



08, 09, 10 e 11 de novembro de 2022
ISSN 2177-3866

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

GIOVANNA XAVIER DE TOLEDO ARAUJO
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

JOSIVANIA SILVA FARIAS
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

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

1 Introdução

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

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

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

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

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

1.1 Problema de Pesquisa e Objetivo

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

codestruido. Neste cenário, este trabalho buscou identificar e analisar as causas da CDV nos serviços de cirurgia plástica e procedimentos estéticos, a partir de queixas de clientes e relatos (respostas/justificativas) de provedores do serviço para a ocorrência desse fenômeno.

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

Assim, este trabalho pretende contribuir com os provedores de serviços de cirurgia plástica e gestores da área da saúde, visto que, ao demonstrar as causas da CDV, pode ser tida como um “manual” do que não fazer. Entretanto, as evidências empíricas desse trabalho não permitem concluir que haja um reconhecimento da visão do paciente como legítima pelo provedor de serviço. Essas causas expostas podem contribuir para a reflexão sobre necessidades de melhorias na prestação de serviços e, conseqüentemente, o aumento da satisfação do consumidor. Além disso, traz uma contribuição acadêmica, posto que ainda há poucos estudos sobre o fenômeno da CDV na América Latina e no Brasil, uma vez que ainda se concentram na Europa, EUA e Austrália, além de alguns na Ásia.

2 Fundamentação Teórica

2.1 Lógica Dominante do Serviço (LDS)

A Lógica Dominante do Produto (LDP), ou *Goods-Dominant logic*, é centrada no bem, ou no “produto”, como unidade padrão de troca. A essência da LDP é que a troca econômica está fundamentalmente preocupada com unidades de produção (produtos), que são incorporadas com valor durante o processo de manufatura (VARGO; LUSCH, 2008).

Vargo e Lusch (2004) argumentaram que, por outro lado, a visão centrada no serviço percebe o marketing como um processo de aprendizado contínuo, direcionado a melhorar os recursos *operand* (operados) a partir da melhor gestão de recursos *operant* – ou operantes, que se referem à *performance*, à acurácia, perícia, conhecimentos empregados na oferta do serviço. A lógica dominante centrada no serviço implica que o valor é definido por e cocriado com o consumidor, em vez de embutido na produção (VARGO; LUSCH, 2004). A lógica dominante do serviço (LDS) surgiu em oposição à LDP. Enquanto a LDP considera os serviços como unidades de produção, a LDS vê o serviço como um processo. O lócus de criação de valor, então, passa do “produtor” para um processo colaborativo de cocriação entre as partes (VARGO; LUSCH, 2008).

Vargo e Lusch (2008) identificaram que, na LDS, o serviço é definido como a aplicação de competências (conhecimentos e habilidades) para o benefício de outra parte. Assim, a LDS representa uma mudança do pensamento sobre o valor em termos de recursos *operand* - geralmente recursos tangíveis e estáticos que requerem alguma ação para torná-los valiosos – e recursos *operant* - geralmente recursos intangíveis e dinâmicos que são capazes de criar valor.

2.1.1 Cocriação de valor (CCV)

Para Prahalad e Ramaswamy (2004, p. 8) “a cocriação é a criação conjunta de valor por empresa e cliente. Não é a empresa tentando agradar o cliente”. Ao criar um ambiente de experiência no qual os consumidores possam ter um diálogo ativo e coconstruir experiências personalizadas, o resultado pode ser o mesmo, mas as experiências construídas podem ser diferentes. Estes autores argumentam que a cocriação de valor (CCV) não se trata da

transferência ou terceirização de atividades para os clientes, nem da customização de produtos e serviços. Também explicaram que, na cocriação, todos os pontos de interação entre empresa e consumidor são oportunidades de criação e extração de valor. Desse modo, a cocriação é mais do que o comarketing ou a participação dos consumidores como agentes de vendas conjuntas. É uma via de mão dupla. Na CCV o mercado é visto como um fórum e não como um alvo.

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

Para Keeling *et al.* (2020) a CCV detém o maior potencial para serviços complexos, como prestação de serviços de saúde. Na área médica, uma das formas de se cocriar valor é estimular e orientar para que os pacientes compreendam a natureza de sua doença, suas opções de tratamento, o prognóstico e o que fazer caso não melhore. Desta forma, os pacientes se sentem seguros para tomar decisões sobre tratamentos e seguir com precisão as recomendações de seu médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde (WATSON; MCKINSTRY, 2009). Para isso, são usadas ferramentas como a *Dialogic Engagement* (DE) e a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC).

