

**TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COCRIADA: UMA INTERAÇÃO TEÓRICA ENTRE A
COCRIAÇÃO DE VALOR E A TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COMPARTILHADA**

JASON AMORIM

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)

RODRIGO LADEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)

TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COCRIADA: UMA INTERAÇÃO TEÓRICA ENTRE A COCRIAÇÃO DE VALOR E A TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COMPARTILHADA

INTRODUÇÃO

Há duas críticas teóricas ao Marketing, sobre as quais este estudo pretende debater. A primeira delas é que o Marketing, nestas sete primeiras décadas como ciência, tem sido considerado como instrumento utilizado por empresas e organizações para obter lucros, e considerado também como sinônimo de vender, usar a arte de persuasão e até mesmo de manipulação, sendo visto também como uma ferramenta meramente instrumental e gerencial (BAKER; SAREN, 2014; KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2010; SILVEIRA; ESTEVES; ROSSI, 2013).

Inclusive abordagens mais modernas como os estudos do Comportamento do Consumidor, Marketing Societal, Marketing centrado no ser humano, cocriação de valor e lógica dominante do serviço, embora defendam uma maior participação, importância e entendimento dos indivíduos, têm seu foco nos resultados positivos às organizações. Entretanto, os indivíduos têm deixado de serem receptores passivos de produtos e serviços, passando a ter papel mais participativo e contributivo (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; McCOLL-KENNEDY et al., 2012).

A outra crítica em debate é que o Marketing sempre absorveu teorias de outras ciências, mas tem pouco contribuído teoricamente com outras. Diante de uma análise bibliométrica da contribuição de marketing para outras ciências, Rossi, Bortoli e Castilhos (2014) refletiram sobre a necessidade de a área buscar maior relevância junto às demais ciências sociais e humanas, principalmente por estudar assuntos relevantes das relações sociais e de mercado na sociedade contemporânea.

Outros estudos buscando analisar a utilização e interesse pelos conceitos teóricos de Marketing por outras disciplinas chegaram à conclusão que o marketing, embora se aproprie de conceitos das outras disciplinas, tem contribuído pouco para outras áreas das ciências (BARCELOS; ROSSI, 2015; COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; SILVEIRA; ESTEVES; ROSSI, 2013).

Sendo assim, este estudo propõe a contribuição teórica do Marketing à Saúde, com a teoria da Cocriação de Valor. A proposta é a interação teórica da cocriação de valor com a tomada de decisão médica compartilhada. Algumas iniciativas já encontradas na literatura do marketing direcionado para a área de saúde são baseadas na incorporação dos métodos e das técnicas de marketing aplicados para o setor das organizações de saúde. Entretanto, o foco continua sendo a geração de riqueza e prosperidade às organizações de saúde (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; McCOLL-KENNEDY et al., 2012; SAGAZ et al, 2017).

Portanto, o avanço teórico que este estudo visa alcançar é entender como os indivíduos, neste caso os pacientes, podem se apoderar de um conceito de marketing e se empoderar nas suas relações com as organizações e provedores de serviços de saúde, tendo o marketing como uma ferramenta do consumidor e não das organizações, onde o fim não sejam a riqueza e a prosperidade, mas o bem estar da sociedade.

Para tal, segue-se a esta introdução uma apresentação do problema e objetivo deste estudo e o referencial teórico baseado no marketing e nas duas teorias para as quais se objetiva a interação. Logo após, apresenta-se o resultado desta interação que é a proposta da teoria da Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC).

PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVO

As pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm histórias individualizadas por experiências no processo de saúde/doença/cuidado. Na trajetória de enfrentamento da doença, momentos de dificuldades, incertezas e até perda de esperança acometem os que tiveram suas vidas impactadas pela enfermidade. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE; FIOCRUZ, 2014), cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). As DCNT são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil (BRASIL, 2013, 2019).

Dentre as DCNT estão as doenças raras, as quais são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição (BRASIL, 2019). Ainda segundo o Ministério da Saúde, as doenças raras são crônicas, progressivas e incapacitantes, podendo ser degenerativas e também levar, a curto ou médio prazo, à morte, afetando a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. Além disso, como muitas delas não possuem cura, estendendo assim o tratamento ao longo da vida, o paciente necessita de outros provedores de saúde, além do acompanhamento clínico, com o objetivo de aliviar os sintomas ou retardar seu aparecimento (BRASIL, 2019).

Sendo assim, esta contribuição teórica do marketing à saúde, através da teoria da cocriação de valor, será muito relevante aos pacientes de DCNT, que necessitam interagir com médicos e outros stakeholders ao longo da vida, para diminuir o sofrimento no enfrentamento de suas enfermidades, dos efeitos colaterais de medicações e, ainda, reduzir o risco de mortalidade tão elevado em países como o Brasil.

Diante desta ampla diversidade de sinais e sintomas que acometem os pacientes de doenças raras que, como já citado, variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa, a questão que esta pesquisa visa responder é: como os indivíduos, neste caso os pacientes, podem se apoderar de um conceito de marketing e se empoderar nas suas relações com as organizações e provedores de serviços de saúde, tendo o marketing como uma ferramenta do consumidor e não das organizações, onde o fim não sejam a riqueza e a prosperidade, mas o bem estar da sociedade?

Com isto, o objetivo deste estudo é a interação conceitual da cocriação de valor com uma teoria da área de saúde, a tomada de decisão médica compartilhada, não em busca da riqueza e prosperidade das empresas/organizações, mas visando a saúde e o bem-estar do paciente, através do engajamento dos stakeholders.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste artigo, não se pretende fazer um estudo bibliométrico exaustivo sobre os conceitos de Marketing, principalmente porque a proposta é a interação com uma teoria de outra área de estudos. Entretanto será apresentada uma rápida visão da evolução do marketing até a introdução da teoria que será aprofundada, a teoria da cocriação de valor.

Tendo como premissa que o marketing teve seu início como ciência na década de 1950 (BAKER; SAREN, 2014), nas cinco primeiras décadas do marketing predominou uma lógica dominada pelo produto. Mesmo tendo surgido vários conceitos com propostas diferentes, o de maior destaque foi o conhecido *mix* de marketing dos 4 P's criado por McCarthy na década de 60 e disseminado por vários autores até os dias atuais (BAKER; SAREN, 2014).

