

FUCAPE PESQUISA E ENSINO S/A – FUCAPE ES

ATÍLIO PEIXOTO SOARES JÚNIOR

**ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR
PARA O USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE**

**VITÓRIA
2024**

ATÍLIO PEIXOTO SOARES JÚNIOR

**ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR
PARA O USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Administração, da Fucape Pesquisa e Ensino S/A – Fucape ES, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Contábeis e Administração – Nível Profissionalizante.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Wagner Mainardes

**VITÓRIA
2024**

ATÍLIO PEIXOTO SOARES JÚNIOR

**ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR
PARA O USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Administração da Fucape Pesquisa e Ensino S/A – Fucape ES, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Contábeis e Administração.

Aprovada em 28 de novembro de 2024.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr.: EMERSON WAGNER MAINARDES
Fucape Pesquisa e Ensino S/A

Profa. Dra.: ARILDA MAGNA CAMPAGNARO TEIXEIRA
Fucape Pesquisa e Ensino S/A

Profa. Dra.: FLÁVIA DE OLIVEIRA RAPOZO
Fucape Pesquisa e Ensino S/A

Profº Dr.: MARCELO MOLL BRANDÃO
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Profa. Dra.: CÁSSIA RITA PEREIRA DA VEIGA
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui é um presente, um sonho realizado, uma etapa superada. Motivos para agradecer...

A **Deus**, por me permitir vivenciar esse processo e alcançar essa conquista. A Ele seja dada toda a *honra* e toda a *glória*. Foi Ele quem me guiou e renovou minhas forças. Obrigado Senhor!

A minha **Vânia Motta**, companheira de vida, que esteve ao meu lado em cada momento, em cada renúncia. Sem ela não teria sido possível.

Ao meu orientador, professor **Emerson Mainardes**, pelos ensinamentos e contribuições para minha formação e pela parceria desde o mestrado.

A minha mãe, **Alba Albuquerque**, que lá atrás fez renúncias silenciosas que pavimentaram o caminho para que eu chegasse aqui. E ao meu pai, **Atílio Peixoto**, que também faz parte dessa conquista.

As minhas **Beatriz** e **Julia Peixoto**, filhas amadas, que me inspiram a ser melhor a cada dia.

Aos meus amigos de doutorado, **Cíntia Espanhol**, **Andreia Coutinho** e **Aloisio Mazzarolo**, meu reconhecimento e gratidão. Vocês foram parceiros de aprendizado e inspiração nessa trajetória.

Aos professores e a todo time da FUCAPE Business School, pelos ensinamentos e prontidão em ajudar.

Aos colegas de turma, pelo convívio, trocas e experiências vivenciadas.

Ao **Dr. Gil Gonçalves** e ao **Dr. Leandro Baptista**, pelo apoio no início dessa caminhada.

Vós sois a luz do mundo; não se pode esconder uma cidade edificada sobre um monte. Assim resplandeça a vossa luz diante dos homens, para que vejam as vossas boas obras e glorifiquem o vosso Pai, que está nos céus.

(Jesus Cristo, segundo Mateus, 5:14.16)

RESUMO

O estudo foi composto por três pesquisas e buscou atender aos objetivos: desenvolver o conceito orientação estratégica de valor para usuário e sociedade na saúde (OVUSS); recomendar que empresas do setor saúde utilizem tecnologias digitais como proposta de valor para usuários e profissionais no cenário *tech versus touch* da saúde; e desenvolver um modo de mensurar a OVUSS. Dado que o valor se consolidou como um fator estratégico para as empresas, a fundamentação teórica do primeiro estudo apoia-se em conceitos de valor social na saúde, cocriação de valor, experiência do usuário, responsabilidade social corporativa (RSC) e orientação estratégica de valor. A fundamentação teórica do segundo estudo foi construída baseando-se na OVUSS e suas dimensões. A base conceitual do terceiro estudo foi fundamentada nos desafios das tecnologias digitais na saúde, abrangendo questões éticas, técnicas e educacionais; e a dos atores da saúde sobre as tecnologias digitais disponíveis. No primeiro estudo foi realizada uma pesquisa exploratória qualitativa, com 30 entrevistas em profundidade, com usuários, gestores e profissionais. A análise dos dados apontou sete pilares da OVUSS: (1) gestão do negócio; (2) gestão do cuidado; (3) tecnologias digitais; (4) cocriação de valor; (5) experiência do usuário; (6) RSC e (7) valor na saúde. Desenvolveu-se um modelo conceitual que sugere caminhos para aprimorar a oferta de valor ao usuário, visando o fortalecimento do setor de saúde. No segundo estudo, a metodologia consistiu em duas pesquisas quantitativas: uma exploratória com 213 usuários e profissionais, com análise fatorial exploratória para identificar as dimensões da OVUSS. Outra confirmatória para sua validação, com 169 tomadores de decisão na saúde, por meio de modelagem de equações estruturais. Foram identificadas três dimensões da OVUSS: (1) experiência do usuário na saúde, (2) RSC na saúde e (3) saúde digital, reiterando sua relevância para práticas e estratégias das organizações do setor com as demandas dos usuários e da sociedade de maneira integrada. O terceiro estudo considerou a percepção dos atores envolvidos em relação às tecnologias digitais com base nos dados resultantes da pesquisa inicial com 10 usuários, 10 gestores e 10 profissionais. Neste estudo, foram propostas diretrizes para o aprimoramento entre tecnologias digitais e humanização no cuidado como parte da proposição de valor. Os resultados apontaram o caráter inovador dos achados. No primeiro estudo, a principal contribuição foi a apresentação de uma inédita orientação estratégica de marketing para organizações de saúde, que apresentou um modelo conceitual direcionado para a oferta de valor para o usuário, preenchendo lacunas na literatura de marketing em saúde. O segundo estudo tratou da relevância das dimensões da OVUSS (experiência do usuário na saúde, RSC na saúde e saúde digital), por meio de escala de medição validada empiricamente, tornando-se ferramenta essencial para organizações de saúde avaliarem suas maturidades para gerar valor para o usuário e a sociedade. O terceiro estudo, tecnológico, apontou uma nova perspectiva ao propor uma matriz que explora o equilíbrio entre tecnologia e humanização na saúde, atraindo os gestores para integrarem essas dimensões para melhorar a experiência do usuário e dos profissionais. Esses resultados oferecem uma estrutura analítica que permite que às organizações alinharem suas estratégias às necessidades contemporâneas de valor para o usuário e a sociedade.

Palavras-chave: estratégias para propor valor; experiência do usuário na saúde; responsabilidade social corporativa na saúde; saúde digital, orientação estratégica de valor.

Partes dos resultados desta pesquisa foram publicadas em:

Soares Júnior., A. P. (2024, novembro 5-8). *Tecnologias digitais como proposta de valor em serviços de saúde*. Anais do XXVII SEMEAD – Seminários em Administração 2024. São Paulo, SP, Brasil. https://login.semead.com.br/27semead/anais/resumo.php?cod_trabalho=1004

Soares Júnior, A. P., Mainardes, E. W. (2024, setembro 4-7). *Estratégica de valor na saúde: Desenvolvimento de uma escala de medição*. Anais do VI Congresso Latino-Americano de Marketing Social. Belo Horizonte, MG, Brasil. <https://doi.org/10.15728/lasmc.2024>

Soares Júnior., A. P., Mainardes, E. W. (2024, setembro 4-7). *Orientação estratégica de valor na saúde: Foco em usuários e sociedade*. Anais do VI Congresso Latino-Americano de Marketing Social. Belo Horizonte, MG, Brasil. <https://doi.org/10.15728/lasmc.2024>

Soares Júnior, A. P., Mainardes, E. W. (2024, outubro 7-11). *Proposição de valor na saúde por meio das tecnologias digitais*. 4º Business Tech Congress. Vitória, ES, Brasil. <https://btechcongress.com/>

Soares Júnior, A. P., Mainardes, E. W., Vieira, V. A. (2024, setembro 16-18). *Orientação estratégica de valor para usuário e sociedade na saúde*. Anais do XLVIII Encontro da ANPAD - EnANPAD 2024. Florianópolis, SC, Brasil. <https://doi.org/10.21714/2177-2576EnANPAD2024>

ABSTRACT

The study consisted of three surveys and sought to meet the objectives: to develop the concept of Strategic Value Orientation for Users and Society in Healthcare (VOUSH); recommend that companies in the healthcare sector use digital technologies as a value proposition for users and professionals in the tech versus touch healthcare scenario; and to develop a way of measuring VOUSH. Given that value has been consolidated as a strategic factor for companies, the theoretical basis of the first study is based on concepts of social value in health, co-creation of value, user experience, corporate social responsibility (CSR) and strategic value orientation. The theoretical foundation of the second study was built on VOUSH and its dimensions. The conceptual basis of the third study was based on the challenges of digital technologies in health, covering ethical, technical and educational issues; and that of health actors on the digital technologies available. In the first study, a qualitative exploratory study was carried out with 30 in-depth interviews with users, managers and professionals. Data analysis revealed seven pillars of VOUSH: (1) business management; (2) care management; (3) digital technologies; (4) value co-creation; (5) user experience; (6) CSR and (7) value in health. A conceptual model was developed that suggests ways to improve the value offered to the user, with a view to strengthening the health sector. In the second study, the methodology consisted of two quantitative surveys: an exploratory one with 213 users and professionals, with exploratory factor analysis to identify the dimensions of VOUSH. Another confirmatory validation with 169 health decision-makers, using structural equation modeling. Three dimensions of VOUSH were identified: (1) user experience in health, (2) CSR in health and (3) digital health, reiterating its relevance to the practices and strategies of organizations in the sector with the demands of users and society in an integrated manner. The third study considered the perception of the actors involved in relation to digital technologies based on the data resulting from the initial survey of 10 users, 10 managers and 10 professionals. In this study, guidelines were proposed for the improvement between digital technologies and humanization in care as part of the value proposition. The results indicate the innovative nature of the findings. In the first study, the main contribution was the presentation of an unprecedented strategic marketing orientation for healthcare organizations, which presented a conceptual model aimed at offering value to the user, filling gaps in the healthcare marketing literature. The second study dealt with the relevance of the VOUSH dimensions (user experience in health, CSR in health and digital health), using an empirically validated measurement scale, making it an essential tool for health organizations to assess their maturity in order to generate value for users and society. The third study, on technology, pointed to a new perspective by proposing a matrix that explores the balance between technology and humanization in healthcare, attracting managers to integrate these dimensions to improve the user and professional experience. These results provide an analytical framework that allows organizations to align their strategies with contemporary user and societal value needs.

Keywords: strategies for value proposition; user experience in healthcare; corporate social responsibility in healthcare; digital health, strategic value orientation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Características dos entrevistados.	31
Figura 2 - Categorias, subcategorias, códigos e menções.....	32
Figura 3 - Modelo conceitual da OVSUS.....	56
Figura 4 – Indicadores da OVUSS.	85
Figura 5 - Fatores, nomes e respectivas variáveis.	96
Figura 6 - Modelo de mensuração do construto de segunda ordem.	112
Figura 7 – Desafios para implementação das tecnologias digitais na saúde.	156
Figura 8 – Quadro percepção dos atores envolvidos nos serviços de saúde sobre as tecnologias digitais.....	161
Figura 9 - Recomendações para proposta de valor para o usuário e o profissional de saúde.....	165
Figura 10 – Matriz 3T Touch-Tech-Touch	170

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores, variáveis, comunalidades, carga fatorial e Alfa de Cronbach.	95
Tabela 2 - Variância total explicada.	97
Tabela 3 - Matriz de cargas fatoriais.	106
Tabela 4 - Análises de consistência interna e validade convergente.	107
Tabela 5 - Análise das cargas fatoriais para validade discriminante.	108
Tabela 6 - Critério de Fornell-Larcker para validade discriminante.	109
Tabela 7 - Validade discriminante pelo critério HTMT.	109
Tabela 8 - VIF para os indicadores.	110
Tabela 9 - Multicolinearidade VIF para os construtos.	110
Tabela 10 – Cargas fatoriais do construto de segunda ordem.	112
Tabela 11 - Validade discriminante da OVUSS pelo critério HTMT.	113
Tabela 12 – Matriz de cargas fatoriais – validação nomológica.	115
Tabela 13 - Consistência interna e validade convergente dos construtos da rede nomológica.	117
Tabela 14 - Validade discriminante pelo critério HTMT.	117
Tabela 15 – Coeficientes de caminho, média, desvio padrão, estatística T e p-valor.	117

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL.....	13
ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR PARA USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE.....	17
1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 VALOR SOCIAL NA SAÚDE.....	21
2.2 COCRIAÇÃO DE VALOR NA SAÚDE	23
2.3 EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA SAÚDE	24
2.4 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA NA SAÚDE.....	25
2.5 ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR NA SAÚDE	26
3 METODOLOGIA	27
4 RESULTADOS.....	31
4.1 GESTÃO DO NEGÓCIO	32
4.2 GESTÃO DO CUIDADO	35
4.3 TECNOLOGIAS DIGITAIS.....	40
4.4 COCRIAÇÃO DE VALOR	42
4.5 EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	44
4.6 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA.....	49
4.7 VALOR NA SAÚDE	53
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
6 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO	72
APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO	73
ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR NA SAÚDE: ESCALA DE MEDIÇÃO	74
1 INTRODUÇÃO	75

2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	79
2.1 ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR PARA O USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE.....	79
2.2 DIMENSÕES DA OVCSS	80
3 ESTUDO 1 – INVESTIGAÇÃO DAS DIMENSÕES DA OVUSS.....	87
3.1 MÉTODO	87
3.2 CAMPO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS.....	87
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	89
3.4 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA.....	91
3.5 RESULTADO DA AFE	93
4 ESTUDO 2 – VALIDAÇÃO DA ESCALA	98
4.1 MÉTODO	98
4.2 MEDIDAS.....	99
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	100
4.4 VIÉS E VARIÂNCIA DO MÉTODO COMUM	101
4.5 RESULTADOS.....	103
4.5.1 Análise de Dados	103
4.5.2 Validação dos construtos de 1ª ordem	106
4.5.3 Validação dos Construtos de 2ª ordem.....	111
4.5.4 Validade Nomológica.....	113
5 DISCUSSÃO	118
5.1 EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA SAÚDE	119
5.2 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA NA SAÚDE.....	120
5.3 SAÚDE DIGITAL.....	122
5.4 OVUSS.....	123
6 CONCLUSÕES	124
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICE A - Questionário Perfil Profissional.....	141
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PERFIL USUÁRIO	144
APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	147
APÊNDICE D – MATRIZ DE CORRELAÇÃO ANTI-IMAGEM.....	148

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO (ESTUDO 2)	149
TECNOLOGIAS DIGITAIS COMO PROPOSTA DE VALOR EM SERVIÇOS DE SAÚDE	152
1 INTRODUÇÃO - TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE	153
2 CONTEXTO DESAFIOS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE	155
3 Diagnóstico - PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOBRE AS TECNOLOGIAS DIGITAIS DISPONÍVEIS	158
4 PROPOSTA DE VALOR POR MEIO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	164
4.1 RECOMENDAÇÕES NA ÓTICA DO PROFISSIONAL	165
4.2 RECOMENDAÇÕES NA ÓTICA DO USUÁRIO	166
4.3 RESULTADOS OBTIDOS - MATRIZ 3T TOUCH-TECH-TOUCH.....	168
5 CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA-SOCIAL	170
REFERÊNCIAS	172
CONCLUSÃO GERAL	175

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO GERAL

A expectativa média de vida ao nascer aumentou nas duas últimas décadas, impactando positivamente a qualidade do serviço de saúde da população mundial, e a expectativa de vida saudável, devido aos progressos com controle de doenças, principalmente em populações pobres (World Health Organization [WHO], 2024). No entanto, o envelhecimento da população traz outros tipos de desafios para a saúde, que se somam aos altos custos assistenciais (Jayaraman et al., 2020). Junto a isso, a pandemia da COVID-19 acentuou a crise na saúde, ao ameaçar o funcionamento do seu sistema global (Salam & Baiaba, 2021). Além disso, a pandemia ampliou o olhar da saúde em relação às questões sociais em diferentes perspectivas, como o acesso aos serviços pela população e a condição de trabalho dos profissionais (Associação Nacional de Hospitais Privados [ANAHP], 2022). Também, apressou as transformações tecnológicas disruptivas no setor, alterando a maneira como as empresas funcionavam e as pessoas acessavam os serviços de saúde (Liu et al., 2022).

Essas mudanças impactaram o padrão de consumo dos serviços de saúde (NRC Health, 2021), aumentando as interações entre profissionais e usuários e a necessidade de cuidados com a saúde centralizada no usuário (Partouche-Sebban et al., 2022). Essas interações permitem a cocriação de valor entre os profissionais e os usuários (Lee, 2019; Balta et al., 2021) devido a participação de ambos durante a jornada do usuário nos serviços (Kurtuluş & Cengiz, 2022). A saúde baseada em valor impulsionou mudanças nos comportamentos de pacientes e profissionais do setor (Tsevat & Moriates, 2018).

Esse cenário requer uma abordagem de marketing centrada em valor, que dissemine uma cultura orientada para atender as necessidades do usuário (Agarwal et al., 2020), na qual a combinação da cocriação de valor atrelada ao desenvolvimento de tecnologias digitais poderá influenciar mudanças no modelo de negócios da saúde (Kraus et al., 2021). Assim, tratar o ecossistema de saúde pela ótica do desenvolvimento sustentável pode abrir caminhos para estratégias de marketing que indiquem para as organizações de saúde as estratégias mais eficazes (Popa et al., 2022).

Apesar do reconhecimento do valor no setor de saúde, o conceito e seus efeitos benéficos para a sociedade são insuficientes (Agarwal et al., 2020). Por isso, é necessário ter estratégias para o marketing (Morgan et al., 2019), para que haja proposição de valor para esse segmento de mercado (Lemon & Verhoef, 2016), por meio de uma orientação estratégica (Popa et al., 2022). Entretanto, até onde se sabe, não foi encontrada na literatura uma orientação estratégica de marketing direcionada para propor valor para o usuário e para a sociedade no setor de saúde.

Sendo assim, os objetivos desses estudos foram: (a) desenvolver o conceito Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e para a Sociedade na Saúde (OVUSS); (b) desenvolver um instrumento para mensurar a OVUSS; (c) recomendar que empresas do setor saúde utilizem tecnologias digitais como proposta de valor para usuários e profissionais da saúde no cenário *tech versus touch* dos serviços de saúde.

Na perspectiva teórica, esses estudos se justificam por: (a) indicar uma nova orientação estratégica de marketing direcionada para oferecer valor para o usuário e para a sociedade no setor de saúde (Agarwal et al., 2020; Lee, 2019); (b) construir uma maneira de mensurar a orientação estratégica de marketing de valor para o

usuário e para a sociedade nos serviços da saúde (Popa et al., 2022); (c) ampliar a perspectiva da experiência do usuário como instrumento estratégico para propor valor simultaneamente para os usuários e a sociedade (Anderson et al., 2019; Lee, 2019).

Do ponto de vista gerencial, as justificativas que sustentam esses estudos são: (a) indicar escolhas que contribuam para que as empresas desenvolvam estratégias para propor valor para os usuários e profissionais de saúde por meio da humanização nos serviços e das tecnologias digitais; (b) desenvolver meios para aperfeiçoar a experiência do usuário na saúde (Kurtuluş & Cengiz, 2022), fortalecendo a gestão do cuidado no longo prazo (Kashif et al., 20016); (c) incentivar organizações de saúde a desenvolverem estratégias para o bem-estar social (Wu et al., 2021), a partir de propostas de valor; (d) fomentar ações e estratégias que incentivem a proposição de valor social, contribuindo para transformação social (Haase, 2021); (e) a partir do diagnóstico da OVUSS, desenvolver inovações direcionadas para experiência do usuário e para o bem-estar da sociedade.

Para alcançar esses objetivos, foram realizados três estudos. O primeiro foi uma pesquisa qualitativa exploratória com usuários, gestores de saúde e profissionais da área. Essas pessoas foram entrevistadas, a partir de um roteiro semiestruturado. Na sequência, a partir dos resultados do primeiro estudo, foi realizado o segundo, sendo realizadas duas pesquisas quantitativas, uma exploratória e uma confirmatória, que serviram para o desenvolvimento da escala de medição da OVUSS em uma organização de saúde. Por fim, foi realizado um estudo tecnológico, associando percepções de usuários, gestores e profissionais entrevistados aos desafios da literatura recente. Esse estudo visou recomendar as tecnologias digitais como proposta de valor para o usuário e para o profissional de saúde.

Em resumo, diante de tantas transformações, e da contínua necessidade de avanços nos sistemas de saúde e no bem-estar da sociedade, espera-se que esses estudos possam atrair os interesses dos diferentes atores do ecossistema de saúde, por meio da orientação estratégica que contempla a combinação entre o marketing experimental (Schmitt, 1999), a lógica dominante de serviço (Vargo & Lusch, 2017) e o valor compartilhado (Porter & Kramer, 2019). Além da contribuição para as organizações de saúde, a integração dessas diferentes abordagens por meio da OVUSS, poderá influenciar positivamente a sociedade em relação ao desenvolvimento sustentável.

Os estudos estão estruturados da seguinte forma: o primeiro capítulo aborda a construção do conceito de OVUSS. O segundo capítulo apresenta o desenvolvimento da escala de medição da OVUSS. Por fim, o terceiro capítulo é um estudo tecnológico, que versa sobre as tecnologias digitais na saúde como proposta de valor para usuários e profissionais, contextualizado na perspectiva paradoxal entre tecnologia e humanização nos serviços de saúde.

CAPÍTULO 2

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR PARA USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE

RESUMO

O objetivo do estudo foi desenvolver o conceito de Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e para a Sociedade na Saúde (OVUSS). Considerando que o valor se tornou um fator estratégico para as empresas, a base teórica do estudo baseia-se no valor social na saúde, na cocriação de valor na saúde, na experiência do usuário na saúde, na responsabilidade social corporativa (RSC) na saúde e na orientação estratégica de valor na saúde. Partindo disso, foi feita uma pesquisa exploratória, qualitativa, sendo realizadas 30 entrevistas em profundidade com usuários, gestores e profissionais em diferentes contextos: hospitalar, ambulatorial, clínico, administrativo. A análise de dados realizada a partir da codificação das entrevistas indicou sete categorias relacionadas à OVUSS: gestão do negócio, gestão do cuidado, tecnologias digitais, cocriação de valor, experiência do usuário, RSC e valor na saúde. Os resultados possibilitaram construir um modelo conceitual, com caminhos para aperfeiçoar a oferta de valor ao usuário. O estudo trouxe como contribuição a proposta para uma estratégia de marketing para as organizações de saúde.

Palavras-chave: orientação estratégica de valor; valor social na saúde; experiência do usuário na saúde; cocriação de valor na saúde; responsabilidade social corporativa na saúde.

ABSTRACT

The aim of the study was to develop the concept of Strategic Value Orientation for Users and Society in Healthcare (VOUSH). Considering that value has become a strategic factor for companies, the theoretical basis of the study is based on social value in health, co-creation of value in health, user experience in health, corporate social responsibility (CSR) in health and strategic value orientation in health. With this in mind, an exploratory, qualitative study was carried out and 30 in-depth interviews were conducted with users, managers and professionals in different contexts: hospital, outpatient, clinical and administrative. Data analysis based on the coding of the

interviews indicated seven categories related to VOUSH: business management, care management, digital technologies, value co-creation, user experience, CSR and value in health. The results made it possible to build a conceptual model with ways of improving the value offered to the user. The study contributed by proposing a marketing strategy for healthcare organizations.

Keywords: strategic value orientation, social value in healthcare, user experience in healthcare, value co-creation in healthcare, corporate social responsibility in healthcare.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a expectativa de vida global aumentou de 66,8 anos em 2000 para 73,1 anos em 2019. Já a expectativa de vida saudável, que representa os anos de vida livres de doenças crônicas, aumentou de 58,1 anos para 63,5 anos (WHO, 2024). Houve um aumento da expectativa de vida em condição não saudável ligeiramente maior que a expectativa global. Ao mesmo tempo, nas duas últimas décadas, o gasto global com saúde mais que dobrou, atingindo U\$ 8,5 trilhões em 2019 (WHO, 2021). No entanto, esse crescimento foi desigual. Países de baixa renda responderam por, aproximadamente, 20% desses aumentos nos gastos (WHO, 2021).

Ademais, o setor de saúde se vê diante de outro desafio - mais complexo - o consumidor desse serviço (paciente e/ou familiar), cada vez mais protagonista e consciente das questões socioambientais (Tahir et al., 2020), e seus impactos para a sociedade. Como agravante, o relatório de tendências do consumidor de saúde do NRC Health (2021) apontou que o futuro da saúde nunca pareceu tão incerto em função das consequências sociais, econômicas e políticas deixadas pela crise sanitária causada pela COVID-19. Somado aos avanços das tecnologias digitais,

também impulsionadas pela pandemia (Lee & Lee, 2021), a saúde está passando por uma rápida evolução em seus modelos de negócios (Anderson et al., 2019), impactando o usuário e os demais stakeholders.

Os modelos de negócio, por sua vez, são desenvolvidos para atender às necessidades das partes interessadas por meio da proposição, criação, entrega e captura de valor (Foss & Saebi, 2016). No marketing, o valor é tido como influenciador relevante para as decisões das organizações e dos indivíduos (Haase, 2021). Levando em conta que a experiência do usuário pode ser uma forma de propor valor, a prática do marketing envolve esse aspecto (Lemon & Verhoef, 2016) e pode ser um fator crítico de sucesso para as organizações de serviço (Kashif et al., 2016).

Nessa direção, fortalecer a estratégia é necessário para a prática efetiva do marketing (Morgan et al., 2019), pois propõe valor ao cliente e permitir alcançar os resultados esperados pela organização (Varadarajan, 2010). Porém, poucos avanços foram feitos para desenvolver valor como estratégia de marketing na saúde. Por exemplo: a aplicação da lógica dominante de serviço (SD-Logic) na saúde (Joiner & Lusch, 2016); a cocriação de valor por meio da experiência do paciente (Lee, 2019). Adicionalmente, não foi encontrado na literatura uma orientação estratégica de marketing de valor para a saúde, propondo valor para o usuário e a sociedade. Dessa forma, pergunta-se: como se define a orientação estratégica de valor para o usuário e para a sociedade na saúde? Para responder a esse questionamento, o objetivo desta pesquisa foi desenvolver o conceito de Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e a Sociedade na Saúde.

A justificativa para essa escolha se deve aos seguintes aspectos: (i) constrói uma orientação estratégica de marketing baseada em oferta de valor na saúde, como sugerido por Lee (2019); (ii) desenvolve a ótica da experiência do usuário como

ferramenta estratégica para que o setor de saúde aperfeiçoe sua proposta de valor para usuários e sociedade simultaneamente, seguindo o que sugerem Anderson et al. (2019); (iii) traz inovação para SD-Logic como uma estrutura mais ampla para o estudo dos aspectos sociais do marketing (Vargo & Lusch, 2017); (iv) desenvolve uma nova estratégia no marketing que permite ampliar no conceito de valor compartilhado (Porter & Kramer, 2019), e que está alinhado ao conceito de valor social no marketing, que vem ganhando espaço na literatura de marketing e empreendedorismo social (Ghods, 2019); (v) inova na compreensão das conexões entre o valor proposto ao usuário e os aspectos experienciais vivenciados por ele (Schiavone et al., 2020).

No ponto de vista gerencial e prático, o estudo se justifica ao avançar em duas perspectivas: primeiro, a do usuário, haja vista que possibilita desenvolver inovações e melhorias orientadas à sua experiência, como sugeriram Kurtuluş e Cengiz (2022); contribui para o planejamento das empresas na gestão da experiência do usuário, visando o relacionamento de longo prazo (Kashif et al., 2016); e amplia a abordagem sobre a experiência do usuário, importante para a sustentação do negócio (Lemon & Verhoef, 2016), dado que fatores emocionais e cognitivos estão presentes quando o assunto é saúde.

Segundo, na perspectiva social, motiva empresas de saúde e empreendedores sociais a cocriarem valor, sugerindo soluções de bem-estar social (Wu et al., 2021) que alcancem indivíduos em situação de vulnerabilidade e a sociedade em geral. Além disso, fomenta o desenvolvimento de estratégias de negócios que possam estimular a prática do valor social (Haase, 2021), transformando a sociedade e estimulando iniciativas e parcerias público-privadas que aprimorem o processo de utilização dos recursos na saúde (WHO, 2021). E incentiva a cocriação como estratégia para

implementar parcerias visando atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Avila-Garzon & Bacca-Acosta, 2024).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O valor percebido pelo cliente tornou-se um argumento estratégico para as empresas no século XXI (Srivetbodee & Kraisornsuthasinee, 2017), pois é considerado um conceito-chave para alcançar a sua satisfação e lealdade (Lubis et al., 2017). Uma das funções do marketing é propor e comunicar valor para os clientes, visando satisfação e lealdade (Kumar & Reinartz, 2016). Na saúde, o valor é criado e percebido pelo usuário quando uma empresa proporciona uma experiência tão memorável que o torna fiel àquele serviço (Lee, 2019). Além da percepção de valor, o usuário presta, gradativamente, mais atenção aos assuntos da RSC (Kuzey et al., 2021). Ademais, na saúde, a cocriação de valor passou a impactar a experiência com o serviço prestado e seu bem-estar (Joiner & Lusch, 2016). Por esses motivos, a saúde caminha em direção a uma orientação estratégica que ofereça valor para os usuários e sociedade (Huang et al., 2014). Assim, a OVUSS está alicerçada nas questões do valor social, da experiência do usuário, da cocriação de valor e da RSC.

2.1 VALOR SOCIAL NA SAÚDE

No marketing, o conceito de valor é um pilar estrutural (Tanrikulu, 2021). Por isso, compreender os diferentes tipos de valor permite o desenvolvimento de estratégias eficazes para proposição de valor para indivíduos e sociedade (Eng et al., 2020; Mitnick et al., 2020). Zeithaml (1988) definiu valor percebido como a avaliação do consumidor em relação ao uso de um bem, conforme o que sente sobre o que recebe e o que é dado em troca. Entretanto, levando em conta que o valor percebido

pelo cliente pode variar em contextos distintos, essa definição foi se modificando ao longo do tempo (Zhang et al., 2020).

Porter e Kramer (2006, 2019), ao argumentarem que as empresas têm sido apontadas como responsáveis pelos problemas econômicos, sociais e ambientais, trouxeram a abordagem do valor compartilhado, combinando valor econômico e social. Sheth et al. (1991) definiram o valor para o cliente por meio de cinco dimensões: valor emocional, funcional, condicional, epistêmico e valor social. Ao mesmo tempo, devido ao aumento da percepção dos usuários em relação aos aspectos sociais, somado às questões regulatórias e à reputação, muitas empresas de saúde têm sinalizado esforços em direção ao valor social, desenvolvendo, deste modo, vantagem competitiva (Porter & Kramer, 2019; Mitnick et al., 2020). Outros aspectos também têm sido considerados, como o crescimento da população mundial e as mudanças climáticas, que têm intensificado os problemas sociais e a escassez de recursos (Herbst, 2019). Além disso, a crise da Covid-19, que impactou profundamente o setor de saúde (NRC Health, 2021), evidenciou ainda mais a importância do valor social (Lichtenthaler, 2021).

Por outro lado, em função das consequências sociais da crise (NRC Health, 2021), o setor de saúde aproximou-se ainda mais da sociedade (Lee & Lee, 2021). Isso se alinha à ideia de que a prestação de serviços de saúde é uma forma de as empresas contribuírem tanto para o bem-estar do indivíduo quanto para o da sociedade (Hossain et al., 2019). Nesse contexto, abordar problemas sociais como oportunidades e adaptar as estratégias de marketing (Tasavori et al., 2016) apresenta-se como um caminho eficaz para a proposição de valor à sociedade. Além disso, o marketing no setor de saúde caminha em direção a uma perspectiva integrada, relacionando os diferentes públicos de interesse em seus pontos de convergência

(Crié & Chebat, 2013). Nessa lógica, estratégias que consideram múltiplas partes interessadas são essenciais para a criação de valor social (Lashitew et al., 2022). Indo além, considerando que, na saúde, o marketing abrange um amplo contexto — competitivo, tecnológico, regulatório, social e humano (Crié & Chebat, 2013), a oferta de valor pode ser integrada à experiência do usuário com o intuito de desenvolver um modelo que leve em conta suas emoções e respostas cognitivas em diferentes pontos da jornada (McColl-Kennedy et al., 2019).