2.1.1.1 *Dialogic engagement* (DE)

Para Keeling *et al.* (2020) o *dialogic engagement* (DE) é um conjunto de princípios e práticas usados por acadêmicos para compreender como ideias, conselhos e/ou informações durante as interações e a aprendizagem em evolução podem facilitar o desenvolvimento de uma interpretação compartilhada entre os envolvidos. Na área da saúde o diálogo possibilita que os pacientes absorvam o conhecimento do profissional de saúde em sua própria aprendizagem. Assim, por meio da DE, o valor é desenvolvido.

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

2.1.1.2 Tomada de Decisão Compartilhada (TDC)

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

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

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

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

Na área cirúrgica, Boss et al. (2015) descobriram que a TDC diminui o conflito de decisão e melhora a qualidade da decisão para os pacientes que fazem escolhas sobre cirurgia eletiva. O procedimento cirúrgico escolhido deve ser o ideal para atender ao diagnóstico, e os riscos e benefícios desse procedimento devem oferecer maior benefício para o paciente (ABBETT; URMAN; BADER, 2020). Além disso, a decisão sobre o planejamento cirúrgico deve atender aos valores do paciente e atingir os seus objetivos. A unidade de saúde onde o procedimento será realizado deve disponibilizar todos os recursos necessários ao cuidado do paciente, e o profissional que executará o procedimento deve ter as habilidades, certificação e privilégios necessários para executar o procedimento no local escolhido. Juntos, esses componentes facilitam o atendimento de alto valor/ alta qualidade (ABBETT; URMAN; BADER, 2020).

2.1.2 Codestruição de valor (CDV)

O termo codestruição de valor (CDV) surgiu pela primeira vez em 2010, no estudo de Plé e Chumpitaz Cáceres intitulado “*Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic*”. Para os autores a CDV é um processo de interação entre sistemas de serviço que resulta em uma diminuição do bem-estar de pelo menos um dos sistemas, que pode ser individual ou organizacional (PLÉ; CHUMPITAZ CÁCERES, 2010). Além disso, frisaram que o uso inadequado ou inesperado dos recursos disponíveis em uma interação resultará em uma CDV para pelo menos uma das partes.

Para Järvi, Kähkönen e Torvinen (2018), a CDV refere-se a um processo falho de interação que tem um resultado negativo. A CDV surge por ausência de informação, nível insuficiente de confiança, erros, incapacidade de servir, incapacidade de mudar, ausência de expectativas claras e mau comportamento do cliente. Além disso, cada razão pode resultar em uma interação falha entre as partes, fazendo com que ocorra uma redução no bem-estar de uma ou ambas as partes, causando a CDV. Para Robertson et al. (2014) o uso inadequado ou de forma inesperada de recursos pode levar à CDV no processo do serviço e/ou no resultado do serviço.

Järvi et al. (2020) apresentaram seis potenciais antecedentes de CDV: incapacidade de fornecer um serviço, rigidez contextual, comunicação de marketing incoerente, expectativas excessivas, comunicação insuficiente e comportamento inadequado. Destes, os três primeiros são originados pelo provedor e os outros três, pelo cliente. Os resultados do estudo sugerem que cada antecedente leva a diferentes resultados de CDV para os clientes e o prestador de serviço. Além disso, outra causa identificada por Järvi et al. (2018) para a ocorrência da CDV foi a falha no processo de informação por parte do consumidor: os consumidores não conseguem entender as informações fornecidas (por serem muito técnicas ou em outro idioma), ou simplesmente escolhem não ler as instruções antes de manusear o produto.

Jmour e Hmida (2017) verificaram o surgimento de diferentes emoções negativas que podem destruir o valor na comunidade virtual. Dessa forma, a possibilidade de a CDV ser causada pela interação entre as partes não deve ser negligenciada. Estes autores concluíram que interações negativas entre a empresa e os consumidores, a publicação de mensagens negativas

sobre a marca e a narração de histórias ruins sobre a marca são causas da CDV. Os autores também descobriram que emoções negativas como insatisfação, frustração, hostilidade e decepção, assim como a presença de um comportamento oportunista, são geradoras de CDV. Além disso, no âmbito de empresas, a CDV geralmente ocorre como resultado de recursos produto-serviço e recursos relacionais desalinhados (YIN; QIAN; SHEN, 2019).

3 Metodologia

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

Este estudo utilizou dados primários qualitativos de um *website* de comentários e avaliações *online* (*reviews*) de consumidores que utilizaram recentemente serviços de cirurgia plástica. Foram coletados comentários e reclamações e as respectivas respostas das empresas postadas na plataforma de avaliação ReclameAqui.

Foi analisado o conteúdo de 60 avaliações do ReclameAqui, bem como suas respectivas respostas. As análises foram geradas a partir de 60 comentários de clientes insatisfeitos e de 37 respostas de 17 empresas que receberam reclamações no período de 2016 a 2020. A Base A, com as queixas de clientes, produziu 1017 segmentos de texto, com 20302 ocorrências, das quais 1827 foram hápax (citadas uma única vez, segundo o vocabulário do *software* Iramuteq, utilizado na análise textual dos resultados). E a Base B, com as respostas/justificativas de empresas, gerou 325 segmentos de textos (trechos das reclamações que foram analisados), contendo 6661 ocorrências e 1013 hápax.