A evolução dos conceitos e teorias em marketing foram sendo segmentados em marketing de serviços, cultural, social, societal, varejo, neuromarketing e outros. Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010, 2017) classificaram estas segmentações em quatro fases: Marketing 1.0, 2.0, 3.0 e 4.0. A primeira fase foi o que denominaram como a “era do marketing centrado no produto”. A segunda foi a fase do marketing orientado para o cliente como consumidor. Como evolução neste novo século, os autores defendem que a partir dos anos 2000 surgem a terceira fase ou Marketing 3.0, que é o marketing centrado no ser humano; e a quarta fase como evolução do tradicional para o marketing digital (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2010, 2017).

Outra corrente de estudos na área de marketing, que surgiu nas duas últimas décadas, aborda o que denominaram como Práticas Contemporâneas de Marketing (PCM) com o propósito de analisar práticas e os avanços do marketing em ambientes contemporâneos (COVIELLO; BRODIE; MUNRO, 1997; SARQUIS et al, 2019). O conceito de Práticas Contemporâneas de Marketing também se propõe ir além do marketing tradicional, e tem como foco práticas de gestão do relacionamento com clientes, marketing em rede, inovação em marketing, marketing de experiências, marketing digital e marketing centrado no ser humano (O'DWYER; GILMORE; CARSON, 2009; SACRAMENTO; SARQUIS et al, 2019; TEIXEIRA, 2014).

Entretanto, uma crise no marketing ganhou destaque no final dos anos 1990, quando completava cinco décadas como ciência, o que Baker e Saren (2014) denominaram de “crise da meia idade do marketing”. O que se questionava era se os conceitos de “troca” tinham o foco nas relações entre indivíduos e organizações, então o marketing deveria ser o negócio de todos e não a preservação de um apenas um privilegiado. Segundo os autores, estas críticas ao marketing “privilegiador” foram intensificadas pelo surgimento de vários conceitos em gestão como benchmarking, gestão de qualidade total, alianças estratégicas, globalização e pensamento estratégico. O que se esperava para o novo milênio era uma visão mais equilibrada da disciplina e que a abordagem de marketing de relacionamento predominasse em áreas como serviços e marketing business-to-business (BAKER; SAREN, 2014).

Foi então que surgiu em 2004, após a publicação no Journal of Marketing de um artigo de Stephen Vargo e Robert Lusch, um amplo debate com a proposta de um novo modelo, ou paradigma, do domínio do marketing. Com a nova lógica dominante, defendida pelos autores Vargo e Lusch (2004), o marketing mudou de uma lógica dominada pelos bens para a nova lógica dominada pelo serviço, onde nos processos de trocas os relacionamentos tornam-se centrais. Esta nova lógica teve como tema central a cocriação de valor, baseada nas interações dos stakeholders (BAKER; SAREN, 2014; BRODIE; SAREN; PELS, 2011; VARGO; LUSH, 2004).

Neste mesmo período, outros dois autores também já discutiam e publicavam sobre uma visão baseada na cocriação de valor centrada na experiência (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2002, 2004a, 2004b) Com o compromisso inclusivo, criativo e significativo dos stakeholders, proporcionando processos de aprendizado e soluções conjuntas, a teoria da cocriação continua em desenvolvimento e interagindo com diversos campos da ciência, embora ainda tenha predominância nas relações de negócios e consumo (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; RAMASWAMY, 2011; RAMASWAMY; GOUILLART, 2010; RAMASWAMY; OZCAN, 2016; VARGO; LUSH, 2008, 2017).

Apesar de Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010, 2017) lançarem o marketing centrado no ser humano; apesar da cocriação de valor e a lógica dominante do serviço defenderem um maior engajamento do consumidor nas relações de trocas; apesar do crescimento de teorias que estudam o comportamento do consumidor e buscam satisfaze-lo; o marketing continua como ferramenta das empresas/organizações. Ou seja, a “crise da meia idade do marketing” ainda não foi resolvida. Com estes avanços no marketing, não é que as empresas e

organizações estejam preocupadas com o bem estar dos indivíduos, mas quando estudam e se mobilizam para envolver o consumidor, na realidade elas estão preocupadas na sua sobrevivência através do lucro e prosperidade. Porque se assim não fizerem, indubitavelmente os seus concorrentes farão.

Portanto, o avanço teórico que este estudo visa alcançar é entender como os consumidores, neste caso os pacientes, podem se apoderar de um conceito de marketing e se empoderar nas suas relações com as organizações e provedores de serviços, tendo o marketing como uma ferramenta do consumidor e não das organizações. Onde o fim não sejam a riqueza e prosperidade, mas o bem estar da sociedade. Além disto, o outro desafio será a contribuição teórica do marketing com a cocriação de valor para a área de saúde, através da integração com a teoria da tomada de decisão médica compartilhada.

Sendo assim, prossegue-se com a apresentação das teorias da cocriação de valor e da tomada de decisão médica compartilhada, seguidas pelo resultado desta integração teórica a qual denominaremos de Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC).

2.1 Cocriação de Valor

O termo cocriação de valor começou a ser usado a partir de 2002 pelos autores C. K. Prahalad e Venkat Ramaswamy (2002, 2004a, 2004b), que disseminaram o conceito mundialmente, provocando um grande debate sobre as relações das empresas com seus stakeholders, tais como clientes, fornecedores e parceiros, agregando inovação e valor. O surgimento desse conceito foi também motivado pela competitividade imperativa no início do século XXI, fazendo com que as organizações repensassem sua relação com seus clientes/consumidores (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018)

McColl-Kennedy e outros (2012) conceitualizaram a cocriação de valor do cliente como "benefício obtido pela integração de recursos através de atividades e interações com colaboradores na rede de atendimento do cliente". Estas interatividades com os stakeholders foram intensificadas e desempenhadas por meio de plataformas de engajamento, virtualizadas e concebidas a partir de ecossistemas de competências e geradas e incorporadas em domínios de experiências, ampliando a riqueza, prosperidade e o bem-estar (RAMASWAMY; OZCAN, 2016).

Em 2004, Robert F. Lusch e Stephen L. Vargo publicaram seu artigo inovador sobre a evolução da teoria e da prática de marketing em direção à "lógica de serviço dominante", descrevendo a mudança de uma visão centrada no produto para um modelo liderado pelo serviço (BAKER; SAREN, 2012; VARGO; LUSH, 2004). Segundo Vargo e Lush (2004), uma nova lógica emergia no marketing. Eles estabeleceram a distinção entre a lógica centrada em produtos (o modelo tradicional) e a lógica centrada nos serviços (o modelo emergente) por meio da comparação entre seis atributos básicos: a unidade primária de troca, o papel dos bens, o papel do cliente, a determinação e o significado do valor, a interação cliente-empresa e a fonte de crescimento econômico (VARGO; LUSH, 2004, 2008).