2.2 COCRIAÇÃO DE VALOR NA SAÚDE

No contexto do marketing, a cocriação de valor, conceito impulsionado por meio da SD-Logic, reflete uma mudança de foco no valor da troca econômica de bens tangíveis para uma lógica de recursos intangíveis (Vargo & Lusch, 2004). Além disso, o interesse do marketing na cocriação se dá devido aos resultados positivos para os atores envolvidos (Frow et al., 2016). Conceitualmente, cocriação de valor diz respeito aos processos em que provedores de serviço e clientes, em colaboração, criam valor (Osei-Frimpong et al., 2015). Na saúde, SD-Logic introduziu a participação ativa do usuário na cocriação de valor (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017). No contexto do marketing na saúde, deseja-se alcançar ao mesmo tempo indivíduos saudáveis e não saudáveis (Crié & Chebat, 2013). Isso significa que os serviços de saúde, sejam presenciais, digitais ou híbridos, precisam ser bem prestados, de modo que as experiências do usuário sejam maximizadas (Lee, 2019).

No processo de cocriação, as experiências do usuário de serviços de saúde se transformam na base do valor percebido (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017). Os elementos essenciais nessa abordagem contemplam o aumento da autogestão do

cuidado, a tomada de decisão compartilhada entre o usuário e os profissionais e o aperfeiçoamento da comunicação (Frow et al., 2016). McColl-Kennedy et al. (2019) discorreram sobre a relação direta entre atividades e resultados da cocriação na saúde, evidenciando as vantagens da inclusão do usuário no processo. Não obstante, nesse ecossistema, a cocriação tende a ser afetada por questões cognitivas ligadas à subjetividade das perspectivas e expectativas do usuário (Barile et al., 2014). Com o avanço das tecnologias digitais (Anderson et al., 2019) e os impactos da crise da COVID-19 no comportamento humano, serviços “sem contato” ganharam espaço (Lee & Lee, 2021), aumentando as possibilidades de cocriação.

2.3 EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA SAÚDE

Os aspectos experienciais representam uma parte importante do valor proposto e percebido pelo usuário (Partouche-Sebban et al., 2022). Por isso, compreender a sua experiência ao longo da jornada tem sido essencial para as empresas (Lemon & Verhoef, 2016), visto seu papel cada vez mais determinante para o sucesso do serviço prestado (Schiavone et al., 2020). A essência da experiência do usuário é baseada no conceito de marketing experiencial proposto por Schmitt (1999). Lemon e Verhoef (2016) definiram a experiência do usuário por meio de uma perspectiva abrangente, que considera aspectos físicos, emocionais, afetivos e cognitivos na relação entre o cliente e a empresa.

a prestação de serviços de saúde, o usuário é envolvido física, mental e emocionalmente, com sentimentos como medo, ansiedade, dor, alívio e alegria frequentemente emergindo (Kash et al., 2018). Diferentemente de outros segmentos, a saúde lida diretamente com as emoções (Kashif et al., 2016) e os comportamentos (Lee, 2019) de pessoas em situações de vulnerabilidade. Apesar disso, a maioria dos

serviços de saúde presta assistência ao usuário e não um serviço voltado para a sua experiência (Schiavone et al., 2020). Nesse contexto, o valor criado não está relacionado à experiência do usuário, mas à qualidade percebida do serviço e aos aspectos como baixas taxas de doença e mortalidade (Kurtuluş & Cengiz, 2022).

Ao longo da jornada do usuário, diversos pontos de contato contribuem para moldar sua experiência. No contexto da saúde, em que a maioria das empresas se concentra no atendimento e na assistência, o conceito de centralidade no usuário, por meio de sua experiência, agrega valor (Iyawa et al., 2016). Por exemplo, a melhora na jornada do usuário por meio do cuidado híbrido, ou seja, a combinação de atividades que envolvem o atendimento presencial e o digital promovendo o seu acompanhamento e autocuidado (Valério Netto & Tateyama, 2018). Assim, as empresas de saúde têm o desafio de aperfeiçoar a experiência do usuário em sua jornada por meio da cocriação (Schiavone et al., 2020), propondo valor por meio da perspectiva experiencial (Osei-Frimpong et al., 2015).

2.4 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA NA SAÚDE

Em relação ao aprimoramento dos serviços, Lindgreen e Swaen (2010) argumentaram que a crescente importância da RSC nas agendas gerenciais tem promovido não apenas a prática do bem e do correto, mas também a busca por melhorias constantes, transformando a RSC de uma ideologia em uma realidade. A RSC, ainda pouco mencionada quando se fala em atributos do cliente (Wu et al., 2021), vem se tornando protagonista da transformação social ao construir alianças com outros atores, propondo valor social (Srivetbodee et al., 2017) e beneficiando a sociedade (Daú et al., 2019).

Nesse contexto, os serviços de saúde são instrumentos por meio dos quais as organizações colaboram tanto para a saúde e o bem-estar das pessoas quanto para o bem-estar da sociedade (Hossain et al., 2019). Esses serviços influenciam e criam valor social, contribuindo para a construção de sociedades mais fortes e sustentáveis (Whyle & Olivier, 2021). A crise mundial gerada pela COVID-19 evidenciou esse papel, com estratégias de RSC sendo utilizadas como ferramentas para enfrentamento da pandemia (García-Sánchez & García-Sánchez, 2020). Assim, a RSC pode ser vista como uma ponte que conecta os objetivos sociais das empresas de saúde à implementação de práticas sustentáveis (Daú et al., 2019).

Análises técnicas de priorização na saúde são comuns, mas abordagens focadas no valor social são mais recentes (Clark & Weale, 2012). Fortalecer a RSC nas empresas de saúde é essencial (Kuzey et al., 2021), pois a evolução do setor será um critério chave para o desenvolvimento social e econômico sustentável (Hossain et al., 2019).

2.5 ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR NA SAÚDE

O modelo de negócios no setor de saúde tem evoluído nos últimos anos, seguindo tendências observadas em segmentos como bancos e varejo (Ahmad et al., 2022). Essa transformação é impulsionada pela experiência do usuário (Schiavone et al., 2020), mudanças regulatórias (Anderson et al., 2019), avanços tecnológicos (Munoz-Gama et al., 2022), dinâmica de mercado (Kaplan, 2012), redução de custos (Russell et al., 2015), fusões e novos entrantes (Agarwal et al., 2020). Nesse cenário, ganha força o conceito de saúde baseada em valor, no qual o valor é mensurado pelos resultados para o usuário, considerando sua experiência e a qualidade do serviço em relação aos custos (Porter & Teisberg, 2006).

O paradigma do usuário passivo está sendo superado por um cenário de maior envolvimento e proatividade na relação de prestação de serviço (Frow et al., 2016; Osei-Frimpong, 2017). Isso reflete o aumento das expectativas do usuário em relação à satisfação, à experiência do serviço e ao valor agregado (Russell et al., 2015), seja no setor público ou privado. No marketing, o valor é reconhecido como um influenciador significativo das ações individuais e organizacionais (Haase, 2021).

Nesse sentido, um ponto-chave da estratégia de marketing é como a percepção dos usuários influencia as escolhas estratégicas da empresa (Day & Wensley, 1983; Kamboj & Rahman, 2015). Além disso, o foco no desempenho empresarial impulsionou o crescimento de construtos sobre orientação estratégica, como orientação empreendedora, de mercado e para a inovação (Agic et al., 2016). A orientação estratégica de marketing, por sua vez, refere-se ao desenvolvimento de estratégias organizacionais que respondam às demandas atuais e futuras dos consumidores (Kohli et al., 1993).

Este estudo propõe uma nova orientação estratégica de marketing no setor de saúde para criar valor para os usuários e a sociedade (Frow et al., 2016). Essa abordagem está fundamentada na integração de recursos e na troca de serviços no ecossistema de saúde, destacando o papel dos múltiplos atores na cocriação de valor (Tregua et al., 2022).

3 METODOLOGIA

Como o conceito da OVUSS é um tema emergente, o escopo da pesquisa está baseado em uma investigação de caráter exploratório, com método qualitativo e indutivo, que pretende explorar um fenômeno contemporâneo em profundidade (Yin, 2015). A busca por cuidados em saúde tem aumentado sensivelmente, impulsionada

pelo envelhecimento populacional e pelo crescimento do número de pessoas com doenças crônicas (Eijkelenboom & Bluysen, 2022). Ao mesmo tempo, para se manterem no mercado, as empresas de saúde precisam proporcionar uma experiência diferenciada ao usuário (Lee, 2019), com foco na proposição de valor. O fenômeno em estudo também abrange a perspectiva do valor social na saúde, amplificado pela crise da COVID-19 (Lichtenthaler, 2021). Assim, o público-alvo incluiu usuários, gestores e profissionais de saúde, escolhidos por serem os principais atores que interagem e cocriam valor nos diversos pontos da jornada do usuário (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017).

Levando-se em conta que não se conhece exatamente a extensão, as características, nem o tamanho da amostra, foi utilizada a amostragem teórica (Flick, 2012). Os sujeitos de pesquisa foram escolhidos por acessibilidade, totalizando 10 usuários, 10 gestores e 10 profissionais de saúde. Deste modo, foram contatados usuários que usaram serviços de saúde nos últimos seis meses. Esses potenciais participantes foram identificados e, juntamente com os gestores e profissionais de saúde, convidados para uma entrevista. Aos que aceitaram, foi informado que a participação seria voluntária e que a entrevista poderia ser interrompida a qualquer tempo. A seleção dos participantes se deu de forma gradual, sendo finalizada quando se constatou a saturação teórica (Flick, 2012).

Após o consentimento (Apêndice A), os entrevistados receberam uma sugestão de data e horário, adaptados conforme sua disponibilidade. As entrevistas foram realizadas primeiro com o grupo de usuários, seguido pelos gestores e finalizado com os profissionais. O conteúdo extraído das entrevistas com os usuários somou 490 minutos de conversa, com os gestores e profissionais foram 377 e 262 minutos, respectivamente. Todos foram informados sobre o contexto e objetivo do estudo, bem

como sobre a garantia de confidencialidade. As entrevistas ocorreram entre junho e julho de 2023.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado. Foram utilizados uma plataforma de videochamada para as entrevistas remotas e um dispositivo de gravação para as presenciais. Além de gravadas, as entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas em software apropriado (NVivo - versão 12). A duração média das entrevistas foi de 38 minutos.

Para conduzir as entrevistas, foi elaborado um roteiro único para os três tipos de público, apresentado no Apêndice B – Roteiro Semiestruturado, com adaptações na linguagem e nos termos utilizados, conforme o público entrevistado. Antes do início das entrevistas, foram coletadas informações para compor o perfil da amostra, incluindo idade, sexo, escolaridade e atuação profissional. O roteiro foi organizado considerando os seguintes aspectos oriundos da literatura: i) experiência do usuário (Lemon & Verhoef, 2016; Kurtuluş & Cengiz, 2022); ii) cocriação de valor (Schiafone et al., 2020); iii) estratégias para proposição de valor para o usuário e a sociedade (Lashitew et al., 2022); iv) envolvimento com RSC (García-Sánchez & García-Sánchez, 2020; Ahmad et al., 2021); e v) orientação para o valor considerando múltiplos atores e benefícios mútuos (Udriyah et al., 2019).

Cada transcrição gerada pelas gravações foi previamente revisada em um editor de texto para corrigir eventuais erros de transcrição e eliminar vícios de linguagem e palavras repetidas. Essa análise resultou em um total de 318 páginas. Em seguida, as transcrições foram importadas para o software NVivo para a etapa de codificação. Com base na abordagem indutiva da pesquisa (Flick, 2012), foi possível agrupar as informações em unidades de registro (códigos), organizando o conteúdo

em subcategorias e posteriormente em categorias (temas). Além disso, códigos foram atribuídos manualmente às frases e observações dos entrevistados.

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, foram criados 328 códigos. Após a análise das similaridades entre eles e sua relação com o fenômeno estudado, permaneceram 68 códigos. Destes, foram excluídos os que apresentaram cinco ou menos menções, resultando em 49 códigos, posteriormente agrupados em 13 subcategorias. Essas subcategorias foram, então, compiladas em sete categorias definidas com base na literatura. A análise de dados utilizou técnicas de codificação, categorização e análise de conteúdo, permitindo uma avaliação comparativa com a literatura. Para facilitar o processo, os documentos foram organizados conforme o perfil dos entrevistados.

A amostra foi composta por 30 entrevistados, sendo 20 profissionais atuantes em serviços de saúde e 10 usuários que utilizaram esses serviços nos últimos seis meses. A idade média foi de 40 anos, distribuída em: 50% entre 31 e 40 anos, 33% entre 41 e 50 anos, e 10% entre 21 e 30 anos. Do total, 73% eram do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 63% possuíam pós-graduação e 23%, graduação.

Ao analisar o perfil dos usuários, a média de idade foi de 42 anos, com 80% do sexo feminino, 50% com pós-graduação e 30% com ensino médio ou superior incompleto. Entre os gestores, a média de idade foi de 38 anos, 60% eram mulheres e 80% possuíam pós-graduação. Já entre os profissionais, a média de idade foi de 41 anos, com 80% do sexo feminino e 60% com pós-graduação. Especificamente neste perfil foram entrevistados três médicos, dois psicólogos, dois enfermeiros, dois fonoaudiólogos e um terapeuta ocupacional. Além disso, entre os médicos, dois eram coordenadores, um de RSC e outro de Atenção Primária à Saúde. As características da amostra estão na Figura 1.

	Idade	Perfil	Sexo	Escolaridade	Função/Atuação
U-01	44	Usuário	F	Superior	Apoiador técnico administrativo
U-02	74	Usuário	F	Ensino médio	Do lar
U-03	31	Usuário	M	Ensino médio	Gerente de produção
U-04	36	Usuário	F	Pós-graduação	Professor
U-05	42	Usuário	F	Pós-graduação	Professor
U-06	41	Usuário	F	Pós-graduação	Analista de contas a receber
U-07	43	Usuário	M	Ensino médio	Gerente comercial
U-08	27	Usuário	F	Pós-graduação	Especialista em sustentabilidade
U-09	42	Usuário	F	Superior	Executiva de vendas
U-10	39	Usuário	F	Pós-graduação	Professor
G-01	38	Gestor	M	Pós-graduação	Líder de compras
G-02	46	Gestor	M	Pós-graduação	Supervisor administrativo
G-03	44	Gestor	M	Pós-graduação	ouvidor
G-04	28	Gestor	F	Ensino médio	Gestor de RH
G-05	39	Gestor	M	Pós-graduação	Coordenador de vendas
G-06	33	Gestor	F	Pós-graduação	Gestor de Riscos, Compliance e Custos
G-07	38	Gestor	F	Superior	Coordenador de atendimento
G-08	34	Gestor	F	Pós-graduação	Supervisor de relacionamento com cliente
G-09	39	Gestor	F	Pós-graduação	Coordenadora de Atendimento
G-10	39	Gestor	F	Pós-graduação	Coordenador APS
P-01	64	Profissional	F	Superior	Coordenadora médica de RSC
P-02	44	Profissional	M	Superior	Coordenador médico APS
P-03	38	Profissional	F	Pós-graduação	Enfermeira AIS
P-04	50	Profissional	F	Superior	Mentor de psicologia
P-05	38	Profissional	F	Pós-graduação	Fonoaudiólogo
P-06	41	Profissional	F	Pós-graduação	Terapeuta ocupacional
P-07	39	Profissional	F	Pós-graduação	Psicólogo
P-08	37	Profissional	F	Pós-graduação	Fonoaudiólogo
P-09	31	Profissional	M	Pós-graduação	Médico AIS
P-10	27	Profissional	F	Superior	Enfermeira AIS

Figura 1: Características dos entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa (2024). Legenda: U – usuário; G – gestor; P – profissional; M – masculino; F - feminino; RH – Recursos Humanos; APS – Atenção Primária a Saúde; RSC – Responsabilidade Social Corporativa; AIS – Atenção Integral a Saúde.

4 RESULTADOS

Uma pesquisa da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), com mais de 3.000 respondentes, revelou que quatro em cada dez brasileiros reprovam a saúde no país (Associação Nacional de Hospitais Privados [ANAHP], 2023). Nesse cenário, caracterizado por oportunidades de avanços na satisfação e na experiência do usuário, seja em organizações públicas ou privadas, o conceito de OVUSS está sendo desenvolvido. Considerando a temática emergente e a inédita orientação

estratégica, os achados são apresentados por categorias (temas), formadas a partir do agrupamento de códigos em subcategorias, e destas, em categorias. A Figura 2 apresenta as categorias, subcategorias, números de códigos por subcategoria, códigos e quantidade de menções.

Categorias	Subcategorias	Q C	Códigos	menções
Cocriação de valor	Cocriação de valor	2	Autogestão, cocriação	112
Experiência do usuário	Experiência do usuário	1 3	Acessibilidade; acolhimento e cordialidade; agilidade e tempestividade; confiança; conforto; cuidado; empatia; experiência ao longo da jornada; humanização; interação; segurança; tranquilidade; transparência	423
	Comunicação	1	Comunicação	79
Gestão do cuidado	Atenção e promoção da saúde	2	Atenção Primária e Promoção de Saúde, medicina da família	64
	Gestão do serviço	9	Atendimento; atendimento virtual; disponibilidade; envolvimento; estrutura; gestão dos serviços; interdependência e cooperação; recursos próprios; regulamentação	313
	Barreiras para o usuário	2	Burocracia, demora e atrito; fragmentação	57
	Capital humano	2	Capacitação; profissionais de saúde	93
	Crítérios de sucesso	5	Inovação; insatisfação; satisfação; qualidade; reclamação	146
Gestão do negócio	Gestão do negócio	7	Cultura; engajamento; estratégia; estratégia para fidelizar; fidelização; influência da RSC; marca	143
	Trade-off custo-benefício	1	Custo	38
Valor na saúde	Valor para o usuário	2	Expectativa do usuário	57
			Percepção de valor	39
	Orientação para o valor	4	Orientação para o valor; proposição de valor simultâneo; proposta de valor	130
	Valor para sociedade	1	Valor social	38
Responsabilidade Social Corporativa	RSC	4	Direções para RSC; percepção, envolvimento e compromisso com RSC; RSC; voluntariado	143
Tecnologias digitais	Tecnologias digitais	1	Tecnologias digitais	91

Figura 2: Categorias, subcategorias, códigos e menções

Fonte: Dados da pesquisa (2024). Legenda: QC – quantidade de códigos.

4.1 GESTÃO DO NEGÓCIO

A categoria gestão de negócio foi criada a partir das subcategorias *trade-off* custo-benefício (ou custo-efetividade), que incluiu o código custo, originado de

afirmações relacionadas aos serviços de saúde suplementar; e gestão do negócio, que reuniu códigos associados à organização e ao usuário. De modo geral, as percepções sobre o *trade-off* custo-benefício (38 menções), interpretado na perspectiva de acesso aos recursos dos serviços de saúde, estão ligadas ao desempenho dos serviços, especialmente na disponibilidade de profissionais, no atendimento diferenciado e ágil e na rapidez. O usuário U-05, do serviço privado, comentou: “Eu acho que a gente paga muito caro para a gente ter alguns serviços limitados. Isso me traz uma insatisfação, de agilidade, de conseguir um médico bom, de agilidade de liberação de alguns exames, de consulta mesmo, que você vê que a gente tem poucas opções”.

Por outro lado, o usuário U-04 disse: “Você vê que no atendimento público a grávida tem com muita dificuldade acesso a três ultrassonografias. Então você olha e fala assim: eu pago, mas na hora que eu preciso usar eu tenho”. A adequação da prestação dos serviços de saúde tem sido uma preocupação dos usuários, que exigem serviços superiores em comparação ao passado, impactando a percepção de valor, quando compara benefícios e custos para obtê-los. Isso fica claro na fala do gestor G-09: “Poxa, eu pago um plano de saúde para ter um diferencial e não tenho”.

Na subcategoria gestão do negócio (143 menções), a cultura (18 menções) foi abordada sob duas óticas: a cultura do cuidado e a necessidade de mudança cultural para avançar em aspectos relacionados à experiência do cliente e à RSC. O gestor G-05 disse: “Uma coisa que está muito na nossa cultura, isso aí também é muito nítido, o jeito de cuidar.” O gestor G-06 comentou: “Eu acho que está tendo essa mudança de cultura de mentalidade, sim. Eu penso mais que acredito que com o tempo isso vai crescer bastante”, falando em relação à RSC. Essa preocupação com o usuário na

gestão do cuidado e os conceitos ligados à experiência podem resultar em uma cultura voltada para ele, que busca aperfeiçoar sua jornada na saúde (Agarwal et al., 2020).

Nesse sentido, Mustaffa et al. (2020) observaram o aumento no número de organizações de saúde que implementam conceitos de experiência do usuário como ferramenta estratégica de fidelização. Contudo, não houve consenso entre os usuários em relação a essas estratégias para fidelizar (47 menções). O usuário U-03 discorreu: “eu percebo que a empresa tem feito algumas estratégias para fidelizar o cliente”. Já o usuário U-05 afirmou: “Eu não vejo um planejamento, por exemplo, para me manter no serviço. Eu não consigo enxergar. Se tem, não vejo, não chega até a mim”.

Apesar dessa falta de consenso, alguns gestores relataram a prática do envolvimento do usuário no planejamento estratégico. O gestor G-09 disse: “eu percebo uma mudança muito grande de uns anos para cá. A gente não tinha a presença do cliente no planejamento estratégico. Hoje, a gente já percebe isso claramente, esse entrosamento realmente do cliente, essa visão do cliente no nosso planejamento estratégico”. Isso pode ser considerado como uma inovação nos serviços de saúde, corroborando com Cadwallader et al. (2010), que argumentaram que as organizações precisam demonstrar que conseguem transformar estratégias em resultados.

Na perspectiva da gestão do negócio, os entrevistados foram questionados sobre a influência da RSC na fidelização do usuário (30 menções). Metade dos usuários não percebe essa relação. O usuário U-02 afirmou: “Eu penso que os clientes não estão hoje muito preocupados com isso. A maioria vai muito pelo preço. Eles não olham muito essas coisas. O negócio é o preço, porque está muito difícil. É caro demais, então eu acho que a grande maioria nem se liga nisso”. Por

outro lado, gestores e profissionais consideraram possível que a RSC influencie a fidelização, desde que haja maior aproximação com o usuário. O gestor G-04 comentou: “Eu acho que é possível e para isso acontecer, a empresa tem que pensar uma forma disso ser mais transparente, de ser mais palpável para o cliente, talvez até convidar eles para participarem dessas ações.” Park et al. (2017) sugerem que, com o tempo, o compromisso com a RSC pode ser mais notado, aumentando a satisfação e confiança dos usuários, e estimulando a fidelização.

4.2 GESTÃO DO CUIDADO

Um dos principais objetivos da gestão é criar uma experiência sólida para o cliente (Lemon & Verhoef, 2016). A gestão do cuidado, no contexto dos serviços de saúde, refere-se à coordenação e organização de todas as etapas do cuidado, desde o contato inicial, passando pelo diagnóstico até o acompanhamento do tratamento (Lee, 2019), com o objetivo de garantir uma assistência eficaz. A visão centrada no usuário traz uma abordagem que se alinha à gestão do cuidado, pois inclui sua maior satisfação (Frow et al., 2016). Isso envolve a integração de serviços, desde os critérios de sucesso, as barreiras que enfrentam e a gestão do serviço. A categoria gestão do cuidado foi formada pelas subcategorias atenção e promoção da saúde, gestão do serviço, barreiras para o usuário, capital humano e critérios de sucesso.

A subcategoria atenção e promoção da saúde (64 menções) contemplou atenção primária à saúde (APS) e medicina da família. Como porta de entrada para a população em todos os níveis de complexidade, a APS tem se desenvolvido ao longo dos anos, inserida na política nacional de saúde, com importante papel para que o sistema forneça acesso de qualidade à atenção integral à saúde (Guibu et al., 2017). Essa estratégia tem evoluído, como mencionou o profissional P-02: “isso tudo é muito

novo dentro da saúde suplementar, ... você tem um serviço de atenção primária dentro da saúde suplementar é uma coisa inovadora. É um modelo que é hospitalocêntrico desde sempre, é uma medicina é centrada na doença e o paciente vai ter uma avaliação centrada na pessoa em que ele vai ter uma prevenção uma busca da saúde antes do adoecimento acontecer”.

Isso pode indicar que a APS tem impacto positivo na satisfação do usuário (Ribeiro & Scatena, 2019), destacando a importância de abordar os aspectos sociais e de prevenção. Além disso, o profissional P-02 destacou ainda: “nós temos, dentro da formação de médico de família, um conceito chamado de medicina centrada na pessoa em que, na verdade, todas as decisões médicas são tomadas em compartilhado com o paciente”, trazendo a relevância da medicina da família como uma especialidade que se soma à APS.

Na mesma ótica da qualidade e da satisfação do usuário, os dados indicaram aspectos considerados critérios de sucesso para o usuário (146 menções), como qualidade dos serviços, satisfação, reclamação e inovação. No que diz respeito à inovação, o impacto da COVID-19 impulsionou os avanços tecnológicos na assistência (Leite & Hodgkinson, 2021), contribuindo para aperfeiçoar a gestão do cuidado e a satisfação do usuário. O usuário U-08 comentou: “recentemente eles colocaram um aparelho na entrada que você pode se dirigir diretamente a ele falar os seus sintomas e vem alguém para fazer essa triagem com você, se for alguma coisa rápida”.

As evidências mostraram que a percepção de satisfação/insatisfação varia conforme o serviço, o profissional e a estrutura. Ou seja, a satisfação é diretamente impactada pela qualidade do serviço (Balta et al., 2021). O usuário U-10 disse: “eu sou satisfeita com o sistema de saúde que me atende”. Por outro lado, o usuário U -

05 afirmou: “Mas a gente tem a demora. A gente tem uma demora de alguns exames, e isso traz uma insatisfação para o cliente”. Essa condição parece estar clara tanto para gestores como para profissionais. O profissional P-10 afirmou: “tem momentos satisfatórios, eles saem superfelizes, gratos. Gostam muito do acompanhamento. Como também tem pacientes que saem daqui se queixando do serviço”. O gestor G-03 afirmou: “eu percebo que há clientes que ficam bem satisfeitos quanto essa jornada deles, essa experiência deles, e percebo também alguns clientes que ficam insatisfeitos porque eles acham que demora muito tempo até eles serem atendidos, até realmente ele consiga um diagnóstico para poder fazer o tratamento”.

Muitas queixas são consequências das barreiras para o usuário (57 menções), como tempo de espera e o excesso de burocracia. Nos serviços de saúde, o tempo de espera é um problema relevante que acontece em todo mundo e tem, muitas vezes, resultados desastrosos (Van Zyl-Cillie et al., 2023). O usuário U-01 disse: “A influência na experiência final é negativa, porque você demora tanto a conseguir um exame, demora tanto a conseguir realizar e conseguir o resultado desse exame para depois retornar no seu profissional, que chega a ser muito desgastante”. Gestores e profissionais parecem entender esse gargalo. O gestor G-06 falou: “acho que atualmente, o que eu vejo que mais o pessoal reclama é a demora em ser atendido”. O profissional P-04 alegou: “eu tenho escutado umas queixas bastante frequentes em relação a isso, disponibilidade de tempo, demora para a prestação de serviço mesmo”.

O tempo de espera pode estar relacionado ao capital humano (93 menções), que é um aspecto primordial na gestão do cuidado. Esta subcategoria foi formada por capacitação e profissionais de saúde. Nesta direção, tipicamente, os serviços de saúde são tidos como um processo pelo qual o usuário recebe os cuidados de diferentes profissionais, como médicos, enfermeiros (Frow et al., 2016), psicológicos,

nutricionistas, fonoaudiólogos. O usuário U-01 disse: “Realmente não era uma equipe que eu conhecia, conheci naquele momento e me atendeu muito bem”.

Já o cliente C-02 comentou: “Mas também tem uns que são fechados, eu fiquei doente, eu fui para um otorrino e ele me passou um antibiótico e deu vários dias e não teve efeito. Tive que voltar lá. Cheguei lá simplesmente: ‘ah, se não está fazendo efeito, passo outro’. Eu não achei legal o jeito dele”. O gestor (G-04), ao responder na condição de usuário, afirmou: “Quanto a estrutura me sentia segura. Mas quanto aos profissionais, eu fiquei receosa, então a gente não se sente 100% segura”. Odero et al. (2020) argumentaram que, na saúde, essa relação entre usuário e profissional requer uma mudança de paradigma, sendo que as partes deixam seus papéis e buscam se conectar com o outro, por meio do entendimento da sua perspectiva e das suas motivações.

A relação do usuário com os profissionais de saúde está diretamente relacionada à aspectos gestão do serviço (313 menções), como atendimento e envolvimento. De acordo com Frow et al. (2016), a abordagem de um atendimento completo é estimulada por meio da relação dos profissionais com o usuário. Os usuários disseram: U-04: “O que eu tenho são sempre é atendimentos positivos. Tanto de atendimento de consultas quanto para a realização de exames”. U-10: “Eu tenho experiência no plano, no particular e no público. Que eu precisei acionar todos eles. Eu sempre fui muito bem atendida. Sempre fui atendida, acompanhada pelos médicos”. Em relação ao atendimento, 90% dos usuários disseram que são bem atendidos.

Outro aspecto relevante foi o envolvimento do usuário no processo do cuidado. Kashif et al. (2016) argumentaram sobre a importância da priorização do envolvimento do usuário ao longo da jornada para que sua experiência seja aperfeiçoada. O usuário

U-02 disse: “eu tenho encontrado gente legal, a gente se sente envolvida, participativa e outros já são mais fechados que falam, é isso e acabou”. Por outro lado, o usuário U-04 comentou: “eu não vejo que são todos os profissionais da saúde que te dão essa opção do envolvimento”. Já o gestor G-04 citou: “quanto ao envolvimento dele, eu percebo que é um momento que é delicado para o paciente, então ele acaba ficando um com o comportamento um pouco meio receoso”. As respostas indicaram que não há convergência na percepção, talvez pelo fato de serem muitas variáveis relacionadas ao mesmo tempo.

Considerando que o ambiente físico onde os serviços são prestados pode influenciar a saúde dos usuários, e levando-se em conta o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas, torna-se essencial compreender melhor o conforto e a estrutura desses ambientes (Eijkelenboom & Bluysen, 2022). O usuário U-09 comentou: “Porque hoje a gente não tem. A gente vai na emergência, a gente recebe uma pulseirinha ali e se a gente estiver morrendo, a gente tem que passar pelo menos 2 horas para ser atendido. Então a gente pede agilidade, lugares apropriados”. Por outro lado, o usuário U-10 relatou: “Meu quarto também era individual, a estrutura muito boa. Tinha um banheiro dentro do quarto, televisão, ar-condicionado, armário, local para acompanhante, a comida era disponibilizada e acompanhada por nutricionista que passava no quarto todos os dias”.

O gestor G-02 comentou sobre o avanço da saúde neste quesito: “empresas particulares têm modernizado e criado os ambientes mais humanizados. Isso é um desenvolvimento muito bacana, que antes as empresas particulares focavam muito no lucro, redução de custo e esquecia um pouco do cliente e do ambiente do cliente”. Por fim, o profissional P-01, médica que atua nos serviços público e privado disse: “vamos focar os 2 lados. Serviço público: Vou falar da minha experiência, área física

Era muito boa. A área física, mas em relação à enfermagem, eram poucas para atender o volume enorme de pacientes. A sala de vacinação Muitas vezes não tinha vacinas suficientes para atender o público. Um computador que foi colocado lá que não funcionava muito bem, não havia uma internet muito boa. Mas uma coisa é certa, o acolhimento era bom. O acolhimento era bom. Material no posto, seja material para a enfermagem, para curativos, seja o material para médico, como receituários, muitas vezes era deficiente. Vamos agora ao serviço privado. Estrutura, atendimento, material funcionam perfeitamente. Nunca tive nenhuma queixa em relação a isso. Sempre funcionou bem”.

Outros temas mencionados na subcategoria gestão do serviço incluíram: disponibilidade, com comentários sobre a falta de profissionais e serviços; gestão dos serviços, abordando processos, ferramentas e funcionalidades; interdependência, apontada por gestores e profissionais como essencial à percepção de processos interconectados; recursos próprios, mencionados pelos gestores sob a ótica da integração dos serviços; e regulamentação, relacionada à judicialização e ao cumprimento de normas, aspectos recorrentes nos serviços de saúde.

