pp. 175–197). The MIT Press
- Dutta-Bergman, M. (2005). Developing a Profile of Consumer Intention to Seek Out Additional Information Beyond a Doctor : The Role of Communicative and Motivation Variables. *Health Communication*, 17(1), 1–16.
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16(3), 273–88.
- Edgren, L. (1991). *Service Management Inom Svensk Hälso*. Lund, Sweden: Lund University Press.
- Edvardsson, B. (2005). Cocreating Customer Value Through Hyperreality in the Prepurchase Service Experience. *Journal of Service Research*, 8(2), 149-161.
- Edwards, A, Hood, K., Matthews, E., Russell, D., Russell, I., Barker, J., ... Stott, N. (2000). The effectiveness of one-to-one risk communication interventions in health care: a systematic review. *Medical Decision Making*, 20(3), 290–297.

- Edwards, Adrian, Elwyn, G., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Holmes-Rovner, M., ... Russell, I. (2003). The development of COMRADE—a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient Education and Counseling*, *50*(3), 311–322.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, *12*(1), 130.
- Ehnfors, M., & Smedby, B. (1993). Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: problems of sampling, non-response and other losses. *Quality assurance in health care : the official journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care / ISQA*, *5*(1), 19–32.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics*, *13*(5), 503–514.
- Elliott, R. (2009). Non-adherence to medicines: not solved but solvable. *Journal of Health Services Research & Policy*, *14*(1), 58–61.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, *50*(460), 892–9.
- Eng, T. R., Maxfield, A., Patrick, K., Deering, M. J., Ratzan, S. C., & Gustafson, D. H. (1998). Access to health information and support: a public highway or a private road? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *280*, 1371–1375.
- Engel, J. F., Kegerreis, R. J., & Blackwell, R. D. (1969). Word-of-Mouth Communication by the Innovator. *Journal of Marketing*, *33*(3), 15.
- Ennew, C. T., & Binks, M. R. (1999). Impact of Participative Service Relationships on Quality, Satisfaction and Retention: An Exploratory Study. *Journal of Business Research*, *46*, 121–132.
- Entwistle, V. A., France, E. F., Wyke, S., Jepson, R., Hunt, K., Ziebland, S., & Thompson, A. (2011). How information about other people's personal experiences can help with healthcare decision-making: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, *85*(3), e291–8.
- Espanha, R. (2009). *Saude e Comunicação num Sociedade em Rede - o caso português* (pp. 1–173). Lisboa: Monitor.
- Etgar, M. (2008). A descriptive model of the consumer co-production process. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *36*, 97–108.

- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P., & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, *301*(September), 575–580.
- Ferreira, P. L. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, *33*, 93–112.
- Ficarra, B. (2010). *Deeply connect and engage your patients with empathy*. Social Media's leading physician voice. Disponível em: <http://www.kevinmd.com/blog/2010/11/deeply-connect-engage-patients-empathy.html>.
- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2004). *Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação*. São Paulo: Bookman.
- Flocke, S. A., Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *The Journal of Family Practice*, *51*, 835–840.
- Forneil, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, *56*(January), 6–21.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with unobservable Variables and Measurement Errors. *Journal of Marketing Research*, *18*(1), 39–50.
- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: LusoCiência.
- Fox, S. (2011). *The Social Life of Health Information*. Pew Research Center's Internet & American Life Project. Disponível em: <http://pewinternet.org/Reports/2011/Social-Life-of-Health-Info.aspx>.
- France, E. F., Wyke, S., Ziebland, S., Entwistle, V. a, & Hunt, K. (2011). How personal experiences feature in women's accounts of use of information for decisions about antenatal diagnostic testing for foetal abnormality. *Social science & medicine*, *72*(5), 755–62.
- Franke, N., Keinz, P., & Steger, C. J. (2009). Testing the Value of Customization: When Do Customers Really Prefer Products Tailored to Their Preferences? *Journal of Marketing*, *73*(5), 103–121.
- Franke, N., & Schreier, M. (2010). Why Customer Value Mass-customized Products: the Importance of Process Effort and Enjoyment. *Journal of Product Innovation Management*, *27*(7), 1020–1031.
- Freedman, D. a, Bess, K. D., Tucker, H. a, Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. a. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, *36*(5), 446–51.

- Friedmann, J., Pereira, C. S., Madeira, A. I., & Pimenta, R. (1996). *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. Oeiras: Celta.
- Fuentes, C. M. (1991). Measuring hospital service quality: a methodological study. *Managing Service Quality*, 9(4), 230–240.
- Füller, J., Bartl, M., Ernst, H., & Muhlbacher, H. (2006). Community based innovation: How to integrate members of virtual communities into new product development. *Electronic Commerce Research*, 6, 57–73.
- Füller, Johann. (2010). Refining Virtual Co-Creation from a Consumer Perspective. *California Management Review*, 52(2), 98–123.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
- Gabriel, Y. (2004). The Voice of Experience and the Voice of the Expert - Can they speak to each other? In B. Hurwitz, T. Greenhalgh, & V. Skultans (Eds.), *Narrative Research in Health and Illness* (pp. 168–186). Oxford: Blackwell Publishing.
- Gallagher, S. M. (1999). Rethinking access in an information age. *Ostomy Wound Management*, 45(9), 12–14, 16.
- Garvin, B. J., Huston, G. P., & Baker, C. F. (1992). Information used by nurses to prepare patients for a stressful event. *Applied Nursing Research*, 5(4), 158–163.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V, Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., Fehrenbach, S.N., Ren, J. & Koplan, J.P. (1999). Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *Journal of the American Medical Association*, 281, 545–551.
- Gazmararian, J., Baker, D., Parker, R., & Blazer, D. (2000). A Multivariate Analysis of Factors Associated with Depression. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3307–3314.
- Gebauer, H., Johnson, M., & Enquist, B. (2010). Value co-creation as a determinant of success in public transport services A study of the Swiss Federal Railway. *Managing Service Quality*, 20(6), 511–530.
- Gill, L., & White, L. (2008). The Co-Creation of Public Healthcare Service Quality: A Triadic Model. In AnZmac (Ed.), (pp. 1–9). The University of Sydney.
- Gillett, J. (2003). Media activism and Internet use by people with HIV/AIDS. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 608–24.
- Grissemann, U. S., & Stokburger-Sauer, N. E. (2012). Customer co-creation of travel services: The role of company support and customer satisfaction with the co-creation performance. *Tourism Management*, 33(6), 1483–1492.

- Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*, 16(7), 30-41.
- Grönroos, C. (1994). From Marketing Mix to Relationship Marketing: Towards a Paradigm Shift in Marketing. *Management Decision*, 32(2), 4–20.
- Grönroos C. (2007). *Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition*. (3^a ed.). Chicester: Wiley.
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited : who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, 20(4), 298.314.
- Grönroos, C., & Ravald, A. (2010). *Marketing and the Logic of Service : Value Facilitation , Value Creation and Co-creation, and Their Marketing Implications*. Helsinki: Hanken School of Economics.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso* (pp. 1–95). Cascais: Principia Editora.
- Gummesson, E., & Mele, C. (2010). Marketing as Value Co-creation Through Network Interaction and Resource Integration. *Journal of Business*, 4, 181–198.
- Gurău, C. (2009). Marketing flexibility in the context of the service-dominant logic. *The Marketing Review*, 9(3), 185–197.
- Habbal, Y. (2011). Patient's Satisfaction and Medical Care Service Quality. *International Journal of Business and Public Administration*, 8(2), 95–113.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7^a ed.). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811–818.
- Hall, M. a, Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health services research*, 37(5), 1419–39.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670–674.
- Hams, S. P. (1997). Concept analysis of trust: a coronary care perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(6), 351–356.
- Harrington, J. (2004). Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 52, 7–16.

- Hart, A., Henwood, F., & Wyatt, S. (2004). The role of the Internet in patient-practitioner relationships: findings from a qualitative research study. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e36.
- Hartzler, A., & Pratt, W. (2011). Managing the personal side of health: how patient expertise differs from the expertise of clinicians. *Journal of medical Internet research*, 13(3), e62
- Heldal, F., & Tjora, A. (2009). Making sense of patient expertise. *Social Theory & Health*, 7(1), 1–19.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135–48.
- Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., & Smith, J. (2003). “Ignorance is bliss sometimes”: constraints on the emergence of the “informed patient” in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 589–607.
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21(2), 185–191.
- Hinkin, T. (1995). A review of scale development practices in the study of organizations. *Journal of Management*, 21(5), 967–988.
- Hinton, L., Kurinczuk, J. J., & Ziebland, S. (2010). Infertility; isolation and the Internet: a qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 436–41.
- Hofste, A. M. (2013). What are the motivations for (European) customers to participate in online co-creation? In *1st IBA Bachelor Thesis Conference*. Enschede: University of Twente, Faculty of Management and Governance.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(10), S58–60.
- Hollander, S. C. (1985). A Historical Perspective on the Service Encounter. In J. Czepiel, M. Solomon, & C. Surprenant (Eds.), *The Service Encounter* (pp. 49–64). Lexington: Lexington Books.
- Hollway, W. (1991). *Work Psychology and Organizational Behaviour: Managing the Individual at Work*. *The Academy of Management Review* (Vol. 17). London: Sage Publications.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118, 371–7.
- Hoyer, W. D., Chandy, R., Dorotic, M., Krafft, M., & Singh, S. S. (2010). Consumer Cocreation in New Product Development. *Journal of Service Research*, 13(3), 283–296.