Do mesmo modo que Prahalad e Ramaswamy (2002) defendiam a coleta de valores alguns anos antes de Vargo e Lusch (2004), esta "Nova Lógica Dominante" proposta, também denominada Lógica Dominante do Serviço (LDS), teve a ênfase nos aspectos intangíveis e na interatividade dos relacionamentos. Nos aspectos intangíveis destacam-se as habilidades, informação e conhecimento. Quanto à interatividade e conectividade dos relacionamentos, tem o foco na maior interatividade entre empresa e cliente, e as experiências geradas nesta relação, podem representar valor ao consumidor, inclusive de cocriação do produto/serviço (VARGO; LUSH, 2004, 2008, 2017).

Apesar deste avanço na aplicação prática da cocriação de valor na LDS, Grönroos e Voima (2012) criticaram a literatura existente sobre esta nova lógica dominante do marketing

por ser dominada por uma visão metafórica da cocriação de valor, onde os papéis dos prestadores de serviços e clientes permanecem analiticamente não especificados e sem uma base teoricamente sólida para a criação de valor ou co-criação. Segundo Grönroos (2011), não é que os clientes sempre sejam co-criadores de valor, mas sim que, sob certas circunstâncias, o provedor de serviços obtém oportunidades para co-criar valor junto com seus clientes. A cocriação de valor torna-se facilmente um conceito sem substância e se não houver uma compreensão completa do conceito de interação, o escopo, o locus, natureza e conteúdo da cocriação de valor não podem ser identificados (GRÖNROOS, 2011; GRÖNROOS; VOIMA, 2012).

Portanto, é importante enfatizar que a cocriação de valor agrega, de uma maneira gradual, valor “com e para várias partes interessadas”, por meio de interações regulares e contínuas que levam à inovação, ao aumento da produtividade e a resultados de valor criados em conjunto para todas as partes (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018). Segundo Ramaswamy e Ozcan (2016), as experiências dos stakeholders provêm de interações em seus ambientes. Destacam também que o valor percebido é subjetivo; não apenas varia de indivíduo para indivíduo, mas também muda dentro de um mesmo indivíduo no contexto de suas experiências no espaço e no tempo (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; RAMASWAMY; OZCAN, 2016).

Em relação ao engajamento dos stakeholders, que é uma das principais características da teoria da cocriação de valor, o processo de aprender e projetar soluções conjuntas é fundamental para o desenvolvimento das relações e interações, devendo ser inclusivo, criativo e significativo (RAMASWAMY, 2011).

Ainda segundo Ramaswamy e Ozcan (2016), a implantação do paradigma da cocriação é fundamental para a sobrevivência das organizações e a interação dos stakeholders deve ser feita através de Plataformas de engajamento, as quais podem ser reuniões presenciais, sites da internet, telefones celulares espaços de comunidades privadas e espaços de comunidades abertas. Independente de seu formato, a inovação de plataformas de engajamento de cocriação com stakeholders devem seguir quatro princípios: Diálogo, Acesso, Reflexividade e Transparência.

Como o objetivo deste estudo é a interação conceitual da cocriação de valor com uma teoria fora do marketing, da área de saúde, não em busca da riqueza e prosperidade das empresas/organizações, mas visando a saúde e o bem-estar do paciente, através do engajamento dos stakeholders, segue-se então para a apresentação da teoria da tomada de decisão médica compartilhada.

2.2 Tomada de Decisão Médica Compartilhada

A tomada de decisão médica compartilhada (SMDM, na sigla em inglês) é definida como um processo ou ferramenta formal que ajuda médicos e pacientes a trabalharem juntos no processo de decisão sobre diagnóstico, tratamento ou acompanhamento que melhor reflita as evidências médicas e as prioridades e metas individuais do paciente para seus cuidados (ALDEN et al, 2013, 2014, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018; STIGGELBOUT *et al*, 2015).

Segundo STIGGELBOUT e outros (2015), embora o termo “tomada de decisão médica compartilhada” tenha sido usado pela primeira vez em 1972 por Veatch, em seu artigo “*Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age: What physician-patient roles foster the most ethical relationship?*”, o conceito SMDM cresce na literatura somente a partir de 1997 com o artigo de referência de Charles *et al.*: “*Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?*”. Contudo, a aceitação clínica do conceito é mais recente e atualmente stakeholders como representantes de pacientes, formuladores de políticas,

hospitais e seguradoras em todo o mundo defendem os princípios do SMDM como o ideal para tomada de decisão (STIGGELBOUT *et al*, 2015).

Segundo Veatch (1972), o médico deve reconhecer que o paciente mantenha a liberdade de controle sobre sua própria vida e destino, quando escolhas significativas devem ser feitas, defendendo uma relação de confiança, responsabilidade e compromisso entre o médico e o paciente. Charles *et al* (1997), no entanto, tentam fornecer maior clareza conceitual sobre a tomada de decisão compartilhada em tratamento, identificando algumas características-chave deste modelo. Tendo como foco tratamentos de doenças com risco de morte, onde há decisões importantes para serem tomadas, estes autores sugerem como principais características da SMDM: a) que pelo menos dois participantes - médico e paciente estejam envolvidos; b) que ambas as partes compartilhem informações; c) que ambas as partes tomem medidas para construir um consenso sobre o tratamento preferido; e d) que um acordo seja alcançado sobre o tratamento a ser implementado. Concluem com alguns desafios para medir a tomada de decisão compartilhada, bem como os benefícios potenciais de um modelo de tomada de decisão compartilhada tanto para os médicos quanto para os pacientes (CHARLES *et al*, 1997).

Ainda segundo STIGGELBOUT e outros (2015) mais de 40 anos após a primeira menção do termo SMDM (VEATCH, 1972), e mais de 15 anos após a publicação de Charles *et al.*(1997), a SMDM finalmente chegou à agenda de implementação e se tornou o alvo de programas educacionais em muitos países ao redor do mundo. Ainda há poucas evidências para sua ocorrência na prática clínica. Portanto, há um debate contínuo sobre como melhorar a implementação, através de treinamento e ferramentas, tanto para profissionais como para pacientes (STIGGELBOUT *et al*, 2015).