4.3 TECNOLOGIAS DIGITAIS

Crises geradas por guerras, desastres naturais, atos terroristas e pandemias causam desordem e são desafiadores para governos, organizações e cidadãos (Leite & Hodgkinson, 2021). A crise da COVID-19 gerou o maior desafio já enfrentado por empresas e profissionais de saúde (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020). Isso acelerou a implementação de avanços tecnológicos nos cuidados com a saúde, como realidade virtual (Mäkinen, et al., 2022), metaverso (Chen &

Zhang, 2022), telemedicina (Leite & Hodgkinson, 2021) e inteligência artificial generativa (Varghese & Chapiro, 2024).

A categoria tecnologias digitais teve 91 menções. O usuário U-02 citou: “sobre tecnologia, hoje tudo é digital. Todos os aparelhos, muito modernos”. O usuário U-10 disse: “é porque a teleconsulta te economiza muito tempo de deslocamento. Porque eu moro no interior. E meu tratamento ele é feito parte em Colatina e parte em Vila Velha”. Já o gestor G-02 falou sobre as facilidades no atendimento e comunicação: “hoje tem uma pegada muito de automação, Inteligência artificial, assistente virtual. Isso tirou um pouco do primeiro contato de agendamento igual tinha no passado. Hoje você faz muita coisa por um aplicativo e o primeiro contato que o cliente vai ter é quando ele está lá presencialmente, no consultório”.

De modo geral, a maioria dos entrevistados trouxe aspectos das tecnologias digitais, sendo que 100% dos gestores, 80% dos usuários e 60% dos profissionais falaram sobre ferramentas e facilidades como assistente virtual, Whatsapp, aplicativos, tecnologias nas recepções, teleconsulta, telemedicina, prontuário eletrônico, inteligência artificial clínica com uso de dados e *machine learning*. Não obstante, um contraponto lembrado, principalmente por usuários, é o limite do que pode ser tratado por meio de tecnologias digitais e o que deve ser cuidado por pessoas. O usuário U-09 falou: “eu acho que a tecnologia ela veio para ajudar a gente. E facilitar a nossa vida. Isso é fato. Eu acho que elas precisam e devem ser utilizadas. Porém, quando a gente fala de trato de pessoas, de vidas, de doença, a gente tem que ter um discernimento, de até que ponto eu posso usar essa tecnologia ao nosso favor e até que ponto isso vai ajudar ou atrapalhar”.

Indo além, ficou evidente a percepção de valor e da cocriação por meio dessas tecnologias. O usuário U-04 disse: “Eu percebo que você acaba cooperando, porque

eu não preciso de um funcionário para poder fazer a liberação. Eu mesmo entro no aplicativo e faço a liberação”. E em seguida completou: “em contrapartida, o que que eu ganho com isso: é mais rápido e é mais prático do que ficar ali mandando mensagem para alguém ou ficar no telefone esperando”. Essa visão corrobora com a compreensão de Balta et al. (2021), que argumentaram que a integração dos recursos diversos, inclusive os tecnológicos, contribui para a cocriação de valor por meio do aperfeiçoamento das interações e dos resultados esperados dos serviços.

4.4 COCRIAÇÃO DE VALOR

A cocriação é um processo que envolve atores conectados em um ecossistema de serviços em busca da integração de recursos, por meio do compartilhamento, da interação e da colaboração (Frow et al., 2016). Apesar da cocriação de valor não ser um conceito recente, sua utilização nos serviços de saúde continua pouco pesquisada (Leite & Hodgkinson, 2021). A cocriação na saúde possibilita a criação conjunta de valor, aumenta a qualidade dos serviços prestados, melhora o bem-estar e se integra à experiência do usuário e à do profissional (Partouche-Sebban et al., 2022).

A categoria cocriação de valor (112 menções) foi formada a partir dos códigos cocriação e autogestão. O usuário U-04 afirmou: “Depois, chegou no final, veio o médico dela de fora, ele foi lá atender ela e ele disse assim; ‘olha, eu conversei com a equipe médica e eu acho que a melhor coisa que é mandar você para casa para ver como é que o seu corpo vai reagir, para você tomar um pouco de sol para você e ter um ambiente fora do hospital também”.

Já o usuário U-05 disse: “O agregar valor para mim é aquela questão de eu não ter que sair da minha zona de conforto. Eu trabalho muito e não tenho tempo, então eu olho no aplicativo rapidinho, eu consigo fazer”. O usuário U-09 falou “ele (o

médico) sempre me mantendo informado, conversando na minha frente, debatendo na minha frente. Até porque, um dizia: 'mas podia ser isso!'. Aí ele perguntava a mim, mas você acha que você sentiu isso? Você acha que é mais para isso ou mais para aquilo? Sempre também me chamando para participar daquele momento ali para eu também entender o processo. E a ideia do que eles estavam tendo". As falas dos usuários vão ao encontro do que disseram Partouche-Sebba et al. (2022) sobre o bem-estar e experiência do usuário por meio da cocriação. Esses benefícios foram também citados por Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017), que destacaram o aumento do envolvimento entre os stakeholders.

Balta et al. (2021) investigaram a cocriação de valor na saúde na perspectiva da interação entre os stakeholders, demonstrando os benefícios das tecnologias digitais para atender as expectativas das partes interessadas. O gestor G-03 disse: "Eu percebo até porque a gente tem o *disclosure*, que junta o médico, o paciente, outros profissionais da saúde para poder entrar num consenso referente a um diagnóstico. E vejo também que o é o médico conduz junto com a família e alguns outros profissionais de uma maneira, ele não deixa de lidar com paciente referente à legislação, ele não passa para frente". O profissional P-09 afirmou "a meu ver, a acessibilidade do cliente hoje é enorme. O cliente tem acesso a minha agenda pelo aplicativo dele, escolher o horário que ele quer e já marcar sem ligar para recepção e outra coisa também é o prontuário universal do sistema. Um exame que ele fez a 2018 eu consigo acessar aqui no meu consultório, uma consulta que ele teve com especialista dentro da estrutura eu consigo ver a conduta e tudo o que for preciso".

Apesar desses avanços, os relatos mostram que é um caminho em desenvolvimento. Nesse sentido, o profissional P-04 disse: "esse é o caminho aqui que a gente está levantando e trazendo cada vez mais. Não é fácil. Às vezes, os

próprios colaboradores não entendem muito dessa cocriação, se sentem inseguros”. A cocriação de valor na saúde é um processo dinâmico que, por meio da troca de serviços, proporciona experiências e benefícios a todos os envolvidos (Leite & Hodgkinson, 2021). Esse processo também abrange a autogestão. O usuário U-04 disse: “anos atrás, o médico falou comigo assim: ‘faz o diário, você vai por 30 dias fazer um diário, o que que é que te faz mal’. Aí eu fui fazendo, então ali eu tive a informação das coisas que me prejudicam”.

O profissional P-03 falou: “A gente sempre orienta o paciente às intervenções que a gente chama de intervenções não medicamentosas. A gente busca sempre estar orientando e deixando o próprio cliente estar buscando essas alternativas terapêuticas, que são muitas vezes uma dieta balanceada, uma atividade física, um vício, por exemplo, que ele pode estar deixando, o cigarro, a bebida”. O comportamento do autocuidado aumentou depois da pandemia, com todas as transformações envolvidas na prestação dos serviços, por meio da conscientização dos profissionais de saúde e dos usuários (Martínez et al., 2021).

4.5 EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

O comportamento de autocuidado, dentro do contexto da cocriação de valor, tem sido foco de pesquisas recentes, destacando seu impacto na experiência do usuário e no valor percebido (Amorim & Ventura, 2023; Salavati et al., 2022). A experiência do usuário, por sua vez, tem ganhado relevância à medida que os serviços de saúde expandem além da assistência médica com qualidade e segurança, incorporando métricas diferenciadas de satisfação (Kash et al., 2018) e percepção de valor. Essas experiências, baseadas no marketing experiencial (Schmitt, 1999),

variam entre organizações, influenciadas por fatores como valores, cultura, situação financeira (Kurtuluş & Cengiz, 2022) e capital humano da instituição.

A categoria experiência do usuário (502 menções) foi formada pelas subcategorias comunicação e experiência do usuário, com os códigos acessibilidade; acolhimento e cordialidade; agilidade e tempestividade; confiança; conforto; cuidado; empatia; experiência ao longo da jornada; humanização; interação; segurança; tranquilidade; transparência. No que tange à comunicação, as experiências vivenciadas são oriundas da participação ativa dos usuários ao se comunicarem com as empresas (Kamboj & Rahman, 2015). Neste sentido, os dados da pesquisa indicam que a comunicação é percebida de maneiras diferentes. O usuário U-03 disse: “com os profissionais, eu acho bacana, muito bom, acho que tenho sido bem atendido. Com a empresa em si é que eu acho que o que deixa a desejar um pouco é a empresa”.

O usuário U -05 alegou: “tem médico que é fácil de a gente entrar em contato, tem outro que não. Agora está uma onda de eles usarem alguns aplicativos e aí esses aplicativos ainda não estão muito bem formatados. É muito difícil de você ter contato. Tem médico que só responde agora pelo WhatsApp, não tem um telefone fixo para você entrar em contato ou um celular. Isso dificulta um pouco a agilidade do processo, porque é muito lento”. Por outro lado, o usuário U-02 afirmou: “eu acho que eles investem em informar bem a gente”. Na mesma linha, o usuário U-08 falou: “mas geralmente é tranquilo. A comunicação com os médicos, a comunicação com o pessoal da empresa, com as secretárias é sempre bem tranquilo”.

Os gestores, por seu turno, foram uníssomos em afirmar os avanços tecnológicos na comunicação apesar do permanente desafio. O gestor G-06 disse: “comunicação, eu acredito que é um dos maiores desafios da atualidade. Porque ao mesmo tempo que nós temos tantos meios de comunicação, que se você não souber

utilizar da forma correta, pode até atrapalhar, porque você recebe tanta informação, é o WhatsApp, e-mail, aplicativo, e não sei o quê e acaba que pode gerar um transtorno”.

O gestor G-08 completou: “se eu falar que é 2, 3 anos atrás nossas portas de entrada não era tantas Igual é hoje. Então hoje a gente tem e-mail, tem a assistente virtual, tem um chat e a gente tem nesses canais, ele entra no sistema, no site; é a mesma quantidade que meus 5 guichês ali presencial atendem, é a mesma demanda que eu recebo nesses canais que a gente fala que são online”. Não obstante os desafios e avanços, parece fundamental que os profissionais de saúde aprimorem suas habilidades de comunicação e escuta entre si e com seus usuários, para aumentar a eficácia desse processo, aprimorando a satisfação (Burgener, 2020) e a experiência do usuário.

Os dados da pesquisa mostram que a experiência do usuário ao longo da jornada também é percebida de diferentes maneiras, a partir de diferentes variáveis, conforme relataram Kurtuluş e Cengiz (2022). O usuário U-08 disse: “não vou dizer que é uma experiência boa, porque quando a gente lida com o hospital é porque a gente tá passando mal. Mas pra mim, eu tenho uma experiência boa”. Levando em conta os eventuais e naturais atritos da jornada, o gestor G-04 comentou: “percebo que hoje a gente encontra alguns entraves, não é tão fluido como a gente gostaria que fosse, mas percebo também o esforço de como a empresa busca proporcionar uma boa experiência para o cliente”. O gestor G-05 afirmou: “é uma experiência que está em construção e é bem complexa”.

O profissional P-05 falou: “eu percebo que eles têm muita dificuldade nesse caminho. Com relação agora, que eu tenho trabalhado mais com autismo, então são famílias que é até desde o diagnóstico até entrar nos sistemas, demora um pouco mais. E aí tem toda essa jornada de vários profissionais e fica muito tempo. Não é

nada assim que tem uma alta, uma cura. E tem esse acolhimento difícil realmente por toda a equipe, todos os profissionais. Eu acho que é uma jornada difícil. A gente percebe que eles vêm cansados”. Essas afirmações estão alinhadas ao que disseram Klaus (2018) e Kurtuluş e Cengiz (2022) quando argumentaram que determinadas características dos serviços de saúde aumentam a dificuldade de criar uma experiência satisfatória para o usuário em comparação com outros setores.

Os entrevistados trouxeram outros aspectos que impactam a experiência do usuário. De modo geral, os usuários falaram do acolhimento como experiência positiva. O usuário U -03 disse: “Isso daí é um ponto positivo, muito bem acolhido”. Mas não foi unanimidade, conforme disse o usuário U-09: “em alguns (não em todos) eu sinto o acolhimento, a preocupação”. O gestor G-08 ponderou: “a gente vê dos dois lados. Eu vejo os clientes elogiando supersatisfeitos com o atendimento, com o médico, com nosso serviço. A gente recebe elogios do nosso *call center*, dos nossos colaboradores aqui do presencial... A gente percebe que o cliente está satisfeito, se sente acolhido com nosso serviço”.

Outro aspecto relevante foi agilidade e tempestividade. Mesmo com respostas apontando para os benefícios de agilidade que as tecnologias digitais trouxeram, esse aspecto ainda é um ponto sensível de atrito, percebido de maneira consistente pelos gestores. O gestor G7 afirmou: “hoje temos tanto positivo quanto negativo. Nós temos beneficiários que se encantam com uma simples agilidade em chegar ali e falar, eu não recebi o boleto, eu vir pegar pessoalmente e a triagem já está ali disponível com a impressora na porta para o cliente não ter nem o trabalho de sentar e esperar poder pegar o boleto e eles registram isso, esta agilidade que a gente tem passados para eles. Mas também tem a experiência ruim que eles também querem estar aqui no

presencial, não que seja necessário hoje, mas querem estar aqui e não aceita o tempo de espera. Então, isso gera uma frustração”.

E o gestor G-01 completou na ótica do usuário: “na hora que eu precisar acionar ele, eu quero isso de maneira rápida e que seja breve e que tenha menos burocracia. E hoje se esbarra muito nisso. As grandes reclamações que existem hoje são voltadas para isso, para esse tempo de espera, para essa burocracia”. No ambiente de mudanças rápidas e imprevisíveis, como o da saúde, a agilidade tem se tornado cada vez mais valiosa (Patri & Suresh, 2019).

Transparência na relação foi outro fator relevante trazido nas entrevistas. O usuário U-04 disse: “você vai tendo a informação para você decidir ou não. Se você quer utilizar ou não aquilo, qual que vai agredir menos, porque a gente sabe que por mais que você esteja tomando remédio, aquilo também é uma droga. Então, para o paciente, eu acho superimportante que o médico ele tenha essa transparência”. E o usuário U -10 falou: “ela existe e traz até um susto para gente, não é? Enquanto paciente. Não que você não queira transparência e eu gostei da transparência. Mas ela te coloca como como conhecedor realmente do que você tem”.

O profissional P-01 argumentou: “aquele profissional que não tem essa transparência, ele pode ser o melhor profissional, o mais qualificado, mas muitas vezes ele não tem o paciente. Porque com a informação que a gente tem hoje, se o médico não for transparente com o seu paciente, ele vai ser trocado por um outro que dê mais atenção, que tenha mais acesso, que saiba colocar para ele aquilo que ele está em busca. Então isso a gente vê. Que tem consultórios que estão cheios e tem consultórios que estão vazios. O que que está acontecendo? É a disponibilidade, é a transparência, é atenção ao paciente”.

Outros pontos foram destacados. Interação reforça a evolução entre usuários, médicos e demais profissionais de saúde. Cuidado foi mencionado por gestores e profissionais, tanto na gestão do cuidado quanto em aspectos voltados à sociedade. Conforto surgiu na perspectiva de estruturas e ambientes, com menções positivas e negativas, e no uso de tecnologias digitais que proporcionam comodidade ao usuário. Segurança foi apontada como relevante para o bem-estar e percepção de valor do usuário na prestação do serviço, embora não seja unanimidade, já que alguns usuários relatam insegurança com determinados profissionais. Confiança apareceu relacionada a diversas variáveis, com destaque para os profissionais de saúde.

A humanização foi destacada por usuários, gestores e profissionais como um aspecto importante no atendimento, especialmente no equilíbrio com tecnologias digitais. A acessibilidade foi associada ao modelo de atenção primária à saúde. A empatia foi considerada essencial na gestão do cuidado. A tranquilidade, por sua vez, resultou da combinação de fatores como segurança, conforto, acolhimento e transparência. Esses elementos apontados pelos entrevistados constituem a experiência do usuário, que tende a comparar instintivamente cada nova experiência, positiva ou negativa, com as anteriores (Meyer & Schwager, 2007), buscando seu aprimoramento. Na saúde, as preferências e experiências do usuário estão diretamente ligadas à gestão do cuidado (Agarwal et al., 2020).

4.6 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

Diante de crises como a pandemia da COVID-19, as práticas de RSC dentro das empresas contribuem para que os stakeholders tenham uma atitude positiva em relação à organização (Boubaker et al., 2022). Além dos usuários prestarem cada vez mais atenção às questões de RSC (Piechocka-Kałużna et al., 2021), os profissionais

da saúde parecem também interessados e impactados (Deng et al., 2022). A categoria RSC (143 menções) foi formada pelos códigos direções para RSC; percepção, envolvimento e compromisso com RSC; RSC e voluntariado.

Direções para RSC são exemplos de ações e propostas feitas pelos entrevistados que podem ser replicadas e inseridas em instituições de saúde para aumentar o impacto da RSC. Entre as possibilidades mencionadas, destacam-se: ações de promoção de saúde; ações sociais em asilos e orfanatos; apoio à projetos sociais; campanhas de conscientização; campanhas de doação de roupas, alimentos; campanhas de exames como mamografia; campanhas de prevenção; campanhas de vacinação; coleta seletiva; feira de empreendedorismo envolvendo colaboradores, familiares e comunidade; grupos de promoção da saúde; voluntariado com ações periódicas na comunidade do entorno, plantio de árvores para neutralização de carbono; programas de assistência social e de saúde mental para colaboradores e profissionais; realização de bazares e brechós para ajudar comunidades carentes; ações humanitárias durante crises; reaproveitamento de água da chuva; utilização de energia eólica.

Nesse contexto, o gestor G-01 comentou: “você vê que a empresa apoia projetos no bairro onde eu moro, eu vejo esse trabalho sendo desenvolvido e vejo frutos.” Essas iniciativas de RSC nas empresas de saúde estão alinhadas ao que afirmaram Daú et al. (2019), ao destacarem que as empresas já incorporaram a RSC, promovendo a democratização de práticas sustentáveis e sua replicação. Uma dessas iniciativas é o voluntariado, mencionado por gestores e profissionais 18 vezes. O gestor G-02 disse: “o colaborador que participa de uma ação voluntária, de uma ação para a sociedade também transforma sua vida, a vida da sua família, que começa a entrar mais na parte de responsabilidade social dentro da comunidade.” Nessas

empresas, a RSC pode proporcionar aos colaboradores significado e propósito em seu trabalho (Janssen et al., 2022).

Além de encontrar propósito, o engajamento do colaborador tende a aumentar conforme cresce o nível de adesão da empresa à RSC (Ali & Anwar, 2021). A RSC também pode impactar positivamente não apenas os colaboradores, mas usuários, acionistas, fornecedores e a comunidade, atingindo a sociedade como um todo (El Akremi et al., 2018). Os dados da pesquisa evidenciaram diferentes percepções sobre RSC. O usuário U-01 disse: “eu vejo a responsabilidade social no meu plano de saúde, eu vejo as ações sociais no entorno do hospital, com as crianças carentes mesmo moradoras das redondezas do hospital”. Já o usuário U-04 ponderou: “eu acho que essa questão aí da responsabilidade social ainda é fraca. Eu não sei se é porque eu estou olhando para a região onde eu estou”. E o usuário U-02 afirmou sobre sua percepção sobre RSC nas empresas de saúde: “para falar a verdade, eu não tenho essa percepção”.

Por outro lado, o usuário U-08 alegou: “a não ser na época da covid, que os hospitais disponibilizaram, não sei se triagem ou eles tinham barracas pela cidade para poder fazer o teste rápido se você sentisse alguma coisa. E era assim, atendendo à sociedade mesmo”. E o usuário U-09 disse: “percebo, às vezes sim. Já vi fazendo exames gratuitos de AIDS, pressão, diabetes. Eu já vi muito isso no centro, em alguns locais aqui específicos da região, no subúrbio também, eu vejo muito. Depois da pandemia, vejo acontecendo com mais assiduidade”.

O gestor G-01 destacou: “o trabalho com os voluntários, seja do grupo VOU, como também a das mulheres do núcleo feminino, é algo inovador, diferente, que tem agregado bastante valor aqui no sul do estado”. O gestor G-02 disse: “essas ações mostram para a sociedade que a empresa está engajada, está querendo o bem para

a sociedade. Eu acho que isso fortalece a imagem da empresa e faz com que a sociedade tem um olhar diferenciado por essa empresa que se preocupa com a sociedade, com a região”.

O profissional P-05 disse: “eu percebo algumas ações, sim. Igual teve um dia de conscientização do autismo, mas eu ainda acho que é pouco. Acho que deveria ser maior esse envolvimento. Acho que acontece, a gente tem, mas são algumas coisas muito pontuais”. E a profissional P-01, coordenadora médica da responsabilidade social corporativa de uma empresa, afirmou: “olha hoje a responsabilidade social tem que estar presente em todas as empresas, porque se isso não acontece, é aquilo que eu estava falando para você, essa empresa aí vai... a pessoa já vai olhar com um olhar diferenciado. Poxa, é uma empresa tão grande, não vai fazer nada para a comunidade, nada para o cliente, nada para o colaborador. Temos que deixar legado, a gente tem que pensar no outro, nos colocar no lugar do outro. E nós temos como ajudar. Nem sempre só com o financeiro”.

Apesar das opiniões divergentes entre os diferentes atores, observa-se avanços e maior clareza nos possíveis caminhos para aperfeiçoar a RSC no setor da saúde. Bayode e Duarte (2022), ao investigarem a percepção de empregados sobre o envolvimento das empresas em RSC no cenário nigeriano, destacaram a importância do investimento em RSC para as partes interessadas, reforçando a necessidade de aprimorar práticas de comunicação para aumentar a conscientização sobre as ações. Ding e Miao (2023) concluíram que investir em RSC, envolvendo profissionais de saúde em ações, projetos e programas, é uma estratégia eficaz para elevar o engajamento desses profissionais. Isso pode, por consequência, impactar positivamente a gestão do cuidado e a experiência do usuário, ampliando sua percepção de valor em relação à empresa de saúde.

4.7 VALOR NA SAÚDE

O conceito de valor tem ganhado destaque na saúde, um setor de significativa relevância econômica e impacto social. Para o usuário, que busca atender suas necessidades e desejos, a oferta de valor influencia sua jornada e pode determinar sua decisão de retornar ao serviço. Além disso, a geração de valor na saúde tende a impactar positivamente a sociedade (Lee & Lee, 2021), ampliando o entendimento de valor compartilhado (Porter & Kramer, 2019). A categoria valor na saúde foi composta pelas subcategorias valor para o usuário (96 menções), valor para sociedade (38 menções) e estratégia de valor (130 menções).

Elaborar estratégias que proporcionem experiências positivas aos usuários é uma forma eficaz de propor valor (Lee, 2019), atendendo às suas expectativas. Neste sentido, o usuário U-01 disse: “o importante para mim é interação, é o contato, mais a confiança”. O gestor G-06 mencionou: “o que ele mais espera é ser atendido de forma rápida e efetiva, que realmente ele saia dali bom ou pelo menos com o tratamento adequado”.

O gestor G-08 comentou: “o que o cliente espera hoje é a facilidade e a agilidade. Ele não quer esperar”. Ao entender as expectativas do usuário é possível compreender como se dá a sua percepção de valor. O usuário U-01 disse: “fiquei uma semana internada e foi uma semana de isolamento. Foi o tempo maior que eu fiquei num hospital. E com isolamento, não podia ter visitas, só os médicos e as enfermeiras. Desde o momento em que eu pisei no hospital, eu tive todo o atendimento e não foi só um atendimento porque as os profissionais que iam no quarto me atender tentavam me deixar o mais confortável possível, apesar das circunstâncias em que eu estava”.

Ademais, a experiência do usuário pode ser aperfeiçoada por meio do valor social, dado seu na sociedade. A proposição de valor social, por sua vez, requer uma abordagem colaborativa, por meio dos diferentes públicos estratégicos (Lashitew et al., 2022). O usuário U-04 disse: “nós estamos falando da tentativa de melhorar essa questão de sociedade, de sair um pouco do individualismo das pessoas terem um pouco mais de percepção de que é importante o meio social, que é importante as pessoas terem uma saúde, uma qualidade de vida, segurança”.

O gestor G-05 discorreu: “eu falo que a gente costuma perceber essas coisas aparecendo em momentos ruins. Pegar o exemplo da pandemia. Mas também teve enchente, eu lembro quantos colaboradores saíram daqui para ajudar o pessoal, e ajudar a socorrer a casa de alguém, já tinha muito disso aqui dentro da empresa, de participar desses movimentos sociais e de estar inserido na sociedade”. O profissional P-02 comentou: “por isso você tem também o ganho social, a partir do momento que você começa a agregar saúde a um público que estaria com um risco muito mais aumentado, se não fizesse acompanhamento nenhum, isso acaba sendo compensador, tanto para a sociedade, para o cliente, para a própria empresa”.

O conteúdo gerado a partir das percepções de usuários, gestores e profissionais de saúde aponta direções para o desenvolvimento de estratégias de valor na saúde, promovendo vantagem competitiva sustentável e fidelização do usuário. Assim, os entrevistados foram questionados e incentivados a discutir a possibilidade de construir estratégias de valor como diferencial competitivo. O usuário U-01 afirmou: “é um diferencial porque traz a sociedade para perto. Faz você lembrar da marca, faz você lembrar das pessoas, faz você lembrar dos gestos, faz você ter uma proximidade maior”. O usuário U-02 disse: “quanto mais eles investirem não só para os profissionais, para as empresas e que atinja os clientes, a sociedade vai ser

beneficiada. Acho que isso tudo fideliza”. E o profissional P-07 comentou: “a estratégia de valor vai trazer qualidade, trazendo a qualidade o cliente não tem por que mudar de serviço. Isomeria como qualidade. Capacitação, bons profissionais, pontualidade, segurança, equipamento, confiança”.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados revelaram categorias fundamentais para a construção da OVUSS: gestão do negócio, gestão do cuidado, tecnologias digitais, cocriação de valor, experiência do usuário, RSC e valor na saúde. Essas categorias refletem a combinação das percepções de usuários, gestores e profissionais, em diversos contextos dos serviços de saúde. Com base nessas evidências, foi elaborado um modelo conceitual para explicar a OVUSS (Figura 3), estruturado em sete pilares. Esse arcabouço considera a integração de recursos nos sistemas de saúde (Tregua et al., 2022) e reconhece que a experiência do usuário resulta da soma de todas as suas interações, moldadas pela cultura e gestão da empresa ao longo da jornada do cuidado (Kurtuluş & Cengiz, 2022).

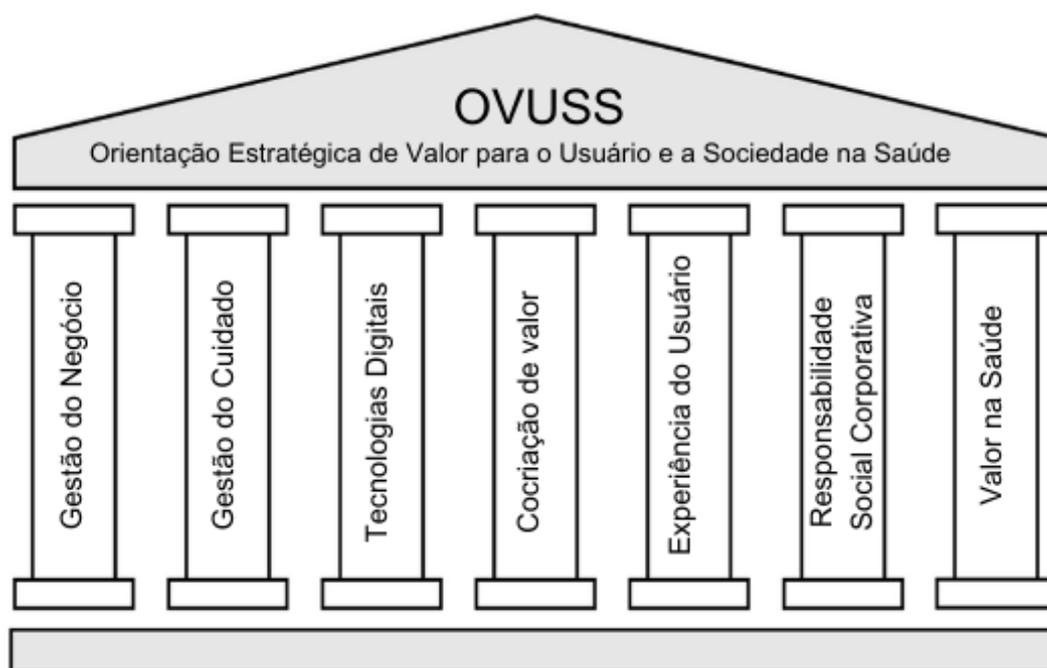


Figura 3: Modelo conceitual da OVUSS.
 Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Os achados indicam que a gestão do negócio é um pilar do conceito multidimensional da OVUSS, englobando aspectos como cultura do cuidado, engajamento dos profissionais, estratégia, marca e fidelização. Ao aperfeiçoar a cultura organizacional para melhorar os serviços e implementar estratégias focadas na fidelização, a gestão do negócio avança na direção da proposição de valor para o usuário. Além disso, investir em ações sociais aliadas a iniciativas que aproximem os usuários pode fortalecer o vínculo de confiança. Assim, esse conjunto de ações na gestão do negócio potencializa a proposição simultânea de valor para o usuário e a sociedade. Por isso, a gestão do negócio se apresenta como um componente do conceito de OVUSS.

A gestão do cuidado, outro pilar da OVUSS, destaca a atenção à saúde e a medicina da família como estratégias para descentralizar os serviços e ampliar o acesso, contribuindo para a melhoria da saúde na sociedade. Nesse contexto, descentralizar significa reorganizar os serviços de saúde, distribuindo o atendimento

em diferentes níveis e locais de assistência, como unidades de atenção primária e serviços comunitários, em vez de concentrá-lo em grandes hospitais ou centros especializados.

A qualidade, a satisfação com os serviços e o atendimento ao usuário estão diretamente relacionados à percepção de valor. Da mesma forma, fatores como tempo de espera e burocracia, identificados como pontos de atrito, também afetam a proposta de valor. Além disso, a gestão do cuidado incluiu aspectos humanos, como a capacidade de conexão dos profissionais com o usuário. Assim, há evidências de que, ao implementar uma gestão eficaz do cuidado, a organização promove valor tanto para o usuário quanto para a sociedade.

A inovação tem impulsionado a adoção de tecnologias digitais na saúde, embora os entrevistados ainda as percebam de forma fragmentada. No entanto, apesar das facilidades e avanços proporcionados, destaca-se a necessidade de equilíbrio no *trade-off* digital-humano, que consiste em harmonizar o uso de tecnologias digitais com a interação humana no setor de saúde. Em meio às oportunidades de personalização e aprimoramento dos serviços, torna-se cada vez mais essencial assegurar a humanização no cuidado.

Essa condição pode ser vista como um paradoxo: oferecer agilidade no cuidado por meio de tecnologias disponíveis e, simultaneamente, garantir humanização. Apesar desse *trade-off*, os resultados indicam que as tecnologias digitais são percebidas como facilitadoras da vida dos usuários. Ao impulsionar e transformar o serviço recebido, elas se consolidam como um pilar essencial da OVUSS. Com o avanço das tecnologias digitais ampliando o fluxo de interação entre os atores do ecossistema de saúde, a cocriação de valor ganha destaque (Balta et al., 2021), assim como a autogestão do cuidado.

As evidências da pesquisa indicam que a ampliação do processo de cocriação gera múltiplos benefícios, como segurança, conforto, transparência, envolvimento, acessibilidade e confiança. Essas percepções podem acelerar o processo de cuidado, melhorando a experiência do usuário e a efetividade da assistência, além de reduzir falhas de comunicação, retrabalho e custos. Os resultados apontam que a cocriação é um processo em evolução na saúde, com capacidade de impactar tanto o usuário quanto a experiência do profissional. Isso reforça sua posição como um dos componentes da orientação estratégica de valor na saúde. A cocriação avança em direção ao valor percebido, que se conecta diretamente à experiência do usuário (Amorim & Ventura, 2023).