- Hult, G. T. M., & Lukas, B. a. (1995). Classifying health care offerings to gain strategic marketing insights. *Journal of Services Marketing*, 9(2), 36–48.
- Hunt, S. D., Arnett, D. B., & Madhavaram, S. (2006). The explanatory foundations of relationship marketing theory. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 21(2), 72–87.
- INE/UMIC - Agência para a Sociedade do Conhecimento. (2011). Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação pelas Famílias. Disponível em: http://www.unic.pt/index.php?option=com_content&task=v
- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. (I. of Medicine, Ed.). Washington DC: The National Academies Press.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 11(2), 113–22.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 52(4), 609–20.
- Jackson, L. D. (1992). Information Complexity and Medical Communication: The Effects of Technical Language and Amount of Information in a Medical Message. *Health Communication*, 4(3), 197–210.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of health and social behavior*, 27(3), 250–64.
- Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient education and counseling*, 57(3), 308–14. «
- Jamison, R. N., Ross, M. J., Hoopman, P., Griffin, F., Levy, J., Daly, M., & Schaffer, J. L. (1997). Assessment of postoperative pain management: Patient satisfaction and perceived helpfulness. *Clinical Journal Of Pain*, 13(3), 229–236.
- Janssen, C., Ommen, O., Neugebauer, E., Lefering, R., & Pfaff, H. (2007). How to improve satisfaction with hospital stay of severely injured patients. *Langenbeck's archives of surgery*, 392(6), 747–60.
- Jensen, N. (1994). The empathic physician (letter). *Archives of Internal Medicine*, 154, 106.
- Jeppesen, L. B., & Molin, M. J. (2003). Consumers as Co-developers: Learning and Innovation Outside the Firm. *Technology Analysis & Strategic Management*, 15(3), 363-383.
- Johnson, J. D. (1997). *Cancer-related information seeking*. Cresskill: Hempton Press.

- Jun, F., Jun, Z., & Jingyi, H. (2010). Empirical Research on the Influence of Medical Care Service Encounter Quality on Customer Trust and Behavioral Intentions. In *Proceedings of the International Conference on E-Product, E-Service and E-Entertainment, 7-9 Novembro 2010*.
- Kassirer, J. P. (2000). Patients, Physicians, And The Internet. *Health Affairs, 19*(6), 115-123.
- Katz, E., Blumler, J. G., & Gurevitch, M. (1974). Utilization of mass communication by the individual. In *The Uses of Mass Communication*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Kelley, S. W., Donnelly, J. H., & Skinner, S. J. (1990). Customer participation in service production and consumption. *Journal of Retailing, 66*, 315–335.
- Kenny, D. a., & Judd, C. M. (1984). Estimating the nonlinear and interactive effects of latent variables. *Psychological Bulletin, 96*(1), 201–210.
- Kim, D. H. (1993). The Link between Individual and Organizational Learning. *Sloan Management Review, (Fall)*, 31–50.
- Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiwan, I. (2011). *Marketing 3.0 - Do Produto e do Consumidor até ao Espírito Humano* (1ª ed.). Lisboa: Actual Editora.
- Kraetschmer, N., Sharpe, N., Urowitz, S., & Deber, R. B. (2004). How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 7*(4), 317–26.
- Kupfer, D. J., Drew, F. L., Curtis, E. K., & Rubinstein, D. N. (1978). Personality style and empathy in medical students. *Journal of Medical Education, 53*(6), 507–509.
- Kwan, B., Frankish, J., & Rootman, I. (2006). *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations*. Vancouver.
- Lapierre, J., Filiatrault, P., & Chebat, J. (1999). Value Strategy Rather Than Quality Strategy : *Journal of Business Research, 45*, 235–246.
- Lazarus, R. S. (1999). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1–21.
- Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine, 58*(7), 1309–21.
- Lehoux, P., Poland, B., & Daudelin, G. (2006). Focus group research and “the patient’s view”. *Social Science & Medicine (1982), 63*(8), 2091–104.
- Lengnick-Hall, C. A., Claycomb, V. (Cindy), & Inks, L. W. (2000). From recipient to contributor: examining customer roles and experienced outcomes. *European Journal of Marketing, 34*(3/4), 359–383.

- Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C., Smith, D. G., Lazaro, C. G., & Wolfson, H. G. (1990). Patients' Perceived Involvement in Care Scale: Relationship to Attitudes about Illness and Medical Care. *Journal of General Internal Medicine*, *5*, 29–33.
- Levy, S. M., Herberman, R. B., Lee, J. K., Lippman, M. E., & d'Angelo, T. (1989). *Breast conservation versus mastectomy: distress sequelae as a function of choice*. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* (Vol. 7, pp. 367–375).
- Leydon, G. M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., & Mcpherson, K. (2000). Cancer patients' information needs and seeking behaviour : in depth interview study. *British Medical Journal*, *320*(April), 909–913.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D., & Härter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, *65*, 69–78.
- Longo, D. R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: a comprehensive and integrated model. *Health Expectations : an International Journal of Public participation in Health Care and Health Policy*, *8*(39), 189-194.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2007). *Marketing de Serviços: Pessoas, Tecnologia e Resultados* (5ª ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Lusch, R F, Vargo, S. L., & Wessels, G. (2008). Toward a conceptual foundation for service science : Contributions from service-dominant logic. *International Business*, *47*(1), 5–14.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing Theory*, *6*(3), 281–288.
- Lusch, Robert F, & Vargo, S. L. (2006). Service-Dominant Logic as a foundation for a general theory. In M. E. Sharpe (Ed.), *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions* (pp. 406–420). New York.
- Lusch, Robert F., Vargo, S. L., & O'Brien, M. (2007). Competing through service: Insights from service-dominant logic. *Journal of Retailing*, *83*(1), 5–18.
- Lynn-sMcHale, D. J., & Deatrick, J. A. (2000). Trust Between Family and Health Care Provider. *Journal of Family Nursing*, *6*(3), 210–230.
- Machado, A. (2010). *A Co-criação de valor em serviços públicos de saúde: o caso dos projetos no âmbito do PORI*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.

- MacStravic, S. (2000). The Downside of Patient Empowerment: while consumers and managed care alike applaud the trend toward empowering patients, this shift has placed new and sometimes overwhelming burdens on consumers. *Health Forum Journal*, 43, 30–31.
- Magasi, S., Durkin, E., Wolf, M. S., & Deutsch, A. (2009). Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(2), 206–12.
- Malhotra, N. . (2010). *Marketing Research: An Applied Orientation* (6^o ed., p. 643). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Mancuso, C. a, & Rincon, M. (2006). Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: the role of health literacy. *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma*, 43(1), 41–4.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10(3), 248–55.
- Manganello, J. a. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840–7.
- Marôco, J. (2010a). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2010b). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS* (3^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, L. R., DiMatteo, M. R., & Lepper, H. S. (2001). Facilitation of patient involvement in care: development and validation of a scale. *Behavioral Medicine*, 27(3), 111–120.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & Dimatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, 1(3), 189–199.
- Martion, C. L., & Clark, T. (1996). Networks of Customer-to-Customer in Marketing: Conceptual Foundations and Implications. In D. Iacobucci (Ed.), *Networks in Marketing* (pp. 342–366). Vanderbilt University: Sage Publications.
- McClung, H. J., Murray, R. D., & Heitlinger, L. A. (1998). The Internet as a source for current patient information. *Pediatrics*, 101(6), 1–4.
- McColl-Kennedy, J.R., Vargo, S. L., Dagger, T., & Sweeney, J. C. (2009). Customers as Resource Integrators: Styles of Customer Co-creation. In Proceedings of *Naples Forum on Services: Service-Dominant Logic, Service Science and Network Theory* (pp. 1–24). Capri.
- McColl-Kennedy, Janet R, Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. Van. (2012). HealthCare Customer Value CoCreation Practice Styles. *Journal of Service Research*, 1–29.
- McDonnell, P., & Jacobs, M. (2002). Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother*, 36, 1331–1336.

- Mckinley, J., Cattermole, H., & Oliver, C. (1999). The quality of surgical information on the Internet. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 44, 265–268.
- Mechanic, D., & Schlesinger, M. (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 275(21), 1693–1697.
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family practice*, 21(6), 699–705.
- Mercer, S. W., Reilly, D., & Watt, G. C. M. (2002). The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(484), 901–5.
- Meuter, M. L., & Bitner, M. J. (1998). Self-Service Technologies: Extending Service Frameworks and Identifying Issues for Research. *American Marketing Association*, 9, 12–19.
- Meuter, M. L., Ostrom, A. L., Roundtree, R. I., & Bitner, M. J. (2000). Self-Service Technologies: Understanding Customer Satisfaction with Technology-Based Service Encounters. *Journal of Marketing*, 64(3), 50–64.
- Miao, L., Mattila, A. S., & Mount, D. (2011). International Journal of Hospitality Management Other consumers in service encounters : A script theoretical perspective. *International Journal of Hospitality Management*, 30(4), 933–941.
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197–206.
- Miller, J. (2007). The other side of trust in health care: prescribing drugs with the potential for abuse. *Bioethics*, 21(1), 51–60.
- Mills, P. K., Chase, R. B., & Margulies, N. (1983). Motivating the client/employee system as a service production strategy. *Academy of management review. Academy of Management*, 8(2), 301–10.
- Mohr, I. (2007). Buzz marketing for movies. *Business Horizons*, 50(5), 395–403.
- Moorman, C., & Matulich, E. (1993). A Model of Consumers' preventive health behaviors: the role of health motivation and health ability. *Journal of Consumer Research*, 20, 208–228.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129–152.
- Morgan, R. ., & Hunt, S. . (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), 20–38.

- Morisky, D. Ep. validity of a medication adherence measure in an outpatient setting., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence in an Outpatient Setting. *Journal of clinical hypertension*, 10(5), 348–54.
- Morris, T., Guard, J., Marine, S., Schick, L., Haag, D., Tsipis, G., Kaya, B., Shoemaker, S. (1997). Approaching Equity in Consumer Health Information Delivery : NetWellness. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 6–13.
- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., ... Turner, R. (2003). The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Archives of Internal Medicine*, 163(14), 1727–34.
- Myers, M. (1997). Qualitative Research in Information System (online). *Associaton for Information System*.
- N, C. (2005). Português reclama pouco. *Jornal de Notícias*. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=598683
- Nambisan, P., & Nambisan, S. (2009). Models of consumer value cocreation in health care. *Health Care Management Review*, 43(4), 344–354.
- Newnham, G. M., Burns, W. I., Snyder, R. D., Dowling, a J., Ranieri, N. F., Gray, E. L., & McLachlan, S. (2006). Information from the Internet: attitudes of Australian oncology patients. *Internal medicine journal*, 36(11), 718–23.
- Nguyen, G. T., & Bellamy, S. L. (2006). Cancer information seeking preferences and experiences: disparities between Asian Americans and Whites in the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*, 11, 173–80.
- Nightingale, S. D., Yarnold, P. R., & Greenberg, M. S. (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 420–423.
- Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The Concept of “Ba”: Building a Foundation for Knowledge Creation. *California Management Review*, 40(3), 40–54.
- Nordgren, L. (2009). Value creation in health care services – developing service productivity. Experiences from Sweden. *International Journal of Public Sector Management*, 22(2), 114–127.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e9.
- Normann, R., & Ramiréz, R. (1993). Designing interactive strategy: from value chain to value constellation. *Harvard Business*, 71(4), 65–77.