A plataforma consultada, como já mencionado, foi a ReclameAqui, por ser a maior plataforma de soluções de conflitos entre consumidores e empresas da América Latina. Trata-se de um *site* de reclamação e consulta de reputação e atendimento das marcas, e experiência dos consumidores (RECLAMEAQUI, [2020] data provável).

Os sujeitos deste estudo foram o reclamante dos serviços de cirurgia plástica que fez avaliações e comentários negativos sobre o seu atendimento, bem como as empresas (agentes de gestão da empresa responsáveis por postar respostas no *site*) que se preocuparam em responder, pela própria plataforma, a algumas das reclamações. Foram selecionados com base em sua participação no *site*. A amostra correspondeu às reclamações dos consumidores (n=60) e as respostas dos prestadores do serviço (n=37).

A coleta de dados foi feita por meio de análise documental, com a coleta de informações em *website* de avaliações e comentários de clientes/ pacientes sobre clínicas de cirurgia plástica e sobre os próprios cirurgiões plásticos que os atenderam. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma planilha Excel para o registro dos comentários dos clientes. A planilha permitia o registro de informações sobre as avaliações escolhidas, como: o procedimento realizado; o que causou a má experiência; se obteve resposta; se a resposta da empresa/ cirurgião contribuiu para o processo de codestruição de valor (CDV).

A análise dos dados foi feita por meio de análise textual, bem como pela técnica de análise de conteúdo com caracterização temática, a partir dos comentários e avaliações negativas coletados e da análise da planilha utilizada. A análise textual foi feita por meio do *software* IRAMUTEQ, que permite fazer as seguintes análises sobre *corpus* textuais, com base no *software* R: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto; Classificação Hierárquica Descendente (CHD) - método de Reinert; análise de similitude de palavras; e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Esta pesquisa teve como foco as análises de similitude e CHD. Camargo e Justo (2013) identificaram que a análise de similitude é baseada na teoria dos grafos e permite identificar ocorrências simultâneas entre palavras e sua conexidade. Já a análise CHD classifica os

segmentos de texto de acordo com seus respectivos vocabulários e, assim, gera conjuntos que, posteriormente, são distribuídos conforme sua frequência e grau de associações por meio do qui-quadrado. Além disso, o método CHD constitui a estatística textual do *corpus*, em que se pode ver a média de ocorrências por segmento e o número de segmentos de classe em todo o do *corpus* (SALVIATI, 2017). O teste qui-quadrado (χ^2) deve ser maior que 3,84, representando $p < 0,05$ de significância. Desse modo, segundo Camargo e Justo (2013), o método CHD é aplicado a partir de matrizes cruzando segmentos de textos e palavras em repetidos testes do tipo χ^2 . A partir dessas análises em matrizes o *software* organiza a análise dos dados em um dendrograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Em sua totalidade, foram coletadas 60 reclamações de clientes e 60 justificativas de empresas. Porém, após a eliminação de respostas automáticas, visto que não agregariam valor à pesquisa, restaram para análise 37 respostas das empresas.

Os comentários coletados foram codificados da seguinte maneira: foram numerados de CC1 a CC60, que significa Comentário do Cliente 1 (CC1) até Comentário do Cliente 60 (CC60) e se referem às queixas dos clientes; e CE1 a CE37, que significa Comentário da Empresa 1 (CE1) até Comentário da Empresa 37 (CE37), que são as respostas dos provedores de serviço. A categorização temática *a priori*, neste trabalho, que é um procedimento adotado na análise de conteúdo, foi extraída das seguintes referências, que trazem as causas da codestruição de valor (CDV): Laud et al. (2019), Järvi et al. (2018), Echeverri e Skåln (2011), Järvi et al. (2020), Jmour e Hmida (2017) e Robertson et al. (2014).