Os resultados destacam aspectos relacionados à experiência do usuário, que contribuem para a percepção de valor, como acessibilidade, acolhimento, confiança e conforto. A comunicação também emerge como um fator chave nesse contexto, embora ainda seja considerada ineficaz em muitos casos. Melhorar a comunicação entre profissionais e usuários permanece um desafio essencial para aprimorar a experiência. A jornada do usuário é composta por elementos como cordialidade, agilidade, tempestividade, humanização e empatia, características do serviço e atendimento que sustentam essa experiência. Dada sua importância na proposição de valor em saúde, a experiência do usuário se consolida como um pilar fundamental da OVUSS.

A RSC emergiu nos resultados da pesquisa como mais um componente da OVUSS. Apesar de não haver consenso sobre sua atuação nas empresas, houve concordância quanto aos avanços obtidos. Ainda assim, é necessário fortalecer as ações e aprimorar a comunicação para alcançar um público mais amplo. As evidências indicaram que a RSC pode influenciar a fidelização dos usuários ao

prestador de serviços, especialmente devido à crescente atenção dos usuários para esse tema (Piechocka-Kałużna et al., 2021). Além disso, o envolvimento com a RSC nas empresas de saúde pode beneficiar a força de trabalho, aumentando o engajamento e o senso de pertencimento. No impacto social, a RSC exerce influência direta por meio da promoção da saúde, contribuindo para a oferta de valor.

Completando os pilares da OVUSS, o valor na saúde atua como um elo, conectando diferentes perspectivas de atores por meio da experiência do usuário e da oferta de valor social e econômico. Para o usuário, atender às suas expectativas fortalece a percepção de valor e cria oportunidades para vínculos de longo prazo. Para os profissionais, o valor na saúde influencia o engajamento e o sentido atribuído ao trabalho. Na dimensão social, a pandemia da COVID-19 ampliou o espaço para que organizações e profissionais de saúde, utilizando inovações, tecnologias e recursos, avançassem no cuidado à sociedade. Assim, o valor na saúde, com um conceito amplo que abrange todos os públicos estratégicos, completa as dimensões da OVUSS, permitindo a proposição de valor para o usuário e para a sociedade de forma multidimensional e abrangente.

A orientação estratégica oferece direções para uma organização desenvolver comportamentos alinhados ao objetivo de alcançar uma vantagem competitiva sustentável. Nesse contexto, as habilidades de marketing são consideradas ferramentas essenciais para o sucesso no setor de saúde (Anderson et al., 2019). A OVUSS, fundamentada em sete pilares, integra fatores que sustentam a proposição de valor. Assim, ela se configura como um conjunto de estratégias que promove o valor compartilhado entre os envolvidos, por meio da gestão do negócio e do cuidado, do uso de tecnologias digitais, da cocriação de valor, da experiência do usuário, do

impacto da RSC na sociedade e do valor na saúde, todos resultantes da interação entre os atores.

6 CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi desenvolver o conceito de Orientação Estratégica de Valor na Saúde para o Usuário e para a Sociedade. Foram identificados sete pilares que compõem a OVUSS: gestão do negócio, gestão do cuidado, tecnologias digitais, cocriação de valor, experiência do usuário, RSC e valor na saúde. Concluiu-se que a OVUSS é uma abordagem estratégica que permite às organizações de saúde integrar as demandas de mercado e da sociedade, por meio de estratégias de marketing que combinam a experiência do usuário, a gestão do cuidado e a responsabilidade social, visando criar valor compartilhado de forma sustentável.

Embora existam interseções entre o marketing baseado na experiência do cliente (Lemon & Verhoef, 2016), marketing de saúde (Crié & Chebat, 2013), marketing social (Kotler & Zaltman, 1971) e a OVUSS, esta última se diferencia por sua abordagem integrativa, multidimensional, e, por isso, inovadora. Enquanto as demais vertentes enfatizam aspectos específicos, como o comportamento do consumidor ou mudanças sociais, a OVUSS cria um ecossistema estratégico que alinha as demandas individuais e sociais às práticas organizacionais, promovendo impacto sustentável e inovação no setor de saúde.

Este estudo trouxe relevantes contribuições teóricas para o marketing na saúde. Primeiro, inovou ao desenvolver uma orientação estratégica de marketing voltada à proposição de valor para o usuário e a sociedade no setor de saúde, alinhada às necessidades atuais e futuras do setor, como sugerido por Lee (2019). Segundo, ofereceu caminhos para a proposição de valor como estratégia de

marketing, avançando em direção ao valor social (Haase, 2021), ao valor compartilhado (Porter & Kramer, 2019) e ao valor social do marketing (Soares Júnior et al., 2024). Terceiro, elucidou conexões entre a gestão na saúde (gestão do negócio e do cuidado), as oportunidades proporcionadas pelas tecnologias digitais, a cocriação no cuidado (Barile et al., 2014), a RSC no contexto das organizações de saúde, os aspectos experienciais do usuário (Schiavone et al., 2020) e seu impacto na sociedade por meio desses componentes.

Como implicações gerenciais, o estudo trouxe contribuições para gestores da saúde, profissionais de marketing e de RSC. Primeiramente, propôs uma orientação estratégica de marketing para organizações de saúde, com potencial de fidelizar usuários e promover o bem-estar social. Em segundo lugar, ofereceu insights para aprimorar a experiência de usuários e profissionais, destacando maior interação, recursos tecnológicos e mudanças comportamentais. Por fim, na dimensão social, ampliou percepções sobre RSC na saúde, por meio da cocriação de valor entre diferentes atores. Na prática, essas contribuições podem estimular ações voltadas à saúde na sociedade e aumentar o engajamento dos profissionais. Assim, a perspectiva multidimensional da OVUSS apresenta oportunidades para organizações de saúde avançarem em estratégias de marketing com impacto significativo nos diversos atores envolvidos.

Como limitações do estudo, destacam-se o método, já que a pesquisa foi de natureza exploratória e qualitativa, apoiado na percepção de 30 entrevistados. Essa condição metodológica e amostral impede que os resultados sejam generalizados. Diante disso, recomenda-se que sejam feitas pesquisas quantitativas para validação estatística em outros cenários de prestação de serviços de saúde. Outra limitação foi o corte transversal, com amostra de pessoas entrevistadas pontualmente, sem

considerar tempo de tratamento e condição de saúde de cada usuário. Por isso, recomenda-se que sejam realizadas outras pesquisas que considerem esses aspectos ao longo do tempo.

Como recomendações para futuras investigações, propõe-se estudos segmentados em diferentes setores da saúde para aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a experiência do usuário e dos elementos que compõem a OVUSS. Além disso, sugere-se pesquisas comparativas sobre o desempenho da RSC e seu impacto na sociedade, visando identificar padrões replicáveis. Recomenda-se também a investigação dos comportamentos dos profissionais e sua interface com critérios de sucesso, barreiras e aspectos de gestão, para desvendar os mecanismos que impulsionam o êxito de determinadas iniciativas. Por fim, destaca-se a importância de desenvolver uma escala para mensurar a OVUSS nas organizações de saúde em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

- Agarwal, R., Dugas, M., Gao, G. G., & Kannan, P. K. (2020). Emerging technologies and analytics for a new era of value-centered marketing in healthcare. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48(1), 9-23. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00692-4>
- Agic, E., Cinjarevic, M., Kurtovic, E., & Cicic, M. (2016). Strategic marketing patterns and performance implications. *European Journal of Marketing*, 50(12), 2216-2248. <https://doi.org/10.1108/EJM-08-2015-0589>
- Ahmad, K. A. B., Khujamatov, H., Akhmedov, N., Bajuri, M. Y., Ahmad, M. N., & Ahmadian, A. (2022). Emerging trends and evolutions for smart city healthcare systems. *Sustainable Cities and Society*, 80, 103695. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2022.103695>
- Ali, B. J., & Anwar, G. (2021). Corporate social responsibility: the influence of employee engagement on corporate social responsibility. *Journal of Humanities and Education Development*, 3(3), 77-83. <https://doi.org/10.22161/jhed.3.3.8>

- Amorim, J., & Ventura, A. C. (2023). Co-created decision-making: From co-production to value co-creation in health care. *The Journal of Medicine Access*, 7, 27550834231177503. <https://doi.org/10.1177/27550834231177503>
- Anderson, S., Rayburn, S. W., & Sierra, J. J. (2019). Future thinking: the role of marketing in healthcare. *European Journal of Marketing*, 53(8), 1521-1545. <https://doi.org/10.1108/EJM-10-2017-0779>
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (2022). *ESG nos Hospitais ANAHP: Resultados e Boas Práticas*. ANAHP. https://anahp.com.br/pdf/ESG_nos_hospitais_Anahp.pdf
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (2023). *A saúde que os brasileiros querem*. ANAHP. <https://conteudo.anahp.com.br/pesquisa-poderdata-a-saude-que-os-brasileiros-querem>
- Avila-Garzon, C., & Bacca-Acosta, J. (2024). Thirty Years of Research and Methodologies in Value Co-Creation and Co-Design. *Sustainability*, 16(6), 2360. <https://doi.org/10.3390/su16062360>
- Balta, M., Valsecchi, R., Papadopoulos, T., & Bourne, D. J. (2021). Digitalization and co-creation of healthcare value: A case study in Occupational Health. *Technological Forecasting and Social Change*, 168, 120785. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120785>
- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal*, 22(3), 205-217. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2014.08.008>
- Bayode, O. T., & Duarte, A. P. (2022). Examining the mediating role of work engagement in the relationship between corporate social responsibility and turnover intention: evidence from Nigeria. *Administrative Sciences*, 12(4), 150. <https://doi.org/10.3390/admsci12040150>
- Boubaker, S., Liu, Z., & Zhan, Y. (2022). Customer relationships, corporate social responsibility, and stock price reaction: Lessons from China during health crisis times. *Finance Research Letters*, 47, 102699. <https://doi.org/10.1016/j.frl.2022.102699>
- Burgener, A. M. (2020). Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *The health care manager*, 39(3), 128-132. DOI: 10.1097/HCM.0000000000000298
- Cadwallader, S., Jarvis, C. B., Bitner, M. J., & Ostrom, A. L. (2010). Frontline employee motivation to participate in service innovation implementation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 38, 219-239. <https://doi.org/10.1007/s11747-009-0151-3>
- Centers for Disease Control and Prevention – CDC. (2020). *COVID-19 module*. CDC. <https://www.cdc.gov/nhsn/acute-care-hospital/covid19/index.html>

- Chen, D., & Zhang, R. (2022). *Exploring research trends of emerging technologies in health metaverse: A bibliometric analysis*. Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3998068>
- Chen, T., Dodds, S., Finsterwalder, J., Witell, L., Cheung, L., Falter, M., Garry, T., Snyder, H., & McColl-Kennedy, J. R. (2021). Dynamics of wellbeing co-creation: a psychological ownership perspective. *Journal of Service Management*, 32(3), <https://doi.org/10.1108/JOSM-09-2019-0297>
- Clark, S., & Weale, A. (2012). Social values in health priority setting: a conceptual framework. *Journal of health organization and management*, 26(3), 293-316. <https://doi.org/10.1108/14777261211238954>
- Cri e, D., & Chebat, J. C. (2013). Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research*, 66(1), 123-126. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.09.002>
- Da u, G., Scavarda, A., Scavarda, L. F., & Portugal, V. J. T. (2019). The healthcare sustainable supply chain 4.0: The circular economy transition conceptual framework with the corporate social responsibility mirror. *Sustainability*, 11(12), 3259. <https://doi.org/10.3390/su11123259>
- Day, G. S., & Wensley, R. (1983). Marketing theory with a strategic orientation. *Journal of marketing*, 47(4), 79-89. <https://doi.org/10.1177/002224298304700409>
- Deng, Y., Cherian, J., Ahmad, N., Scholz, M., & Samad, S. (2022). Conceptualizing the role of target-specific environmental transformational leadership between corporate social responsibility and pro-environmental behaviors of hospital employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3565. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063565>
- Ding, B., & Miao, T. (2023). The Moderating Effects of Social Responsibility Climate and Safety Climate in Keeping Healthcare Workers' Engagement during COVID-19. In *Healthcare*, 11(8), 1077. MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081077>
- Eijkelenboom, A., & Bluysen, P. M. (2022). Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review. *Intelligent Buildings International*, 14(1), 95-113. <https://doi.org/10.1080/17508975.2019.1613218>
- El Akremi, A., Gond, J. P., Swaen, V., De Roeck, K., & Igalens, J. (2018). How do employees perceive corporate responsibility? Development and validation of a multidimensional corporate stakeholder responsibility scale. *Journal of management*, 44(2), 619-657. <https://doi.org/10.1177/0149206315569311>
- Eng, T. Y., Ozdemir, S., Gupta, S., & Kanungo, R. P. (2020). International social entrepreneurship and social value creation in cause-related marketing through personal relationships and accountability. *International Marketing Review* 37(5), 945-976. <https://doi.org/10.1108/IMR-12-2018-0360>

- Flick, U. (2012). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Penso Editora.
- Foss, N., & Saebi, T. (2016). Fifteen years of research on Business Model innovation. *Journal of Management*, 43(1), 200–227. <https://doi.org/10.1177/0149206316675927>
- Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2016.03.007>
- García-Sánchez, I. M., & García-Sánchez, A. (2020). Corporate social responsibility during COVID-19 pandemic. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 6(4), 126. <https://doi.org/10.3390/joitmc6040126>
- Ghods, M. A. (2019). Entrepreneurial marketing: the missing link in social enterprise studies. *Journal of Global Entrepreneurship Research*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40497-019-0163-5>
- Grewal, D., Hulland, J., Kopalle, P. K., & Karahanna, E. (2020). The future of technology and marketing: A multidisciplinary perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00711-4>
- Guibu, I. A., Moraes, J. C. de., Guerra Junior, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. de. A., Costa, K. S., Karnikowski, M. G. de O., Soeiro, O. M., Leite, S. N., & Álvares, J. (2017). Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
- Haase, M. (2021). Social value cocreation: a mode of value cocreation. *Social Enterprise Journal*, 17(4), 493–512. <https://doi.org/10.1108/SEJ-04-2020-0023>
- Herbst, J. M. (2019). Harnessing sustainable development from niche marketing and coopetition in social enterprises. *Business Strategy & Development*, 2(3), 152-165. <https://doi.org/10.1002/bsd2.49>
- Hossain, M. S., Yahya, S. B., Rahman, S., Sobhani, F. A., & Rahman, R. (2019). Corporate social responsibility in healthcare: A case of islamic banks (IBs) in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 18(3), 567-573. <https://doi.org/10.3329/bjms.v18i3.41627>
- Huang, J. A., Lai, C. S., Hu, J. S., & Weng, R. H. (2014). The impact of market orientation on patient loyalty: the mediation of relationship quality. *Service Business*, 8(4), 499-515. <https://doi.org/10.1007/s11628-013-0204-z>
- Iyawa, G. E., Herselman, M., & Botha, A. (2016). Digital health innovation ecosystems: From systematic literature review to conceptual framework. *Procedia Computer Science*, 100, 244-252. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.149>

- Janssen, J. L., Lysova, E. I., Wickert, C., & Khapova, S. N. (2022). Employee reactions to CSR in the pursuit of meaningful work: A case study of the healthcare industry. *Frontiers in Psychology*, 13, 969839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.969839>
- Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33. <https://doi.org/10.2147/IEH.S93473>
- Kamboj, S., & Rahman, Z. (2015). Marketing capabilities and firm performance: literature review and future research agenda. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 64(8), 1041-1067. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-08-2014-0117>
- Kaplan, G. S. (2012). Managing to customer specifications. *Journal of Healthcare Management*, 57(5), 304-306.
- Kash, B. A., McKahan, M., Tomaszewski, L., & McMaughan, D. (2018). The four Ps of patient experience: A new strategic framework informed by theory and practice. *Health marketing quarterly*, 35(4), 313-325. <https://doi.org/10.1080/07359683.2018.1524598>
- Kashif, M., Samsi, S. Z. M., Awang, Z., & Mohamad, M. (2016). EXQ: measurement of healthcare experience quality in Malaysian settings: A contextualist perspective. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(1), 27-47. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-03-2015-0011>
- Klaus, P. (2018). Luxury patient experience (LPX): review, conceptualization, and future research directions. *The service industries journal*, 38(1-2), 87-98. <https://doi.org/10.1080/02642069.2017.1377190>
- Kohli, A. K., Jaworski, B. J., & Kumar, A. (1993). MARKOR: a measure of market orientation. *Journal of Marketing research*, 30(4), 467-477. <https://doi.org/10.1177/002224379303000406>
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of marketing*, 35(3), 3-12. <https://doi.org/10.1177/002224297103500302>
- Kraus, S., Schiavone, F., Pluzhnikova, A., & Invernizzi, A. C. (2021). Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research. *Journal of Business Research*, 123, 557-567. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.030>
- Kumar, V., & Reinartz, W. (2016). Creating enduring customer value. *Journal of marketing*, 80(6), 36-68. <https://doi.org/10.1509/jm.15.0414>
- Kurtuluş, S. A., & Cengiz, E. (2022). Customer experience in healthcare: literature review. *Istanbul Business Research*, 51(1), 291-312. <https://doi.org/10.26650/ibr.2022.51.867283>

- Kuzey, C., Uyar, A., Nizaeva, M., & Karaman, A. S. (2021). CSR performance and firm performance in the tourism, healthcare, and financial sectors: Do metrics and CSR committees matter? *Journal of cleaner production*, 319, 128802. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2021.128802>
- Lashitew, A. A., van Tulder, R., & Muche, L. (2022). Social value creation in institutional voids: a business model perspective. *Business & Society*, 61(8), 1992-2037. <https://doi.org/10.1177/0007650320982283>
- Lee, D. (2019). A model for designing healthcare service based on the patient experience. *International Journal of Healthcare Management*, 12(3), 180-188. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1359956>
- Lee, S. M., & Lee, D. (2021). Opportunities and challenges for contactless healthcare services in the post-COVID-19 Era. *Technological Forecasting and Social Change*, 167, 120712. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120712>
- Leite, H., & Hodgkinson, I. R. (2021). Telemedicine co-design and value co-creation in public health care. *Australian Journal of Public Administration*, 80(2), 300-323. <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12473>
- Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of marketing*, 80(6), 69-96. <https://doi.org/10.1509/jm.15.0420>
- Lichtenthaler, U. (2021). Data management efficiency: Major opportunities for shared value innovation. *Management Research Review*, 45(2), 156-172. <https://doi.org/10.1108/MRR-10-2020-0639>
- Lindgreen, A., & Swaen, V. (2010). Corporate social responsibility. *International journal of management reviews*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00277.x>
- Lubis, A. N., Lumbanraja, P., Lubis, R. R., & Hasibuan, B. K. (2017). A study of service quality, corporate social responsibility, hospital image, and hospital value creation in Medan. *European Research Studies Journal*, 20(4B), 125-133. <https://www.um.edu.mt/library/oar//handle/123456789/33107>
- Mäkinen, H., Haavisto, E., Havola, S., & Koivisto, J. M. (2022). User experiences of virtual reality technologies for healthcare in learning: an integrative review. *Behaviour & Information Technology*, 41(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1788162>
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 8(4), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- McCull-Kennedy, J. R., Zaki, M., Lemon, K. N., Urmetzer, F., & Neely, A. (2019). Gaining customer experience insights that matter. *Journal of service research*, 22(1), 8-26. <https://doi.org/10.1177/1094670518812182>

- Meyer, C., & Schwager, A. (2007). Understanding customer experience. *Harvard Business Review*, 85(2), 117-126.
- Mitnick, B. M., Windsor, D., & Wood, D. (2020). CSR: Undertheorized or essentially contested? *Academy of Management Review*, 46(3), 623-629. <https://doi.org/10.5465/amr.2020.0239>
- Morgan, N. A., Whitley, K. A., Feng, H., & Chari, S. (2019). Research in marketing strategy. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 47(1), 4-29. <https://doi.org/10.1007/s11747-018-0598-1>
- Munoz-Gama, J., Martin, N., Fernandez-Llatas, C., Johnson, O. A., Sepúlveda, M., Helm, E., Galvez-Yanjari, V., Rojas, E., Martinez-Millana, A., Aloini, D., Amantea, I., A., Andrews, R., Arias, M., Beerepoot, I., Benevento, E., Burattin, A., Capurro, D., Carmona, J., Comuzzi, M., Dalmás, B., & Zerbato, F. (2022). Process mining for healthcare: Characteristics and challenges. *Journal of Biomedical Informatics*, 127, 103994. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2022.103994>
- Mustaffa, W. S. W., Rahman, R. A., Ab Wahid, H., & Ahmad, N. L. (2020). A cognitive-affective-behavioral responses of customer experience (CAB-CE) model for service delivery improvement in the healthcare industry. *Int. J. Sup. Chain. Mgt* 9(2), 252. <https://ojs.excelingtech.co.uk/index.php/IJSCM/article/view/4593>
- NRC Health (2021). *NRC Health 2021 Healthcare Consumer Trends Report*. <https://nrchealth.com/wp-content/uploads/2021/01/NRC-Health-2021-Healthcare-Consumer-Trends-Report.pdf>
- Odero, A., Pongy, M., Chauvel, L., Voz, B., Spitz, E., Pétré, B., & Baumann, M. (2020). Core values that influence the patient—healthcare professional power dynamic: steering interaction towards partnership. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8458. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228458>
- Osei-Frimpong, K. (2017). Patient participatory behaviours in healthcare service delivery. *Journal of Service Theory and Practice*, 27(2), 453-474. <https://doi.org/10.1108/JSTP-02-2016-0038>
- Osei-Frimpong, K., & Owusu-Frimpong, N. (2017). Value co-creation in health care: a phenomenological examination of the doctor-patient encounter. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 29(4), 365-384. <https://doi.org/10.1080/10495142.2017.1326356>
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A., & Owusu-Frimpong, N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(4), 443-462. <https://doi.org/10.1108/JSTP-03-2014-0062>
- Park, E., Kim, K. J., & Kwon, S. J. (2017). Corporate social responsibility as a determinant of consumer loyalty: An examination of ethical standard, satisfaction, and trust. *Journal of business research*, 76, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.02.017>

- Partouche-Sebban, J., Rezaee Vessal, S., & Bernhard, F. (2022). When co-creation pays off: the effect of co-creation on well-being, work performance and team resilience. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 37(8), 1640-1649. <https://doi.org/10.1108/JBIM-07-2020-0337>
- Patri, R., & Suresh, M. (2019). Agility in healthcare services: a systematic literature exploration. *International Journal of Services and Operations Management*, 32(3), 387-404. <https://doi.org/10.1504/IJSOM.2019.098356>
- Piechocka-Kaluźna, A., Tłuczak, A., & Łopatka, P. (2021). The Impact of CSR/ESG Reporting on the Cost of Capital: An Example of US Healthcare Entities. *European Research Studies Journal*, 24(Special 3). <https://ersj.eu/journal/2502>
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2006). Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard business review*, 84(12), 78-92.
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2019). Creating shared value. In G. G. Lenssen & N.C. Smith. *Managing sustainable business*, (pp. 323-346). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-024-1144-7_16
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. *Harvard business press*.
- Ribeiro, L. A., & Scatena, J. H. (2019). The evaluation of primary health care in Brazil: an analysis of the scientific production between 2007 and 2017. *Saúde e Sociedade*, 28 (2),95-110. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>
- Russell, R. S., Johnson, D. M., & White, S. W. (2015). Patient perceptions of quality: analyzing patient satisfaction surveys. *International Journal of Operations & Production Management*, 35(8), 1158-1181. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-02-2014-0074>
- Salavati, S., Rahimaghaee, F., & Seylani, K. (2022). Co-creation: A new keyword in advancing the objectives of health organizations in COVID-19 crisis. *Nursing Practice Today*, 9(1), 1-3. <https://doi.org/10.18502/npt.v9i1.7318>
- Schiavone, F., Leone, D., Sorrentino, A., & Scaletti, A. (2020). Re-designing the service experience in the value co-creation process: an exploratory study of a healthcare network. *Business Process Management Journal*, 26(4), 889-908. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-11-2019-0475>
- Schmitt, B. (1999). Experiential marketing. *Journal of Marketing Management*, 15(1-3), 53-67. <https://doi.org/10.1362/026725799784870496>
- Sheth, J. N., Newman, B. I., & Gross, B. L. (1991). Why we buy what we buy: A theory of consumption values. *Journal of business research*, 22(2), 159-170. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(91\)90050-8](https://doi.org/10.1016/0148-2963(91)90050-8)

- Soares Júnior, A. P., Espanhol, C. A., Mainardes, E. W., & Sepulcri, L. M. C. B. (2024). Social Value of Marketing: A Bibliometric Analysis. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 37(1), 133–162. <https://doi.org/10.1080/10495142.2024.2353382>
- Srivetbodee, S., Igel, B., & Kraisornsuthasinee, S. (2017). Creating social value through social enterprise marketing: case studies from thailand's food-focused social entrepreneurs. *Journal of Social Entrepreneurship*, 8(2), 201-224. <https://doi.org/10.1080/19420676.2017.1371630>
- Tahir, R., Athar, M. R., Afzal, A., & Palazzo, M. (2020). The impact of greenwashing practices on green employee behaviour: Mediating role of employee value orientation and green psychological climate. *Cogent Business & Management*, 7(1), 1781996. <https://doi.org/10.1080/23311975.2020.1781996>
- Tanrikulu, C. (2021). Theory of consumption values in consumer behaviour research: A review and future research agenda. *International Journal of Consumer Studies*, 45(6), 1176-1197. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12687>
- Tasavori, M., Ghauri, P. N., & Zaefarian, R. (2016). Entering the base of the pyramid market in India: A corporate social entrepreneurship perspective. *International Marketing Review*, 33(4), 555-579. <https://doi.org/10.1108/IMR-03-2014-0085>
- Tregua, M., D'Auria, A., & Brozovic, D. (2022). Value-oriented knowledge management: insights from theory and practice. *Knowledge Management Research & Practice*, 20(5), 661-671. <https://doi.org/10.1080/14778238.2020.1789003>
- Tsevat, J., & Moriates, C. (2018). Value-based health care meets cost-effectiveness analysis. *Annals of internal medicine*, 169(5), 329-332. <https://doi.org/10.7326/M18-0342>
- Udriyah, U., Tham, J., & Azam, S. J. M. S. L. (2019). The effects of market orientation and innovation on competitive advantage and business performance of textile SMEs. *Management Science Letters*, 9(9), 1419-1428. https://www.growingscience.com/msl/Vol9/msl_2019_122.pdf
- Van Zyl-Cillié, M., Demirtas, D., & Hans, E. (2023). Wait! What does that mean?: Eliminating ambiguity of delays in healthcare from an OR/MS perspective. *Health systems*, 12(1), 3-21. <https://doi.org/10.1080/20476965.2021.2018362>
- Varadarajan, R. (2010). Strategic marketing and marketing strategy: domain, definition, fundamental issues and foundational premises. *Journal of Academy of Marketing Science*, 38, 119-140. <https://doi.org/10.1007/s11747-009-0176-7>
- Varghese, J., & Chapiro, J. (2024). ChatGPT: The transformative influence of generative AI on science and healthcare. *Journal of hepatology*, 80(6), 977-980. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.07.028>

- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1), 1-17. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2017). Service-dominant logic 2025. *International Journal of Research in Marketing*, 34(1), 46-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2016.11.001>
- Valerio Netto, A. V., & Tateyama, A. G. P. (2018). Avaliação de tecnologia de telemonitoramento e biotelemetria para o cuidado híbrido para o idoso com condição crônica. *Journal of Health Informatics*, 10(4). <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/602>
- Whyte, E. B., & Olivier, J. (2021). Towards an explanation of the social value of health systems: an interpretive synthesis. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(7), 414-429. <http://10.34172/ijhpm.2020.159>
- World Health Organization - WHO. (2021). *Global expenditure on health: public spending on the rise?* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350560>
- World Health Organization - WHO. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Wu, H. L., Chen, T. Y., & Chen, B. H. (2021). Driving forces of repurchasing social enterprise products. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 37(2), 447-460. <https://doi.org/10.1108/JBIM-08-2020-0381>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. Bookman editora.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, 52(3), 2-22. <https://doi.org/10.2307/1251446>
- Zhang, F., Sun, S., Liu, C., & Chang, V. (2020). Consumer innovativeness, product innovation and smart toys. *Electronic Commerce Research and Applications*, 41, 100974. <https://doi.org/10.1016/j.elerap.2020.100974>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR PARA O USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE

Este documento tem como objetivo formalizar o consentimento para participação voluntária na pesquisa intitulada "Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e a Sociedade na Saúde", conduzida por Atílio Peixoto, doutorando em Administração e Ciências Contábeis da FUCAPE Business School. A pesquisa visa entender como as organizações de saúde podem alinhar suas práticas de valor para atender simultaneamente às necessidades dos usuários e da sociedade.

1) Natureza da pesquisa: Este é um estudo acadêmico com o objetivo de investigar o conceito de Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e a Sociedade na Saúde e suas dimensões, incluindo gestão de valor, experiência do usuário, responsabilidade social corporativa e tecnologias digitais na saúde. A pesquisa busca contribuir com conhecimento sobre estratégias de valor em organizações de saúde.

2) Participantes da pesquisa: Usuários de serviços de saúde, gestores e profissionais do setor, abrangendo diferentes contextos (hospitalar, ambulatorial, clínico e administrativo, público e privado).

3) Envolvimento na pesquisa: A participação envolve uma entrevista sobre a percepção de valor e estratégias adotadas na saúde. A entrevista será gravada, com posterior transcrição, respeitando as normas éticas e de confidencialidade.

4) Confidencialidade e proteção de dados: Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - Lei nº 13.709/2018. Para garantir o anonimato, os dados dos participantes serão identificados por um código numérico e utilizados somente para os fins acadêmicos previstos nesta pesquisa. Em nenhuma hipótese, as informações pessoais serão compartilhadas ou publicadas de forma a identificar os participantes.

5) Benefícios: Não há benefício direto ao participante, mas espera-se que o estudo forneça informações relevantes para o aprimoramento dos serviços de saúde, com contribuições para a academia e a prática organizacional.

6) Custos e pagamento: A participação é voluntária, não gerando custos ou pagamentos ao participante.

7) Liberdade para recusar ou retirar o consentimento: O participante tem total liberdade para retirar seu consentimento e deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Declaro que li e compreendi todas as informações apresentadas neste termo e, ao assiná-lo, confirmo minha concordância em participar desta pesquisa, ciente dos objetivos, métodos, confidencialidade e direitos garantidos.