A maioria dos modelos de tomada de decisão médica compartilhada (SMDM, será usada a sigla em inglês em todo o texto) dentro da área da saúde tem se limitado à relação entre o paciente e o médico. Entretanto, na literatura sobre este tema já se encontram avanços nesta relação paciente-médico com o compartilhamento de outros stakeholders como familiares e grupos interprofissionais e interdisciplinares (ALDEN *et al*, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018; LAIDSAAR-POWELL *et al*, 2013; LÉGARÉ *et al*, 2008, 2011).

Em uma revisão sistemática com estudos quantitativos e qualitativos que exploraram a comunicação entre o médico / paciente adulto / acompanhante do paciente em consultas e tomadas de decisões médicas, Laidsaar-Powell e outros (2013) indicaram que esta tríade relação em consultas foram frequentemente percebidas como úteis. No entanto, o envolvimento familiar muitas vezes exige desafios, pois alguns comportamentos dos acompanhantes foram considerados mais úteis (suporte informativo) e menos úteis, por exemplo, quando estes dominam a comunicação. Os autores concluíram que a comunicação tríadica em encontros médicos pode ser útil, porém desafiadora, pois as preferências por envolvimento variaram muito (LAIDSAAR-POWELL *et al*, 2013).

Esta variação sobre as preferências pelo envolvimento de familiares do paciente na tomada de decisão médica pode ser também afetada por fatores culturais (ALDEN *et al*, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018), influenciando potencialmente a satisfação do paciente e o engajamento na tomada de decisão médica compartilhada (SMDM).

Alden *et al* (2017) desenvolveram seis cenários de doenças culturalmente relevantes, variando de baixa a alta gravidade médica. Amostras de aproximadamente 290 residentes urbanos de meia idade na Austrália, China, Malásia, Índia, Coreia do Sul, Tailândia e EUA completaram uma pesquisa on-line que examinou os níveis desejados de envolvimento familiar e identificou preditores de diferenças individuais em cada país (ALDEN *et al*, 2017).

Os resultados obtidos destacaram a importância dos provedores de saúde evitarem os estereótipos culturais do Oriente-Occidente, pois há um número significativo de pacientes em todos os sete países pesquisados que tanto tendem a preferir um envolvimento familiar menor

quanto maior. Assim, as diferenças individuais dentro de uma mesma cultura são importantes para prever se um paciente deseja um envolvimento familiar na SMDM. Por essa razão, segundo os autores, evitar pressupostos baseados na cultura sobre o envolvimento da família durante a tomada de decisões médicas é fundamental para proporcionar um cuidado mais eficaz ao paciente (ALDEN et al, 2017).

A partir dos resultados deste estudo anterior, dois dos autores resolveram analisar diferenças individuais dentro de uma mesma cultura, selecionando assim um país com uma cultura tradicional, o Japão. Segundo John Friend e Dana Alden (2018), a literatura existente fornece evidências de que a sociedade japonesa mudou consideravelmente, à medida que a globalização e a internet introduziram novos entendimentos de direitos pessoais e a individualização de preferências. Coube então analisar se as preferências pela SMDM e o envolvimento da família no processo decisório de tratamento também variam. Para entender melhor essas preferências no Japão, o estudo investigou as relações entre orientações de valor e envolvimento familiar desejado em decisões médicas (FRIEND; ALDEN, 2018).

Os resultados apontaram para a importância de identificar as preferências para a tomada de decisão no tratamento entre os consumidores japoneses, porque os pacientes orientados para a SMDM no Japão são mais propensos a ver o envolvimento da família como uma oportunidade para melhorar a tomada de decisões versus um risco de interferência. Os pacientes destacaram que o encorajamento do médico ao compartilhamento das decisões é importante para ter maior desejo pelo envolvimento familiar. Acreditar que os médicos apoiam a SMDM pareceu aumentar o valor potencial do engajamento familiar. No entanto, há variações no desejo dos pacientes em relação ao nível de envolvimento de familiares na SMDM. Semelhante ao estudo anterior, os resultados demonstraram a importância de evitar estereótipos culturais ou regionais em relação às atitudes dos pacientes e o envolvimento familiar na SMDM (FRIEND; ALDEN, 2018).

Sendo assim, a tomada de decisão médica compartilhada passa a envolver a participação ativa do médico, do paciente e da família em decisões de tratamento. Entretanto, Légaré et al (2011), analisaram a importância também da promoção de um engajamento interprofissional na SMDM direcionada à atenção primária, tendo um grupo interprofissional e interdisciplinar desenvolvido e alcançado consenso sobre um novo modelo de integração.

Com isto, o próximo passo será propor a interação teórica entre a cocriação de valor e a tomada de decisão médica compartilhada. Segue-se então à visão inicial desta interação teórica, que é propor a teoria da tomada de decisão médica cocriada.

3 TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COCRIADA

A iniciativa de contribuir com a teoria da cocriação para a área da saúde já pode ser encontrada na literatura (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; McCOLL-KENNEDY *et al.*, 2012). Entretanto, esta contribuição teórica teve seu foco no uso da cocriação para gerar valor para as organizações de saúde em relação aos pacientes. Portanto, o pioneirismo deste estudo está na contribuição da teoria da cocriação de valor não para as organizações de saúde, mas em prol dos pacientes nas tomadas de decisões médicas compartilhadas.

A proposta desta interação teórica é o que passaremos a denominar de Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC), a qual proporcionará entender quais os stakeholders (além dos médicos, provedores de saúde e familiares), quais as preferências e atividades dos pacientes influenciam nas tomadas de decisões. Assim como C. K. Prahalad e Venkat Ramaswamy (2002, 2004a, 2004b), disseminaram o conceito da cocriação de valor, enaltecendo as relações das empresas com seus stakeholders, tais como clientes, fornecedores

e parceiros, agregando inovação e valor, o objetivo aqui é defender a importância das relações dos pacientes com seus stakeholders, agregando inovação e valor ao tratamento e bem-estar.