4 Análise dos Resultados

4.1 Base A – As queixas dos clientes

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

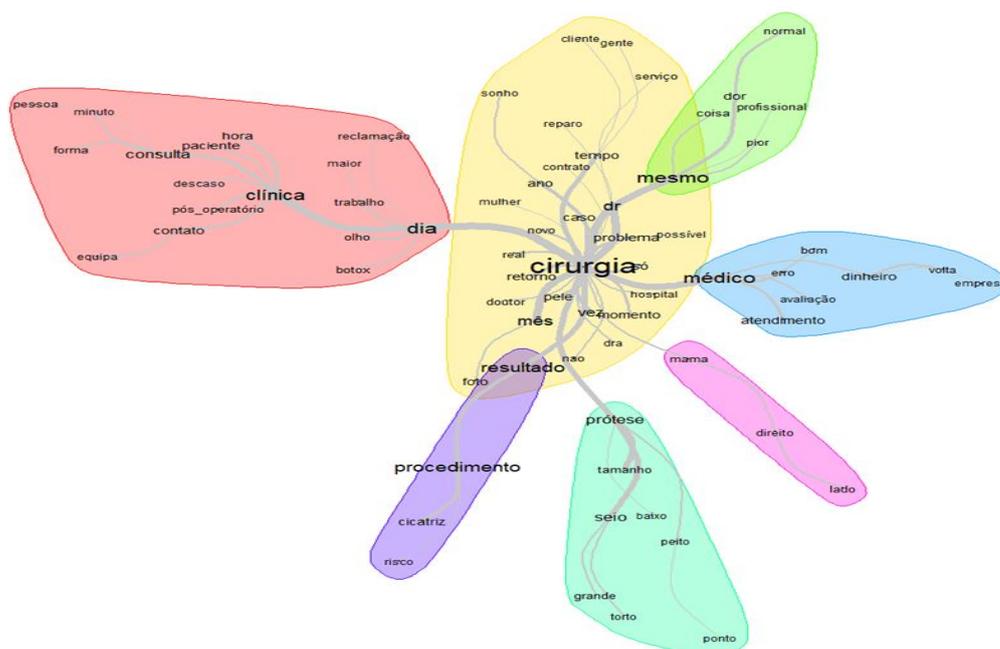


Figura 1 – Análise de Similitude A

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021

Foram selecionadas palavras com mais ocorrências, filtradas por substantivos e adjetivos, com o objetivo de se obter uma figura mais limpa e otimizar a análise.

Observa-se na Figura 1 a palavra “cirurgia” em evidência e destacam-se as palavras “resultado”, “clínica”, “procedimento” e “médico”. Desse modo, entende-se pela palavra “cirurgia” no centro que a maioria dos procedimentos feitos foram cirúrgicos. Além disso, no conjunto formado pela ramificação da palavra “prótese, aparecem palavras como “seio”, “torto”, “grande” e “tamanho”, que indicam insatisfação com a prótese mamária.

Na ramificação da palavra “resultado”, entende-se que há insatisfação quanto ao procedimento, à cicatriz e ao pós-operatório. Já na ramificação da palavra “mama”, indica algum problema com o lado direito da mama. Na ramificação da palavra “médico”, observa-se palavras como “erro”, “dinheiro” e “atendimento”, as quais mostram insatisfação com o profissional e com o atendimento/ consulta. Por fim, na ramificação da palavra “dia”, nota-se a presença das palavras “clínica”, “consulta”, “descaso”, “paciente”, “reclamação”, “pós-operatório”, “hora” e “minuto”, indicando a indignação do cliente. Há também palavras com conotações negativas, como “dor”, “problema” e “pior”. Assim, é possível perceber que os clientes tiveram experiências desagradáveis e uma percepção ruim do serviço.

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



Figura 2 – Dendrograma A

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Nota-se que na Figura 2 há dois grandes conjuntos: um relacionado aos procedimentos e suas consequências adversas e outro relacionado ao atendimento e contato com a empresa. Esse último conjunto originou duas classes, formando, assim, as três classes presentes no dendrograma, denominadas a seguir: **Classe 1 (Desintegração de recursos)**: palavras relacionadas a resultados não satisfatórios e complicações pós cirúrgicas indicam as características físicas que não agradaram o cliente. Causas prováveis dessa codestrução de valor (CDV) são a comunicação insuficiente (Järvi et al., 2018), o mau uso de recursos *operant* (nesse caso, as habilidades cirúrgicas) do provedor do serviço (Laud et al., 2019), ou o desalinhamento de expectativas e/ ou expectativas excessivas (Järvi et al., 2018).

O comentário do cliente CC20 exemplifica a Classe 1: “*Fiz uma lipoenxertia nos glúteos. Um lado ficou bem maior que o outro. Ficou uma bola de gordura gigante em um dos lados. Lipo malfeita*”. Assim, observa-se que o resultado não foi satisfatório.

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

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

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

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

Considerando as perspectivas de recursos *operant/operand*, fica evidente que a maior parte das causas da CDV remete à *performance*, acurácia, perícia, mas também à comunicação falha entre provedor e cliente. Isso deixa claro que a complexidade alta do serviço faz com que os recursos *operant* (intangíveis, simbólicos, de *performance* e estética etc.) são ainda mais intrincados, difíceis de lidar e exigem muito preparo do provedor para atuar nesse mercado.