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349–364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–268.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy : a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183–184.
- Nuttavuthisit, K. (2010). If you can ' t beat them , let them join : The development of strategies to foster consumers ' co-creative practices. *Business Horizons*, 53(3), 315–324.
- O'Connor, A., Stacey, D., Entwistle, V., Rovner, D., Tait, V., Tetroe, J., ... Jones, J. (2008). *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. (T. C. Collaboration, Ed.). Wiley.
- Ojasalo, J. (1999). *Quality Dynamics in Professional Services*. Helsinki: The Swedish School of Economics and Business Administration.
- Ojasalo, Jukka. (2001). Customer Expertise: A Challenge in Managing Customer Relationships in Professional Business-to-Business Services. *Services Marketing Quarterly*, 22(2), 1–16.
- Ojasalo, K. (2003). Customers Influence on Service Productivity. *SAM Advanced Management Journal*, 68(3), 14–19.
- Ojasalo, K. (2010). The Shift from Co-Production in Services to Value Co-creation. *Business*, 16, 171–178.
- Olandt, H., & Krentz, H. (1998). Patient satisfaction-subjective quality assessment by patients and success factor for clinics. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 60(12), 721–728.
- Oliver, R. L. (1999). *Value as excellence in the consumption experience*. In M. B. Holbrook (Ed.) *Consumer value: A framework for analysis and research* (pp. 43–62). New York: Routledge.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903–918.
- Orava, M., & Tuominen, P. (2002). Curing and caring in surgical services: a relationship approach. *Journal of Services Marketing*, 16(7), 677–691.
- Ordanini, A., & Pasini, P. (2008). Service co-production and value co-creation : The case for a service-oriented architecture (SOA). *European Management Journal*, 26, 289– 297.
- Organization, W. H. (n.d.). Health literacy and health behaviour. Retrieved August 05, 2013, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497.
- Ouschan, R., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2000). Dimensions of Patient Empowerment : Implications for Professional Services Marketing. *Health Marketing*, 18(1/2), 99-114.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways linking HHealth Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), 19–26.
- Pakdil, F., & Harwood, T. N. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(1), 15–30.
- Palmer, R. H., & Nesson, H. R. (1982). A Review of Methods for Ambulatory Medical Care Evaluations. *Medical Care*, 20(8), 758–781.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 2–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(Fall), 41–50.
- Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36, 83–96.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509–13.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration of likelihood model persuasion. *Advances in Experimental Psychology*, 19, 123–205.
- Pine, B. J., & Gilmore, J. H. (1998). Welcome to the Experience Economy. *Harvard Business Review*, 76(4), 97–105.
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 2, 43–51.
- Plé, L., & Cáceres, R. C. (2010). Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic. *Journal of Services Marketing*, 6(June 2009), 430– 437.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage*. Nova Iorque: The Free Press.

- Porter, M. E. (2010). What is value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2483.
- Prahalad, C K. (2004). The Blinders of Dominant Logic. *Business*, 37(February), 171–179.
- Prahalad, C K, & Ramaswamy, V. (2004). *The Future of Competition: Co-Creating Unique Value with Customer* (p. 257). Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Prahalad, C.K. (2004). The Cocreation value in Invited Commentaries on “Evolving to a New Dominant Logic for Marketing.” *Journal of Marketing*, (January), 18–27.
- Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2000). Co-opting Customer Competence. *Harvard Business Review*, 78(79-87), 1–8.
- Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2004a). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5–14.
- Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2004b). Co-creating unique value with customers. *Strategy & Leadership*, 32(3), 4–9.
- Purvis, M., & Long, A. (2008). Wider perspectives on service-dominant logic. In *Paper nr 11 Otago Forum 2* (Vol. 2, pp. 165–185).
- Radley, A. (1999). The aesthetics of illness : narrative , horror and the sublime. *Sociology og Health & Illness*, 21(6), 778–796.
- Radwin, L. E., & Cabral, H. J. (2010). Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 683–9.
- Ramaswamy, V. (2009). Co-Creation of Value – Towards an Expanded Paradigm of Value Creation. *Marketing Review St. Gallen*, 11–17.
- Reichheld, F. & Sasser, W. E. (1990). Zero defections: Quality comes to services. *Harvard Busines*, 68, 105–111.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370.
- Ribeiro, J. L. (1994). Reconstrução de uma escla de Locus de Controlo de Saúde. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/LOcus.htm>
- Robinson, T. N., Patrick, K., Eng, T. R., & Gustafson, D. (1998). An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age. Science Panel on Interactive Communication and Health. *The Journal of the American Medical Association*, 280(14), 1264-1269.

- Rocha, L. R. M., Veiga, D. F., Oliveira, P. R., Song, E. H., & Ferreira, L. M. (2013). Health Service Quality Scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. *BMC Health Services Research, 13*(1), 24.
- Rodie, A. R., & Kleine, S. S. (2000). Customer Participation in Services Production and Delivery. In T. A. Swartz & D. Iacobucci (Eds.), *Handbook of Services Marketing & Management* (pp. 111–125). California: Sage Publications.
- Rosner, F. (2006). Patient Noncompliance: Causes and Solutions. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 73*(2), 553–559.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54–67.
- Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. In World Health Organization (Ed.). Geneva.
- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., & Lieberman, N. (1998). the primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical Care, 36*, 728–739.
- Sarasohn-Kahn, J. (2008). The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media. *California HealthCare Foundation*.
- Sarmiento, M. de L. M. A. (2011). *Episódios de socialização em feiras empresariais e relacionamentos de longo prazo: O papel mediador da qualidade da relação*. Tese de Doutorado. Universidade do Minho, Braga.
- Savitt, R. (1990). Pre-Aldersonian Antecedents to Macromarketing: Insights from the Textual Literature. *Journal of the Academy of Marketing Science, 18*(4), 293–301.
- Schaffer, R., Kuczynski, K., & Skinner, D. (2008). Producing genetic knowledge and citizenship through the Internet: mothers, pediatric genetics, and cybermedicine. *Sociology of Health & Illness, 30*(1), 145–159.
- Schlesinger, M., Mitchell, S., & Elbel, B. (2002). Voices Unheard: Barriers to Expressing Dissatisfaction to Health Plans. *The Milbank Quarterly, 80*(4), 709–755.
- Sechrest, R. C. (2010). The Internet and the Physician-Patient Relationship. *468*, 2566–2571.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. *Human Resource Development Quarterly* (Vol. 2). New York: Doubleday Currency.
- Sharp, E. B. (1980). Toward a New Understanding of Urban Services and Citizen Participation: The Coproduction Concept. *The American Review of Public Administration, 14*(2), 105–118.

- Shim, M., Kelly, B., & Hornik, R. (2006). Cancer Information Scanning and Seeking Behavior is Associated with Knowledge , Lifestyle Choices , and Screening Cancer Information Scanning a. *Journal of Health Communication*, *11*, 157–172.
- Shostack, G. L. (1985). Planning the Service Encounter. In C. Czepiel, JA, Solomon, MR and Surprenant (Ed.), *The Service Encounter* (pp. 243–254). Lexington: Lexington Books.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P. R., & Fishwick, L. (2007). How do patients evaluate and make use of online health information? *Social science & medicine*, *64*(9), 1853–62.
- Silvestro, R. (1999). Positioning services along the volume-variety diagonal. *International Journal of Operations & Production Management*, *19*(4), 399–420.
- Simonds, S. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, *2*, 1–25.
- Solomon, M. R., Surprenant, C. F., Czepiel, J. A., & Gutman, E. G. (1985). A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions the Service Encounter. *Journal of Marketing*, *49*, 99–111.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80.
- Spiro, H. M., Curnen, M. M. G., Peschel, E., & James, S. (1994). Empathy and the Practice of Medicine: Beyond pills and the scalpel. *The New England Journal of Medicine*, *330*(4), 296–297.
- Spohrer, J., & Maglio, P. P. (2008). The Emergence of Service Science : Toward Systematic Service Innovations to Accelerate Co-Creation of Value. *Production and Operations Management*, *17*(3), 238–246. doi:10.3401/poms.1080.0027
- Stavropoulou, C. (2011). Patient Education and Counseling Non-adherence to medication and doctor – patient relationship : Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling*, *83*(1), 7–13.
- Steffen, V. (1997). Life stories and shared experience. *Social Science & Medicine*, *45*(1), 99–111.
- Stevenson, F. A., Kerr, C., Murray, E., & Nazareth, I. (2007). Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice*, *8*, 1–8.
- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, *152*(9), 1423–1433.
- Stewart, T. A. (1989). New Ways to Exercise Power. *Fortune*, *120*, 52–64.

- Suchman, A. L., Roter, D., Green, M., Lipkin, M. J. (1993). Physician Satisfaction With Primary Care Office Visits. *Medical Care*, 31(12), 1083–1092.
- Surprenant, C. F., & Solomon, M. R. (1987). Predictability and Personalization in the Service Encounter. *Journal of Marketing*, 51, 86–96.
- Taljaard, A. (2013). *Developing a Scale to measure the benefits of co-production in the tourism industry*. Master Thesis. Stellenbosch University, Stellenbosch.
- Tardy, R. W., & Hale, C. L. (1998). Getting “plugged in”: A network analysis of health-information seeking among “stay-at-home moms.” *Communication Monographs*, 65(4), 336–357.
- Tasa, K., Baker, R., & Murray, M. (1996). Using Patient Feedback for Quality Improvement. *Quality Management in Health Care*, 4(2), 55–67.
- Tax, S. S., Colgate, M., & Bowen, D. E. (2006). How to prevent your customers from failing. *Sloan Management Review*, 47(3), 23–30.
- Thom, D. H., Hall, M. a., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring Patients’ Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. *Health Affairs*, 23(4), 124–132.
- Thom, David H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., Luke, D. A., & The Stanford Trust Study Physicians. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. *Medical Care*, 37(5), 510–517.
- Thom, David H., Wong, S. T., Guzman, D., Wu, A., Penko, J., Miaskowski, C., & Kusbel, M. (2011). Physician Trust in the Patient: Development and Validation of a New Measure. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 148–154.
- Thorne, S. E., & Robinson, C. A. (1988). Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 13(6), 782–789.
- Thorne, S. E., Ternulf, K., & Paterson, B. L. (2000). Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 303–311.
- Tomás, C. (2014). *Literacia em Saúde na Adolescência* Tese pra obtenção do grau de doutor em Ciências da Enfermagem. Tese de Doutorado. Universidade do Porto.
- Van der Molen, B. (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care*, 8, 238–44.
- Vargo, S. L., & Akaka, M. A. (2008). Reframing innovation with service-dominant logic. In *Frontiers in Service Conference*. Washington, DC, EUA.
- Vargo, S. L., & Akaka, M. A. (2009). Service-Dominant Logic as a Foundation for Service Science: Clarifications. *Science*, 1(1), 32–41.

- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1–17.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2006). Service-Dominant Logic: What it is, What it is not, What it might be. In *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions* (pp. 43–56). New York: M.E. Sharpe.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008a). Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1–10.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008b). Why “service”? *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36, 25–38.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2011). It 's all B2B ... and beyond : Toward a systems perspective of the market. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 181–187.
- Vargo, S. L., Maglio, P. P., & Akaka, M. A. (2008). On value and value co-creation : A service systems and service logic perspective. *McKinsey Quarterly*, 145– 152.
- Vega-Vazquez, M. (2013). The value co-creation process as a determinant of customer satisfaction. *Management Decision*, 51(10), 1945–1953.
- Vieder, J. (2002). Physician-patient interaction: What do elders want? *Journal of American Osteopathic Association*, 102(2), 73–78.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (1ª Ed., pp. 1–399). Lisboa: Edições Sílabo.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing Unto Others: Joining, Molding, Conforming, Helping, Loving*. (pp. 17–26). New Jersey: Prentice-Hall.
- Weiss, R. S. (1976). Transition States and Other Stressful Situations: Their Nature and Programs for their Management. In G. Caplan & M. Killilea (Eds.), *Support Systems and Mutual Help: Multi-Disciplinary Explorations* (pp. 213–32). New York: Grune and Stratton.
- Williams, M. V, Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family medicine*, 34(5), 383–389.
- Wind, J., & Rangaswamy, A. (2001). Customerization: The next revolution in mass customization. *Journal of Interactive Marketing*, 15(1), 13–32.
- Wind, Y., Mahajan, V., & Gunther, R. E. (2003). *Marketing de convergência: estratégias para conquistar o novo consumidor*. Brasil: Pearson Educatio.
- Wyckham, R. G., Fitzroy, P. T., & G.D. Mandry. (1975). Marketing of Services An Evaluation of the Theory. *European Journal of Marketing*, 9(1), 59–67.

- Wymer, W., & Alves, H. M. B. (2013). Scale development research in nonprofit management & marketing: a content analysis and recommendation for best practices. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 10, 65–86.
- Yi, Y., & Gong, T. (2013). Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business Research*, 66, 1279–1284.
- Yiyi, Y., & Rongqiu, C. (2008). Customer Participation : Co-creating Knowledge with Customers. *IEEE*, (70332001), 1–6.
- Zaghloul, S., & Goodfield, M. (2004). Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Archives of Dermatology*, 140(4), 408–414.
- Zaichkowsky, J. L. (1985). Measuring the involvement construct. *Journal of Consumer Research*, 12(December), 341–52.
- Zainuddin, N. (2011). *Value Co-Creation in Social Marketing Wellness Services*. PhD Thesis. Queensland University of Technology, Queensland.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195–203.
- Zeithaml, V. A. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. In J.H. Donnelly & W.R. George (Eds) *Marketing of Services*. Chicago: American Marketing Association.
- Zeithaml, V. A. (1994). Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers : What We Know and What We Need to Learn. *Journal of Academy of Marketing Science* 28, 67-85.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 31–46.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2006). Customer Perceptions of Service. In *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm* (4th ed., pp. 347–448). New York: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V.A. Bitner, M. . (2006). *Services Marketing: Integrating customer focus across the firm*. Boston: McGraw-Hill.
- Zhang, X., Chen, R., & LI, L. (2007). Developing Measures of Customerization Capabilities for Value Co-creation with Customers. *IEEE*, 3935–3938.
- Zhang, Y. (1999). Using the Internet for Survey Research : A Case Study. *Journal of the American Society for Information Science*, 51(1), 57–68.
- Ziebland, S. (2004). The importance of being expert: the quest for cancer information on the Internet. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1783–93.

- Ziebland, S., & Wyke, S. (2012). Health and Illness in a Connected World: How might sharing experiences on the Internet affect people's health? *The Milbank Quarterly*, *90*(2), 219–249.
- Zolnierek, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*, *47*(8), 826–834.
- Zwass, V. (2010). Co-Creation: Toward a Taxonomy and an Integrated Research Perspective. *International Journal of Electronic Commerce*.

ANEXOS

ANEXO I – Guião Focus Groups nº1

1. Todos vós tendes experiências recentes da vossa vida relacionada com a vossa saúde. Gostaria de saber, quando foi a ultima vez que estiveram com o vosso médico/enfermeira?
2. Certamente que já partilharam com alguém (família, amigos, outros) o que se passou com vocês e alguns detalhes do que vos aconteceu. Porque o fizeram?
3. Alguma vez usaram redes sociais, blogues, etc para exprimir o que estavam a passar ou contar a vossa experiencia? Porque o fizeram?
4. Recorreram a algum gabinete/associação/grupo de ajuda? Porque o fizeram? Como se sentiram?
5. Como se sentem após falar com os vossos amigos/família/outros sobre o que se passou com vocês?
6. Como se sentem quando contam a vossa experiência a outras pessoas ou familiares de outras pessoas que estão a passar pelo mesmo que vocês?
7. Costumam fazer questões/sugestões ao vosso médico/terapeuta durante a consulta? Porque é que o fazem? Ou porque é que não o fazem? Alguma vez questionam aquilo que o médico/terapeuta diz ou sugere? Sentem que têm capacidade para avaliar o que ele vos indica?

ANEXO II – Guião Focus Groups nº2

1. A última interação que tiveram com um profissional de saúde foi há mais de 6 meses?
2. Quando sentem/acham que têm algum problema de saúde, o que fazem? Recorrem logo ao médico? Vão à internet primeiro? Ou falam com algum amigo ou familiar?
3. Costumam trocar impressões na net ou com amigos/familiares sobre questões de saúde mesmo quando não estão doentes? Quando vão ao médico por consulta de rotina como costumam agir? Fazem sugestões de exames aos médicos ou deixam isso ao critério do médico/profissional de Saúde?
4. Acham importante existirem gabinetes/associações/grupo de ajuda para os doentes partilharem as suas experiencias? Porquê? Recorreriam caso necessitassem?
5. Quando estão doentes sentem necessidade de partilham com alguém o que vos estás a acontecer? Porque o fazem?
6. Há mais alguma coisa que gostassem de dizer sobre as temáticas que vos foram perguntadas?

ANEXO III – Categorização e codificação dos *focus groups*

Razões que levam à partilha da experiência

Razões	Comentários	Focus Group nº
Desabafo	<p>“é uma maneira de nós desabafarmos um pouco e partilharmos com os outros a nossa aflição”</p> <p>“Portanto além de desabafo”</p> <p>“então desabafava”</p>	1
	<p>“nós ao partilharmos uma coisa dessas é porque também estamos a abrir com essa pessoa”</p> <p>“mais não seja para desabafar”</p>	2
Alívio	<p>“É uma maneira de descomprimir”</p> <p>“Aliviada”</p> <p>“Aliviado”</p> <p>“sensação de alívio”</p> <p>“Eu acho que descomprimimos imenso.”</p> <p>“depois de falar com o psiquiatra, só tive 10 minutos a falar com ele, foi um alívio, pá. Foi um alívio”</p> <p>“mas foi um alívio”</p> <p>“do alívio e tal”</p>	1
	<p>“para aliviar”</p>	2
Dar Informação a outros	<p>“sabem que a gente vai fazer uma cirurgia ou tem uma doença, eu acho que nos abordam se correu bem, como é que correu quais foram os métodos que a gente e os recursos que a gente passámos até sair.”</p> <p>“como fui recebido, como é que não fui, os que tiveram de volta de mim, como é que foi a preparação para o bloco operatório, como é que foi a minha reação ao bloco operatório... essa sensação toda.”</p> <p>“acho que é para desmistificar muitas vezes aquilo que está à nossa volta”</p> <p>“também para desmistificar tudo o que está à volta e sobretudo da doença”</p> <p>“o facto partilharmos a nossa experiência não quer dizer que a nossa experiência vá ser igual à experiência da outra pessoa, mas outras pessoas que possam escutar a minha partilha podem pensar "bem pode-me acontecer exatamente o mesmo a mim, ou não" mas pelo menos já fica com uma ideia de uma das coisas que pode acontecer.”</p> <p>“e explicar”</p> <p>“há sempre essa troca sempre de ideias especialmente dos que estão há mais tempo para os que entram mais recentemente.”</p> <p>“já deu para partilhar com pessoas que querem passar pela experiência sem saber exatamente o que é que lhes vai acontecer”</p> <p>“e também há sempre essa troca de experiências.”</p> <p>“eu também sinto além de muitas vezes, do alívio e tal, também me sinto mal por saber que aquilo a quem eu vou contar se calhar não vai ter a mesma sorte que eu”</p> <p>“Eu então sinto-me mal por que se calhar estou a criar expectativa ao outro lado e depois no fim não se vai realizar como realizou a mim e não corram as coisas tão bem”</p>	1
	<p>“Portanto é uma justificação a dar. Se não pergunto e se eu digo é porque da mesma forma, como das pessoas por quem eu sinto alguma coisa, por quem gosto eu quero saber se elas estão bem ou não, eu penso que inconscientemente digo para elas também saberem como é que eu estou.”</p> <p>“é já a necessidade de informar o outro da nossa situação,”</p> <p>“Se for como familiar, com certeza será para que ele perceba se calhar a envolvimento que ele está a passar,”</p>	2
Ajudar os outros	<p>“também de certa forma poder ajudar a pessoa,”</p> <p>“Então é por essas razões, para ajudar”</p>	1