_____ (local), ____/____/2023.

Assinatura do Participante

Atílio Peixoto (pesquisador)

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

1. Perfil do entrevistado

Entrevistado: () Usuário () Profissional da saúde () Gestor de saúde

Sexo: () M () F

Escolaridade: _____

Atuação profissional: _____

2. Assuntos relacionados ao tema “valor para o usuário e para a sociedade”

Item	Assunto	Referências
1	A experiência do usuário durante sua jornada nos serviços de saúde.	Lemon e Verhoef, (2016); Mustafa et al. (2020); Kurtuluş e Cengiz (2022).
2	Interação do usuário com os profissionais de saúde durante sua jornada.	Odero et al. (2020); Mustafa et al. (2020).
3	Experiência do usuário em relação ao ambiente, estrutura, conforto dos serviços de saúde.	Eijkelenboom e Bluysen (2022).
4	Comunicação entre os profissionais, a empresa de serviços de saúde e o usuário.	Lee (2019); Burgener (2020); Odero et al. (2020).
5	Envolvimento do usuário no processo de cuidado.	Lee (2019); Schiavone et al. (2020)
6	Cocriação de valor por meio da tecnologia digital.	Rantala e Karjaluoto (2016); Schiavone et al. (2020)
7	Cocriação por meio do encontro entre profissional da saúde e usuário.	Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017); Lee (2019).
8	Resultados esperados da interação entre o profissional da saúde e o usuário.	Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017).
9	A experiência do usuário como estratégia de marketing.	Tasavori et al. (2016); Kashif et al. (2016); Grewal et al. (2020).
10	Estratégias de proposição de valor social considerando diferentes stakeholders: usuário, família, profissional de saúde.	Joiner e Lusch (2016); Lashitew et al. (2022).
11	Percepção de valor ao longo da jornada do usuário.	McColl-Kennedy et al. (2019); Chen et al. (2020).
12	Transparência e informação para tomada de decisão compartilhada (médico e usuário).	Kurtuluş e Cengiz (2022).
13	Percepção dos envolvidos (usuário, profissional da saúde) sobre RSC na saúde.	Iglesias et al. (2020).
14	Compromisso das empresas de saúde com RSC.	García-Sánchez e García-Sánchez (2020).
15	Empresas de saúde propondo valor social.	Whyle e Olivier (2021).
16	O aumento da autogestão do cuidado, a tomada de decisão compartilhada entre o usuário, a família e a equipe de saúde.	Frow et al. (2016).
17	Engajamento da empresa e dos profissionais de saúde em iniciativas de responsabilidade social.	Hossain et al. (2019); Ahmad et al. (2021).
18	A influência da RSC na fidelização do usuário.	Park et al. (2017); Iglesias et al. (2020).
19	Como se dá a percepção do usuário em relação à escolha estratégica da empresa	Kamboj e Rahman (2015).
20	A proposição de valor para o usuário e para a sociedade de forma simultânea.	(Frow et al. (2016).
21	A orientação de valor para o usuário e para a sociedade, cocriada por múltiplos atores, percebida como inovação com benefícios mútuos.	Udriyah et al. (2019); Tregua et al. (2022).
22	Orientação para valor para o usuário e para a sociedade como vantagem competitiva em direção à fidelização do usuário.	Udriyah et al. (2019).

CAPÍTULO 2

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR NA SAÚDE: ESCALA DE MEDIÇÃO

RESUMO

O objetivo desse estudo foi construir e validar a escala de medição OVUSS (orientação estratégica de valor para o usuário e sociedade nas organizações de saúde), que visa medir como as organizações de saúde ofertam valor para o usuário e para a sociedade concomitantemente. A fundamentação teórica considerou as bases da OVUSS e suas dimensões, alicerçadas no marketing experiencial e na saúde, como gestão do negócio, gestão do cuidado, cocriação de valor, tecnologias digitais, experiência do usuário, responsabilidade social corporativa (RSC) e valor na saúde. A metodologia envolveu dois estudos quantitativos: um estudo exploratório, com 213 usuários e profissionais, com aplicação de questionários e análise fatorial exploratória (AFE) para identificar as dimensões da OVUSS; e um estudo confirmatório para validar a OVUSS, com aplicação de questionários junto a 169 gestores de saúde (tomadores de decisão), usando análise de componentes confirmatória (ACC) e modelagem de equações estruturais (PLS-SEM). A OVUSS revelou-se composta por três dimensões: experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital. Os resultados destacam a relevância dessas dimensões para alinhar práticas e estratégias de saúde com as necessidades dos usuários e da sociedade. Os achados indicam que a OVUSS e sua escala de medição podem ser aplicadas às organizações de saúde para melhorar compreensão de seu nível de maturidade na oferta de valor para o usuário e para a sociedade. Obteve-se uma estrutura teórica com validação empírica para a avaliação de estratégias de valor em saúde.

Palavras-chave: experiência do usuário na saúde; responsabilidade social corporativa na saúde; saúde digital; proposta de valor na saúde; orientação estratégica de valor.

ABSTRACT

The aim of this study was to construct and validate the VOUSH (Strategic Value Orientation for Users and Society in Healthcare) measurement scale, which aims to measure how healthcare organizations offer value to users and society at the same time. The theoretical framework considered the foundations of VOUSH and its dimensions, based on experiential marketing and healthcare, such as business management, care management, value co-creation, digital technologies, user experience, corporate social responsibility (CSR) and value in healthcare. The methodology involved two quantitative studies: an exploratory study with 213 users and professionals, using questionnaires and exploratory factor analysis (EFA) to identify the dimensions of VOUSH; and a confirmatory study to validate the VOUSH, with questionnaires applied to 169 health managers (decision-makers), using confirmatory component analysis (CCA) and structural equation modeling (PLS-SEM). The VOUSH turned out to be composed of three dimensions: user experience in healthcare, corporate social responsibility in healthcare and digital health. The results highlight the relevance of these dimensions for aligning health practices and strategies with the needs of users and society. The findings indicate that VOUSH and its measurement scale can be applied to healthcare organizations to improve understanding of their level of maturity in offering value to users and society. A theoretical framework with empirical validation for evaluating value strategies in healthcare was obtained.

Keywords: user experience in healthcare; corporate social responsibility in healthcare; digital health; value proposition in healthcare; strategic value orientation.

1 INTRODUÇÃO

A melhoria na prestação de serviços de saúde tem sido uma das principais expectativas dos usuários (Worlu et al., 2016). Além disso, a pandemia da COVID-19 modificou significativamente sua jornada (NRC Health, 2021), intensificando um novo padrão de serviços com maior presença de soluções digitais (Lee & Lee, 2021; Naamati-Schneider, 2023). Essas mudanças têm impulsionado o setor de saúde em

direção à centralidade no usuário, de forma semelhante ao que já ocorreu em outros segmentos (Ahmad et al., 2022; Mustafa et al., 2020).

Ao mesmo tempo, a sociedade tem enfrentado desafios como mudanças climáticas, escassez de recursos, condições inadequadas de trabalho e escândalos corporativos, intensificando as preocupações ambientais (Piechocka-Kaluźna et al., 2021) e sociais (Kalia & Aggarwal, 2022). O aumento da atenção dos consumidores aos aspectos socioambientais tem impulsionado as empresas a adotarem comportamentos mais responsáveis (Hamrouni et al., 2020), indo além das obrigações legais, contratuais e interesses econômicos (Kuzey et al., 2021). Do ponto de vista organizacional, a crise da COVID-19 evidenciou que modelos de negócios que integram a responsabilidade social corporativa estão mais bem posicionados para superar impactos negativos de crises dessa magnitude, garantindo-lhes vantagem competitiva no longo prazo (Piechocka-Kaluźna et al., 2021).

A vantagem competitiva se fortalece quando empresas de cuidados com a saúde proporcionam experiências memoráveis aos usuários, garantindo sua satisfação, fidelização e intenção de retorno (Lee, 2019). Nesse contexto, o marketing desempenha o papel crucial de propor e comunicar ofertas de valor, potencializando a satisfação e a lealdade dos consumidores (Kumar & Reinartz, 2016). Assim, o conceito de valor consolidou-se como um argumento estratégico essencial para as empresas no século XXI (Sweeney & Soutar, 2001).

Além da importância da percepção de valor, os usuários têm dado crescente atenção à responsabilidade social corporativa das empresas (Kuzey et al., 2021; Piechocka-Kaluźna et al., 2021), ampliando também sua consciência sobre questões socioambientais (Kalia & Aggarwal, 2022). No setor de saúde, em particular, o usuário deixou de ser um ator passivo na relação, passando a cocriar valor junto a

profissionais e familiares, o que tem impactado diretamente sua experiência com o serviço prestado e, conseqüentemente, seu bem-estar (Grover et al., 2022; Joiner & Lusch, 2016).

A centralidade no usuário na saúde pode ser entendida como a capacidade e a disposição de identificar, analisar, compreender e atender às suas necessidades, refletindo uma orientação voltada para o usuário (Adams et al., 2019). Essa orientação pode servir como um guia para aprimorar estratégias no setor de saúde (Naamati-Schneider, 2023; Popa et al., 2022). Ademais, as transformações no modelo de negócio demandam uma abordagem estratégica de marketing centrada em valor, que atenda tanto às demandas do negócio quanto às necessidades dos usuários (Agarwal et al., 2020).

Assim, essa nova orientação estratégica, que envolve o usuário, a organização e a sociedade, está contemplada nas seguintes dimensões: gestão do negócio (Rasche et al., 2017), gestão do cuidado (Grover et al., 2022), cocriação de valor (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017), tecnologias digitais (Tiitola et al., 2023), experiência do usuário (Lee, 2019), responsabilidade social corporativa (Aman-Ullah et al., 2023) e valor em saúde (Lee & Lee, 2021). Estas dimensões compõem a orientação estratégica de valor para o usuário e para a sociedade na saúde (OVUSS), que se refere às estratégias de marketing adotadas por uma organização de saúde para propor valor tanto ao usuário quanto à sociedade de forma simultânea.

Diante desse novo conceito, ancorado na proposição mútua de valor para o usuário e para a sociedade (Porter & Kremer, 2019), surge a questão: como verificar se uma organização de saúde está orientada para o valor considerando o usuário e a sociedade por meio da OVUSS? Assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver uma abordagem para medir a OVUSS nas organizações de saúde.

Do ponto de vista teórico, este estudo se justifica pelos seguintes aspectos: (i) desenvolvimento de uma medida inédita para uma nova orientação estratégica de marketing voltada ao valor para o usuário e a sociedade na saúde (Popa et al., 2022); (ii) mensuração das dimensões que compõem a OVUSS: gestão do negócio (Rasche et al., 2017), gestão do cuidado (Grover et al., 2022), cocriação de valor (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017), tecnologias digitais (Tiitola et al., 2023), experiência do usuário (Lee, 2019), RSC (Aman-Ullah et al., 2023) e valor em saúde (Lee & Lee, 2021). Esses avanços permitem identificar fatores relevantes no setor, como segurança do usuário, planejamento do cuidado e estrutura organizacional (Grover et al., 2022). Ademais, compreender as transformações nos sistemas de saúde com foco no desenvolvimento dos serviços tornou-se essencial (Popa et al., 2022).

Nos aspectos gerenciais e práticos, este estudo se justifica por: (i) ampliar as oportunidades de inovações voltadas à experiência do usuário, com base no diagnóstico situacional das dimensões da OVUSS; (ii) oferecer novos elementos para aperfeiçoar a experiência do usuário, promovendo vantagem competitiva; (iii) contribuir para o desenvolvimento de estratégias voltadas ao valor social por meio da OVUSS. Esses aspectos são relevantes para o setor, pois orientam propostas de melhoria na experiência e satisfação dos stakeholders da saúde (Aman-Ullah et al., 2023). Além disso, com a crescente importância da transformação digital, a implementação de tecnologias digitais por diferentes atores se torna essencial para a gestão do negócio (Kraus et al., 2021).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA DE VALOR PARA O USUÁRIO E A SOCIEDADE NA SAÚDE

As percepções dos usuários sobre a orientação estratégica de uma empresa de saúde impactam positivamente a qualidade do relacionamento entre o usuário e o profissional, bem como entre o usuário e a empresa (Adams et al., 2019). Além disso, a eficácia dos cuidados de saúde centrada no usuário requer esforço das capacidades organizacionais, sendo que a cocriação, a gestão do negócio e a gestão do cuidado podem contribuir para a efetividade de iniciativas integradas (Janamian et al., 2022), propondo valor para o usuário. Essa perspectiva de propor valor para o usuário, cocriando e aperfeiçoando sua experiência, tem se tornado relevante no setor de saúde, impactando aspectos relacionados ao próprio modelo de negócios (Kash et al., 2018) por meio da transformação digital (Kraus et al., 2021).

Além disso, a pandemia trouxe mudanças significativas no comportamento das pessoas. Uma pesquisa revelou que 45% dos usuários alteraram suas preferências de marca em empresas de assistência à saúde após a crise (NRC Health, 2021). Ademais, a crise social e ambiental, intensificada pelo consumo excessivo de recursos naturais, pela crise climática e pela pandemia, ressalta a necessidade de uma transição do marketing tradicional para um marketing com viés social (Kotler & Zaltman, 1971; Pomeroy, 2017; Varey, 2010).

Para promover a cocriação de valor com o objetivo de ampliar o bem-estar social, as empresas têm adotado estratégias de responsabilidade social corporativa (Wu et al., 2022). Embora ainda seja pouco destacada em discussões sobre atributos como fidelização, marca e experiência do usuário (Wu et al., 2022), a responsabilidade

social corporativa tem assumido um papel central na transformação social, fortalecendo alianças com outros atores e ampliando a proposta de valor social (Srivetbodee et al., 2017).

Portanto, a OVUSS combina a essência do marketing experiencial (Schmitt, 1999), a lógica dominante de serviço (Vargo & Lusch, 2004, 2017) e o valor compartilhado (Porter & Kramer, 2006, 2011, 2019) para propor simultaneamente valor ao usuário e à sociedade. Esse conceito abrange toda a cadeia da saúde, pública ou privada, incluindo hospitais, clínicas, laboratórios, unidades de saúde, empresas de assistência domiciliar, seguradoras, operadoras de planos de saúde, farmacêuticas, indústria de equipamentos e fornecedores de tecnologia. Esse movimento colaborativo e integrativo reflete-se na economia e no desenvolvimento sustentável, contribuindo para o avanço em direção aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (Daú et al., 2019).

2.2 DIMENSÕES DA OVUSS

A OVUSS está associada às percepções de usuários, gestores e profissionais de saúde em diversos fatores do cenário de prestação de serviços. A tradicional assimetria de informação na saúde vem sendo substituída pela cocriação e colaboração (Barile et al., 2014), que, impulsionadas pela tecnologia digital, complementam os encontros presenciais habituais, ampliando as possibilidades de interação e criação de valor (Rantala & Karjaluoto, 2016). Essas mudanças, associadas a transformações no comportamento do usuário – envolvendo emoções, cognições e atitudes – trazem dinamismo, interação e inovação ao processo de cocriação (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017). Assim, a construção da OVUSS envolve dimensões que integram a empresa de saúde, o usuário e o profissional:

gestão do negócio, gestão do cuidado, cocriação de valor, tecnologias digitais, experiência do usuário, RSC e valor na saúde.

As mudanças abrangentes e disruptivas no setor de saúde têm levado à transformação do modelo de negócios, passando de organizações especialistas para empresas de serviços centradas no usuário (Rasche et al., 2017). Essas mudanças, abordadas na dimensão gestão de negócios, envolvem aspectos como cultura organizacional, engajamento das pessoas e fortalecimento da marca (Fix et al., 2018), além de estratégias de marketing voltadas à fidelização e à influência da responsabilidade social corporativa na escolha do prestador de serviço (Aman-Ullah et al., 2023).

A gestão do cuidado também vem passando por transformações. Uma mudança importante tem sido o crescimento do modelo de atenção primária, que permite a disseminação da promoção e prevenção da saúde (Guibu et al., 2017), impactando positivamente o negócio, a sociedade e os usuários. O conceito da gestão do cuidado integra as preferências, as crenças e os valores do usuário no processo do cuidado e na tomada de decisão, gerando um planejamento do tratamento que se mostra mais apropriado para o usuário (Grover et al., 2022).

Indo além, barreiras, pontos de atrito e burocracias podem ser superados por meio do trabalho integrado de equipes multidisciplinares (Moore et al., 2017). Adicionalmente, os modelos tradicionais de ensino e formação continuada para profissionais de saúde têm sido substituídos por metodologias e estratégias de aprendizagem mais inovadoras, focadas no desenvolvimento de competências, habilidades e comportamentos essenciais à gestão do cuidado (Gola et al., 2020) e à cocriação de valor (Tregua et al., 2022) no contexto da OVUSS.

Dessa forma, a cocriação de valor transforma o papel do usuário de receptor passivo para participante ativo no processo de criação de valor (Xu et al., 2021). Na saúde, a colaboração dos usuários com profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos tem sido essencial (Lee, 2019), contribuindo significativamente para o processo de cura (Crié & Chebat, 2013) e tratamento. Ao explorar os processos de cocriação de valor na relação profissional-usuário e os impactos da experiência do usuário no valor gerado, Osei-Frimpong et al. (2015) destacaram três áreas críticas: crenças, percepções e parceria entre profissional e usuário. Além disso, o estudo apontou que, por meio da cocriação, o usuário não apenas percebe melhorias em sua saúde, mas também valoriza a experiência integral ao longo de sua interação com diferentes profissionais como um valor agregado (Osei-Frimpong et al., 2015).

Nesse sentido, as diversas variáveis relacionadas à experiência do usuário na saúde estão alinhadas a fatores de sucesso, como satisfação e fidelização (Kurtuluş & Cengiz, 2022). Quando o usuário se encanta com a experiência vivenciada nos serviços de saúde e suas expectativas são superadas, esse cenário pode se transformar em vantagem competitiva para a empresa prestadora do serviço (Lee, 2019). A crescente expectativa do usuário em relação à sua experiência tem sido um tópico inovador no setor (Anderson et al., 2019), especialmente em um contexto onde, historicamente, as empresas eram mais orientadas à qualidade do atendimento assistencial (Schiavone et al., 2020). Paralelamente, a prestação de serviços que promovem a saúde e o bem-estar social exerce impacto direto na sociedade (Lee, 2019).

No complexo cenário social atual, a saúde se destaca como uma das questões mais urgentes (Woodside, 2018). A responsabilidade social corporativa, aliada à

orientação estratégica e à performance empresarial, desempenha um papel crucial para que os negócios de saúde sejam sustentáveis e competitivos no mercado (Popa et al., 2022). Nesse contexto, fortalecer a RSC tem se mostrado uma estratégia viável para as empresas do setor (Kuzey et al., 2021).

Além disso, com o usuário cada vez mais atento às iniciativas de RSC (Piechocka-Kałużna et al., 2021), as empresas têm intensificado a comunicação sobre suas estratégias e ações voltadas para a sociedade (Kuzey et al., 2021). Propor valor social por meio de habilidades, recursos e capacidades de gestão emerge como uma contribuição significativa para o desenvolvimento sustentável (Porter & Kramer, 2019), ampliando o valor percebido pelo usuário e pela sociedade.

O conceito de valor na saúde possui relevância econômica e social, impactando a jornada do usuário e a sociedade ao ampliar o valor compartilhado (Lee & Lee, 2021; Porter & Kramer, 2019). Estratégias que oferecem experiências positivas aos usuários, por meio de interações rápidas, efetivas e humanizadas, são fundamentais para atender suas expectativas e fortalecer a fidelização. Ademais, o valor na saúde é influenciado pelo valor social, promovido por abordagens colaborativas entre diferentes atores, essenciais para melhorar o bem-estar social. A geração de valor, entendida como diferencial competitivo, não só aproxima a sociedade das organizações, como também reforça a fidelização ao priorizar qualidade, confiança e experiência, assegurando vantagens sustentáveis.

Diante desse arcabouço, a OVUSS deverá refletir a direção estratégica, os recursos e as atividades investidas para que a empresa de serviços de saúde possa alcançar o desempenho esperado e a efetiva proposta de valor para o usuário e para a sociedade (Scillitoe et al., 2018). É por meio desse direcionamento estratégico que as empresas poderão atingir seus objetivos (Bapat, 2017), ao mesmo tempo em que

ampliam sua proposta de valor. Sendo assim, para possibilitar a criação de um modelo que avalie se uma organização de saúde está orientada para o valor com base na OVUSS, a Figura 4 apresenta os indicadores elaborados para cada uma das suas dimensões.

	Indicadores	Fontes
X01	Eu percebo mudanças culturais das empresas de saúde para melhor atender as expectativas dos usuários.	Agarwal et al. (2020); Aman-Ullah et al. (2023); Fix et al. (2018); Park et al. (2017); Rasche et al. (2017); Worlu et al. (2016); Mustaffa et al. (2020).
X02	Na minha visão, os profissionais de saúde são engajados.	
X03	Eu consigo perceber a estratégia das empresas de saúde.	
X04	É possível constatar ações e estratégias das empresas de saúde para buscar a fidelização do usuário.	
X05	A responsabilidade social corporativa das empresas de saúde influencia a fidelização do usuário a elas.	
X06	Eu sinto que a marca influencia a escolha do usuário por uma empresa de saúde.	
X07	É possível perceber que o atendimento ao usuário das empresas de saúde é adequado e satisfatório.	Balta et al. (2021); Eijkelenboom e Bluysen (2022); Frow et al. (2016); Gola et al. (2020); Grover et al. (2022); Guibu et al. (2017); Kashif et al. (2016); Lee (2019); Leite e Hodgkinson (2021); Lemon e Verhoef (2016); Moore et al. (2017); Odero et al. (2020); Ribeiro e Scatena (2019); Tregua et al. (2022); Van Zyl-Cillié et al. (2023); Worlu et al. (2016).
X08	Na minha visão, o usuário se sente envolvido pelas empresas de saúde e pelos profissionais no processo do cuidado.	
X09	Eu considero que as empresas de saúde oferecem uma estrutura física e tecnológica adequada, confortável e satisfatória para o usuário.	
X10	Eu sinto que os profissionais de saúde são capacitados, acolhedores, transparentes e seguros.	
X11	Eu percebo que o usuário se sente satisfeito com a prestação dos serviços de saúde.	
X12	Eu sinto que o usuário consegue perceber qualidade no atendimento e na prestação dos serviços de saúde.	
X13	É possível constatar que as empresas de saúde estão inovando para melhorar o atendimento e o cuidado com o usuário.	
X14	Eu sinto que as empresas de saúde estão engajadas em ações de promoção e prevenção da saúde para a população em geral.	
X15	É possível perceber que as empresas de saúde estão investindo para reduzir o tempo de espera e a burocracia no atendimento ao usuário.	
X16	Na minha percepção, o usuário pratica o autocuidado no tratamento e conversa sobre isso com os profissionais de saúde.	Vargo e Lusch (2004); Barile et al. (2014); Osei-Frimpong et al. (2015); Joiner e Lusch (2016); Frow et al. (2016); Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017); Lee (2019); McColl-Kennedy et al. (2019); Patri e Suresh (2019); Alhashem et al. (2020); Balta et al. (2021); Lee e Lee (2021); Leite e Hodgkinson (2021); Martínez et al. (2021); Partouche-Sebban et al. (2022); Amorim e Ventura, (2023).
X17	É possível observar que o usuário colabora e participa da busca pela solução do tratamento de saúde junto com os profissionais de saúde.	
X18	Eu percebo que o usuário resolve seus problemas de comunicação ao usar as ferramentas tecnológicas com as empresas e profissionais de saúde.	
X19	Eu percebo que o usuário expressa suas opiniões aos profissionais de saúde e estes levam isso em consideração na condução do tratamento de saúde.	
X20	A participação do usuário na busca por um tratamento junto com os profissionais da saúde o deixa mais confiante e seguro.	
X21	Na minha visão, o usuário atua ativamente para colaborar com os profissionais de saúde em todo atendimento ou tratamento.	

Figura 4: Indicadores da OVUSS

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

(Continuação Figura 4)

	Indicadores	Fontes
X22	Eu percebo que o usuário se sente acolhido e é tratado com cordialidade pelos profissionais de saúde durante a prestação do serviço.	Schmitt (1999); Meyer e Schwager (2007); Verhoef et al. (2009); Gentile et al. (2007); Osei-Frimpong et al. (2015); Lemon e Verhoef (2016); Kashif et al. (2016); Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017); Kash et al. (2018); Lee (2019); Salavati et al. (2022); Schiavone et al. (2020); Valério Netto & Tateyama (2018); Kurtuluş e Cengiz (2022); Amorim e Ventura, (2023).
X23	É possível constatar que o usuário sente que os serviços de saúde são ágeis e que ele é atendido com rapidez sempre que precisa.	
X24	Quando o usuário precisa se comunicar com as empresas ou profissionais de saúde, sente que o esforço é baixo e a comunicação é fluida.	
X25	Levando em conta todo contexto relacionado à saúde, a experiência do usuário ao longo da jornada com as empresas de saúde é satisfatória.	
X26	Na minha visão, a relação do usuário com os profissionais de saúde é transparente.	
X27	Eu percebo que o usuário é continuamente informado do que está acontecendo na prestação do serviço de saúde.	
X28	É possível observar que o usuário sente confiança nos profissionais e nas empresas de saúde.	
X29	Na minha percepção, o usuário se sente bem tratado e confortável durante o atendimento ou tratamento de saúde.	
X30	É possível perceber que o usuário sente que os serviços e os profissionais de saúde são acessíveis.	
X31	Eu percebo que o usuário se sente seguro durante um atendimento médico e/ou assistencial.	
X32	Na minha visão, o usuário vê as empresas de saúde desenvolvendo responsabilidade social corporativa.	
X33	Eu percebo que o usuário sente que as empresas de saúde estão envolvidas com ações para ajudar a sociedade.	
X34	É possível observar que o usuário enxerga as ações voluntárias dos colaboradores e profissionais das empresas de saúde contribuindo com a sociedade.	
X35	É possível perceber que o usuário sente que as empresas de saúde se preocupam com o social e buscam comunicar isso a ele.	
X36	Eu percebo que o usuário acredita que as ações para promoção e prevenção de saúde promovidas pelas empresas de saúde são ações sociais.	
X37	Na minha percepção, o usuário acredita que as empresas de saúde estão gerando valor para a sociedade.	
X38	O usuário sempre utiliza as ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde para se comunicar com elas e com os profissionais de saúde.	Anderson et al. (2019); Sharma (2020); Leite e Hodgkinson (2021); Balta et al. (2021); Mäkinen et al. (2022); Yao et al. (2022); Chen e Zhang (2022); Sikandar et al. (2022); Tiitola et al. (2023).
X39	É possível observar que o usuário vê que as empresas de saúde investem em tecnologia para melhorar o seu atendimento e os seus serviços.	
X40	O usuário tem a opção de escolher se usará atendimento virtual ou humano para falar com as empresas e com os profissionais de saúde.	
X41	As tecnologias e ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde ajudam o usuário a economizar tempo e recursos no atendimento.	
X42	Eu sinto que o usuário percebe inovações e tecnologias sendo usadas pelas empresas de saúde nos processos assistenciais.	

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

3 ESTUDO 1 – INVESTIGAÇÃO DAS DIMENSÕES DA OVUSS

3.1 MÉTODO

Para alcançar o objetivo de desenvolver uma forma de medir a OVUSS nas organizações de saúde, foi realizada uma pesquisa exploratória e quantitativa. Estudos de caráter exploratório costumam ser usados quando se deseja conhecer um fenômeno novo (Flick, 2012), como neste caso, no qual se pretende descobrir as dimensões que compõem a orientação estratégica de valor para o usuário e a sociedade na saúde.

Para isso, os dados foram analisados por meio de uma análise fatorial exploratória. A análise fatorial exploratória é viável quando se busca uma estrutura dentro de um conjunto de variáveis e os fatores são oriundos dos resultados estatísticos e não da teoria (Hair et al., 2009). Foram utilizados dados primários e corte transversal, haja vista os dados terem sido coletados em um período específico.

3.2 CAMPO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS

O campo de estudo foi a área da saúde, que tem passado por transformações significativas, como o aumento do envolvimento na relação entre usuário e profissional (Sharma, 2020), avanços tecnológicos (Wang et al., 2021), aperfeiçoamento na prestação de serviços (Tiitola et al., 2023) e maior exposição do setor durante a pandemia (Lee & Lee, 2021). Além disso, a visão de saúde baseada em valor, que integra a experiência do usuário e a qualidade da prestação do serviço (Tsevat & Moriates, 2018), reforça a orientação estratégica de marketing para a proposição de valor na saúde. A população-alvo desta pesquisa incluiu profissionais de saúde em

geral (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, gestores e colaboradores administrativos) e usuários dos serviços de saúde.

Para evitar vieses nas respostas, foram convidados respondentes com diferentes características e perfis. Diante das restrições de recursos e dificuldade de acesso à população-alvo, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por acessibilidade, visto que o universo de respondentes era em quantidade desconhecida e se buscou alcançar o máximo de respondentes possível. Quanto aos usuários, os respondentes foram os que utilizaram serviços de saúde nos últimos seis meses, independentemente do tipo de serviço utilizado. Em relação aos profissionais, foram considerados os que atuavam em serviços de atenção primária, hospitais, clínicas, laboratórios, empresas de serviços de saúde domiciliar, entre outros.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado e autoadministrado. No cabeçalho havia informações com explicações sobre o objetivo, público-alvo e como responder. Na sequência, a primeira pergunta era se o respondente aceitava participar voluntariamente da pesquisa. Em seguida, havia uma pergunta sobre com qual categoria o respondente se identificava: usuário (paciente, cliente, acompanhante) ou profissional (assistencial ou administrativo). Foi utilizada a escala de Likert com intensidade de 1 a 5 para 42 questões relacionadas às categorias da OVUSS, codificadas de X01 a X42, sendo dois questionários distintos, um para profissional e outro para usuário.

As questões sociodemográficas foram sobre sexo, idade, escolaridade, renda. Além disso, no questionário do perfil usuário foram acrescentadas quatro questões para sua caracterização: tempo do último uso dos serviços de saúde, motivo que levou a usar os serviços, se possui algum tipo de seguro ou plano de saúde e nível de facilidade ao acessar os serviços. Já no questionário do perfil profissional, outras

quatro questões foram inseridas: se está exercendo sua profissão em serviços de saúde, há quanto tempo atua nos serviços de saúde, qual a sua profissão e em qual setor da saúde atua (público e/ou privado). Os questionários completos são apresentados nos A - Questionário Perfil Profissional e APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PERFIL USUÁRIO.

Um pré-teste foi realizado com nove usuários e nove profissionais antes da aplicação dos questionários, com o objetivo de validar o conteúdo e identificar possíveis falhas de interpretação. Não foram relatados problemas pelos respondentes. Posteriormente, os questionários foram divulgados em plataformas de redes sociais e aplicados entre março e maio de 2024. Ao todo, 220 respostas foram recebidas, das quais 213 foram consideradas válidas (108 de profissionais e 105 de usuários). Sete respostas foram excluídas por não se identificarem com nenhum dos dois perfis. A amostra obtida foi suficiente para a realização da análise fatorial exploratória (AFE).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra contou com 213 respondentes, composta pelos perfis profissional (51%) e usuário (49%). No perfil profissional, 70% se declararam do sexo feminino, 56% disseram ter idade entre 29 e 43 anos e 35% disseram ter entre 44 e 63. Em relação à escolaridade, 82% declararam ter pós-graduação. Na questão sobre renda, 30% disseram ter renda superior à 10 salários-mínimos e 25% declararam ter entre 7 e 10 salários-mínimos. Ao serem perguntados sobre a sua profissão, 42% se declararam gestores de hospital e 34% responderam profissionais assistenciais (enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, nutricionistas). Em relação ao tempo de atuação nos serviços de saúde, 59% declararam atuar há mais

de 11 anos e 18%, disseram entre 6 e 10 anos. Além disso, 63% declararam atuar no setor privado e 17% no setor público.

No perfil de usuários, 63% se declararam do sexo feminino. A faixa etária predominante foi 29 a 43 anos (44%), seguida de 44 a 63 anos (43%). No quesito escolaridade, 57% disseram ter pós-graduação e 30% graduação. Sobre a renda mensal, 34% disseram receber entre dois e cinco salários-mínimos, seguindo de 30% que disseram ter renda superior à 10 salários-mínimos.

Ao serem perguntados sobre há quanto tempo tinham usado os serviços de saúde, 30% responderam há uma semana, 26% responderam há um mês e outros 26% responderam há três meses. Os motivos que levaram os usuários a procurarem os serviços foram: 73% consulta médica regular, 11% emergência médica e 5% tratamento de doenças agudas ou crônicas. Os usuários foram perguntados ainda se possuíam algum tipo de seguro ou plano de saúde, sendo que 90% responderam que sim. Por fim, ao serem questionados sobre com que facilidade tinham acesso os serviços, 43% disseram que foi fácil acessá-los e 31% declararam que houve um esforço normal.

De modo geral, a amostra apresentou diferentes características de profissionais e usuários. No perfil de usuário, mais de 90% tinham pelo menos graduação e mais de 80% tinha usado serviços de saúde há no máximo três meses. No perfil profissional, mais de 80% eram pós-graduados e mais de 90% disseram estar exercendo funções assistenciais. Em ambos os perfis, mais de 85% respondentes tinham entre 29 e 63 anos, indicando que a maioria dos respondentes vivenciou as diversas mudanças pela qual o setor de saúde passou e vem passando nas últimas décadas (Agarwal et al., 2020).

Além disso, em ambos os perfis, mais de 50% tinham renda superior a cinco salários-mínimos. Essa caracterização contribui para considerar que ambos os perfis eram aderentes para compreender os aspectos da pesquisa que relacionam diferentes variáveis relacionadas à OVUSS, conforme destacou Donabedian (1988), sobre a necessidade de amostras representativas em pesquisas na saúde, considerando sua adequação a partir dos atributos sociodemográficos dos respondentes. A caracterização completa da amostra é apresentada no APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.