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

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

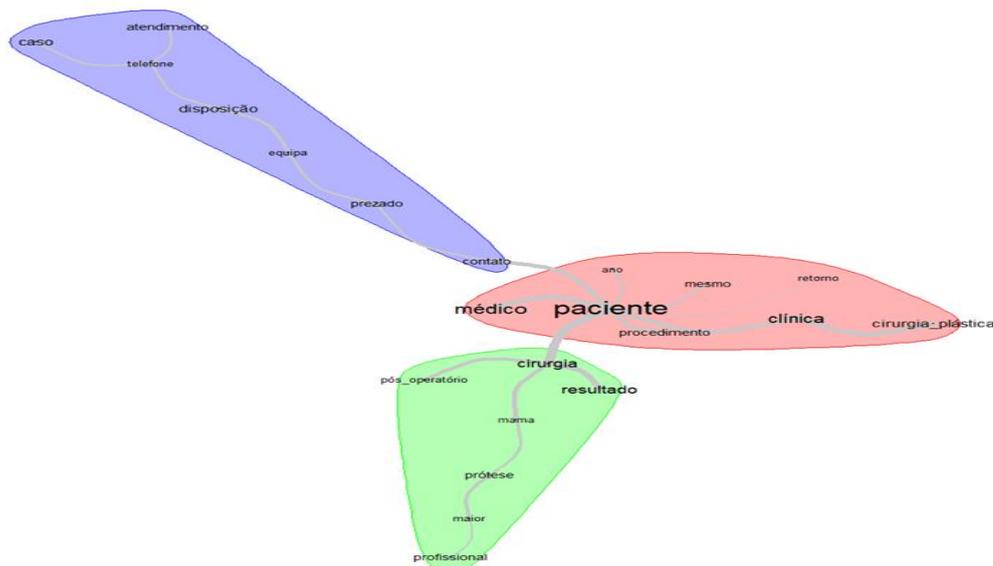


Figura 3 – Análise de Similitude B
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Foram selecionadas palavras com mais ocorrências, filtradas por substantivos e adjetivos, com o objetivo de se obter uma figura mais limpa e otimizar a análise.

Observa-se na Figura 3 que a palavra “paciente” está em foco. Ademais, as palavras “resultado”, “médico”, “cirurgia” e “clínica” se destacam. Pode-se perceber que as empresas evidenciam o paciente e tendem a transferir alguma responsabilidade pelas experiências e resultados não satisfatórios, isentando o médico de eventuais culpas, com o argumento de que ele é um profissional capacitado para tal procedimento. Na ramificação azul observa-se que as

empresas relatam que estão ‘à disposição para contato’. Por fim, é possível perceber que as empresas focalizam o resultado, o pós-operatório.

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

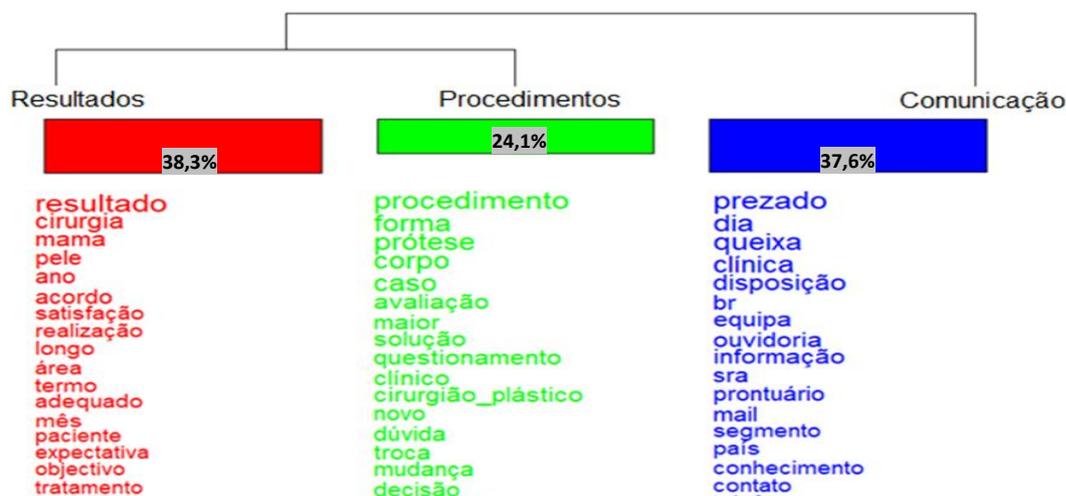


Figura 4 – Dendrograma B
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

Classe 1 (Resultados): indica o pós-operatório, o período de recuperação, e algum desalinhamento de expectativas. O prestador de serviço manifesta que houve um tratamento adequado e a clínica isenta o médico, transferindo a responsabilidade para a expectativa do cliente. Causas possíveis da codestruição de valor (CDV), nesse caso, podem ser: divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente (JÄRVI *et al.*, 2018) e falha no processo de interpretação informação por parte do consumidor (JÄRVI *et al.*, 2018).