	<p>“Sinto-me bem se verificar se a pessoa com que estou a falar tem um problema semelhante ou igual e aquilo que lhe vou falar vai poder ajudá-la e se notar que a pessoa fica mais aliviada aí eu sinto-me bem comigo mesmo.”</p> <p>“Eu concordo, eu acho que sim. Plo menos os rodeiam, as pessoas que já fizeram as mesmas coisas que eu, obtiveram o mesmo aspeto eu acho que compreendem mais do que as outras pessoas que não passaram pelas mesmas situações.”</p> <p>“muitas das pessoas vem-me perguntar coisas e eu tento ajudar”</p> <p>“sempre positivo, porque é muito mais fácil um doente aceitar a opinião do outro doente, do que propriamente às vezes do médico, ou do técnico ou mesmo do enfermeiro”</p> <p>“quando eles viram e lhes expliquei, como tinha sido como tinha corrido, ficaram aliviadíssimos, parece que estavam la com uma pressão e quando lhe contei a história notei mesmo que eles ficaram bem”</p> <p>“Eu senti-me bem, porque quando o meu foi operado a angústia também foi a mesma.”</p> <p>“E notei que acho que ajudei.”</p> <p>“eu acho que consigo transmitir às pessoas que também consegui,”</p> <p>“é sempre gratificante poder ajudar os recém chegados”</p>	2
<p>Adquirir conhecimento sobre a doença</p>	<p>“pontes onde me segurar e me sinta mais seguro da doença que tenho, do que é que se passa, se costuma ser normal se não costuma, pontos que se aconteceram, o que é que eu posso trabalhar, o que é que não posso trabalhar”</p> <p>“para ajudar a mim”</p> <p>“Eu acho que no fim acaba por ter um efeito terapêutico”</p> <p>“eu pesquisei tudo o que seja relacionado com isso, tento falar ou com pessoas que já tiveram, é um meio também de acumularmos informação.”</p> <p>“Eu já fui ver as cirurgias, como é que se fazia, qual eram as taxa de resultado de sucesso.”</p> <p>“assimilar os testemunhos positivos”</p> <p>“o doente ter o interesse de procurar informação acerca da doença é sempre uma mais valia, não vai com os olhos tapados vai com alguma noção daquilo que é a doença e como será o tratamento,”</p> <p>“o doente ter o interesse de procurar informação acerca da doença é sempre uma mais valia, não vai com os olhos tapados vai com alguma noção daquilo que é a doença e como será o tratamento,”</p> <p>“com mais noção”</p> <p>“fiquei com noção do que é que pode vir a ser, o tipo de vida e de comportamento alimentar”</p> <p>“Fiquei esclarecida.”</p> <p>“acabamos por nos aculturar, vamos sempre sabendo mais alguma coisa.”</p> <p>“mas eu por exemplo eu não procuro informação exterior, procuro junto de entidades competentes, neste caso que é o meu médico. Para ter uma ideia mesmo real”</p> <p>“exato porque Às vezes, há opiniões mais populares, por assim dizer que são muito céticas, não tem fundamento científico.”</p> <p>“eu agora fui operado e tive no hospital agora e a minha preocupação era saber o que é que ia fazer se custava menos ou mais.”</p> <p>“</p>	1
	<p>“Até porque se calhar as pessoas já passaram por isso e poderão se calhar lembrar-se de alguma coisa que nos possa ajudar...”</p> <p>“as outras pessoas também corresponderem para nós com alguma coisa que nos vá resolver o problema que temos neste caso a doença”</p> <p>“calhar é para tentar perceber se aquilo que tem é normal, não é normal, está dentro da doença”</p> <p>“com outras pessoas que tenham tido o mesmo problema talvez para perceber mais uma vez o que é que se está a passar com ele, o que é que lhe vai acontecer a seguir ou o que é vou ter ou se aquilo que eu estou a ter é dentro ou não.”</p> <p>“Agora quando se partilha para o exterior com pessoas que não se conhece é mesmo já, penso que é tentativa por tudo, quer dizer, é de alguém que conhece alguém que tem um problema igual e que salvou.”</p>	2

	<p>“se falar com o médico para tentar ver alguma solução se aquilo que lhe está a acontecer é dentro dos parâmetros ou não.”</p>	
Apenas contar a história	<p>“e por uma questão as vezes gostar de contar.” “para partilhar” “no meu caso não sentia necessidade de falar com a minha família, porque a minha família estava a viver tanto ou mais do que eu a situação” “Vou falar com pessoas de fora e não com a família porque isto já estão a viver demasiado a situação.” “Mas às vezes a falta de nós nos exprimirmos acaba por afligir mais a outra pessoa.” “às vezes a ausência de palavras é mais, tem um impacto mais negativo do que falar sobre as coisas.” “Eu retraio-me muito” “Retenho-me” “As outras pessoas de fora sou capaz de trocar impressões” ““olhe o meu filho foi operado, o meu filho está com 9 anos agora, foi operado, aprendeu a falar, está impecável, fala muito bem, esta na escola como os outros meninos, tem um bocadinho de despiste tem que ter uma atenção redobrada da professora e os pais ficaram com um alívio quando viram” “pronto já deu para partilhar com quem gostava de passar pelo mesmo que eu (gravidez) mas que tem receio”</p>	1
	<p>“Nós por norma temos tendência de dar satisfação aos outros” “damos sempre a justificação temos tendência a justificar, de informar o porquê das coisas, tanto seja numa coisa que nos aconteça como no nosso dia-a-dia” “Há pessoas que são mais libertas do que outras e não se importam de partilhar esse tipo de experiencias.” “Eu considero que quanto mais grave for a doença mais reservada é esse tipo de partilha de informação e considero que se realmente for um tipo de doença como um cancro ou eu acho que essa doença diz logo tudo”</p>	2
Apoio	<p>“Mas é sempre uma ajuda, nós ate tenho amigos, aqueles com mais confiança as vezes ate brincamos com a situação para tentar também não ter aquela ideia negativa das coisas, tentar ver o lado positivo” “mas ter amigos ajuda” “se calhar ajudava-me a abstrair” “so vendo os momentos é que consegue perceber aquilo que o outro está a sentir essa situação.” “E as pessoas por quem a gente estamos rodeados, obviamente” “eu dou um grande valor aos médicos, um grande valor, eu acho que eles são um grande suporte para as nossas doenças”</p>	1
	<p>“e estamos à espera que ela retribua essa confiança connosco” “vai ouvir em princípio uma palavra simpática” “se calhar também o fez para receber apoio de todas as outras pessoas.”</p>	2
Reconforto	<p>“preocupados sempre com alguma e isso é muito importante, sentimo-nos também confortáveis.” “acho que um bocadinho de carinho, um bocadinho de coração, os pacientes vão sempre precisar seja lá qual for a patologia.”</p>	1
	<p>““I miss confort in being sad" , eu sinto falta do conforto de estar doente. Eu acho que é um bocado isso” “quando estamos doentes, acabamos por ser apapricados pelos que estão à nossa volta e é isso que procuramos, acho que está aí um bocado a explicação para isso.” “as pessoas precisam de conforto” “Eu não acho que seja a necessidade de conforto” “Eu acho que é o principal” “Eu acho que toda a gente gosta” “Mas sabe sempre bem” “É isso, sabe bem” “u acho que é mais a do conforto, nós gostamos mais de mimo.” “Toda a gente gosta do mimo”</p>	2

	““vou lhe fazer a papa para ele comer”. Para esse mesmo efeito para o confortar” “o conforto que à pouco o Miguel (P10) também falava.”	
Atenção		1
	“E talvez recebemos um bocadinho mais de atenção normalmente.” “de queremos atenção” “Não há tanta necessidade de querer atenção.”	2

Necessidade de partilhar quando está doente:

Só com amigos		1
	“amigos mais próximos” “é uma questão de confiança. Antes que encontre os meus amigos, as pessoas mais próximas, não partilho aquelas doenças, se for mais grave não irei partilhar, comunico com o receio que venham a saber por outras pessoas.” “é já a necessidade de informar o outro da nossa situação”	2
Só com familiares		1
	“Só com os de casa” “É com as pessoas que estão mais próximas, a mãe, o pai, o namorado” “aos meus familiares partilhei, até porque eles vieram ter comigo.”	2
No Facebook		1
	“se for uma dor de dentes e não sei que, até posso comentar no Facebook “hoje não posso sair que estou com uma dor de dentes, ou uma dor de ouvidos”	2
Só quando perguntam		1
	“e as pessoas notam isso e perguntam” “que é quando a pessoa pergunta.” “e um amigo meu ou familiar “então andas bem, como vai isso?”” ““o que é se passa contigo”, obriga-nos a responder””	2
Não		1
	“Raramente” “Eu penso que raramente partilho essas coisas, porque se calhar raramente também estou doente.” “Eu penso que raramente partilho essas coisas, porque se calhar raramente também estou doente.” “Eu considero que quanto mais grave for a doença mais reservada é esse tipo de partilha de informação e considero que se realmente for um tipo de doença como um cancro ou eu acho que essa doença diz logo tudo”	2

Procura de Informação na Internet

Comentários	FG
“eu pesquiso tudo o que seja relacionado com isso” “Eu não pesquiso absolutamente nada, só soube tudo o que estava à minha volta, das pessoas que me diziam eu não quis procurar nada, por isso mesmo pelas várias partilhas daquilo que existe e sobretudo na Internet é muito negativismo à volta, então preferi optar por não saber nada.” “Eu já fui ver as cirurgias, como é que se fazia, qual eram as taxa de resultado de sucesso.” “lembro-me que na altura pesquisei e só via % que acho que era 1 em 100 000 e havia muito pouca informação disponibilizada.” “a Internet... comecei a ver tudo muito negativo”	1
“Eu já pesquisei”	2