Antes de aprofundar no tema proposto, é importante salientar alguns antecedentes desta interação teórica. Como ficou evidenciado nos estudos de Cohen, Da Silva e Jorge (2018), a cocriação de valor, nas pesquisas científicas em saúde, ainda são incipientes e escassas no Brasil. Os autores analisaram as características da produção científica publicadas nas bases *CAFe*, *ISI Web of Science* e *Scopus*, utilizando as palavras-chave *co-creation* e *health*, no espaço temporal de cinco anos (2012-2017), encontrando apenas quatro artigos publicados em português e, dos 2427 *papers* que atendiam as palavras-chaves de busca, após todas as triagens, leituras e análises de conteúdo, apenas trinta artigos apresentaram correlação entre os temas cocriação e saúde e/ou serviços de saúde (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018).

Segundo Cohen, Da Silva e Jorge (2018), tanto as publicações nacionais quanto internacionais abordam a cocriação em saúde com o foco no atendimento ao paciente como cliente, tendo como objetivo principal o cunho mercadológico. Entretanto, um avanço observado foram estudos que já abordavam acerca da cocriação em saúde considerando outros stakeholders em ecossistemas envolvidos e a importância da cocriação como mola propulsora para engajamento, melhoria de processos e inovação. Dentre outros resultados do estudo, os autores reconheceram que envolver as partes interessadas é elemento crucial no desenvolvimento de soluções em saúde, sendo estes participantes ativos na inovação e na cocriação de valor, e o aprendizado a partir da promoção da coprodução e da cocriação entre profissionais de saúde pode ajudar a fechar a lacuna na aquisição das competências necessárias à adição de valor aos cuidados de saúde (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018).

Corroborando com estes estudos, Sagaz et al (2017) defendem que evoluções no marketing e nos saberes de saúde, ao buscarem a melhor compreensão das necessidades humanas, têm mudado a forma com que organizações e profissionais de saúde prestam serviços. Esses autores, baseados na mesma premissa deste ensaio teórico, que tem o cuidado centrado no paciente como o eixo norteador para tomada de decisão médica, apontam que o uso de abordagens do marketing, associadas ao fomento do cuidado, podem gerar melhorias e avanços no setor da saúde, através do maior engajamento entre equipes, da geração de afeição e da maior percepção de valor pelos pacientes clientes (SAGAZ et al, 2017).

3.1. Engajamento dos Stakeholders

Portanto, além dos principais stakeholders da TDMC que são o paciente e o médico e dos familiares, já incluídos nos estudos anteriores da tomada de decisão médica compartilhada (ALDEN et al, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018; JOHNSON et al., 2008; LAIDSAAR-POWELL et al, 2013), surgem novos stakeholders importantes que são outros provedores e organizações de saúde com o foco na geração de valor para o paciente através da cocriação.

Esta atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, como observado nos conceitos da SMDM, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, é também reconhecida por organizações governamentais de saúde como transformadora da relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (BRASIL, 2013; OMS, 2003). As bases destas relações estão na dignidade e respeito; no compartilhamento de informações completas entre os stakeholders; na participação e colaboração de todos nas decisões (BRASIL, 2013; JOHNSON et al., 2008).

Nessa perspectiva, a coprodução e cocriação de aprendizado entre e interprofissionais merece ser observada como estratégia para a cocriação de valor com foco na geração de soluções de saúde com e para a sociedade (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; McCOLL-

KENNEDY et al., 2012)

Em um estudo com pacientes idosos, Hammerschmidt e Lenardt (2010) identificaram que acolhimento, acessibilidade à informação e ao conhecimento, respeito, vínculo, identidade e responsabilidade são apontados como traços principais na compreensão das interações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares; e na construção do cuidado “empoderador”, que propicia ao idoso ser protagonista do processo, estimulando o cuidado de si, por meio da aliança terapêutica entre o paciente idoso, profissional e família.

Alguns consideram a participação mais ativa do paciente nas decisões médicas como um reflexo do chamado empoderamento do paciente (ALDEN, 2014; ANDERSON; FUNNELL, 2010; TADDEO et al, 2012). Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (TADDEO et al, 2012; WAGNER, 1998).

O empoderamento do paciente é um processo concebido para ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e, assim, facilitar a mudança de comportamento autodirigida, desempenhando um papel importante na facilitação da comunicação bidirecional e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde e isso é central para a tomada de decisão compartilhada (ALDEN, 2014; ANDERSON; FUNNELL, 2010; TADDEO et al, 2012).

Embora definições e os usos do termo empoderamento do paciente variam na literatura de cuidados de saúde, o construto é tipicamente referido como multidimensional. Segundo Dana Alden (2014), em um estudo com portadores de câncer, as experiências com a enfermidade devem fortalecer as associações entre a participação do paciente e a tomada de decisão, gerando atitude de confiança em relação ao tratamento do câncer, bem como o empoderamento do paciente. Cita ainda que vários antecedentes potenciais do empoderamento do paciente sobre um diagnóstico de câncer também podem ser identificados na literatura de psicologia mais ampla, por exemplo, valores como auto direção, traços de personalidade, e a conscientização.

A partir da análise da literatura sobre a abordagem do empoderamento do paciente, Lopes (2015) discutiu o impacto dessa perspectiva sobre os significados das transformações nas relações de cuidado integral de pacientes com diabetes, explorando as implicações para a posição ocupada por profissionais da saúde e pacientes (LOPES, 2015).

Com este mesmo enfoque, um estudo qualitativo descritivo foi desenvolvido em Fortaleza-Ceará, com a apreensão do autocuidado a partir das percepções dos pacientes com doenças crônicas sobre empoderamento (TADDEO et al, 2012). Segundo os autores, as informações coletadas revelaram o importante papel que o profissional de saúde desempenha no empoderamento do usuário para um cuidado promotor de saúde. É o que denominaram de cuidado “empoderador” como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. Além disso, capacita o doente crônico a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; TADDEO et al, 2012).

Até aqui então, a TDMC defende que a tomada de decisão deve ser cocriada entre o paciente, o médico, os familiares, os provedores e organizações de saúde (públicas e privadas). Entretanto, outro stakeholder que merece ter sua influencia analisada na TDMC são outros pacientes com a mesma doença, pelas suas experiências com a enfermidade. Segundo Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010), atualmente há mais confiança nos relacionamentos

horizontais do que nos verticais. Os consumidores acreditam mais uns nos outros do que nas organizações. A ascensão das mídias sociais também é um reflexo da migração da confiança dos consumidores das empresas para outros consumidores (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2010). Este conceito do marketing também se aplica às relações entre os pacientes que interagem entre si em busca de respostas, porque os consumidores prestam mais atenção ao seu círculo social quando tomam decisões e buscam conselhos e avaliações tanto on-line como off-line (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2017).