3.4 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

A análise de dados foi realizada por meio de uma análise fatorial exploratória (AFE). A análise fatorial serve para interpretar a possível correlação entre variáveis em um conjunto de dados, definindo a estrutura latente entre as variáveis na análise (Hair et al., 2009). Para tanto, foi utilizada a análise de componentes principais, sendo avaliada a estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), seguida do teste de esfericidade de Bartlett e da matriz de correlação anti-imagem.

A estatística KMO indica se as correlações entre as variáveis podem ser explicadas por meio das outras variáveis do conjunto de dados, variando de 0 a 1, sendo que 1 indica que cada variável é perfeitamente explicada (Hair et al., 2009). Valores de KMO maiores que 0,50 apontam tal adequação. Outra maneira de verificar a adequação da análise fatorial é por meio do teste de esfericidade de Bartlett. Este teste indica se a matriz de correlação apresenta significância estatística entre ao menos algumas variáveis (Hair et al., 2009).

Já a matriz de correlação anti-imagem ilustra o grau em que os fatores explicitam uns aos outros nos resultados. Os valores diagonais da matriz anti-imagem

são conhecidos como medidas de adequação da amostra (MSA) e variam de 0 a 1, mostrando a adequação de cada variável para a inclusão na análise fatorial (Hair et al., 2009). A interpretação se dá da seguinte maneira: valores próximos a 1 indicam que a variável é altamente adequada para a análise fatorial. Valores abaixo de 0,5 sugerem que a variável pode não ser adequada e deveria ser removida da análise.

Na sequência, foram avaliadas as comunalidades, que representam as quantidades de variâncias de cada variável que são explicadas pelos fatores, de modo que, quanto maior a comunalidade, maior a força de explicação da variável pelo fator (Hair et al., 2009). As comunalidades devem ser maiores que 0,5 (Hair et al., 2009). Outro critério da AFE foi a variância total explicada, que representa a soma dos autovalores do grupo de variáveis. Autovalor representa a soma das cargas fatoriais ao quadrado para um fator em uma coluna e os fatores extraídos devem responder por pelo menos 60% da variância (Hair et al., 2009).

A interpretação da estrutura fatorial e a escolha da solução final foi feita por meio do processo de rotação de fatores, usando o critério VARIMAX, que maximiza a soma das variâncias das cargas da matriz fatorial, permitindo uma separação mais clara dos fatores (Hair et al., 2009). A ideia de rotacionar a matriz fatorial é a redistribuição da variância dos primeiros fatores para os últimos, com a intenção de alcançar um padrão fatorial simplificado e mais significativo. O critério aceitável adotado foi carga fatorial maior que 0,4 (Hair et al., 2009). Por fim, com os fatores e as respectivas variáveis, o passo seguinte foi analisar a confiabilidade, por meio do Alfa de Cronbach. Para pesquisas exploratórias, o limite aceitável para o Alfa de Cronbach é 0,6 (Hair et al., 2009).

3.5 RESULTADO DA AFE

Após a definição dos critérios de validação e das técnicas estatísticas para extração dos fatores latentes, a análise fatorial exploratória foi iniciada, utilizando-se o software SPSS Statistics (versão 22). O primeiro passo foi a verificação da validade da solução, utilizando-se o KMO e o teste de Bartlett. Depois, foram avaliadas as comunalidades e a variância total explicada. Por fim, foi realizada a matriz de componentes rotativa para interpretar a estrutura fatorial. Cada vez que um dos critérios estabelecidos para AFE não era atingido em uma das variáveis, ela era excluída e iniciava-se outra análise. Assim, nas primeiras cinco rodadas foram excluídas variáveis X03, X24, X40, X19 e X21 por não atendimento ao critério de comunalidade (critério $> 0,5$).

Na rodada seguinte, o item X04 não atendeu ao critério da matriz de componente rotativa (critério $> 0,4$). Na sétima rodada, a variável X16 não atendeu ao critério de comunalidade. Já nas oitava e nona rodadas, as variáveis X12 e X08, respectivamente, não atenderam ao critério da matriz de componente rotativa. Na décima rodada, os seis primeiros critérios foram atendidos e a solução apresentava cinco fatores até então. Entretanto, o critério do Alfa de Cronbach não foi atendido no fator 5 (critério $> 0,6$). Dessa forma, o item X20 foi excluído por ter a menor carga fatorial entre as variáveis desse fator. Os testes foram então retomados e nas rodadas 11 e 12 o critério de comunalidade não foi atendido, sendo excluídos os itens X06 e X05, respectivamente, que pertenciam ao fator 5. Com isso, esse fator, que tinha três variáveis, foi eliminado.

Na 13ª rodada, todos os critérios foram atendidos para a solução fatorial, inclusive a confiabilidade do Alfa de Cronbach. Entretanto, o último fator, fator 4, se

apresentou apenas com dois itens, X38 e X17. Levando-se em conta a inadequação de ter uma solução fatorial com um fator com apenas dois itens, o item de menor carga fatorial, X17, foi excluído da solução para uma nova etapa de análises. Em seguida, na 14ª rodada, esperava-se que o item X38, até então agrupado no fator 4, se ajustasse a outro fator. Como isso não ocorreu, ele foi excluído, restando assim três fatores. As etapas de análise 15 e 16 apresentaram inconsistência no critério de comunalidade. Desse modo, os itens X18 e X30, respectivamente, foram excluídos.

Por fim, na 17ª rodada de análises, todos os critérios foram atendidos, incluindo o critério do Alfa de Cronbach para cada fator da solução (três fatores). A esta altura das análises, a solução fatorial apresentava os fatores 1 e 2 com dez itens cada. Diante disso, foram realizadas novas análises fatoriais exploratórias com cada um desses dois fatores, separadamente, para identificar se continuariam formando um mesmo fator ou se surgiriam outros fatores. Em ambos os casos, a solução não pode ser rotacionada. Portanto, permaneceram formando um fator cada.

Ao analisar o fator 1, os critérios para a solução fatorial foram atendidos. Contudo, apenas um componente foi extraído e a solução não pode ser rotacionada. Já ao analisar o fator 2, verificou-se o não atendimento ao critério de comunalidade e, por isso, o item X01 foi excluído. Outra rodada foi realizada com esse fator e dessa vez os critérios foram atendidos, sendo que apenas um componente foi extraído. Dessa vez, porém, verificou-se que o mesmo item (item X23) compartilhava cargas fatoriais próximas em dois fatores diferentes. Se um item em dois fatores apresenta cargas fatoriais com diferença menor que 0,1, indica que não se discrimina suficientemente entre os fatores e pode ser considerado para exclusão. Assim, o fator 2 ficou com oito itens.

Deste modo, foram realizadas 20 rodadas de análises, sendo as três últimas para verificar a solução dos fatores com 10 itens, restando 24 variáveis das 42 inicialmente analisadas, distribuídas em três fatores. A lista com as variáveis encontra-se na Figura 5. Portanto, a solução final apresentou três fatores, sendo um com 10 itens (fator 1), outros com oito (fator 2) e outro ainda com seis (fator 3). A estatística KMO de adequação da amostra apresentou resultado de 0,957. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou p-valor significativo (0,000). A matriz de correlação anti-imagem (APÊNDICE D – MATRIZ DE CORRELAÇÃO ANTI-IMAGEM) variou de 0,898 a 0,978. As respectivas comunalidades e cargas fatoriais, além do Alfa de Cronbach de cada fator são mostrados na TABELA 1. Na sequência, os fatores foram nomeados conforme as características das variáveis agrupadas (Tabela 1).

TABELA 1: FATORES, VARIÁVEIS, COMUNALIDADES, CARGA FATORIAL E ALFA DE CRONBACH

Fator	Variável	Comunalidade	Carga fatorial	Alfa de Cronbach
F1	X02	0,554	0,660	0,934
	X07	0,586	0,564	
	X10	0,717	0,765	
	X11	0,643	0,586	
	X22	0,650	0,764	
	X25	0,659	0,605	
	X26	0,621	0,720	
	X28	0,680	0,707	
	X29	0,641	0,744	
	X31	0,679	0,749	
F2	X14	0,554	0,647	0,917
	X27	0,521	0,595	
	X32	0,650	0,720	
	X33	0,677	0,722	
	X34	0,635	0,704	
	X35	0,634	0,702	
	X36	0,535	0,699	
X37	0,628	0,728		
F3	X09	0,546	0,536	0,856
	X13	0,635	0,702	
	X15	0,583	0,582	
	X39	0,691	0,777	
	X41	0,500	0,598	
X42	0,658	0,783		

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Fator	Nomenclatura	Item	Variável
1	Experiência do Usuário na saúde	X02	Na minha visão, os profissionais de saúde são engajados.
		X07	É possível perceber que o atendimento ao usuário das empresas de saúde é adequado e satisfatório.
		X10	Eu sinto que os profissionais de saúde são capacitados, acolhedores, transparentes e seguros.
		X11	Eu percebo que o usuário se sente satisfeito com a prestação dos serviços de saúde.
		X22	Eu percebo que o usuário se sente acolhido e é tratado com cordialidade pelos profissionais de saúde durante a prestação do serviço.
		X25	Levando em conta todo contexto relacionado à saúde, a experiência do usuário ao longo da jornada com as empresas de saúde é satisfatória.
		X26	Na minha visão, a relação do usuário com os profissionais de saúde é transparente.
		X28	É possível observar que o usuário sente confiança nos profissionais e nas empresas de saúde.
		X29	Na minha percepção, o usuário se sente bem tratado e confortável durante o atendimento ou tratamento de saúde.
		X31	Eu percebo que o usuário se sente seguro durante um atendimento médico e/ou assistencial.
2	Responsabilidade Social Corporativa na Saúde	X14	Eu sinto que as empresas de saúde estão engajadas em ações de promoção e prevenção da saúde para a população em geral.
		X27	Eu percebo que o usuário é continuamente informado do que está acontecendo na prestação do serviço de saúde.
		X32	Na minha visão, o usuário vê as empresas de saúde desenvolvendo responsabilidade social corporativa.
		X33	Eu percebo que o usuário sente que as empresas de saúde estão envolvidas com ações para ajudar a sociedade.
		X34	É possível observar que o usuário enxerga as ações voluntárias dos colaboradores e profissionais das empresas de saúde contribuindo com a sociedade.
		X35	É possível perceber que o usuário sente que as empresas de saúde se preocupam com o social e buscam comunicar isso a ele.
		X36	Eu percebo que o usuário acredita que as ações para promoção e prevenção de saúde promovidas pelas empresas de saúde são ações sociais.
		X37	Na minha percepção, o usuário acredita que as empresas de saúde estão gerando valor para a sociedade.
3	Saúde Digital	X09	Eu considero que as empresas de saúde oferecem uma estrutura física e tecnológica adequada, confortável e satisfatória para o usuário.
		X13	É possível constatar que as empresas de saúde estão inovando para melhorar o atendimento e o cuidado com o usuário.
		X15	É possível perceber que as empresas de saúde estão investindo para reduzir o tempo de espera e a burocracia no atendimento ao usuário.
		X39	É possível observar que o usuário vê que as empresas de saúde investem em tecnologia para melhorar o seu atendimento e os seus serviços.
		X41	As tecnologias e ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde ajudam o usuário a economizar tempo e recursos no atendimento.
		X42	Eu sinto que o usuário percebe inovações e tecnologias sendo usadas pelas empresas de saúde nos processos assistenciais.

Figura 5: Fatores, nomes e respectivas variáveis

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Por fim, a TABELA 2 mostra os resultados da variância explicada, que visa garantir que os fatores expliquem uma quantidade mínima de variância, neste caso,

pelo menos 60% (Hair et al., 2009). Os três fatores somados representam 61,3% da variância das 24 variáveis, estimados como suficiente em termos de variância total explicada.

TABELA 2: VARIÂNCIA TOTAL EXPLICADA

Fator	Nome	Total	% de variância	% cumulativa
1	Experiência do Usuário	12,687	48,797	48,797
2	Responsabilidade Social Corporativa na Saúde	1,717	6,605	55,401
3	Saúde Digital	1,538	5,915	61,316

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A solução fatorial indicou que as variáveis se agruparam por similaridade. Por exemplo, o fator 1 foi formado por itens relacionados à percepção dos respondentes no que diz respeito à experiência do usuário, como no atendimento, segurança, acolhimento, engajamento dos profissionais, transparência na relação. Já o fator 2 foi formado por itens ligados à percepção dos respondentes sobre responsabilidade social corporativa no contexto das organizações de saúde. Por exemplo, percepção sobre o engajamento das empresas para promoção e prevenção da saúde, se o usuário vê as empresas de saúde desenvolvendo responsabilidade social corporativa, se percebe que as empresas de saúde se preocupam com o social e comunicam isso, se o usuário entende que as empresas de saúde estão gerando valor para sociedade.

Por fim, o fator 3 englobou aspectos relacionados à percepção dos respondentes sobre tecnologias digitais. Entre eles, destacaram-se o entendimento acerca da adequação da estrutura física e tecnológica, a percepção sobre inovação para aprimorar o atendimento e o cuidado ao usuário, e a visão sobre investimentos em tecnologias voltados à melhoria dos serviços e à otimização do tempo do usuário. Esses resultados indicam que as variáveis e os respectivos fatores estão alinhados ao conceito proposto de OVUSS.

Dessa maneira, o OVUSS, definida como uma forma das empresas de saúde responderem às demandas de mercado e da sociedade simultaneamente, por meio de estratégias de marketing voltadas para propor valor ao usuário e à sociedade, é composta por esses três construtos: experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital. Isso indica que esses componentes poderão ser usados para medir o nível de maturidade e entendimento da OVUSS dentro das organizações de saúde. Conseqüentemente, a utilização dessa escala poderá abrir caminhos para o aperfeiçoamento da experiência do usuário, do uso de tecnologias na saúde e da efetividade da responsabilidade social corporativa dentro dessas organizações com base em propostas de valor.

4 ESTUDO 2 – VALIDAÇÃO DA ESCALA

4.1 MÉTODO

Para dar continuidade ao desenvolvimento da escala de medição da OVUSS, realizou-se uma pesquisa quantitativa, descritiva e com corte transversal. Esta etapa teve como objetivo confirmar as dimensões da OVUSS identificadas na fase anterior, por meio da AFE. Considerando a perspectiva preditiva e a complexidade do modelo, aplicou-se a modelagem de equações estruturais baseada em covariância, utilizando o PLS-SEM (Hair et al., 2019). Foi conduzida uma análise de componentes confirmatória (ACC) para validar o modelo de mensuração, avaliando-se a validade convergente, a consistência interna e a validade discriminante.

O setor da saúde foi escolhido como campo de estudo, uma vez que a OVUSS foi desenvolvida especificamente para este contexto. O cenário atual da saúde, marcado pelo avanço das tecnologias digitais e pela necessidade de análises

complexas de dados para a tomada de decisões, também envolve desafios como a alocação de recursos escassos e a necessidade de priorizar a experiência do usuário (Arowoogun et al., 2024). Estimativas da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP, 2024) indicam que, em 2023, as despesas com saúde no Brasil somaram cerca de 9% do PIB, aproximadamente R\$977 bilhões, considerando gastos públicos e privados. Com base nisso, a população-alvo incluiu gestores de organizações de saúde, desde consultores, especialistas e supervisores até executivos, presidentes e conselheiros, sendo um público estratégico, responsável por decisões que buscam competitividade no mercado e desempenho sustentável, em alinhamento à orientação estratégica (Adams et al., 2019).

Para atingir esse objetivo, foi utilizada uma amostragem não probabilística por acessibilidade, buscando captar o maior número possível de respondentes dentro do perfil definido. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado e autoadministrado, divulgado via LinkedIn, e-mails e aplicativos de mensagens, entre julho e agosto de 2024. Antes da aplicação, o conteúdo foi validado por meio de um pré-teste com sete respondentes, que não relataram problemas.

4.2 MEDIDAS

Após breve introdução sobre a pesquisa e como respondê-la, o questionário trouxe duas perguntas de controle. A primeira era o consentimento para participar voluntariamente da pesquisa. A segunda, se o respondente atuava em gestão em organizações de saúde. Em seguida, foram apresentadas aos respondentes 45 afirmativas, sendo 24 oriundas dos três construtos da OVUSS e 21 afirmativas provenientes de outros construtos que potencialmente se relacionam com a OVUSS.

Para respondê-las, utilizou-se a escala de Likert, com intensidade de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5, concordo totalmente.

Os construtos da OVUSS, oriundos do estudo exploratório anterior, foram os seguintes: experiência do usuário na saúde (10 itens), responsabilidade social corporativa na saúde (8 itens) e saúde digital (6 itens). Além desses, foram incluídos construtos potencialmente antecedentes e consequentes da OVUSS: valor social, com 3 itens (Kraus et al., 2017) e orientação para o usuário, com 6 itens (Gao, 2017), como antecedentes; lealdade do usuário, com 7 itens (Nguyen & Nagase, 2021) e valor da marca, com 5 itens (Fong & Goh, 2021) como consequentes.

Esses construtos adicionais descrevem relações relevantes no arcabouço estrutural do estudo e contribuem para a validação nomológica dos construtos em desenvolvimento (Hair et al., 2009). A validade nomológica verifica se as correlações entre os construtos são coerentes e relacionadas a outros construtos não pertencentes ao modelo em desenvolvimento (Hair et al., 2009). As afirmações foram ajustadas ao perfil dos respondentes, gestores de empresas de saúde, e sete perguntas foram utilizadas para coletar dados sociodemográficos. O questionário completo, com a introdução, as duas perguntas de controle, as 45 afirmações e as sete questões sociodemográficas são apresentadas no APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO (ESTUDO 2).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram coletadas 180 respostas. Após a exclusão dos outliers e das respostas distintas do perfil, conforme a segunda pergunta de controle, restaram 169 respostas válidas. Deste montante, 63% se declaram do sexo feminino e 37% masculino. Em relação à idade, 56% responderam ter entre 29 e 43 anos e 38% responderam ter

entre 44 e 63 anos. Já em relação à escolaridade, 8% declararam ter ensino superior e 90% declararam ter pós-graduação. Na questão renda, 21% responderam ter renda entre sete e dez salários-mínimos e 51% responderam possuir renda superior à dez salários-mínimos.

Ao serem perguntados sobre a função que exerciam, 15% declararam diretor, presidente ou vice-presidente, 17% responderam administrador, consultor ou especialista, 29% responderam gerente e 30% disseram ser coordenadores. No que diz respeito ao tempo que exerciam função de gestão em empresas de saúde, 22% responderam entre seis e 10 anos e 38% responderam a mais de 11 anos. Essas respostas indicam experiência e maturidade dos respondentes como tomadores de decisão. Por fim, ao serem perguntados em que setor atuavam, 83% responderam no setor privado.

Dessa forma, a caracterização da amostra revelou um perfil com alto grau de escolaridade, com 90% de pós-graduados, e significativa experiência como tomadores de decisão, já que quase 60% possuem mais de seis anos de atuação na área. Além disso, 44% dos respondentes ocupam cargos de gerência, diretoria, vice-presidência ou presidência, posições estratégicas que impactam diretamente o usuário. Esse conjunto de características demonstra a aderência da amostra ao contexto do setor de saúde e à proposta da OVUSS, conforme indicado por Donabedian (1988) sobre a representatividade de amostras que consideram atributos sociodemográficos e a perspectiva de gestores como tomadores de decisão (Calabrese et al., 2023).

4.4 VIÉS E VARIÂNCIA DO MÉTODO COMUM

A variância oriunda do método de medição e os vieses associados são fontes de erro que podem comprometer a validade das relações identificadas (Podsakoff et

al., 2003). A variância do método comum refere-se a um erro sistemático decorrente do uso de uma mesma abordagem para mensuração dos construtos a partir de uma única fonte (Fuller et al., 2016). Já o viés do método comum ocorre quando as variáveis são medidas utilizando a mesma técnica (Kock et al., 2021). Considerando que a pesquisa tem corte transversal e utiliza fonte única, ela pode estar suscetível tanto ao viés do método comum (CMB – *Common Method Bias*) quanto à variância do método comum (CMV – *Common Method Variance*), como destacado por Fuller et al. (2016). Para mitigar e analisar eventuais consequências, foram adotadas precauções procedimentais *ex ante* e controles estatísticos *ex post* (Kock et al., 2021).

Para aumentar a motivação dos respondentes e minimizar eventuais dificuldades, utilizou-se uma linguagem clara, concisa e sem ambiguidade, evitando afirmativas semelhantes (Podsakoff et al., 2012). Adicionalmente, um texto introdutório objetivo foi incluído, explicando o propósito da pesquisa e como respondê-la (Podsakoff et al., 2012). O pré-teste realizado confirmou a adequação desses procedimentos.

A caracterização da amostra revelou capacidade cognitiva e experiência adequadas dos respondentes, o que contribuiu para mitigar possíveis vieses do método comum relacionados às características individuais (Kock et al., 2021). Para reduzir eventuais efeitos contextuais nas respostas, as perguntas foram apresentadas de forma aleatória.

Além desses controles, foi aplicado o teste do fator único de Harman como ferramenta estatística para identificar a possível presença de CMB e CMV (Fuller et al., 2016; Kock et al., 2021). O teste revelou que a variância explicada por um único fator foi de 47,858%, permanecendo abaixo do limite de 50% estabelecido pela

literatura (Kock et al., 2021; Podsakoff et al., 2003). Assim, os resultados indicam a ausência de indícios de CMV e CMB nos dados coletados.

4.5 RESULTADOS

4.5.1 Análise de Dados

Em seguida a realização do teste de Harman, com as avaliações de CMV e CMB, os dados foram analisados utilizando o PLS-SEM. A escolha desse método para confirmação das dimensões da OVUSS se deu em função da complexidade do modelo, do seu caráter preditivo (Hair et al., 2019) e da sua adequação para o uso de pesquisas confirmatórias (Hair et al., 2017a). Além disso, considerou-se ainda o uso do PLS-SEM em função do tamanho da amostra que pode ser considerada pequena (Hair et al., 2017b). Outra vantagem do PLS-SEM é seu alto poder estatístico, aumentando a probabilidade de identificar relações quando elas estão realmente presentes em uma população, quando comparado ao método CB-SEM (Hair et al., 2019).

A OVUSS, como um conceito multidimensional que abrange diferentes partes interessadas de uma organização de saúde, pode ser entendida como uma diretriz que uma empresa de saúde adota e desenvolve para propor valor de forma consistente aos usuários, à sociedade e, conseqüentemente, à própria organização. Nesse contexto, o modelo de mensuração da OVUSS é reflexivo, ou seja, o construto latente é a causa das variáveis observadas (Hair et al., 2009). Para avaliar os resultados por meio do PLS-SEM, foi realizada uma análise do modelo de mensuração (Hair et al., 2019), utilizando a Análise de Componentes Confirmatória (ACC).

Na avaliação de um modelo de mensuração reflexivo, são realizadas as seguintes análises: consistência interna, validade convergente e validade discriminante (Hair et al., 2021). A primeira etapa é examinar as cargas fatoriais dos indicadores (Hair et al., 2019). A confiabilidade do indicador é considerada aceitável quando a carga é superior a 0,708, indicando que mais de 50% da sua variância é explicada pelo construto (Hair et al., 2021).

A segunda etapa avalia a consistência interna, ou seja, o grau de correlação entre os itens de uma escala e o quanto eles medem o mesmo construto, utilizando três critérios (Hair et al., 2021). O primeiro é o alfa de Cronbach, que deve ser superior a 0,7 (Hair et al., 2009). Contudo, essa medida apresenta limitações, pois atribui o mesmo peso a todos os itens ao medir o construto (Hair et al., 2019). Alternativamente, no PLS-SEM, utiliza-se a confiabilidade composta (ρ_c), em que valores mais altos indicam maior confiabilidade (Hair et al., 2021). Para pesquisas confirmatórias, valores entre 0,70 e 0,90 são satisfatórios, enquanto valores acima de 0,95 podem indicar redundância nos itens, prejudicando a validade do construto (Hair et al., 2019). Outro critério é a Correlação de Spearman (ρ_a), cujos valores geralmente se situam entre o alfa de Cronbach e a confiabilidade composta (Hair et al., 2021).

Em seguida, é feita a verificação da validade convergente de cada construto, que diz respeito à medida em que o construto converge para explicar a variância de seus indicadores (Hair et al., 2019). Para tanto, utiliza-se a variância média extraída (AVE), que é o valor médio das cargas quadradas dos indicadores relacionados ao construto e deve ser no mínimo 0,50, que significa que o construto explica 50% ou mais da variância dos indicadores que o formam (Hair et al., 2021).

A validade discriminante, que avalia o grau em que um construto é distinto dos demais no modelo, também foi verificada (Hair et al., 2021). Para essa análise, são

utilizadas três medidas: análise de cargas cruzadas, critério de Fornell-Larcker e razão *heterotrait-monotrait* (HTMT). A análise de cargas cruzadas verifica se os indicadores se relacionam mais fortemente com o construto ao qual pertencem do que com outros construtos do modelo, garantindo que cada indicador está medindo corretamente o seu construto original. Cargas cruzadas elevadas indicam problemas de validade discriminante (Hair et al., 2009). Nesse processo, verifica-se se a maior carga fatorial de cada indicador está associada ao seu próprio construto e se as cargas fatoriais em outros construtos são menores.

O critério de Fornell-Larcker utiliza a AVE para comparar a variância compartilhada entre os construtos com a variância explicada pelos indicadores pertencentes a cada construto. Para que haja validade discriminante, um construto deve compartilhar mais variância com seus próprios indicadores do que com os indicadores de outros construtos (Hair et al., 2021). No entanto, quando as cargas dos indicadores em um construto diferem levemente, o critério de Fornell-Larcker pode apresentar limitações (Hair et al., 2019).

Para superar essas limitações, a razão *heterotrait-monotrait* (HTMT) é considerada um critério mais robusto. O HTMT verifica a validade discriminante ao comparar as correlações entre variáveis de construtos diferentes com as correlações entre variáveis do mesmo construto (Hair et al., 2021). Valores elevados de HTMT ($>0,90$) indicam problemas de validade discriminante (Hair et al., 2019).

Complementarmente, realizou-se uma análise de multicolinearidade, uma vez que variáveis com alta colinearidade podem distorcer significativamente os resultados devido à redundância de variáveis e incompatibilidade entre construtos (Kock & Lynn, 2012), comprometendo a precisão das estimativas dos coeficientes de regressão. Em amostras pequenas, a multicolinearidade pode ter efeitos ainda mais negativos devido

a possíveis erros de amostragem (Hair et al., 2009). Assim, a multicolinearidade reduz o poder preditivo das variáveis. Para identificar o grau de multicolinearidade entre as variáveis, utilizou-se o VIF - *Variance Inflation Factor* (Hair et al., 2009), que deve apresentar valores inferiores a 5 para indicadores e abaixo de 3 para construtos, conforme recomendado na literatura (Kock & Lynn, 2012).

4.5.2 Validação dos construtos de 1ª ordem

A validação dos construtos de primeira ordem da OVUSS foi conduzida por meio da Análise de Componentes Confirmatória. A avaliação do modelo de mensuração foi expressa por meio da análise dos parâmetros psicométricos confiabilidade (consistência interna), validade convergente e validade discriminante. Foram validados os construtos experiência do usuário na saúde (EU), RSC na saúde (RS) e saúde digital (SD).

Inicialmente, foram avaliados os critérios para validade convergente e consistência interna. A primeira análise para validade do construto foi a análise das cargas fatoriais. Na análise inicial, foi identificada a variável RS08 com carga fatorial menor que 0,708 (Hair et al., 2021). Esse indicador foi excluído, tendo sido realizada nova análise e, na sequência, a matriz foi reavaliada, com resultado satisfatório para as cargas fatoriais, conforme ilustra a TABELA 3. As cargas fatoriais dos indicadores variaram de 0,717 a 0,874.

TABELA 3: MATRIZ DE CARGAS FATORIAIS

Construtos	variáveis	cargas fatoriais		
		EU	RS	SD
Experiência do usuário na saúde (EU)	EU01	0,785		
	EU02	0,821		
	EU03	0,825		
	EU04	0,814		
	EU05	0,755		
	EU06	0,838		
	EU07	0,743		

	EU08	0,788
	EU09	0,803
	EU10	0,774
RSC na saúde (RS)	RS01	0,853
	RS02	0,872
	RS03	0,874
	RS04	0,776
	RS05	0,851
	RS06	0,811
	RS07	0,739
Saúde digital (SD)	SD01	0,835
	SD02	0,840
	SD03	0,829
	SD04	0,717
	SD05	0,741
	SD06	0,757

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Nota: As siglas referem-se aos indicadores dos construtos e são apresentadas na Figura 8.

Para avaliar a consistência interna, foram utilizados três critérios: alfa de Cronbach, com valores aceitáveis entre 0,7 e 0,95 (Hair et al., 2019); confiabilidade composta (ρ_c), também com intervalo recomendado entre 0,7 e 0,95 (Hair et al., 2021); e Correlação de Spearman (ρ_a), cuja proximidade de 1 indica melhor ajuste (Hair et al., 2021). Os resultados demonstraram valores satisfatórios: alfa de Cronbach entre 0,877 e 0,935; confiabilidade composta entre 0,907 e 0,945; e Correlação de Spearman entre 0,880 e 0,937, conforme apresentado na TABELA 4. A validade convergente foi verificada por meio da Variância Média Extraída (AVE), que deve ser maior que 0,50, com resultados apresentados na TABELA 4 (valores entre 0,621 e 0,683).

TABELA 4: ANÁLISES DE CONSISTÊNCIA INTERNA E VALIDADE CONVERGENTE

Construtos	Alfa de Cronbach	Correlação de Spearman (ρ_a)	Confiabilidade composta (ρ_c)	Variância média extraída (AVE)
Experiência do Usuário na saúde (EU)	0,935	0,937	0,945	0,632
RSC na saúde (RS)	0,922	0,928	0,938	0,683
Saúde digital (SD)	0,877	0,88	0,907	0,621

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Para verificar a validade discriminante, foram aplicados três procedimentos: matriz de cargas cruzadas, critério de Fornell e Larcker e razão *heterotrait-monotrait* (HTMT). A avaliação das cargas fatoriais mostrou que a maior carga de cada indicador estava no próprio construto, confirmando a validade discriminante. A TABELA 5 apresenta os resultados, com as cargas fatoriais destacadas em negrito para o construto correspondente.

TABELA 5: ANÁLISE DAS CARGAS FATORIAIS PARA VALIDADE DISCRIMINANTE

Construtos		EU	RS	SD
Experiência do usuário na saúde (EU)	EU01	0,785	0,514	0,518
	EU02	0,821	0,549	0,56
	EU03	0,825	0,578	0,607
	EU04	0,814	0,577	0,64
	EU05	0,755	0,629	0,565
	EU06	0,838	0,626	0,651
	EU07	0,743	0,485	0,507
	EU08	0,788	0,607	0,657
	EU09	0,803	0,572	0,576
	EU10	0,774	0,602	0,689
RSC na saúde (RS)	RS01	0,668	0,853	0,553
	RS02	0,642	0,872	0,567
	RS03	0,64	0,874	0,622
	RS04	0,532	0,776	0,455
	RS05	0,606	0,851	0,592
	RS06	0,604	0,811	0,534
	RS07	0,485	0,739	0,478
Saúde digital (SD)	SD01	0,596	0,541	0,835
	SD02	0,597	0,57	0,84
	SD03	0,608	0,577	0,829
	SD04	0,533	0,419	0,717
	SD05	0,628	0,506	0,741
	SD06	0,608	0,492	0,757

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Nota: As siglas referem-se aos indicadores dos construtos e são apresentadas Figura 8.

Na TABELA 6 são apresentados os resultados da avaliação da validade discriminante pelo critério de Fornell e Larcker. Este critério considera que se a raiz

quadrada da AVE for maior que a correlação do construto com outros construtos, há validade discriminante. Isso pode ser visto por meio dos valores na diagonal da matriz.

TABELA 6: CRITÉRIO DE FORNELL-LARCKER PARA VALIDADE DISCRIMINANTE

Construtos	EU	RS	SD
Experiência do usuário na saúde (EU)	0,795		
RSC na saúde (RS)	0,726	0,827	
Saúde digital (SD)	0,756	0,660	0,788

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Os valores do HTMT, inferiores a 0,85, confirmam a validade discriminante, conforme apresentado na TABELA 7. Com os três critérios atendidos, a validade discriminante dos construtos foi confirmada. Após a análise da consistência interna, validade convergente e discriminante, os construtos de primeira ordem da OVUSS foram validados.