<p>“eu não sabia o que era e fui procurar o que era um glaucoma, não é a minha área, e eu fui procurar o que era um glaucoma e não volto a fazê-lo.”</p> <p>“A Internet é do pior.”</p> <p>“julgo que a Internet é a via mais rápida e fácil, não quer dizer como disse aqui o Miguel (P10) que seja a melhor”</p> <p>“Não há nenhum filtro de informação na Internet, qualquer pessoa pesquisa o que lhe apetece”</p> <p>“A Internet acho que é muito boa para quem tenha já alguma informação base acerca do assunto. Sim porque se uma pessoa não sabe nada e vai à Internet pesquisar...”</p> <p>“pesquisar só pelos sintomas”</p> <p>“Sim..., o problema pode ser assustador”</p>	
--	--

Uso de Redes Sociais

Agradecer	<p>“também fiz questão de agradecer a todas as pessoas que lembraram e me deram força.”</p> <p>“também fiz questão de agradecer a todas as pessoas que lembraram e me deram força.”</p>	1
		2
Exprimir	<p>“Eu, redes sociais, eu fiz muito pouco, a partilha de como era.. para já eu não gosto muito de publicar”</p> <p>“não partilhei mesmo nada porque normalmente não faço muitas partilhas das minhas coisas pessoais pelas redes sociais”</p> <p>“Eu nunca fiz”</p> <p>“também não e acho que se alguma vez fizer é mesmo para picar alguém”</p> <p>“eu acho que do meu ponto de vista não deve ser divulgado como notícia.”</p> <p>“agora assim não concordo e por isso é que também não me identifico.”</p>	1
	<p>“Não”</p> <p>“no meu caso só se for casos profissionais, alguma duvida, de resto a nível pessoal, raramente.”</p> <p>“Só mesmo se souber que alguém está doente e fazer um comentário com alguém sobre isso.”</p> <p>“se for uma dor de dentes e não sei que, ate posso comentar no Facebook "hoje não posso sair que estou com uma dor de dentes, ou uma dor de ouvidos"”</p> <p>“agora se for uma coisa mais grave claro que não deve partilhar. Julgo eu que não deve partilhar.”</p> <p>“É uma procura de informação. Mandava aquilo, não tem nada a perder, pode ser que alguém conheça um problema e que me possa ajudar uma cura.”</p>	2
Encontrar Ajuda		1
	<p>“talvez as redes sociais sejam uma ajuda hoje em dia porque também se consegue encontrar grupo de apoio e de tudo e mais alguma coisa e</p>	2

	talvez assim fosse mais fácil as pessoas saberem que não estão sozinhas nesse problema.” “E acabam por ter mais um bocadinho de privacidade para elas próprias, porque acabam por não estar frente a frente e se conseguirem se calhar a resposta para aquilo que precisam de uma forma menos pesada.” “Agora quando se partilha para o exterior com pessoas que não se conhece é mesmo já, penso que é tentativa por tudo, quer dizer, é de alguém que conhece alguém que tem um problema igual e que salvou.”	
Outros usaram por eles	“a minha irmã participou no facebook para os meus familiares e amigos saberem” “eu não fiz mas houve pessoas que fizeram por mim” “Publicaram para mim, dizia que todas as princesas, independentemente com cabelo ou não eram princesas e eu apaguei porque não, não é não me identificar, mas não queria porque além do facebook, dos amigos, há mais, apesar de não ser privado, há mais pessoas e não quis envolver.”	1
	“fotografia da mãe com lenço no Facebook que eram os anos da mãe e ela fez uma grande dedicatória”	2

Recorrer a Gabinetes/Associações ou Grupos de Apoio

Sim	“Eu tive consultas pós operatório,”	1
	“Talvez” “Não sei, mas eu acho que sim, que recorreria até porque pela troca de experiencias, não só porque necessito de ajuda mas pela troca de experiencias com pessoas que já passaram pelo mesmo ou que estão a passar, portanto acho que sim” “e tambem para saber como devemos lidar com as outras pessoas e falar com elas sobre a doença.”	2
Não	“Eu não recorri, não procurei”	1
		2
São importantes		1
	“Sim” “Sim” “Eu acho que sim” “visto por fora, julgo que sim” “para que a pessoa se consiga orientar melhor na situação dessas ou quando lhe é diagnosticado algum um tipo dessas patologias mais complicadas” “Ai talvez os grupos de partilha ajudem também as familias a lidar com essa doença”	2
Só amigos	“Só amigos”	1
	“tenho os meus amigos”	2

Atitude perante sintomas de doença

Automedicação		1
	“É sempre em casa e auto-medicada” “auto-medicação.”	2
Falar com Amigos e Familiares		1
	“Amigos, familiares.” “se tiver os pais por perto ou coisa do género, comenta-se” “s mães geralmente tem sempre algum conselho para dar.”	2
		1
Falar com profissionais de saúde amigos		1
	“No meu caso tenho uma amiga que é farmacêutica” “Falo com médicos não no sentido profissional, mas no sentido amigo ...” “ligo a um primo meu que é enfermeiro.”	2
		1
Ir ao médico		1
	“normalmente vai-se ao médico mas normalmente só em último recurs”	2

Atitude perante o médico

Faz sugestões	“fez-me aumentar a dose "oh dra não, eu prefiro que você me receite a dosagem habitual, se eu me sentir mal paro de tomar, logico”” “inclusivamente na diálise e discuto com eles às vezes até, quanto mais com a dietista” “mas também faço sugestões, às vezes são encaradas são mal vistas pela minha médica,”	1
	“só se for uma coisa muito... so se estiver muito ao lado.” “A única sugestão que acho que fiz foi de fazer teste de esforço, mais nada. Por causa da bicicleta”	2
Pede exames complementares	“sobretudo quando se trata por pedir outros exames ou antecipar exames”	1
	“peço sempre exames complementares.”	2
Não pede nada		1
	“Eu nunca peço exames complementares, faço só aqueles que tenho que fazer e aquilo que diz.” “Eu nunca peço nada a mais normalmente.” “Eu basicamente digo do que é que me queixo e à partida ela deve saber, é uma médica, o que é que deve fazer para resolver o problema.”	2
		1
Alguém intercede		1
	“e precisar de algum tipo de exame de rotina normais, análises, ela envia pela minha mãe, nem sei sou eu que la vou, normalmente.” “exame para a carta de condução, nem sequer fui ao hospital, foi o meu pai que me trouxe” “A mim foi a instrutora que tratou disso”	2
		1
Questionar	“Então eu faço perguntas, porque como eu continuo com os valores alterados, eu exprimo tudo ao meu médico aquilo que vinha de trás, que há muita coisa que ele não tem acesso porque não fiquei com os papéis e então como foi ele agora que me verificou que eu tinha a colite ulcerosa e não a doença de Crohn, eu faço-lhe perguntas do que é que devo comer, o que é que devo evitar, o que é que sinto, o que não sinto ou por exemplo noto muitas vezes por nível de mudança de estação caminho mais à casa de banho quando muda, a nível de fígado perguntas do que é que posso comer, o que poderá não comer ou os efeitos que notei e faço isto não só para mim mas porque o médico que eu tenho é muito aberto” “Posso perguntar ao meu médico de família” “Em questões de questionário, sim, como sofro de ansiedade”	1

	<p>“já para ter os meios ou uma lucidez para tar descontraído para perder, para facilitar a vida do profissional da pessoa”</p> <p>“Eu faço perguntas é por curiosidade”</p> <p>“Depois tento saber substitutos, sobre o problema também em si, o que é que podemos fazer conta, para nos prepararmos.”</p> <p>“eu prefiro ir já mais ou menos prevenida e no fundo ir-mos informando e se calhar também isso contribui para que sejamos enfermeiros de nós próprios”</p> <p>“com curiosidade e sempre quis saber acerca da doença,”</p> <p>“quando tenho alguma duvida tenho o numero da dietista e ligo para ela e ela tira-me logo a duvida se posso ou não comer aquilo.”</p> <p>“Por acaso sou muito chata com os médicos, eu gosto de saber tudo ao pormenor e ao profundo”</p> <p>“eu também faço muitas perguntas ao médico”</p>	
		2
Contar	<p>“e também para ajudá-lo porque noto que é uma pessoa que por muito despassarada que possa parecer, ouve e noto que aquilo que eu lhe tenho dito, que ele toma nota e vai tomar em atenção”</p> <p>“porque se não podemos estar a se calhar a camuflar determinados problemas que podem ser graves”</p>	1
		2
Ajudar o médico	<p>“mais por essas questões de entre-ajuda e satisfação própria e segurança.”</p>	1
		2

ANEXO IV - Questionário de pergunta aberta aos utilizadores do serviço de saúde

Caro utente, foi convidado a participar num estudo para uma tese de doutoramento no âmbito do programa doutoral ministrado em parceria pela Universidade do Minho, Aveiro e Beira Interior e que tem como principal objetivo entender quais as variáveis que contribuem para a cocriação de valor numa consulta médica.

A sua colaboração é fundamental para cumprir o objetivo. Todas as respostas dadas por si serão mantidas confidenciais. Obrigada pela sua participação.

Nota: pode preencher neste documento e reenviar para o seguinte email:

Liliana Vitorino – liliana.vitorino@ipleiria.pt

1. Existe algum procedimento médico que habitualmente sejam vocês a fazer em casa? (ex. tomar medicação, aplicar injeção, no caso dos diabéticos ou doenças degenerativas). Achar que têm conhecimentos suficientes para serem autossuficientes em alguns procedimentos médicos?
Conhecem bem os procedimentos habituais da prestação do serviço médico que vos é prestado?
2. Costumam fazer questões/sugestões ao vosso médico/terapeuta durante a consulta? Porque é que o fazem? Ou porque é que não o fazem?
Alguma vez questionam aquilo que o médico/terapeuta diz ou sugere? Sentem que têm capacidade para avaliar o que ele vos indica?
3. Já usaram a Internet para procurar informação de saúde? Entenderam a informação que leram na Internet? Achar que a informação da Internet que leram é segura?
4. E sem ser pela Internet, já perguntaram a outras pessoas informação sobre saúde (médicos, experiências, hospitais, os procedimentos que tomaram durante a doença)? Porque o fizeram? Consideram essa informação fidedigna?
5. Certamente que já partilharam com alguém (família, amigos, outros) o que se passou com vocês e alguns detalhes do que vos aconteceu. Porque o fizeram?
6. Costuma seguir à risca todas as indicações e conselhos que o seu profissional de saúde prescreve e indica?