Segundo Frossard e Dias (2016), o conhecimento adquirido pela experiência com uma doença leva em conta aspectos emocionais e práticos geralmente excluídos do repertório médico. Surge então um questionamento: Como compartilhar este conhecimento adquirido individualmente e quais os riscos na adaptabilidade de uso por outros pacientes? Tal conhecimento é a base propulsora dos grupos de autoajuda/ajuda mútua, associações de pacientes e movimentos sociais em saúde. O que diferencia tais grupos é a forma como se aliam ou se opõem ao saber biomédico (FROSSARD; DIAS, 2016).

Como agora o poder não está nos indivíduos, mas nos grupos sociais (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2017), tendo a influência invertido do vertical ao horizontal, neste novo mundo horizontal, inclusivo e social, cabe nesta proposta teórica destacar a importância da avaliação do engajamento de grupos de pacientes de uma determinada doença, através de plataformas. Quanto mais inclusivo o engajamento dos stakeholders no ato da criação de valor (por meio de plataformas de engajamento), melhores os resultados (RAMASWAMY; OZCAN, 2016).

Segundo Cohen, Da Silva e Jorge (2018), estas plataformas viabilizam a eficiência e efetividade no que tange ao aperfeiçoamento de soluções em saúde, bem como a disseminação e aquisição de conhecimento como necessidade. As plataformas de engajamento podem ser reuniões presenciais, grupos em redes sociais, sites da internet, telefones celulares, espaços de comunidades privadas e espaços de comunidades abertas. A tecnologia não importa tanto quanto a filosofia que orienta o engajamento desde que sejam colaborativas, criativas, intencionais, integradoras e transformadoras (BRASIL, 2013; RAMASWAMY; OZCAN, 2016).

Este engajamento dos grupos de pacientes da mesma doença também é defendido pelo Governo Brasileiro. Segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, do Ministério da Saúde (2013), os grupos “são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde”. A organização dos grupos de pacientes possibilita integração, discussões e reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos no processo saúde/doença/cuidado, estimulando formas de autocuidado e mudança de atitude. Isso gera sujeitos ativos e espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e obter maior autonomia e, também, estreitar a relação com a equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

3.2. Engajamento nas atividades

Além do engajamento dos stakeholders, a TDMC propõe também o engajamento do paciente em prática de atividades prazerosas (PAP). Em um estudo com pacientes idosos com Delírio e Demência, Cheong e outros (2016) concluíram que a Terapia Musical Criativa (TMC) é muito promissora para melhorar humor e envolvimento do paciente em um ambiente hospitalar agudo. Os resultados sugerem também que a TMC também pode ser agendada para rotinas diárias dos pacientes ou incorporadas em outras áreas de cuidados para aumentar a adesão e a cooperação do paciente (CHEONG et al, 2016).

Além da música, outras práticas de atividades prazerosas (PAP) podem ser adotadas pelos pacientes como terapias alternativas e complementares ao tratamento. Esta é mais uma

proposta da TDMC que, somado ao engajamento dos stakeholders, podem proporcionar grandes benefícios ao bem-estar dos indivíduos. Alguns estudos antecedentes já retrataram estes benefícios.

Em um estudo sobre o lazer com pacientes de doença renal crônica na Austrália, McQuoid (2017) concluiu que a natureza voluntária do lazer ofereceu aos participantes benefícios importantes no enfrentamento de enfermidades à longo prazo, oferecendo alternativas ao "corpo doente", e fortalecimento mediante às incertezas das trajetórias de doenças. A autora afirma ainda que há pouca pesquisa abordando a participação de lazer de pessoas com doenças crônicas, apesar das relações entre saúde mental e física e auto avaliação da qualidade de vida. O lazer pode ser incorporado nos planos de gestão de doenças e deve ser levado a sério como um veículo para melhorar o bem-estar e adaptação à vida com doença de longa duração (MCQUOID, 2017).

Waschki e outros (2015) estudaram a relação da prática de atividade física com pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), na Alemanha. Os resultados concluíram a importância da prática de atividade física em todos os níveis de gravidade da doença. Concluíram também que um baixo nível de atividade física ao longo do tempo é associado a uma progressão acelerada de intolerância ao exercício e depleção muscular. Entretanto, na Inglaterra, um estudo feito com pacientes da mesma enfermidade, a DPOC, concluiu que, apesar dos benefícios e facilitadores, há também algumas barreiras para que os pacientes pratiquem atividades físicas. As principais barreiras encontradas foram relacionadas à saúde (fadiga, problemas de mobilidade, problemas respiratórios causados pelo clima), psicológicos (constrangimento, medo, frustração), atitudinais e motivacionais (KOSTELI et al, 2017).

Os benefícios da prática de atividade física concomitante ao tratamento médico também foram analisados em pacientes com câncer. Friedenreich e outros (2016) analisaram 26 estudos com pacientes de diferentes tipos de câncer (mama, colorretal e próstata), publicados entre os anos de 2005 a 2016 em diferentes países. Em todos os estudos foram observados a redução do risco de mortalidade nos pacientes que praticavam atividades físicas comparado aos que não praticavam. Segundo os autores, ainda é necessário avaliar as relações entre atividade física e sobrevivência de câncer com outros tipos ou locais de câncer.

A dança foi outra atividade que teve seus efeitos estudados também em pacientes com câncer. Em um estudo exploratório com pacientes com câncer de mama na China, Ho e outros (2016) reafirmaram os benefícios da terapia com dança à saúde física e psicológica e à qualidade de vida dos pacientes. As intervenções com a dança foram analisadas com grupos de pacientes durante e após um tratamento radioterápico. A terapia do movimento de dança ajudou os pacientes de várias formas e os autores destacaram cinco categorias de benefícios: a) ajudou a lidar com o câncer, o tratamento e sintomas físicos; b) melhorou o bem-estar mental, atenção, e apreciação pelo ego e pelo corpo; c) melhorou o funcionamento total; d) ajudou como ponte de volta para uma vida normal e melhor; e) proporcionou experiências positivas compartilhadas. A terapia com a dança, ao longo do tratamento do câncer, pode trazer benefícios diferentes ou mesmo adicionais para os pacientes (HO; LO; LUK, 2016).