TABELA 7: VALIDADE DISCRIMINANTE PELO CRITÉRIO HTMT

Construtos	EU	RS	SD
Experiência do usuário na saúde (EU)			
RSC na saúde (RS)	0,774		
Saúde digital (SD)	0,83	0,729	

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Por fim, os valores de VIF para indicadores e para os construtos foram satisfatórios, conforme mostram as TABELA 8 e

TABELA 9, com resultados abaixo de 5 para indicadores (valores entre 1,643 e 3,241) e abaixo de 3 para construtos (valores entre 1,000 e 2,112), conforme preconizam Kock e Lynn (2012).

TABELA 8: VIF PARA OS INDICADORES

indicador	VIF
EU01	2,387
EU02	2,791
EU03	2,719
EU04	2,505
EU05	2,161
EU06	2,979
EU07	2,129
EU08	2,302
EU09	2,453
EU10	2,181
RS01	2,686
RS02	3,104
RS03	3,241
RS04	2,023
RS05	2,902
RS06	2,215
RS07	1,827
SD01	2,416
SD02	2,465
SD03	2,289
SD04	1,643
SD05	1,743
SD06	1,786

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Nota: As siglas referem-se aos indicadores dos construtos e são apresentadas na Figura 8.

TABELA 9: MULTICOLINEARIDADE VIF PARA OS CONSTRUTOS

construto	EU	RS	SD
Experiência do usuário na saúde (EU)		1,000	2,112
RSC na saúde (RS)			2,112
Saúde digital (SD)			

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Diante dos resultados, constatou-se que a OVUSS pode ser mensurada por meio de três construtos, permitindo que organizações de saúde avaliem sua maturidade em relação à orientação estratégica de valor para o usuário e a sociedade. A validação dos construtos experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital abre novos caminhos para aprimorar a experiência do usuário, tanto na ótica do mercado quanto na assistência.

Além disso, viabiliza também que a responsabilidade social corporativa na saúde se torne mais relevante, abrindo caminhos para proporcionar mais impacto na sociedade. Indo além, os processos de transformação digital discutidos e vivenciados nas empresas podem, a partir do construto saúde digital, ser adequados ou aprimorados facilitando e beneficiando os usuários e os profissionais. Esse conjunto de iniciativas oferece suporte a uma nova estratégia de marketing, a Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e para a Sociedade, promovendo a perenidade do negócio.

4.5.3 Validação dos Construtos de 2ª ordem

Após a validação dos construtos de primeira ordem, foi realizada a validação da OVUSS. A validação de um modelo de ordem superior segue os mesmos critérios da avaliação de um modelo de primeira ordem, sendo que os indicadores dos construtos de primeira ordem são simultaneamente atribuídos como indicadores do construto de segunda ordem (Sarstedt et al., 2019). Essa abordagem, denominada abordagem de indicadores repetidos estendidos, requer a especificação adicional de um construto antecedente e um conseqüente (Sarstedt et al., 2019). Assim, para proceder a validação, foram inseridos os construtos valor social como antecedente e valor da marca como conseqüente, pois são construtos que, segundo a literatura (Assis e Vilela, 2024; Fong & Goh, 2021; Kraus et al., 2017; Scillitoe et al., 2018), podem estar relacionados ao construto OVUSS. O modelo de mensuração é apresentado na Figura 6.

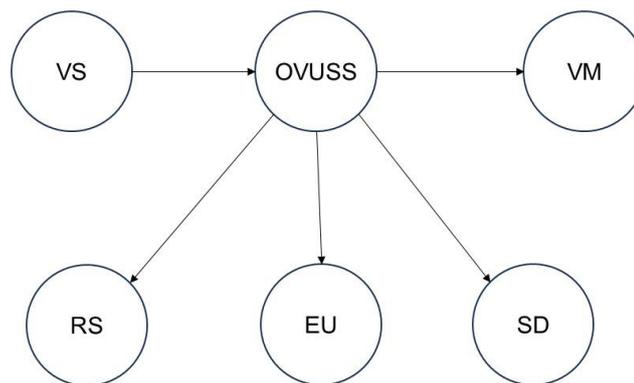


Figura 6: Modelo de mensuração do construto de segunda ordem.

Legenda: VS – valor social; EU – experiência do usuário na saúde; RS – RSC na saúde; SD – saúde digital; VM – valor da marca; OVUSS – orientação estratégica de valor para usuário e sociedade na saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Após, foram realizadas as etapas de análise da consistência interna, validade convergente e validade discriminante do OVUSS utilizando o PLS-SEM. Primeiro, foram verificadas as cargas fatoriais, que variaram entre 0,625 e 0,800, conforme mostra a Tabela 10.

TABELA 10: CARGAS FATORIAIS DO CONSTRUTO DE SEGUNDA ORDEM

indicador	carga fatorial
EU01	0,700
EU02	0,740
EU03	0,764
EU04	0,768
EU05	0,737
EU06	0,800
EU07	0,666
EU08	0,769
EU09	0,744
EU10	0,770
RS01	0,773
RS02	0,772
RS03	0,786
RS04	0,655
RS05	0,753
RS06	0,723
RS07	0,625
SD01	0,706
SD02	0,718
SD03	0,721

SD04	0,599
SD05	0,681
SD06	0,672

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Nota: O significado das siglas encontra-se descrito na Figura 8.

Em seguida, foi verificada a consistência interna. Inicialmente, avaliou-se o alfa de Cronbach (0,959), a confiabilidade composta (ρ_c) (0,960) e a Correlação de Spearman (ρ_a) (0,962). Os resultados apresentaram suporte para consistência interna da OVUSS pois os valores ficaram acima de 0,7, conforme preconizam Sarstedt et al. (2019). A validade convergente foi verificada por meio da variância média extraída (AVE), que deve ser maior que 0,50 (Hair et al., 2021) e alcançou 0,526.

A validade discriminante foi verificada por meio da razão *heterotrait-monotrait* (HTMT) entre as relações da OVUSS e os construtos antecedente e consequente. O resultado deve ser menor que 0,9 (Hair et al., 2019) e é apresentado na TABELA 11. Diante desses resultados, a OVUSS foi validada, passando-se então para etapa de validação nomológica.

TABELA 11: VALIDADE DISCRIMINANTE DA OVUSS PELO CRITÉRIO HTMT

Construtos	HTMT
OVUSS <-> VM	0,888
OVUSS <-> VS	0,820

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Legenda: VM – valor da marca; VS – valor social.

4.5.4 Validade Nomológica

A validade nomológica refere-se à capacidade de um construto se relacionar de maneira lógica e significativa com outros construtos dentro de um modelo teórico (Kock et al., 2024). Para isso, é preciso testar a relação da OVUSS com construtos antecedente e consequente por meio de uma rede nomológica (MacKenzie et al.,

2011). Na perspectiva prática, vincular a OVUSS a outras variáveis por meio de uma rede nomológica permite compreender melhor suas implicações e aplicabilidade (Kock et al., 2024) no contexto da saúde.

Para verificar a validade nomológica, foram incluídos os construtos valor social (Kraus et al., 2017) como antecedente e valor da marca (Fong & Goh, 2021) como consequente. O valor social é criado a partir de estratégias que levam em conta diferentes públicos de interesse (Lashitew et al., 2022). Uma organização que cria e propõe valor social tende a ser orientada socialmente (Scillitoe et al., 2018). Consequentemente, é possível que uma organização que tem valor social influencie positivamente a OVUSS. Isso se alinha aos argumentos de Porter e Kremer (2019) no que diz respeito às estratégias de empresas que, por meio do valor social, desenvolvem vantagem competitiva.

O valor da marca na saúde privada foi estudado por Fong e Goh (2021), que constataram que a percepção de qualidade dos serviços agrega valor, influenciando o valor da marca. Assis e Vilela (2024) constataram a relação positiva entre cocriação de valor e valor da marca em serviços de saúde. Chahal e Bala (2012), ao pesquisarem sobre o valor da marca no setor de saúde, constataram que, quando o provedor de serviços implementa estratégias que contribuem para a qualidade percebida e a fidelidade à marca, desenvolve e influencia positivamente o valor da marca. Considerando o conceito da OVUSS, que é uma orientação estratégica visando propor valor para o usuário e para a sociedade, espera-se que ela influencie positivamente o valor da marca da organização de saúde.

A construção dessa rede nomológica é importante para identificar implicações relevantes (Kock et al., 2024) no contexto das organizações de saúde. Com base

nesses argumentos, foram formuladas duas hipóteses para validação nomológica, conforme apresentado a seguir:

H1. O valor social influencia positivamente a OVUSS.

H2. A OVUSS influencia positivamente o valor da marca.

Considerando a modelagem teórica e as hipóteses sobre o construto de segunda ordem, seguiu-se com o teste do modelo por meio do PLS-SEM. Primeiro, foram avaliadas as cargas fatoriais. A carga VM01 foi excluída pois apresentou valor abaixo do preconizado (0,658). A TABELA 12 mostra os resultados com as cargas fatoriais.

TABELA 12: MATRIZ DE CARGAS FATORIAIS – VALIDAÇÃO NOMOLÓGICA

Indicadores	EU	OVUSS	RS	SD	VM	VS
EU01	0,789					
EU01		0,700				
EU02	0,824					
EU02		0,740				
EU03		0,764				
EU03	0,825					
EU04	0,814					
EU04		0,768				
EU05	0,752					
EU05		0,737				
EU06		0,800				
EU06	0,838					
EU07	0,748					
EU07		0,666				
EU08		0,769				
EU08	0,784					
EU09	0,804					
EU09		0,744				
EU10	0,768					
EU10		0,770				
RS01			0,852			
RS01		0,773				
RS02		0,772				
RS02			0,872			
RS03			0,873			

RS03	0,786
RS04	0,779
RS04	0,655
RS05	0,850
RS05	0,753
RS06	0,811
RS06	0,723
RS07	0,625

TABELA 12: (CONTINUAÇÃO) MATRIZ DE CARGAS FATORIAIS – VALIDAÇÃO NOMOLÓGICA

Indicadores	EU	OVUSS	RS	SD	VM	VS
RS07			0,741			
SD01		0,706				
SD01				0,837		
SD02		0,718				
SD02				0,840		
SD03		0,721				
SD03				0,828		
SD04				0,719		
SD04		0,599				
SD05		0,681				
SD05				0,738		
SD06				0,757		
SD06		0,672				
VM02					0,883	
VM03					0,882	
VM04					0,747	
VM05					0,752	
VS01						0,791
VS02						0,883
VS03						0,868

Fonte: Dados da Pesquisa (2024). Legenda: EU – experiência do usuário na saúde; RS – responsabilidade social corporativa na saúde; SD – saúde digital; VM – valor da marca; VS – valor social; OVUSS – orientação estratégica de valor para usuário e sociedade na saúde.

Na sequência, avaliou-se a consistência interna dos dois construtos da rede nomológica por meio do alfa de Cronbach, confiabilidade composta (ρ_c) e Correlação de Spearman (ρ_a). Conforme mostrado na Tabela 13, os critérios indicaram consistência interna para valor social e valor da marca, com valores superiores a 0,7 (Sarstedt et al., 2019). A validade convergente também foi confirmada, com variância média extraída (AVE) superior a 0,50 (Hair et al., 2021).

TABELA 13: CONSISTÊNCIA INTERNA E VALIDADE CONVERGENTE DOS CONSTRUTOS DA REDE NOMOLÓGICA

Construto	Alfa de Cronbach	Correlação de Spearman (ρ_a)	Confiabilidade composta (ρ_c)	Variância média extraída (AVE)
VS	0,805	0,821	0,885	0,720
VM	0,834	0,846	0,890	0,670

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Legenda: VM – valor da marca; VS – valor social.

Para analisar a validade discriminante, verificou-se a razão *heterotrait-monotrait* (HTMT) entre as relações dos construtos da rede nomológica e o construto de segunda ordem, menor que 0,90 (Hair et al., 2019), conforme mostra a TABELA .

TABELA 14: VALIDADE DISCRIMINANTE PELO CRITÉRIO HTMT

Construtos	HTMT
OVUSS <-> VM	0,888
OVUSS <-> VS	0,820

Fonte: Dados da pesquisa (2024). Legenda: VM – valor da marca; VS – valor social. OVUSS – orientação estratégica de valor para usuário e sociedade na saúde.

Em seguida, foi realizado o procedimento Bootstrapping com 5.000 subamostras para verificação das relações e coeficientes. Os resultados sustentaram as hipóteses sugeridas. O valor social tende a ter impacto positivo e significativo sobre a OVUSS, com p-valor < 0,001. A relação entre OVUSS e VM foi positiva e significativa (p-valor < 0,001). Verificou-se ainda que a OVUSS medeia a relação entre valor social e valor da marca, de modo positivo e significativo (p-valor < 0,001). Esses resultados são apresentados na TABELA.

TABELA 15: COEFICIENTES DE CAMINHO, MÉDIA, DESVIO PADRÃO, ESTATÍSTICA T E P-VALOR

Hipóteses	Coefficiente de caminho	Média da amostra	Desvio padrão	Estatística T	p-valor
OVUSS -> VM	0,798	0,800	0,027	29,318	0,000
VS -> OVUSS	0,731	0,732	0,036	20,293	0,000
VS -> OVUSS -> VM	0,584	0,587	0,038	15,455	0,000

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Legenda: VM – valor da marca; VS – valor social; OVUSS – orientação estratégica de valor para usuário e sociedade na saúde.

Após o teste de hipóteses, foi avaliado o coeficiente de determinação R^2 . O coeficiente de determinação R^2 indica a força de uma relação entre construtos, mostrando se o modelo ajusta bem os dados (Hair et al., 2011). Os resultados indicam que o valor social explica 53,4% da variância da OVUSS e a OVUSS, por sua vez, explica 63,7% do valor da marca.

Os testes de relações confirmaram a validade nomológica do construto superior OVUSS, fortalecendo a escala de medição e agregando valor teórico e prático (Kock et al., 2024) a essa nova orientação estratégica de valor para o usuário e a sociedade no setor de saúde. O valor social, como construto antecedente, demonstrou capacidade de influenciar positivamente a orientação estratégica de valor em organizações de saúde, contribuindo para beneficiar a sociedade. Por sua vez, o OVUSS mostrou impacto positivo no valor da marca, ampliando as possibilidades de discussão e aprimoramento das estratégias de marketing no setor de saúde.

5 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi desenvolver e validar a escala de medição da orientação estratégica de valor para o usuário e a sociedade na saúde (OVUSS). Concebida para avaliar o alinhamento das estratégias das organizações de saúde com a proposição de valor para usuários e sociedade de forma simultânea, a validação da OVUSS ocorreu em duas fases: uma pesquisa exploratória e outra confirmatória.

. Na primeira fase, uma pesquisa quantitativa exploratória identificou as dimensões latentes da OVUSS, revelando as variáveis mais relevantes para medir a orientação estratégica de valor na saúde. Esse estudo apontou três dimensões principais da escala: experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital. A segunda fase, de caráter confirmatório, validou

essas dimensões, assegurando a confiabilidade e a validade dos construtos. Em um contexto pós-pandêmico, que evidenciou a interconexão entre saúde e economia (Itchhaporia, 2021), a disponibilidade de uma escala como a OVUSS se apresenta como uma ferramenta estratégica fundamental para atender às demandas de usuários e sociedade de maneira integrada.

5.1 EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA SAÚDE

A experiência do usuário na saúde foi confirmada como uma dimensão essencial para a proposição de valor nas organizações do setor. Esse conceito pode ser entendido sob duas perspectivas: a de mercado, que abrange dimensões cognitivas, emocionais e sociais (Verhoef et al., 2009), e a da assistência, que envolve também sentimentos como dor, medo, ansiedade e alívio (Kash et al., 2018). Além disso, a experiência completa na assistência à saúde resulta do conjunto de todas as interações do usuário com os profissionais, sendo influenciada pela cultura organizacional (Wolf et al., 2021).

Por isso, os tomadores de decisão na saúde têm reconhecido que aprimorar a experiência do usuário é uma prioridade estratégica (Lemon & Verhoef, 2016), configurando-se como uma proposta de valor tanto para os usuários quanto para a sociedade. As organizações começam a repensar a saúde como um investimento, em vez de apenas um custo (Itchhaporia, 2021), proporcionando valor que beneficia ambos os públicos. Nesse contexto, a percepção de valor na perspectiva médica é alcançada quando os resultados do tratamento ou intervenção excedem ou justificam seu custo (Porter, 2010).

Os resultados desta pesquisa indicam que as perspectivas da experiência do usuário podem ser desdobradas em fatores específicos. Na visão do profissional,

destaca-se a importância da capacitação. Isso significa que os profissionais de saúde devem possuir os conhecimentos e habilidades necessários para, por meio de sua atuação, proporcionar valor ao usuário (Grover et al., 2022).

A proposição de valor, portanto, depende de capacitação, atualização e treinamento contínuos. Além da formação específica, os profissionais precisam estar preparados para lidar com o novo cenário da saúde, no qual os usuários frequentemente têm acesso a informações em tempo real, graças às tecnologias digitais, o que reduz a assimetria na relação (Naamati-Schneider, 2023). Esse foco no desenvolvimento de competências inclui letramento em tecnologias digitais aplicadas à saúde, abrangendo gestão de dados, gestão da informação e comunicação, inteligência artificial generativa, proteção de dados e segurança cibernética, entre outros aspectos (Sikandar et al., 2022).

Além disso, ter a dimensão da experiência do usuário na saúde contemplada na escala de medição da OVUSS traz oportunidades para a visão do cuidado centrado no usuário. O cuidado centrado no usuário considera uma mudança cultural na prestação do serviço, ampliando iniciativas transformadoras em todas as etapas do cuidado (Fix et al., 2018), incluindo possibilidades de acolhimento, segurança, conforto, agilidade ao longo da jornada do usuário. Essa integração de recursos, aliada às práticas assistenciais, é reforçada pela cocriação (Frow et al., 2016), beneficiando a relação entre usuário e profissional e, portanto, sendo parte da OVUSS.

5.2 RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA NA SAÚDE

A responsabilidade social corporativa na saúde foi validada como a segunda dimensão da OVUSS, destacando o impacto das ações sociais e ambientais nas

organizações do setor. Em sua concepção mais ampla, a RSC é impulsionada por partes interessadas, como acionistas, gestores, empregados, usuários, parceiros e fornecedores, promovendo benefícios como desempenho financeiro, confiança, fortalecimento da marca, satisfação e fidelização dos usuários (Shayan et al., 2022).

Na saúde, a RSC segue esse mesmo princípio, mas, como dimensão da OVUSS, sua influência pode ser ampliada para alcançar o bem-estar da sociedade. Isso ocorre principalmente por meio de ações preventivas, frequentemente associadas à atenção primária à saúde, medicina da família (Ribeiro & Scatena, 2019), programas de educação em saúde, promoção de hábitos alimentares saudáveis, redução das desigualdades no acesso aos serviços, capacitação de agentes comunitários, entre outras iniciativas.

Além disso, durante a pandemia da COVID-19, as práticas de RSC ganharam destaque, com as organizações de saúde assumindo um papel central na saúde pública e no apoio às comunidades (Ding & Miao, 2023). Esse contexto reforça a necessidade de estratégias voltadas para o bem-estar social, que transcendam o atendimento clínico e promovam maior engajamento com a sociedade, conforme propõe a OVUSS. Nesse cenário, a responsabilidade social corporativa na saúde pode extrapolar os limites organizacionais, ampliando seu campo de atuação. Suas iniciativas de valor englobam ações colaborativas entre profissionais, usuários, colaboradores das empresas, academia, parceiros, associações de classe e outras organizações da cadeia produtiva (Agarwal et al., 2020), consolidando-se como um elemento essencial na estrutura da OVUSS.

5.3 SAÚDE DIGITAL

O construto saúde digital reflete o impacto da inovação tecnológica no setor de saúde, permitindo avanços na eficiência operacional e na qualidade do atendimento. Tecnologias como inteligência artificial, telemedicina, dispositivos vestíveis, robótica cirúrgica, realidade virtual, terapias genéticas, impressão 3D e 4D e nanotecnologia estão transformando os serviços de saúde (Varghese & Chapiro, 2024; Wang et al., 2021). Essa transformação evidencia a relevância da saúde digital como dimensão da OVUSS, ao propor valor simultaneamente para usuários, profissionais, organizações e sociedade.

O uso de inteligência artificial generativa tem potencial para aprimorar a eficiência no atendimento à saúde, abrangendo áreas como educação de usuários e suporte à decisão clínica (Varghese & Chapiro, 2024). A evolução dessa tecnologia trouxe modelos de linguagem em larga escala (LLMs) com aplicações na assistência médica, como análise de imagens e diálogos médicos, aumentando precisão e eficiência (Wang et al., 2023). Esses modelos também podem melhorar a comunicação ao interpretar e extrair informações de relatórios em diversas áreas (Varghese & Chapiro, 2024). Tais inovações oferecem soluções mais ágeis e eficazes para desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, como a crescente demanda por serviços, a escassez de profissionais e a necessidade de maior eficiência (McKinsey & Company, 2023).

Diante disso, os resultados destacam que a saúde digital ocupa um papel central na proposição de valor pelas organizações de saúde, consolidando sua relevância como dimensão da OVUSS. A implementação de estratégias de saúde digital promove melhorias na qualidade de vida dos usuários, redução de erros

médicos, otimização do tempo de atendimento e ampliação do acesso aos serviços (Sikandar et al., 2022). Além disso, a saúde digital contribui para a sociedade ao melhorar o acesso em áreas remotas ou com restrições econômicas, facilitar a gestão do tratamento por meio de aplicativos e portais e promover maior equidade na assistência (Shaw et al., 2024).

Esses fatores estão ligados ao contexto da OVUSS. No entanto, é importante destacar que o acesso à saúde digital ainda enfrenta restrições, especialmente entre populações carentes (Yao et al., 2022). Por outro lado, ao aliar inovação tecnológica a uma abordagem orientada para o valor, a saúde digital tende a se consolidar como uma ferramenta essencial para a OVUSS, permitindo que as organizações atendam às expectativas dos usuários e enfrentem os desafios sociais de forma mais eficaz.

5.4 OVUSS

A OVUSS pode ser definida como uma proposta de valor que integra os campos do marketing e da saúde. Seu desenvolvimento está evidenciado por sua conexão com outros construtos relevantes (Kock et al., 2024), ampliando sua aplicabilidade teórica e prática. Com o avanço das organizações de saúde voltadas para os negócios, é natural que os usuários desenvolvam preferências na escolha de serviços de saúde (Fong & Goh, 2021). Ressalta-se que a fidelização é essencial tanto no setor privado quanto no público, pois, neste último, contribui para a continuidade dos tratamentos e, por conseguinte, para o bem-estar social (Zhou et al., 2017).

A inovadora escala de medição da OVUSS fornece às organizações de saúde uma orientação estratégica para avaliar seu desempenho. Por meio dessa escala, as instituições podem identificar lacunas em suas operações e alinhar estratégias para atender de forma mais eficaz às expectativas dos usuários e da sociedade.

Organizações que adotarem a OVUSS estarão mais capacitadas para enfrentar desafios emergentes no setor de saúde, como o envelhecimento populacional (Jayaraman et al., 2020), custos crescentes (Itchhaporia, 2021) e a judicialização (Biehl et al., 2016), ao direcionarem seus esforços para propor valor por meio da experiência do usuário, da RSC e da saúde digital, reconhecidos como componentes centrais da OVUSS.

A validação da escala OVUSS representa um avanço significativo para o setor de saúde, ao oferecer uma métrica robusta que permite às organizações alinhar suas operações às demandas contemporâneas, com foco em três dimensões centrais: experiência do usuário na saúde, RSC na saúde e saúde digital. Com a evolução das expectativas de usuários e da sociedade, as organizações que adotarem a OVUSS estarão mais preparadas para propor valor de forma sustentável e competitiva.

6 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo desenvolver e validar a escala OVUSS (Orientação Estratégica de Valor para o Usuário e para a Sociedade na Saúde), destinada a mensurar como as organizações de saúde podem alinhar suas práticas à oferta de valor simultaneamente para os usuários e a sociedade. O resultado foi uma escala multidimensional composta por três dimensões: experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital. A escala apresenta-se como um modelo robusto, capaz de orientar as organizações no fortalecimento das propostas de valor para usuários e sociedade, além de ser um recurso estratégico relevante para a gestão em saúde.

No campo teórico, a OVUSS constitui uma contribuição significativa ao apresentar uma estrutura teórica e empírica inédita para avaliar estratégias de valor

na saúde. A integração das dimensões de experiência do usuário na saúde, RSC na saúde e saúde digital em uma escala validada permite investigar, de forma pioneira, como esses elementos se transformam em proposições de valor. A escala fornece um instrumento replicável e comparável, viabilizando pesquisas futuras que analisem sua aplicabilidade em diferentes contextos e populações. Além disso, a OVUSS expande o conhecimento sobre o impacto das práticas organizacionais na criação de valor compartilhado (Porter & Kramer, 2011; Porter & Kramer, 2019), alinhando o marketing em saúde às demandas atuais de responsabilidade social e inovação.

Na perspectiva teórica, a OVUSS e sua escala de mensuração representam uma inovação ao oferecer uma orientação estratégica abrangente, que considera o complexo segmento da saúde, incluindo o usuário em suas diferentes personificações (paciente, familiar, acompanhante) e a sociedade, sob uma nova ótica do valor em saúde. Além disso, a OVUSS preenche lacunas na literatura ao propor uma orientação estratégica de marketing de valor na saúde, fomentando a oferta de valor tanto para o usuário quanto para a sociedade. Nas dimensões de saúde digital e responsabilidade social corporativa na saúde, o estudo contribui para ampliar o acesso equitativo aos cuidados de saúde (Shaw et al., 2024), incentivando o desenvolvimento de políticas, o investimento em tecnologias acessíveis e culturalmente adaptadas às populações vulneráveis, bem como priorizando ferramentas que promovam o letramento digital dos usuários.

A dimensão experiência do usuário na saúde apresentou uma abordagem inovadora, considerando diversos aspectos da percepção do usuário, como acolhimento, cordialidade, segurança, transparência, agilidade, conforto, tempo de espera, redução de burocracia, estrutura, confiança e engajamento dos profissionais (Eijkelenboom & Bluysen, 2022; Kurtuluş & Cengiz, 2022; Lee, 2019; Wolf et al.,

2021; Van Zyl-Cillié et al., 2023). Esse conjunto de percepções e critérios configura uma proposta de valor ao usuário, potencializada pela aplicação da OVUSS.

Essa dimensão também abrange questões de capacitação e treinamento. A combinação de metodologias ativas e tecnologias digitais aprimora o desenvolvimento de competências, refletindo na melhoria da experiência do usuário (Mäkinen et al., 2022). Além disso, a educação do usuário em saúde e seu letramento digital podem promover mudanças nos processos de cuidado, elevando sua experiência (Kraus et al., 2021).

No entanto, as competências digitais permanecem desafiadoras para organizações e profissionais de saúde (Sikandar et al., 2022), assim como o letramento digital dos usuários (López et al., 2023). A OVUSS e sua escala de mensuração podem contribuir para sensibilizar as organizações sobre a importância da educação continuada para profissionais, além de fomentar ações de letramento digital e educação em saúde, impactando positivamente o bem-estar da sociedade. Assim, a integração dessas dimensões, inédita na literatura, tem o potencial de fortalecer as propostas de valor no setor de saúde.

Como implicações gerenciais, a aplicação da OVUSS pode transformar a forma como as organizações de saúde estruturam suas estratégias e operações, permitindo alinhar ofertas de valor com foco no usuário e nas demandas da sociedade (Popa et al., 2022). Na dimensão da experiência do usuário, a escala oferece ferramentas para avaliar e aprimorar sua jornada, promovendo maior satisfação e fidelização (Lee, 2019), independentemente do setor (público ou privado). Já a dimensão de responsabilidade social corporativa pode ampliar o impacto social das instituições, reforçando seu compromisso com o bem-estar coletivo (Aman-Ullah et al., 2023). Quanto à saúde digital, a escala possibilita mensurar e ajustar práticas de adoção

tecnológica, melhorando o acesso, a eficiência e a personalização do atendimento (Varghese & Chapiro, 2024; Wang et al., 2021), equilibrando as demandas de acesso inclusivo na saúde pública e a sustentabilidade operacional na saúde privada.

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, o tamanho das amostras e a seleção por acessibilidade, embora adequados para as análises, podem não refletir plenamente a diversidade dos sistemas de saúde. Além disso, a coleta de dados em um único país/região limita a generalização dos resultados para outras realidades. A abordagem transversal da coleta de dados, realizada em um único ponto no tempo, pode não captar mudanças ou evoluções na percepção dos participantes sobre a OVUSS, o que é crítico em uma área dinâmica como a saúde. Diferenças culturais e contextuais também podem influenciar a percepção de valor entre usuários e profissionais, impactando a validade externa da escala.

Para mitigar essas limitações, estudos futuros poderiam ampliar o tamanho e a diversidade das amostras, possibilitando análises mais robustas das dimensões da OVUSS. Recomenda-se a aplicação da escala em diferentes contextos culturais e sistemas de saúde para avaliar sua aplicabilidade em realidades diversas. Pesquisas longitudinais também seriam relevantes para acompanhar a evolução da percepção de valor na saúde, especialmente em resposta à implementação de novas tecnologias e práticas de responsabilidade social.

Para avançar no conhecimento, investigações futuras podem avaliar a aplicabilidade e eficácia da escala OVUSS em segmentos variados, como atenção primária, secundária, terciária, assistência domiciliar e organizações públicas e privadas. Esses estudos poderão ajustar as dimensões da OVUSS para contextos específicos, proporcionando uma visão mais prática e detalhada da estratégia de valor. Como linha de pesquisa emergente, sugere-se explorar como a cocriação entre

usuários e profissionais, no contexto das dimensões da OVUSS, influencia os resultados clínicos e o bem-estar do usuário (Frow et al., 2016), aprofundando o entendimento da experiência do usuário e fortalecendo sua aplicação na prática assistencial.

Outro caminho é o desenvolvimento de um modelo de avaliação que classifique os níveis de maturidade da OVUSS nas organizações, possibilitando critérios e rankings para cada nível. Essa abordagem viabiliza uma aplicação gradual e estruturada, promovendo melhorias contínuas nas práticas de saúde. No contexto da saúde digital e da RSC, estudos futuros podem investigar o impacto das tecnologias digitais no desempenho social e na sustentabilidade das organizações, contribuindo para compreender como a saúde digital pode ampliar o acesso equitativo (Shaw et al., 2024) e a eficiência do cuidado, alinhando-se aos objetivos de desenvolvimento sustentável.

Por fim, estudos futuros, no contexto da OVUSS, poderão explorar o impacto de diferentes estratégias de aprendizagem voltadas a usuários e profissionais de saúde, com o objetivo de maximizar o valor ofertado. A capacitação de profissionais e o letramento digital na saúde são essenciais para reduzir disparidades no acesso e na qualidade dos cuidados (López et al., 2023). Essas iniciativas podem promover interações mais eficazes e humanizadas, aumentar a segurança no uso de tecnologias e aprimorar tanto a experiência do usuário quanto a eficiência operacional (World Health Organization [WHO], 2023), contribuindo para o avanço do bem-estar social.