Perfil

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Idade: _____
Habilitações Literárias <input type="checkbox"/> 4º ano <input type="checkbox"/> 6º ano <input type="checkbox"/> 9º ano <input type="checkbox"/> 12º ano <input type="checkbox"/> CET/Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Pós Graduação/Mestrado/Doutoramento Outro _____
Patologia: _____ Especialidade Médica: <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Dermato-Venerologia <input type="checkbox"/> Doenças Infeciosas <input type="checkbox"/> Endocrinologia e Nutrição <input type="checkbox"/> Gastrenterologia <input type="checkbox"/> Ginecologia/Obstetrícia <input type="checkbox"/> Imunoalergologia <input type="checkbox"/> Hematologia Clínica <input type="checkbox"/> Medicina Desportiva <input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho <input type="checkbox"/> Medicina Física e de Reabilitação <input type="checkbox"/> Medicina Geral e Familiar <input type="checkbox"/> Neurocirurgia <input type="checkbox"/> Neurologia <input type="checkbox"/> Oftalmologia <input type="checkbox"/> Oncologia <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia

Psiquiatria

Urologia

Outro: _____

ANEXO IV – Questionário de pergunta aberta aos profissionais de saúde

Caro profissional de saúde, foi convidado a participar num estudo para uma tese de doutoramento no âmbito do programa doutoral ministrado em parceria pela Universidade do Minho, Aveiro e Beira Interior e que tem como principal objetivo entender quais as variáveis que contribuem para a cocriação de valor numa consulta médica.

A sua colaboração é fundamental para cumprir o objetivo. Todas as respostas dadas por si serão mantidas confidenciais. Obrigada pela sua participação.

Nota: pode preencher neste documento e reenviar para o seguinte email:

Liliana Vitorino – liliana.vitorino@ipleiria.pt

1. Acha que os doentes de hoje são iguais aos de há uns anos atrás? O que mudou?
2. Tem doentes que lhe costumam fazer questões ou sugestões durante as consultas/acompanhamento? Por que acha que o fazem?
3. Os seus pacientes costumam seguir à risca o que lhes recomenda ou por vezes conseguem adaptar por eles próprios os procedimentos que lhes recomenda?
4. Acha que os seus doentes têm capacidade para avaliar aquilo que lhes indica?
5. Acha que os seus doentes têm conhecimentos suficientes para serem autossuficientes em alguns procedimentos médicos?
6. Acha que os seus doentes procuram informação na Internet? Acha que essa informação que retiram é prejudicial ou benéfica? Porquê?
7. Porque acha que os doentes partilham as suas experiências de saúde (na internet, com amigos, ou grupos de apoio)?

Perfil:

Médico

Especialidade: _____

Enfermeiro

Serviço: _____

- Terapeuta da Falta
- Terapeuta Ocupacional
- Nutricionista
- Outro _____

Género:

- Feminino
- Masculino

Anos de serviço: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Liliana Vitorino

ANEXO V – Validação Conteúdo da escala desenvolvida

Está a ser convidado a participar num painel de opinião a fim de validar o conteúdo de uma variável para uma tese de doutoramento.

A variável pretende medir as razões que levam os utentes a partilhar com outras pessoas as suas experiências de problemas de saúde.

Conceito: A variável “Partilha das Experiências de Problemas de Saúde” foi concetualizada como a partilha da experiência pelos doentes a outros utentes e/ou familiares de doentes no sentido de co-criar valor (para si e para os outros), dos acontecimentos ocorridos e conhecimentos adquiridos com este, durante todo o processo de consulta médica e contactos com profissionais de saúde

Foram conduzidos dois *focus groups* cada um com seis participantes. O *focus group* n° 1 era constituído por participantes que nos últimos seis meses tiveram acompanhamento médico. No *focus group* n° 2, os participantes não tiveram contacto com profissionais de saúde há mais de seis meses.

Após isto, foi feita uma análise de conteúdo para apurar as razões que levam os indivíduos a partilhar as suas experiências com outros sobre os seus problemas de saúde. Foram categorizadas **oito razões** sustentadas pelos comentários dos participantes:


- Desabafo/Contar a história
- Procura de Informação
- Alívio
- Dar Informação
- Ajudar os outros
- Apoio
- Reconforto
- Atenção

Perante isto, foram construídos os seguintes itens, para os quais solicito uma avaliação quanto à sua adequação e representatividade para medir o conceito apresentado na definição de “Partilha de Experiência de Saúde”:

- **Desabafo/Contar a história**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos apenas porque acho importante falar sobre isso.”


Nada representativo Pouco representativo Claramente representativo



- **Procura de Informação**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com o meu médico/enfermeiro/terapeuta para esclarecer as minhas dúvidas.”


Nada representativo Pouco representativo Claramente representativo



- **Alívio**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus amigos/conhecidos porque ao fazê-lo sinto-me aliviado/a.”

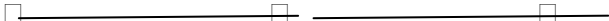
Nada representativo Pouco representativo Claramente representativo



- **Fornecer Informação**

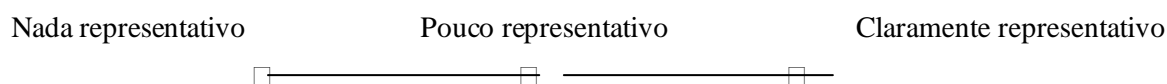
“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque considero que isso lhes fornece informação útil.”

Nada representativo Pouco representativo Claramente representativo



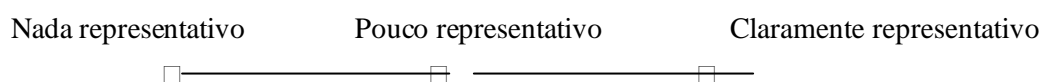
- **Ajudar os outros**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque considero que isso pode ajudá-los a perceber melhor a sua situação.”



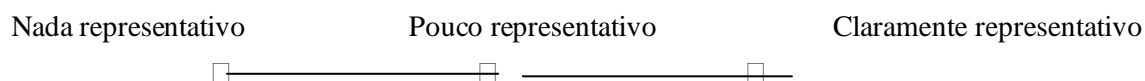
- **Procurar Informação**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque isso ajuda-me a recolher informação útil sobre o meu problema.”



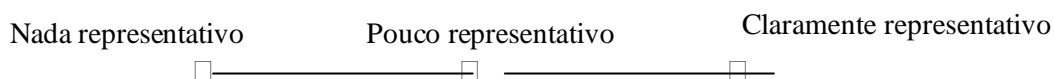
- **Apoio**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo acabo por me sentir apoiado no meu problema.”



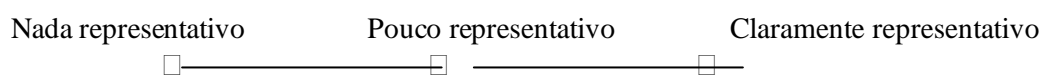
- **Reconforto**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo sinto-me reconfortado”



- **Atenção**

“Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo sinto que os outros me dedicam mais atenção.”



Na sua opinião, existem outras razões que levem os utentes a partilharem as suas experiências, que deveriam ser introduzidas neste estudo? Quais?

Comentários:

ANEXO V – Questionário Online

17/09/13

Inquéritos Online - IPEleiria - Liliana Vitorino - PhD

Liliana Vitorino - PhD

Está a ser solicitada a sua participação num questionário que se destina a uma investigação de uma tese de doutoramento na Universidade do Minho, Universidade de Aveiro e Universidade da Beira Interior. Esta investigação pretende conhecer quais os fatores que contribuem para a cocriação de valor num encontro de um serviço de saúde e suas consequências.

Sem a sua colaboração é impossível a realização desta tese, pelo que apelo à sua participação, sinalizando com um X as opções correspondentes ao seu caso.

Toda a informação é confidencial e destina-se a fins académicos e publicações.

Obrigada pela sua colaboração!

Liliana Vitorino – liliana.vitorino@ipleiria.pt

Existem 24 perguntas neste inquérito

Perfil

1 O último contacto que teve com um profissional de saúde (médico, enfermeiro, terapeuta) foi: *

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 a 6 meses
- Há mais de 6 meses

2 O último contacto que teve com um profissional de Saúde foi: *

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Serviço Nacional Publico
- Serviço de Saúde Privado
- Outro:

3 Sofre de alguma patologia(doença) ou condição física que requer acompanhamento de um profissional de saúde? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

4 Se respondeu SIM à pergunta anterior, refira a que especialidade médica pertence essa patologia/condição física.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

5 Idade

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

6 Habilitações Literárias

Por favor, seleccione **todas** as que se aplicam:

- Ensino Primário Básico
- 6ºano
- 9ºano
- 12ºano/CET
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

7 Sexo

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino
- Masculino

Procura de Informação de Saúde

Responda às seguintes questões conforme a sua atitude perante a procura de informação sobre assuntos relacionados com doenças, sintomas, tratamentos médicos, hospitais, etc.

8 Tenho procurado informação de saúde em.... *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Nunca	2	3	4	5	6	Sempre
Artigos de jornais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas gerais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revista de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicos ou enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Televisão ou Rádio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amigos/ Familiares/ Conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 Indique o seu grau de concordância/ discordância, relativamente às seguintes afirmações: *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
Eu faço questão de ler e ver histórias relacionadas com saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto de aprender mais sobre assuntos relacionados com saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para ser e estar saudável é fundamental estar informado acerca de assuntos de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A quantidade de informação de saúde disponível hoje, faz com que seja mais fácil tomar conta da minha saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu tomo medicamentos, eu tento adquirir o máximo de informação acerca dos seus benefícios e efeitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de tomar uma decisão acerca da minha saúde, eu procuro tudo o que possa estar relacionado com esse assunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante para mim estar informado acerca de assuntos de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Literacia em Saúde

10 Indique o seu grau de concordância/ discordância relativamente às seguintes afirmações, sobre a sua atitude perante as informações de saúde que adquire, de forma mais geral. *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
De um modo geral, sei COMO encontrar recursos úteis sobre saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De um modo geral, sei ONDE encontrar recursos úteis sobre saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sei como usar a informação sobre saúde que me fornecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho as capacidades que necessito para avaliar os recursos sobre saúde que encontro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu consigo distinguir se a fonte onde recolho informação sobre saúde é fidedigna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sinto-me confiante em usar informação que recolho para tomar decisões de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 Indique o seu grau de concordância/ discordância, relativamente às seguintes afirmações, sobre a sua atitude perante as informações de saúde que recolhe na Internet *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei ONDE encontrar recursos úteis sobre saúde na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei COMO encontrar recursos úteis sobre saúde na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo validar os recursos sobre saúde que encontro na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me confiante a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Perícia enquanto utente

12

Indique o seu grau de concordância/ discordância, relativamente às seguintes afirmações, sobre a sua capacidade e perícia em compreender e avaliar a informação sobre saúde que lhe é fornecida

Nota: Profissional de saúde refere-se ao seu médico, enfermeiro ou terapeuta. Tente lembrar-se da última vez que esteve com ele.