Diante destes estudos antecedentes de como a prática de atividades prazerosas é importante para o paciente de diversas doenças ao longo do tratamento, conclui-se que uma tomada de decisão médica deve ser cocriada com stakeholders e também com atividades que sejam prazerosas ao paciente. Todos os estudos anteriores citados foram unânimes em afirmar os benefícios de atividades como a música, o lazer, esportes, atividades físicas e dança na cocriação de valor ao tratamento pelo paciente (CHEONG et al, 2016; FRIEDENREICH et al, 2016; HO; LO; LUK, 2016; KOSTELI et al, 2017; MCQUOID, 2017; WASCHKI et al, 2015).

A TDMC não propõe ao paciente uma determinada atividade para tratamentos

específicos, mas defende que se um paciente tem a oportunidade de se engajar em uma atividade que lhe proporcione prazer, ele terá muitos benefícios que o ajudarão no enfrentamento da enfermidade, no controle dos efeitos colaterais das medicações, na motivação para viver e na qualidade de vida. Contudo, assim como encontraram Kosteli e outros (2017), há barreiras para alguns pacientes se engajarem em atividades diferentes e quanto mais tempo se demora a iniciar estas atividades ao longo do tratamento, mais barreiras podem surgir, como também concluíram Waschki e outros (2015).

4. CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi alcançado com a interação das teorias da cocriação de valor (marketing) e da tomada de decisão médica compartilhada (saúde), nascendo desta interação a teoria da Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC). E assim foi possível responder à questão de como os indivíduos, neste caso os pacientes, podem se apoderar de um conceito de marketing e se empoderar nas suas relações com as organizações e provedores de serviços de saúde, tendo o marketing como uma ferramenta do consumidor e não das organizações, onde o fim não sejam a riqueza e a prosperidade, mas o bem estar da sociedade.

Como o foco da TDMC são pacientes que necessitam tomar decisões durante longo prazo, alguns casos ao longo de toda a vida e, dentre estes estão os pacientes de doenças raras, as quais são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição (BRASIL, 2019), a contribuição do marketing através da teoria da cocriação de valor é o empoderamento dos indivíduos nas suas relações e interações, pois o valor percebido é subjetivo; não apenas varia de indivíduo para indivíduo, mas também muda dentro de um mesmo indivíduo no contexto de suas experiências no espaço e no tempo (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; RAMASWAMY; OZCAN, 2016).

Assim como na teoria da cocriação de valor, o engajamento dos stakeholders é uma das principais características da TDMC, onde também o processo de aprender e projetar soluções conjuntas são fundamentais para o desenvolvimento das relações e interações, devendo ser inclusivo, criativo e significativo (RAMASWAMY, 2011).

Quanto ao avanço em relação à tomada de decisão médica compartilhada, para a qual estudos anteriores já definiam como um processo ou ferramenta formal que ajuda médicos e pacientes a trabalharem juntos no processo de decisão sobre diagnóstico e tratamento (ALDEN et al, 2013, 2014, 2017; STIGGELBOUT et al, 2015) e ainda incluíam outros stakeholders como familiares e organizações de saúde (ALDEN et al, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018; COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; JOHNSON et al., 2008; LAIDSAAR-POWELL et al, 2013), a TDMC propõe o engajamento de novos stakeholders importantes que são outros provedores de saúde, os amigos do paciente e outros pacientes da mesma enfermidade, os quais formam grupos em redes sociais e plataformas de engajamento com o foco na geração de valor para o paciente através da cocriação.

Além do engajamento dos stakeholders, a TDMC propõe também o engajamento do paciente em práticas de atividades prazerosas, tais como esportes, lazer, música e dança. Embora não seja possível determinar atividade para tratamentos específicos, a TDMC defende que se um paciente tem a oportunidade de se engajar em uma atividade que lhe proporcione prazer, ele terá muitos benefícios que o ajudarão no enfrentamento da enfermidade, no controle dos efeitos colaterais das medicações, na motivação para viver e na qualidade de vida.

O impacto que se espera com o desenvolvimento e aplicação da teoria da TDMC é um

maior engajamento de pacientes de diversas doenças em seus próprios tratamentos, bem como o engajamento e interações de outros stakeholders, tendo ainda o incentivo às práticas de atividades prazerosas ao paciente. E, por consequência, proporcionar saúde e bem estar a uma parcela significativa da sociedade brasileira, pois, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE; FIOCRUZ, 2014), cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), e ainda reduzir o risco de mortalidade de pacientes de doenças crônicas não transmissíveis, que até recentemente ainda representavam 72% das causas de mortes no Brasil (BRASIL, 2013, 2019).

Para estudos futuros, espera-se a utilização da teoria da TDMC em estudos com pacientes e grupos de pacientes de diversas doenças, como também contribuições teóricas para o desenvolvimento da mesma. Quanto à limitação deste estudo está o fato de ser um artigo seminal, portanto ainda sujeito às críticas e contribuições.

REFERÊNCIAS

- ALDEN, Dana L. Decision aid influences on factors associated with patient empowerment prior to cancer treatment decision making. *Medical Decision Making*, v. 34, n. 7, p. 884-898, 2014.
- ALDEN, Dana L. et al. Who decides: Me or we? Family involvement in medical decision making in Eastern and Western countries. *Medical Decision Making*, v. 38, n. 1, p. 14-25, 2017.
- _____. Culture and medical decision making: Healthcare consumer perspectives in Japan and the United States. *Health Psychology*, v. 34, n. 12, p. 1133, 2015.
- _____. Cultural targeting and tailoring of shared decision making technology: a theoretical framework for improving the effectiveness of patient decision aids in culturally diverse groups. *Social Science & Medicine*, v. 105, p. 1-8, 2014.
- ALDEN, Dana L.; FRIEND, John; CHUN, Maria BJ. Shared Decision Making and Patient Decision Aids: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Hawai'i Physicians. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, v. 72, n. 11, p. 396, 2013.
- ANDERSON, Robert M.; FUNNELL, Martha M. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.
- BAKER, Michael J. SAREN, Michael . *Marketing Theory - A student Text – 2 nd edition*. Sage, Ed E book. 2014.
- BARCELOS, R. H.; ROSSI, C. A. V. A Contribuição da Produção Científica em Marketing para as Ciências Sociais. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 19, n. 2ª Ed. Especial, p. 197-220, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Doenças raras: o que são, causas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-raras>. Acesso em 10/04/2019.
- BRODIE, Roderick J.; SAREN, Michael; PELS, Jaqueline. Theorizing about the service dominant logic: The bridging role of middle range theory. *Marketing theory*, v. 11, n. 1, p. 75-91, 2011.
- CHARLES, Cathy; GAFNI, Amiram; WHELAN, Tim. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science &*

medicine, v. 44, n. 5, p. 681-692, 1997.