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

Classe 2 (Procedimentos): palavras relacionadas ao procedimento e cicatrização justificam a quebra de valor no procedimento. Uma causa pode ser o uso inadequado do recurso operante (habilidade cirúrgica) (ROBERTSON *et al.*, 2014) ou expectativa excessiva do cliente (JÄRVI *et al.*, 2018).

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

Classe 3 (Comunicação): palavras relacionadas com a comunicação da clínica (ex.: SAC) com o cliente indicam que as empresas estão à disposição para contato, para o diálogo, o atendimento. Isso, possivelmente, resolveria um problema ou causa da CDV que Järvi *et al.* (2018) denominam como a presença de falha na comunicação ou comunicação insuficiente.

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

As respostas dadas pelos provedores do serviço remetem à reflexão do quanto ainda tem sido negligenciado o processo de *engagement dialogic (DE)*, uma vez que o diálogo entre ambos os atores da relação ainda carece de muitos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (LANE; KENT; TAYLOR, 2021), para que o engajamento efetivamente ocorra e isso reduza o risco de CDV.

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

Nesta seção aprofunda-se a discussão das justificativas dos provedores de cirurgia plástica para a ocorrência da desintegração de recursos e a análise das causas da CDV. Os quadros e análises a seguir foram elaborados com base nas informações contidas nas seções 4.1 e 4.2 deste trabalho. O Quadro 2 é baseado na perspectiva dos clientes, a partir de seus comentários na plataforma ReclameAqui.

Base de clientes

Quadro 2 Causas da CDV de valor na perspectiva dos clientes

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

Fonte: Elaboração própria.

A ocorrência da CDV pode ser justificada por: insatisfação com a prótese mamária, quanto ao procedimento e ao pós-operatório (causas 1, 2 e 3); insatisfação com o profissional e com o atendimento (causas 3 e 5); resultados não satisfatórios e complicações pós cirúrgicas (causas 2 e 4); atraso (causa 4); algum tipo de falha médica (causas 1 e 4); tentativas frustradas de contato com a empresa (causa 4); problemas com o pagamento (causas 3 e 6); desejo de reclamar e recorrer à justiça - emoções negativas (causas 5 e 7).

Para ilustrar a causa 4 - desintegração de recursos (LAUD et al., 2019), o cliente CC18 escreveu: *“Estou tentando contato por telefone pra não expor a empresa porém, sem sucesso, venho aqui pra tentar atendimento.”*

O cliente CC25 exemplificou a causa 4 - desintegração de recursos ou falha do serviço (LAUD et al., 2019), e a causa 2 - desalinhamento de expectativas (JÄRVI et al., 2018) com o seguinte depoimento: *“Assim que percebi que tinha algo estranho na minha auréola já falei com o Dr. O mesmo não mostrou nenhuma preocupação e muito menos passou qualquer remédio”*

Outra situação que exemplifica a causa 4 - desintegração de recursos (LAUD et al., 2019), foi apresentada pelo cliente CC47: *“Uma consulta agendada para as 17h, só me atenderam às 20h”*.

O cliente CC48, ilustrando as causas 4 - desintegração de recursos ou falha do serviço (LAUD et al., 2019) e 2 - desalinhamento de expectativas (JÄRVI et al., 2018) relatou: *“Péssimo atendimento, descaso total com seus pacientes/clientes. Ao ligar você é informado que o atendimento é por HORA MARCADA, mas quando chega na clínica vive um verdadeiro inferno e tratamento desumano.”*

Assim, pode-se observar que no grupo de clientes as principais causas para uma desintegração de recursos que levam à CDV são relacionadas à informação.

Base de empresas

O Quadro 3 representa a análise das causas da CDV na ótica dos provedores do serviço, a partir de suas justificativas para a ocorrência da desintegração de recursos nos serviços de cirurgia plástica.

Quadro 3 Causas da CDV na ótica dos provedores de serviço

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

Fonte: Elaboração própria.

Na classe 1 (Resultados) da Figura 4, os provedores buscam justificar que houve um tratamento adequado e a clínica isenta o médico, transferindo a responsabilidade ao cliente/paciente e suas expectativas. A causa c) - divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente (JÄRVI et al., 2018) - explica esse caso de CDV.

Para ilustrar, a empresa D (CE03) relatou: *“O fato ‘da’ cirurgia não atender suas expectativas, não consiste em erro médico, pois em nenhuma das cirurgias realizadas conseguimos atingir plenamente todas as expectativas imediatamente ou ao longo dos anos.”*

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

Por fim, na classe 3 (Comunicação), relacionada à comunicação da clínica com o cliente, é observado que as empresas se colocam à disposição para contato. Uma causa para essa divergência de percepção entre o cliente e a empresa é a b) falha no processo de informação por parte do consumidor (JÄRVI *et al.*, 2018). Isso porque, embora a empresa se coloque à disposição do paciente, este não percebe da mesma forma essa disponibilidade de comunicação.