*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
Eu consigo entender quase todos os aspetos que o meu profissional de saúde refere sobre doenças, tratamentos e passos a seguir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu possuo bons conhecimentos sobre serviços de saúde, doenças e tratamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu consigo entender as técnicas e estratégias do meu profissional de saúde para o meu problema/condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de uma consulta, eu preparo as questões que quero fazer ao profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando faço uma medicação, eu percebo os seus efeitos secundários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de ir a uma consulta, eu seleciono o hospital/médico a que quero ir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho a noção quando devo procurar uma segunda opinião médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Experiências em Cocriar

13

Qual a sua atitude perante as seguinte afirmações, quando utiliza um serviço ou um produto num contexto mais geral?

Indique o seu grau de frequência relativamente às seguintes questões.

*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Nunca	2	3	4	5	6	Sempre
Eu faço sugestões construtivas sobre como o produto/serviço pode melhorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu experiencio um problema com um produto/serviço, transmito-o à empresa para que eles o possam melhorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu reparar num problema na loja, mesmo que não me afete, informo um dos colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tento cooperar com os colaboradores da loja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tento facilitar o trabalho dos colaboradores dessa loja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu discuto abertamente as minhas necessidades com os empregados para ajudá-los a prestarem o melhor serviço possível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14**Qual a sua atitude quando utiliza um serviço de saúde?**

Indique o seu grau de frequência relativamente às seguintes afirmações.

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Nunca	2	3	4	5	6	Sempre
Eu faço sugestões construtivas à instituição de saúde a que vou, para poderem melhorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu experiencio um problema com essa instituição de saúde, eu transmito-o para que eles possam melhorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu reparar num problema na instituição de saúde, mesmo que não me afete, informo um dos colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tento cooperar com os colaboradores da instituição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tento facilitar o trabalho dos profissionais de saúde da instituição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu discuto abertamente as minhas necessidades com os profissionais de saúde e outros colaboradores para ajudá-los a prestarem o melhor serviço possível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motivação para participar

15

Indique o seu grau de concordância/ discordância com as seguintes afirmações, relativamente à sua motivação para colaborar com o seu profissional de saúde, com o objetivo de alcançar resultados desejáveis na sua saúde.

Profissional de saúde refere-se ao médico, enfermeiro ou terapeuta. Tente lembrar-se da última vez que teve contacto com um deles.

*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
Eu sinto-me motivado para comprar a medicação prescrita pelo médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sinto-me motivado para cumprir com as indicações dadas pelo meu profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sinto-me motivado para atingir bons resultados para a minha saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sinto-me motivado para aplicar os conhecimentos que o meu profissional de saúde me ensinou para me ajudar a melhorar a minha condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sei que a melhoria do meu estado de saúde depende do cumprimento do que me é pedido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Empatia

16 Baseando-se no último contacto que teve com o seu profissional de saúde, indique o seu grau de concordância/ discordância com as seguintes afirmações, relativamente à maneira como o profissional de saúde agiu consigo. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
O meu médico permitiu que eu contasse a minha história, prestando atenção às minhas palavras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico estava realmente interessado em mim, e perguntou-me detalhadamente o que eu sentia e as minhas preocupações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico mostrou compaixão, cuidado e foi humano comigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico foi positivo comigo, sendo honesto comigo e não negativo sobre os meus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico explicou-me claramente a situação, dando-me informação clara e adequada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico ajudou-me a tomar o controlo, explorando comigo o que poderia melhorar a minha saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico fez um plano de ação comigo, discutindo as opções, envolvendo-me sempre que pôde e não descurou os meus pontos de vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Confiança

17 Indique o seu grau de concordância/discordância com as seguintes afirmações relativamente à confiança que tem no seu profissional de saúde (médico/ enfermeiro/ terapeuta) *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
O meu profissional de saúde sabe qual o melhor tratamento para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu profissional de saúde apenas pensa no que é melhor para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não tenho receio em colocar a minha vida nas mãos do meu profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu profissional de saúde geralmente considera as minhas necessidades e mete-as em primeiro lugar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu nunca desconfio das opiniões do meu profissional de saúde e como tal nunca acho necessária uma segunda opinião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu confio tanto no meu profissional de saúde que tento seguir sempre os seus conselhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acima de tudo, tenho total confiança no meu profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DART - Diálogo, Acesso, Risco e Transparência

18 Indique o seu grau de concordância/ discordância com as seguintes afirmações, relativamente à instituição de saúde e do profissional de saúde que lhe prestou o último cuidado de saúde.

*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
A instituição de saúde comunica comigo no sentido de recolher informações que possam melhorar a experiência da prestação do serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que fui, usou diversos canais de comunicação para uma maior troca de ideias comigo acerca do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que fui, encorajou-me a fazer perguntas sobre todos ou quaisquer aspetos da experiência que tive com a prestação do serviço de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que fui, pôs à minha disposição vários meios para eu comunicar as minhas ideias sobre o serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que fui, discutiu comigo os próximos passos do meu tratamento incluindo as sessões de acompanhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico/enfermeiro/terapeuta da instituição de saúde a que fui, respondeu às minhas questões e preocupações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico/enfermeiro/terapeuta permitiu-me decidir como eu recebo o serviço de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho muitas opções para escolher como quero experienciar a prestação do serviço de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fácil para mim receber o serviço médico quando, onde e como eu quiser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico/enfermeiro/terapeuta é muito claro relativamente aos riscos e benefícios sobre a terapêutica prescrita para a minha condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu médico/enfermeiro/terapeuta encorajou-me a estar familiarizado com os riscos associados do tratamento/procedimento médico efetuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu estou consciente das vantagens/desvantagens do tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico/enfermeiro/terapeuta esclareceu-me quanto ao risco de ser eu próprio a fazer determinados procedimentos médicos de forma autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico/enfermeiro/terapeuta e toda a instituição de saúde dão-me toda a informação útil para alcançar melhores resultados clínicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanto eu como o meu médico/enfermeiro/terapeuta e a instituição de saúde somos parceiros iguais na partilha de informação necessária para alcançar o sucesso nos resultados médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu médico/enfermeiro/terapeuta e a instituição de saúde explicam-me claramente todas as opções ao meu dispor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qualidade Percebida

19 Indique o seu grau de concordância/ discordância face às seguintes afirmações, relativamente à qualidade do serviço de saúde que recebeu da última vez que interagiu com um profissional de saúde. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
A qualidade global do serviço prestado pela instituição de saúde é excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade do serviço prestado pelo profissional de saúde da instituição de saúde é excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O serviço prestado pela instituição de saúde é de elevado nível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que a instituição de saúde oferece um serviço que é superior em todos os níveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Intenções Comportamentais

20 Indique o seu grau de concordância/ discordância face às seguintes afirmações, sobre o seu comportamento após o seu último contacto com o profissional de saúde. *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
Se eu tivesse que começar novamente o tratamento voltaria a este profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu recomendo vivamente este profissional de saúde a outros pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho dito coisas positivas sobre este profissional de saúde à minha família e amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu pretendo continuar a ter tratamento ou receber o acompanhamento que necessitar com este profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não desejo mudar de profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu pretendo seguir os conselhos clínicos que me foram dados por este profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu estou contente por ter feito o meu tratamento de saúde com este profissional de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfação

21 Indique o seu grau de concordância/ discordância face às seguintes afirmações, sobre a sua satisfação relativamente ao último serviço de saúde que recebeu. *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
A minha impressão sobre o serviço é muito positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sinto-me bem ao vir a este serviço para o tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral, eu estou satisfeito com a instituição de saúde e o serviço que ela presta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral, eu estou satisfeito com o profissional de saúde e o serviço que ele presta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que os resultados do meu tratamento, são os melhores que poderia ter alcançado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu estou satisfeito com o tratamento, pois alcançou o melhor resultado possível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cumprimento da Indicação Terapêutica

22 Indique o seu grau de frequência face às seguintes afirmações, sobre o seu comportamento relativamente ao seu cumprimento terapêutico. *

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Nunca	2	3	4	5	6	Sempre
Eu, por vezes, esqueço-me de tomar a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu, algumas vezes, já parei de tomar a medicação porque me senti pior, sem dizer ao meu médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes, quando viajo ou saio de casa esqueço-me de levar comigo a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto melhor, por vezes, deixo de tomar a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu já me senti incomodado por ter de tomar a medicação todos os dias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu já tive dificuldades em lembrar-me de tomar a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partilha de Experiências de Problemas de Saúde

23 Indique o seu grau de concordância/ discordância face às seguintes afirmações, sobre as razões e comportamentos que o levam a partilhar as suas experiências de problemas de saúde. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	Concordo Totalmente
Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos apenas porque acho importante falar sobre isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus amigos/conhecidos porque ao fazê-lo sinto-me aliviado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque considero que isso pode ajudá-los a perceber melhor a sua situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos ou outras pessoas porque isso ajuda-me a recolher informação útil sobre o meu problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo acabo por me sentir apoiado no meu problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo partilhar as minhas experiências de problemas de saúde com os meus conhecidos/amigos porque ao fazê-lo sinto-me reconfortado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentários

24 Insira aqui algum comentário adicional que pretenda efetuar.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

17/09/13

Inquéritos Online - IPEiria - Liliana Vitorino - PhD

Obrigada pela sua colaboração.

Liliana C. Vitorino

Submeter o seu inquérito

Obrigado por ter concluído este inquérito.