CHEONG, Chin Yee et al. Creative music therapy in an acute care setting for older patients with delirium and dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, v. 6, n. 2, p. 268-275, 2016.

COHEN, Mirian Miranda; DA SILVA, Chayana Leocádio; JORGE, Marcelino José. Cocriação em saúde: Um levantamento sistemático da literatura. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, v. 12, n. 3, p. 79-91, 2018.

COVIELLO, Nicole E.; BRODIE, Roderick J.; MUNRO, Hugh J. Understanding contemporary marketing: development of a classification scheme. *Journal of Marketing management*, v. 13, n. 6, p. 501-522, 1997.

FRIEND, John; ALDEN, Dana. Preference for Family Involvement in Treatment Decision Making Among Japanese Consumers: An Examination of Value-Focused Predictors. In *40th Annual North American Meeting of Society Medical Decision Making*. 40., 2018, Montreal, QC, Canada.

FRIEDENREICH, Christine M. et al. Physical activity and cancer outcomes: a precision medicine approach. *Clinical Cancer Research*, v. 22, n. 19, p. 4766-4775, 2016.

FROSSARD, Vera Cecília; DIAS, Maria Clara Marques. O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, n. ahead, 2016.

GRÖNROOS, Christian. Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing theory*, v. 11, n. 3, p. 279-301, 2011.

GRÖNROOS, Christian; VOIMA, Päivi. Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the academy of marketing science*, v. 41, n. 2, p. 133-150, 2012.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LENARDT, Maria Helena. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010.

HO, Rainbow TH; LO, Phyllis HY; LUK, Mai Yee. A good time to dance? A mixed-methods approach of the effects of dance movement therapy for breast cancer patients during and after radiotherapy. *Cancer nursing*, v. 39, n. 1, p. 32-41, 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ; FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>>. Acessado em 20/04/2019.

JOHNSON, Bev et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system. Institute for Patient-and Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement, 2008.

KOSTELI, Maria-Christina et al. Barriers and enablers of physical activity engagement for patients with COPD in primary care. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, v. 12, p. 1019, 2017.

KOTLER, Philip; KARTAJAYA, Hermawan; SETIAWAN, Iwan. *Marketing 3.0: as forças que estão definindo o novo marketing centrado no ser humano*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

KOTLER, Philip; KARTAJAYA, Hermawan; SETIAWAN, Iwan. *Marketing 4.0: Do tradicional ao digital*. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

LAIDSAAR-POWELL, Rebekah C. et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient education and counseling*, v. 91, n. 1, p. 3-13, 2013.

LÉGARÉ, France et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient*

- education and counseling, v. 73, n. 3, p. 526-535, 2008.
- LÉGARÉ, France et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of interprofessional care*, v. 25, n. 1, p. 18-25, 2011.
- LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 486-500, 2015.
- MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 15, n. 6, p. 1113-1119, 2007.
- MCCOLL-KENNEDY, Janet R. et al. Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, v. 15, n. 4, p. 370-389, 2012.
- MCCOLL-KENNEDY, Janet R.; CHEUNG, Lilliemay; FERRIER, Elizabeth. Co-creating service experience practices. *Journal of Service Management*, v. 26, n. 2, p. 249-275, 2015.
- MCQUOID, Julia. Finding joy in poor health: The leisure-scapes of chronic illness. *Social Science & Medicine*, v. 183, p. 88-96, 2017.
- MONSORES, Natan et al. Netnografia e análise bioética de blogs de turismo terapêutico com células-tronco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.
- O'DWYER, Michele; GILMORE, Audrey; CARSON, David. Innovative marketing in SMEs. *European Journal of Marketing*, v. 43, n. 1/2, p. 46-61, 2009.
- PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. The co-creation connection. *Strategy and Business*, p. 50-61, 2002.
- _____. Co-creating value with your customers. *Optimize* (January), p. 60-66, 2004.
- _____. Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5–14. 2004.
- RAMASWAMY, Venkat; GOUILLART, Francis. Building the co-creative enterprise. *Harvard business review*, v. 88, n. 10, p. 100-109, 2010.
- RAMASWAMY, Venkat. Co-creating development. *Development Outreach*, v. 13, n. 2, p. 38-43, 2011.
- RAMASWAMY, Venkat; OZCAN, Kerincam. O paradigma da cocriação. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- SAGAZ, Sidimar Meira et al. Abordagens e usos atuais do marketing em organizações de saúde: aproximações com a teoria do cuidado humano. *Revista Visão: Gestão Organizacional*, v. 6, n. 2, 2017.
- SARQUIS, Aléssio Bessa et al. Análise da produção científica internacional sobre práticas contemporâneas de marketing. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, v. 13, n. 1, p. 100-122, 2019.
- SILVEIRA, Cleo Schmitt; ESTEVES, Priscila Silva; ROSSI, Carlos Alberto Vargas. O que os outros pensam sobre marketing? A contribuição da disciplina para as ciências sociais. *Revista Brasileira de Marketing*, v. 12, n. 2, p. 49-69, 2013.
- STIGGELBOUT, Anne M.; PIETERSE, Arwen H.; DE HAES, Johanna CJM. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient education and counseling*, v. 98, n. 10, p. 1172-1179, 2015.
- TADDEO, Patrícia da Silva et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, 2012.
- VARGO, S. L., & LUSCH, R. F. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68, 1-17, January, 2004.
- VARGO, S. L., & LUSCH, R. F.. Service-Dominant Logic: Continuing the Evolution.

Journal of the Academy of Marketing Science, 36, 1-10, 2008.

VARGO, Stephen L.; LUSCH, Robert F. Service-dominant logic 2025. International Journal of Research in Marketing, v. 34, n. 1, p. 46-67, 2017.

VEATCH, Robert M. Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship?. Hastings Center Report, p. 5-7, 1972.

WAGNER, Edward H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. Effective clinical practice: ECP, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WASCHKI, Benjamin et al. Disease progression and changes in physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. American journal of respiratory and critical care medicine, v. 192, n. 3, p. 295-306, 2015.