O provedor/empresa CE23 esclarece: *“Não só o Dr xxxx xxxx, mas também toda sua equipe, estiveram e estão à sua disposição para lhe atender no que for necessário”*.

Ainda, a empresa K (CE15) escreveu: *“Entendemos sua insatisfação quanto ao resultado da cirurgia e colocamos nossas equipes à sua disposição para realizar o retoque na sua mama.”*

Para ilustrar a causa a) interações negativas entre empresa e seus consumidores (JMOUR; HMIDA, 2017), a empresa K (CE16) relatou: *“Conforme constatado em seu prontuário médico e acompanhamento pós-operatório, houve um aumento de seu peso e isso interfere no resultado final da cirurgia”*.

Assim, é possível observar que as empresas, com o intuito de justificar a transferência de responsabilidade para os clientes, sinalizam para as causas de falha no processo de informação por parte do consumidor e divergência de expectativas ou expectativas excessivas por parte do cliente (JÄRVI *et al.*, 2018). Diante disso, na próxima seção há algumas convergências e divergências entre as queixas e justificativas que podem explicar as causas encontradas para a ocorrência da CDV nos serviços de cirurgia plástica sob a ótica dos dois atores dessa relação.

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

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

Já os pontos divergentes percebidos foram a menção a complicações no pós-operatório e a desintegração de recursos mencionadas pelos clientes e suas respectivas negações por parte das empresas. Ademais, nas figuras de similitude (Figuras 1 e 3) foram encontradas divergências quanto ao foco principal: no grupo de clientes focalizou-se o próprio procedimento cirúrgico recebido, e no grupo de empresas focalizou-se o paciente. Foram, também, observadas palavras de caráter negativo na base A (queixas dos clientes) e palavras que remetem ao contato da empresa com o cliente na base B (respostas dos provedores de serviços).

Com o objetivo de demonstrar uma situação de convergência, tem-se o que relatou o paciente CC25: *“No mesmo momento, liguei e pedi para trocar de médico e expliquei que estava ficando deformada. (...) passei com a Dr. xxxxx, que comprovou que meus seios ficaram deformados.”*

E a empresa CE07 expôs: *“verificamos que seu procedimento de Mamoplastia foi realizado em 20/07/2018, em ambiente hospitalar, tendo ocorrido normalmente, sem qualquer intercorrência. No entanto, durante seu período pós-operatório sua cicatriz evoluiu com uma deiscência. (...) em atendimento a sua solicitação, foi encaminhada e avaliada, sendo indicado o refinamento de sua cicatriz.”*

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

A empresa J (CE11) escreveu: *“Em um procedimento de cirurgia plástica cada corpo responde diferente do outro e cada caso é um caso e existe a possibilidade de se o resultado não ‘ser’ alcançado, se fazer algum retoque ou ajuste na cirurgia realizada para atingir o desejado. Nunca houve nada torto na cirurgia da reclamante, conforme ela relatou e ela falta com a verdade ao dizer que o resultado foi um pesadelo.”*

A cliente CC30 relatou: *“(…) Dia após, dia meus seios foram desinchando, e o resultado era HORRÍVEL, ele não tirou NADA de pele, então começou aparecer a prótese em cima, e o seios exatamente como antes, CAÍDOS! Além disso a mama do lado direito, ficou defeituosa, com uma grande ondulação. (...) Seios com queda ainda, aréola tortas com medidas totalmente diferentes. Defeito na mama direita visivelmente visível.”*

Ainda, exemplificando a causa de CDV denominada: informações incompletas (ECHEVERRI; SKÅLÉN, 2011), houve o seguinte comentário e sua respectiva resposta: *“(…) Então por que ela não me avisou dos riscos? Por que ela não me mostrou as fotos das infecções e cicatrizes para eu saber o risco que estava correndo? Esta médica não tem o direito de submeter seres humanos a um procedimento cirúrgico sabendo que pode cometer o mesmo erro novamente! É desumano o que esta mulher fez conosco.” (Cliente CC56).*

A Empresa CE34 respondeu: *“(…) esclarecemos que, todo paciente, ao se consultar com o médico, através de consulta, é devidamente examinado e orientado, sendo-lhe facultado tempo hábil para saneamento de possíveis dúvidas quanto ao procedimento a ser realizado, uma vez que é na consulta médica que médico e paciente definem e planejam todo o tratamento a ser realizado.”*

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

5 Conclusão e Contribuição do estudo

Esta pesquisa analisou algumas causas da CDV em serviços de cirurgia plástica a partir da ótica do consumidor e do provedor do serviço. Desse modo, concluiu-se que a maior causa da CDV nesse setor são os recursos operantes, ou seja, as habilidades (perícia, competências etc., especialmente por parte do provedor do serviço). Isso foi constatado pelo fato de os fatores que mais geraram CDV no âmbito da cirurgia plástica estarem relacionados ao atendimento, ao procedimento e ao pós-serviço.

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

As causas expostas nesta pesquisa contribuem com aprendizados sobre a necessidade de melhoria ou aperfeiçoamento da prestação de serviços e, conseqüentemente, para o aumento da satisfação do consumidor. Além disso, pode contribuir com a redução da ocorrência de fenômenos inerentes à CDV nos serviços de cirurgia plástica, podendo ser aplicado a mais áreas da medicina e de prestação de serviços. Traz contribuição acadêmica, posto que ainda há poucos estudos sobre a CDV nas relações de serviço no Brasil e América Latina, uma vez que se concentram muito mais na Europa, EUA, Austrália e Ásia. O Brasil pouco tem estudado as causas da CDV no marketing de serviços.

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

Uma sugestão para estudos futuros seria explorar as causas da CDV em outros campos da saúde, como medicina de emergência, clínica médica e medicina intensiva. Além disso, futuras pesquisas poderiam focalizar o aspecto administrativo (ex.: gestão de pessoas e relacionamento com o cliente) e como os problemas da CDV podem ser mitigados.

Embora a pesquisa gere *insights* e algumas respostas, os resultados não representam uma análise completa do fenômeno de CDV. Pesquisas futuras podem triangular entrevistas e outras abordagens diretas com clientes, funcionários e gestores organizacionais para fornecer uma avaliação holística (do ecossistema de serviço em seus vários níveis) da dinâmica dos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

- ABBETT, Sarah K.; URMAN, Richard D.; BADER, Angela M. Shared decisionmaking – Creating pathways and models of care. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. v. 34, n. 2, p. 297-301, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2020.05.006>.
- ADAMS, Samantha A. Sourcing the crowd for health services improvement: the reflexive patient and “share-your-experience” websites. *Social Science & Medicine*. v. 72, n. 7, p. 1069-1076, abr. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.001>
- AUDINO, Maira Cristina Fistarol; SCHMITZ, Andréia. Cirurgia Plástica e Envelhecimento. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, v. 9, n. 1, p. 21-26, 9 out. 2013. UPF Editora. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.030> . Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/2789>. Acesso em: 27 mar. 2021.
- BOSS, Emily F. *et al.* Shared Decision Making and Choice for Elective Surgical Care. *Otolaryngology–Head And Neck Surgery*. v. 154, n. 3, p. 405-420, 8 dez. 2015. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599815620558> . Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/286446249_Shared_Decision_Making_and_Choice_for_Elective_Surgical_Care_A_Systematic_Review . Acesso em: 15 abr. 2021.
- CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2013.2-16>.
- ECHEVERRI, Per; SKÅLÉN, Per. Co-creation and Co-destruction: a practice theory-based study of interactive value formation. *Marketing Theory*. Karlstad, v. 11, n. 3, p. 351-373. out. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236693837_Co-creation_and_Codestruction_A_practice_Theory_Based_Study_of_Interactive_Value_Formation . Acesso em: 26 mar. 2021.
- FERREIRA, Marcus Castro. Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo*, v. 15, n. 1, p. 61- 66, jan. 2000.
- GODOLPHIN, William. Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*. v. 12, n.12, p. 186-190, 15 ago. 2009. Longwoods Publishing. <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2009.20947>. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/20947/healthcare-quarterly/shared-decisionmaking> . Acesso em: 15 abr. 2021.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. ISAPS Global Statistics: pesquisa global anual sobre procedimentos estéticos/cosméticos. Pesquisa Global anual sobre procedimentos estéticos/cosméticos. 2019. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/ISAPS-Global-Survey-2019-Press-Release-Portuguese.pdf> . Acesso em: 29 mar. 2021.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2019. 2019. Pág. 16. Disponível em: <https://www.isaps.org/wpcontent/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf> . Acesso em: 29 mar. 2021.

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

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

JMOUR, Arij; HMIDA, Imen Charfi Ben. Not Always a Co-creation: Exploratory Study of Reasons, Emotions and Practices of the Value Co-destruction in Virtual Communities. In: **International Conference on Digital Economy**. Springer, Cham, 2017. p. 41-54. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-62737-3_4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POON, Bing Ying; SHORTELL, Stephen M.; RODRIGUEZ, Hector P. Patient Activation as a Pathway to Shared Decision-making for Adults with Diabetes or Cardiovascular Disease.

Journal Of General Internal Medicine. v. 35, n. 3, p. 732- 742, 23 out. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05351-6>.

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

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

ROBERTSON, Nichola; POLONSKY, Michael; MCQUILKEN, Lisa. Are My Symptoms Serious Dr Google? A Resource-Based Typology of Value Co-Destruction in Online Self-Diagnosis. Australasian Marketing Journal. v. 22, n. 3, p. 246-256, ago. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ausmj.2014.08.009>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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