REFERÊNCIAS

- Adams, P., Freitas, I. M. B., & Fontana, R. (2019). Strategic orientation, innovation performance and the moderating influence of marketing management. *Journal of Business Research*, *97*, 129-140. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.12.071>
- Agarwal, R., Dugas, M., Gao, G. G., & Kannan, P. K. (2020). Emerging technologies and analytics for a new era of value-centered marketing in healthcare. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *48*(1), 9-23. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00692-4>
- Ahmad, K. A. B., Khujamatov, H., Akhmedov, N., Bajuri, M. Y., Ahmad, M. N., & Ahmadian, A. (2022). Emerging trends and evolutions for smart city healthcare systems. *Sustainable Cities and Society*, *80*, 103695. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2022.103695>
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (2024). *Observatório ANAHP 2024 – Especial 14 anos*. Associação Nacional de Hospitais Privados. <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024>
- Alhashem, M., Moraes, C., & Szmigin, I. T. (2020). Use and social value in peer-to-peer prosumption communities. *European Journal of Marketing*, *55*(1), 193-218. <https://doi.org/10.1108/EJM-03-2019-0235>
- Ali, B. J., & Anwar, G. (2021). Corporate social responsibility: the influence of employee engagement on corporate social responsibility. *Journal of Humanities and Education Development*, *3*(3), 77-83. <https://doi.org/10.22161/jhed.3.3.8>
- Aman-Ullah, A., Ali, A., Mehmood, W., Fareed, M., & Aman-Ullah, A. (2023). Corporate social responsibility and patient's intention to revisit: A serial mediation study witnessing the healthcare sector. *Environmental Science and Pollution Research*, *30*(8), 22078-22088. <https://doi.org/10.1007/s11356-022-23760-9>
- Amorim, J., & Ventura, A. C. (2023). Co-created decision-making: From co-production to value co-creation in health care. *The Journal of Medicine Access*, *7*, 27550834231177503. <https://doi.org/10.1177/27550834231177503>
- Anderson, S., Rayburn, S. W., & Sierra, J. J. (2019). Future thinking: the role of marketing in healthcare. *European Journal of Marketing*, *53*(8), 1521-1545. <https://doi.org/10.1108/EJM-10-2017-0779>
- Arowoogun, J. O., Babawarun, O., Chidi, R., Adeniyi, A. O., & Okolo, C. A. (2024). A comprehensive review of data analytics in healthcare management: Leveraging big data for decision-making. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, *21*(2), 1810-1821. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.2.0590>
- Assis, W. M., & Vilela, B. (2024). Purchase intent in social media for healthcare services: The influence of value co-creation, brand equity and engagement.

International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. Advance online publication. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-06-2023-0057>

- Balta, M., Valsecchi, R., Papadopoulos, T., & Bourne, D. J. (2021). Digitalization and co-creation of healthcare value: A case study in Occupational Health. *Technological Forecasting and Social Change*, 168, 120785. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120785>
- Bapat, D. (2017). Linking strategic orientation with performance: *Implication for Indian banks*. *Strategic Change*, 26(4), 403-411. <https://doi.org/10.1002/jsc.2140>
- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal*, 22(3), 205-217. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2014.08.008>
- Bayode, O. T., & Duarte, A. P. (2022). Examining the mediating role of work engagement in the relationship between corporate social responsibility and turnover intention: evidence from Nigeria. *Administrative Sciences*, 12(4), 150. <https://doi.org/10.3390/admsci12040150>
- Biehl, J., Socal, M. P., & Amon, J. J. (2016). The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health and human rights*, 18(1), 209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27781011/>
- Boubaker, S., Liu, Z., & Zhan, Y. (2022). Customer relationships, corporate social responsibility, and stock price reaction: Lessons from China during health crisis times. *Finance Research Letters*, 47, 102699. <https://doi.org/10.1016/j.frl.2022.102699>
- Calabrese, M., Suparaku, S., Santovito, S., & Hysa, X. (2023). Preventing and developmental factors of sustainability in healthcare organisations from the perspective of decision makers: an exploratory factor analysis. *BMC Health Services Research*, 23(1), 797. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09689-w>
- Chahal, H., & Bala, M. (2012). Significant components of service brand equity in healthcare sector. *International journal of health care quality assurance*, 25(4), 343-362. <https://doi.org/10.1108/09526861211221518>
- Chen, D., & Zhang, R. (2022). *Exploring research trends of emerging technologies in health metaverse: A bibliometric analysis*. Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3998068>
- Crié, D., & Chebat, J. C. (2013). Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research*, 66(1), 123-126. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.09.002>
- Daú, G., Scavarda, A., Scavarda, L. F., & Portugal, V. J. T. (2019). The healthcare sustainable supply chain 4.0: The circular economy transition conceptual

framework with the corporate social responsibility mirror. *Sustainability*, 11(12), 3259. <https://doi.org/10.3390/su11123259>

- Deng, Y., Cherian, J., Ahmad, N., Scholz, M., & Samad, S. (2022). Conceptualizing the role of target-specific environmental transformational leadership between corporate social responsibility and pro-environmental behaviors of hospital employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3565. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063565>
- Ding, B., & Miao, T. (2023). The moderating effects of social responsibility climate and safety climate in keeping healthcare workers' engagement during COVID-19. *Healthcare*, 11(8), 1077. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081077>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. <https://doi:10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Eijkelenboom, A., & Bluysen, P. M. (2022). Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review. *Intelligent Buildings International*, 14(1), 95-113. <https://doi.org/10.1080/17508975.2019.1613218>
- El Akremi, A., Gond, J. P., Swaen, V., De Roeck, K., & Igalens, J. (2018). How do employees perceive corporate responsibility? Development and validation of a multidimensional corporate stakeholder responsibility scale. *Journal of management*, 44(2), 619-657. <https://doi.org/10.1177/0149206315569311>
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, 21(1), 300-307. <https://doi.org/10.1111/hex.12615>
- Flick, U. (2012). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. São Paulo: Penso Editora.
- Fong, C. H., & Goh, Y. N. (2021). Why brand equity is so important for private healthcare? View from an emerging market. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1198-1205. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1755811>
- Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2016.03.007>
- Fuller, C. M., Simmering, M. J., Atinc, G., Atinc, Y., & Babin, B. J. (2016). Common methods variance detection in business research. *Journal of business research*, 69(8), 3192-3198. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.12.008>
- Gao, Y. (2017). Business leaders' personal values, organisational culture and market orientation. *Journal of Strategic Marketing*, 25(1), 49-64. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2015.1076879>

- Gentile, C., Spiller, N., & Noci, G. (2007). How to sustain the customer experience: An overview of experience components that co-create value with the customer. *European management journal*, 25(5), 395-410. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2007.08.005>
- Gola, M., Brambilla, A., Barach, P., Signorelli, C., & Capolongo, S. (2020). Educational challenges in healthcare design: Training multidisciplinary professionals for future hospitals and healthcare. *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità*, 32(5), 549-566. <https://hdl.handle.net/11311/1144356>
- Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., Ariza-Vega, P., Bellwood, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C. A. Madden, K. M., Price, M., Langford, D., & Ashe, M. C. (2022). Defining and implementing patient-centered care: an umbrella review. *Patient education and counseling*, 105(7), 1679-1688. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>
- Guibu, I. A., Moraes, J. C. D., Guerra, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. D. A., Costa, K. S., ... & Álvares, J. (2017). Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51(supl. 2), <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/?format=pdf&lang=en>
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6ª ed.). Bookman.
- Hair Jr, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*. Springer Nature. DOI: 10.1007/978-3-030-80519-7
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., & Thiele, K. O. (2017b). Mirror, mirror on the wall: a comparative evaluation of composite-based structural equation modeling methods. *Journal of the academy of marketing science*, 45, 616-632. <https://doi.org/10.1007/s11747-017-0517-x>
- Hair, J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M. and Sarstedt, M. (2017a). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*, Sage, Thousand Oaks, CA
- Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *Journal of Marketing theory and Practice*, 19(2), 139-152. <https://doi.org/10.2753/MTP1069-6679190202>
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, 31(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
- Hamrouni, A., Uyar, A., & Boussaada, R. (2020). Are corporate social responsibility disclosures relevant for lenders? Empirical evidence from France. *Management Decision*, 58(2), 267-279. <https://doi.org/10.1108/MD-06-2019-0757>

- Hossain, M. S., Yahya, S. B., Rahman, S., Sobhani, F. A., & Rahman, R. (2019). Corporate social responsibility in healthcare: A case of Islamic banks (IBs) in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 18(3), 567-573. <https://doi.org/10.3329/bjms.v18i3.41627>
- Itchhaporia, D. (2021). The evolution of the quintuple aim: health equity, health outcomes, and the economy. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(22), 2262-2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.018>
- Janamian, T., Dawda, P., & Jammal, W. (2022). Achieving person-centred primary health care through value co-creation. *Medical Journal of Australia*, 216(10), 518-519. <https://doi.org/10.5694/mja2.51538>
- Janssen, J. L., Lysova, E. I., Wickert, C., & Khapova, S. N. (2022). Employee reactions to CSR in the pursuit of meaningful work: A case study of the healthcare industry. *Frontiers in Psychology*, 13, 969839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.969839>
- Jayaraman, P. P., Forkan, A. R. M., Morshed, A., Haghghi, P. D., & Kang, Y. B. (2020). Healthcare 4.0: A review of frontiers in digital health. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery*, 10(2), e1350. <https://doi.org/10.1002/widm.1350>
- Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3(3), 25-33. <https://doi.org/10.2147/IEH.S93473>
- Kalia, D., & Aggarwal, D. (2022). Examining impact of ESG score on financial performance of healthcare companies. *Journal of Global Responsibility*, 14(1), 155-176. <https://doi.org/10.1108/JGR-05-2022-0045>
- Kash, B. A., McKahan, M., Tomaszewski, L., & McMaughan, D. (2018). The four Ps of patient experience: A new strategic framework informed by theory and practice. *Health Marketing Quarterly*, 35(4), 313-325. <https://doi.org/10.1080/07359683.2018.1524598>
- Kashif, M., Samsi, S. Z. M., Awang, Z., & Mohamad, M. (2016). EXQ: measurement of healthcare experience quality in Malaysian settings: A contextualist perspective" *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(1), 27-47. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-03-2015-0011>
- Kock, F., Berbekova, A., & Assaf, A. G. (2021). Understanding and managing the threat of common method bias: Detection, prevention and control. *Tourism Management*, 86, 104330. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2021.104330>
- Kock, F., Berbekova, A., Assaf, A. G., & Josiassen, A. (2024). Developing a scale is not enough: on the importance of nomological validity. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 36(10), 3233-3244. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-07-2023-1078>

- Kock, N., & Lynn, G. S. (2012). Lateral collinearity and misleading results in variance-based SEM: An illustration and recommendations. *Journal of the Association for Information Systems*, 13(7), 2. <https://doi.org/10.17705/1jais.00302>
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of marketing*, 35(3), 3-12. <https://doi.org/10.1177/002224297103500302>
- Kraus, S., Niemand, T., Halberstadt, J., Shaw, E., & Syrjä, P. (2017). Social entrepreneurship orientation: development of a measurement scale. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, 23(6), 977-997. <https://doi.org/10.1108/IJEER-07-2016-0206>
- Kraus, S., Schiavone, F., Pluzhnikova, A., & Invernizzi, A. C. (2021). Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research. *Journal of Business Research*, 123, 557-567. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.030>
- Kumar, V., & Reinartz, W. (2016). Creating enduring customer value. *Journal of marketing*, 80(6), 36-68. <https://doi.org/10.1509/jm.15.0414>
- Kurtuluş, S. A., & Cengiz, E. (2022). Customer Experience in Healthcare: Literature Review. *Istanbul Business Research*, 51(1). <https://doi.org/10.26650/ibr.2022.51.867283>
- Kuzey, C., Uyar, A., Nizaeva, M., & Karaman, A. S. (2021). CSR performance and firm performance in the tourism, healthcare, and financial sectors: Do metrics and CSR committees matter?. *Journal of cleaner production*, 319, 128802. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2021.128802>
- Lee, D. (2019). A model for designing healthcare service based on the patient experience. *International Journal of Healthcare Management*, 12(3), 180-188. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1359956>
- Lee, S. M., & Lee, D. (2021). Opportunities and challenges for contactless healthcare services in the post-COVID-19 Era. *Technological Forecasting and Social Change*, 167, 120712. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120712>
- Leite, H., & Hodgkinson, I. R. (2021). Telemedicine co-design and value co-creation in public health care. *Australian Journal of Public Administration*, 80(2), 300-323. <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12473>
- Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of marketing*, 80(6), 69-96. <https://doi.org/10.1509/jm.15.0420>
- Lindgreen, A., & Swaen, V. (2010). Corporate social responsibility. *International journal of management reviews*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00277.x>

- López, M. D. P. A., Ong, B. A., Frigola, X. B., Fernández, A. L., Hicklent, R. S., Obeles, A. J. T., Rocimo, A. M., & Celi, L. A. (2023). Digital literacy as a new determinant of health: A scoping review. *PLOS Digital Health*, 2(10), e0000279. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000279>
- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Podsakoff, N. P. (2011). Construct measurement and validation procedures in MIS and behavioral research: Integrating new and existing techniques. *MIS quarterly*, 293-334. <https://doi.org/10.2307/23044045>
- Mäkinen, H., Haavisto, E., Havola, S., & Koivisto, J. M. (2022). User experiences of virtual reality technologies for healthcare in learning: an integrative review. *Behaviour & Information Technology*, 41(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1788162>
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 8(4), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- McCull-Kennedy, J. R., Zaki, M., Lemon, K. N., Urmeter, F., & Neely, A. (2019). Gaining customer experience insights that matter. *Journal of service research*, 22(1), 8-26. <https://doi.org/10.1177/1094670518812182>
- McKinsey & Company. (2023). *2024 health systems outlook: A host of challenges ahead*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/2024-health-systems-outlook-a-host-of-challenges-ahead>
- Meyer, C., & Schwager, A. (2007). Understanding customer experience. *Harvard Business Review*, 85(2), 117-126.
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Mustaffa, W. S. W., Rahman, R. A., Ab Wahid, H., & Ahmad, N. L. (2020). A cognitive-affective-behavioral responses of customer experience (CAB-CE) model for service delivery improvement in the healthcare industry. *International Journal of Supply Chain Management* 9(2), 252. https://ir.upsi.edu.my/files/docs/2021/6098_1627023084.pdf
- Naamati-Schneider, L. (2023). The effect of digitalization on service orientation and service perception among Israeli healthcare professionals: A qualitative study. *Digital Health*, 9, 20552076231191892. <https://doi.org/10.1177/20552076231191892>
- Nguyen, T. L. H., & Nagase, K. (2021). Patient satisfaction and loyalty to the healthcare organization. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 15(4), 496-515. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-02-2020-0011>

- NRC Health (2021). *NRC Health 2021 Healthcare Consumer Trends Report*. NRC Health. <https://nrchealth.com/wp-content/uploads/2021/01/NRC-Health-2021-Healthcare-Consumer-Trends-Report.pdf>
- Odero, A., Pongy, M., Chauvel, L., Voz, B., Spitz, E., Pétré, B., & Baumann, M. (2020). Core values that influence the patient—healthcare professional power dynamic: steering interaction towards partnership. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8458. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228458>
- Osei-Frimpong, K., & Owusu-Frimpong, N. (2017). Value co-creation in health care: a phenomenological examination of the doctor-patient encounter. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 29(4), 365-384. <https://doi.org/10.1080/10495142.2017.1326356>
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A., & Owusu-Frimpong, N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(4), 443-462. <https://doi.org/10.1108/JSTP-03-2014-0062>
- Park, E., Kim, K. J., & Kwon, S. J. (2017). Corporate social responsibility as a determinant of consumer loyalty: An examination of ethical standard, satisfaction, and trust. *Journal of business research*, 76, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.02.017>
- Partouche-Sebban, J., Rezaee Vessal, S., & Bernhard, F. (2022). When co-creation pays off: the effect of co-creation on well-being, work performance and team resilience. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 37(8), 1640-1649. <https://doi.org/10.1108/JBIM-07-2020-0337>
- Patri, R., & Suresh, M. (2019). Agility in healthcare services: a systematic literature exploration. *International Journal of Services and Operations Management*, 32(3), 387-404. <https://doi.org/10.1504/IJSOM.2019.098356>
- Piechocka-Kaluźna, A., Tłuczak, A., & Łopatka, P. (2021). The Impact of CSR/ESG Reporting on the Cost of Capital: An Example of US Healthcare Entities. *European Research Studies Journal*, 24(Special 3). <https://ersj.eu/journal/2502>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual review of psychology*, 63(1), 539-569 <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- Pomering, A. (2017). Marketing for sustainability: Extending the conceptualisation of the marketing mix to drive value for individuals and society at large. *Australasian Marketing Journal*, 25(2), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2017.04.011>

- Popa, A. L., Țarcă, N. N., Sasu, D. V., Bodog, S. A., Roșca, R. D., & Tarcza, T. M. (2022). Exploring Marketing Insights for Healthcare: Trends and Perspectives Based on Literature Investigation. *Sustainability*, 14(17), 10499. <https://doi.org/10.3390/su141710499>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2006). Strategy and Society :The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard business review*, 84(12), 78-92. <https://hbr.org/2006/12/strategy-and-society-the-link-between-competitive-advantage-and-corporate-social-responsibility>
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2011). Creating shared value: Redefining capitalism and the role of the corporation in society. *Harvard Business Review*, 89(1/2), 62-77. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/2011-0609_FSG_Creating_Shared_Value_20859152-c051-44dd-a2c0-761abf6bc2d1.pdf
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2019). Creating shared value. In G.G. Lenssen & N. C. Smith. *Managing sustainable business*, (pp. 323-346). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-024-1144-7_16
- Rantala, K., & Karjaluoto, H. (2016). Value co-creation in health care: Insights into the transformation from value creation to value co-creation through digitization. *Proceedings of the 20th International Academic Mindtrek Conference* (34-41). <https://doi.org/10.1145/2994310.2994325>
- Rasche, C., Margaria, T., & Floyd, B. D. (2017). Service model innovation in hospitals: Beyond expert organizations. *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management: Models, Strategies, Tools*, 1-20. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46412-1_1
- Ribeiro, L. A., & Scatena, J. H. (2019). The evaluation of primary health care in Brazil: an analysis of the scientific production between 2007 and 2017. *Saúde e Sociedade*, 28, 95-110. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>
- Salavati, S., Rahimaghaee, F., & Seylani, K. (2022). Co-creation: A new keyword in advancing the objectives of health organizations in COVID-19 crisis. *Nursing Practice Today*, 9(1), 1-3. <https://doi.org/10.18502/npt.v9i1.7318>
- Sarstedt, M., Hair Jr, J. F., Cheah, J. H., Becker, J. M., & Ringle, C. M. (2019). How to specify, estimate, and validate higher-order constructs in PLS-SEM. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 27(3), 197-211. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2019.05.003>
- Schiavone, F., Leone, D., Sorrentino, A., & Scaletti, A. (2020). Re-designing the service experience in the value co-creation process: an exploratory study of a healthcare network. *Business Process Management Journal*, 26(4), 889-908. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-11-2019-0475>

- Schmitt, B. (1999). Experiential marketing. *Journal of Marketing Management*, 15(1-3), 53-67. <https://doi.org/10.1362/026725799784870496>
- Scillitoe, J. L., Poonamallee, L., & Joy, S. (2018). Balancing market versus social strategic orientations in socio-tech ventures as part of the technology innovation adoption process—examples from the global healthcare sector. *Journal of Social Entrepreneurship*, 9(3), 257-287. <https://doi.org/10.1080/19420676.2018.1498378>
- Sharma, S. (2020). Co-creational leadership capability for driving health-care service innovation. *Measuring Business Excellence*, 25(4), 434-451. <https://doi.org/10.1108/MBE-11-2019-0117>
- Shaw, J., Abejirinde, I. O. O., Agarwal, P., Shahid, S., & Martin, D. (2024). Digital health and equitable access to care. *PLOS Digital Health*, 3(9), e0000573. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000573>
- Shayan, N F., Mohabbati-Kalejahi, N., Alavi, S., & Zahed, M. A. (2022). Sustainable development goals (SDGs) as a framework for corporate social responsibility (CSR). *Sustainability*, 14(3), 1222. <https://doi.org/10.3390/su14031222>
- Sikandar, H., Abbas, A. F., Khan, N., & Qureshi, M. I. (2022). Digital technologies in healthcare: A systematic review and bibliometric analysis. *International journal of online and biomedical engineering*, 18(8), 34-48. <https://doi.org/10.3991/ijoe.v18i08.31961>
- Srivetbodee, S., Igel, B., & Kraisornsuthasinee, S. (2017). Creating social value through social enterprise marketing: case studies from thailand's food-focused social entrepreneurs. *Journal of Social Entrepreneurship*, 8(2), 201-224. <https://doi.org/10.1080/19420676.2017.1371630>
- Sweeney, J. C., & Soutar, G. N. (2001). Consumer perceived value: The development of a multiple item scale. *Journal of Retailing*, 77(2), 203-220. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(01\)00041-0](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(01)00041-0)
- Tiitola, V., Marek, M., Korhonen, T., & Laine, T. (2023). Enabling value-in-use with digital healthcare technologies: combining service logic and pragmatic constructivism. *Journal of Management and Governance*, 27(3), 841-871. <https://doi.org/10.1007/s10997-022-09631-y>
- Tregua, M., D'Auria, A., & Brozovic, D. (2022). Value-oriented knowledge management: insights from theory and practice. *Knowledge Management Research & Practice*, 20(5), 661-671. <https://doi.org/10.1080/14778238.2020.1789003>
- Tsevat, J., & Moriates, C. (2018). Value-based health care meets cost-effectiveness analysis. *Annals of internal medicine*, 169(5), 329-332. <https://doi.org/10.7326/M18-0342>

- Van Zyl-Cillié, M., Demirtas, D., & Hans, E. (2023). Wait! What does that mean?: Eliminating ambiguity of delays in healthcare from an OR/MS perspective. *Health systems*, 12(1), 3-21. <https://doi.org/10.1080/20476965.2021.2018362>
- Varey, R. J. (2010). Marketing means and ends for a sustainable society: A welfare agenda for transformative change. *Journal of Macromarketing*, 30(2), <https://doi.org/10.1177/0276146710361931>
- Valério Netto, A. V., & Tateyama, A. G. P. (2018). Avaliação de tecnologia de telemonitoramento e biotelemetria para o cuidado híbrido para o idoso com condição crônica. *Journal of Health Informatics*, 10(4). <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/602>
- Varghese, J., & Chapiro, J. (2024). ChatGPT: The transformative influence of generative AI on science and healthcare. *Journal of hepatology*, 80(6), 977-980. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.07.028>
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1), 1-17. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2017). Service-dominant logic 2025. *International Journal of Research in Marketing*, 34(1), 46-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2016.11.001>
- Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M., & Schlesinger, L. A. (2009). Customer experience creation: Determinants, dynamics and management strategies. *Journal of retailing*, 85(1), 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2008.11.001>
- Wang, D. Q., Feng, L. Y., Ye, J. G., Zou, J. G., & Zheng, Y. F. (2023). Accelerating the integration of ChatGPT and other large-scale AI models into biomedical research and healthcare. *MedComm—Future Medicine*, 2(2), e43. <https://doi.org/10.1002/mef2.43>
- Wang, Q., Su, M., Zhang, M., & Li, R. (2021). Integrating digital technologies and public health to fight Covid-19 pandemic: key technologies, applications, challenges and outlook of digital healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6053. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116053>
- Whyle, E. B., & Olivier, J. (2021). Towards an explanation of the social value of health systems: an interpretive synthesis. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(7), 414. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32861236/>
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2021). Reexamining “Defining Patient Experience”: the human experience in healthcare. *Patient Experience Journal*, 8(1), 16-29. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1594>
- Woodside, S. J. (2018). Dominant logics: US WISEs and the tendency to favor a market-dominant or social mission-dominant approach. *Social Enterprise Journal*, 14(1), 39-59. <https://doi.org/10.1108/SEJ-01-2016-0001>

- World Health Organization WHO. (2023). *Digital health literacy key to overcoming barriers for health workers, WHO study says*. WHO. <https://www.who.int/europe/news/item/18-09-2023-digital-health-literacy-key-to-overcoming-barriers-for-health-workers--who-study-says>
- Worlu, R., Kehinde, O. J., & Borishade, T. T. (2016). Effective customer experience management in health-care sector of Nigeria: a conceptual model. *International journal of pharmaceutical and healthcare marketing*, 10(4), 449-466. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-12-2015-0059>
- Wu, H. L., Chen, T. Y., & Chen, B. H. (2022). Driving forces of repurchasing social enterprise products. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 37(2), 447-460. <https://doi.org/10.1108/JBIM-08-2020-0381>
- Xu, F., Tan, J., Lu, L., Li, S., & Qin, L. (2021). How Does value co-creation behavior affect destination loyalty? A role switching perspective. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 16(5), 1805-1826. <https://doi.org/10.3390/jtaer16050101>
- Yao, R., Zhang, W., Evans, R., Cao, G., Rui, T., & Shen, L. (2022). Inequities in health care services caused by the adoption of digital health technologies: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e34144. <https://doi.org/10.2196/34144>
- Zhou, W. J., Wan, Q. Q., Liu, C. Y., Feng, X. L., & Shang, S. M. (2017). Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 442-449. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx058>

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PERFIL PROFISSIONAL

<p>Pesquisa sobre serviços de saúde</p> <p>Olá!</p> <p>Estamos realizando uma pesquisa sobre serviços de saúde. Se você é um usuário dos serviços de saúde (paciente, cliente, acompanhante) e os utilizou nos últimos seis meses ou se você é um profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta entre outros) que atua em serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, unidades e postos de saúde, empresas de assistência domiciliar), te convidamos a participar da pesquisa respondendo ao questionário abaixo, com duração de poucos minutos.</p> <p>A sua participação é voluntária e não há necessidade de identificação, nem custos envolvidos. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, de forma anônima, sigilosa e confidencial, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018). Você também pode desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.</p> <p>Caso use celular para responder, coloque-o na posição horizontal, permitindo visualizar todas as respostas.</p> <p>Sua colaboração é muito importante. Muito Obrigado!</p> <p>Para esclarecimentos sobre a pesquisa, entre em contato pelo e-mail atiliopeixoto@gmail.com.</p> <p>Atílio Peixoto Soares Júnior – doutorando em Ciências Contábeis e Administração da FUCAPE Business School. Orientador: Professor Dr. Emerson Wagner Mainardes - FUCAPE Business School.</p>	
<p>Você aceita participar voluntariamente da pesquisa?</p> <p>Sim.</p> <p>Não.</p>	
<p>Com qual dessas categorias abaixo você se identifica?</p> <p>Usuário de serviços de saúde (paciente, cliente, acompanhando), tendo utilizado os serviços nos últimos 6 meses.</p> <p>Profissional de serviços de saúde (assistencial ou administrativo).</p> <p>Nenhuma das duas.</p>	
Eu percebo mudanças culturais das empresas de saúde para melhor atender as expectativas dos usuários.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Na minha visão, os profissionais de saúde são engajados.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu consigo perceber a estratégia das empresas de saúde.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
É possível constatar ações e estratégias das empresas de saúde para buscar a fidelização do usuário.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
A responsabilidade social corporativa das empresas de saúde influencia a fidelização do usuário a elas.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que a marca influencia a escolha do usuário por uma empresa de saúde	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
É possível perceber que o atendimento ao usuário das empresas de saúde é adequado e satisfatório.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Na minha visão, o usuário se sente envolvido pelas empresas de saúde e pelos profissionais no processo do cuidado.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu considero que as empresas de saúde oferecem uma estrutura física e tecnológica adequada, confortável e satisfatória para o usuário.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que os profissionais de saúde são capacitados, acolhedores, transparentes e seguros.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu percebo que o usuário se sente satisfeito com a prestação dos serviços de saúde.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que o usuário consegue perceber qualidade no atendimento e na prestação dos serviços de saúde.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)

É possível constatar que as empresas de saúde estão inovando para melhorar o atendimento e o cuidado com o usuário.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu sinto que as empresas de saúde estão engajadas em ações de promoção e prevenção da saúde para a população em geral.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível perceber que as empresas de saúde estão investindo para reduzir o tempo de espera e a burocracia no atendimento ao usuário.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha percepção, o usuário pratica o autocuidado no tratamento e conversa sobre isso com os profissionais de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o usuário colabora e participa da busca pela solução do tratamento de saúde junto com os profissionais de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário resolve seus problemas de comunicação ao usar as ferramentas tecnológicas com as empresas e profissionais de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário expressa suas opiniões aos profissionais de saúde e estes levam isso em consideração na elaboração de um tratamento de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
A participação do usuário na busca por um tratamento junto com os profissionais da saúde o deixa mais confiante e seguro.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha visão, o usuário atua ativamente para colaborar com os profissionais de saúde em todo atendimento ou tratamento.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário se sente acolhido e é tratado com cordialidade pelos profissionais de saúde durante a prestação do serviço.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível constatar que o usuário sente que os serviços de saúde são ágeis e que ele é atendido com rapidez sempre que precisa.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Quando o usuário precisa se comunicar com as empresas ou profissionais de saúde, sente que o esforço é baixo e a comunicação é fluida.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Levando em conta todo contexto relacionado à saúde, a experiência do usuário ao longo da jornada com as empresas de saúde é satisfatória.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha visão, a relação do usuário com os profissionais de saúde é transparente.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário é continuamente informado do que está acontecendo na prestação do serviço de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o usuário sente confiança nos profissionais e nas empresas de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha percepção, o usuário se sente bem tratado e confortável durante o atendimento ou tratamento de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível perceber que o usuário sente que os serviços e os profissionais de saúde são acessíveis.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário se sente seguro durante um atendimento médico e/ou assistencial	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha visão, o usuário vê as empresas de saúde desenvolvendo responsabilidade social corporativa.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário sente que as empresas de saúde estão envolvidas com ações para ajudar a sociedade.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o usuário enxerga as ações voluntárias dos colaboradores e profissionais das empresas de saúde contribuindo com a sociedade.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível perceber que o usuário sente que as empresas de saúde se preocupam com o social e buscam comunicar isso a ele.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário acredita que as ações para promoção e prevenção de saúde promovidas pelas empresas de saúde são ações sociais.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha percepção, o usuário acredita que as empresas de saúde estão gerando valor para a sociedade.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O usuário sempre utiliza as ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde para se comunicar com elas e com os profissionais de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o usuário vê que as empresas de saúde investem em tecnologia para melhorar o seu atendimento e os seus serviços.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O usuário tem a opção de escolher se usará atendimento virtual ou humano para falar com as empresas e com os profissionais de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)

As tecnologias e ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde ajudam o usuário a economizar tempo e recursos no atendimento.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu sinto que o usuário percebe inovações e tecnologias sendo usadas pelas empresas de saúde nos processos assistenciais.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Qual seu sexo? Feminino. Masculino.							
Qual a sua idade? Menos de 28 anos. De 29 a 43 anos. De 44 a 63 anos. De 64 a 85 anos. Mais de 85 anos.							
Qual a sua escolaridade? Ensino fundamental. Ensino médio. Ensino superior. Pós-graduação. Outra.							
Qual a sua renda familiar mensal? Até 2.800,00 reais. De 2.801,00 a 7.100,00 reais. De 7.101,00 a 9.900,00 reais. De 9.901,00 a 14.000,00 reais. Maior que 14.001,00 reais.							
Você está exercendo sua profissão em serviços de saúde? (hospitais, clínicas, laboratórios, unidades e postos de saúde, empresas de assistência domiciliar e outras de serviços de saúde). Sim. Não.							
Há quanto tempo você atua nos serviços de saúde? Há menos de 2 anos. Entre 2 e 5 anos. Entre 6 e 10 anos. Há mais de 11 anos.							
Qual é a sua profissão? Médico(a). Psicólogo(a). Fisioterapeuta. Enfermeiro(a). Técnico de enfermagem. Terapeuta ocupacional. Nutricionista. Fonoaudiólogo(a). Gestor(a) hospitalar (diretor(a), gerente, coordenador(a), supervisor(a)) Profissional administrativo (analista, especialista, consultor(a), assistente, atendente, outro administrativo) Outro							
Em qual setor da saúde você atua? Público. Privado. Público e privado. Outro.							

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PERFIL USUÁRIO

<p>Pesquisa sobre serviços de saúde Olá!</p> <p>Estamos realizando uma pesquisa sobre serviços de saúde. Se você é um usuário dos serviços de saúde (paciente, cliente, acompanhante) e os utilizou nos últimos seis meses ou se você é um profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta entre outros) que atua em serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, unidades e postos de saúde, empresas de assistência domiciliar), te convidamos a participar da pesquisa respondendo ao questionário abaixo, com duração de poucos minutos.</p> <p>A sua participação é voluntária e não há necessidade de identificação, nem custos envolvidos. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, de forma anônima, sigilosa e confidencial, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018). Você também pode desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.</p> <p>Caso use celular para responder, coloque-o na posição horizontal, permitindo visualizar todas as respostas.</p> <p>Sua colaboração é muito importante. Muito Obrigado!</p> <p>Para esclarecimentos sobre a pesquisa, entre em contato pelo e-mail atiliopeixoto@gmail.com.</p> <p>Atílio Peixoto Soares Júnior – doutorando em Ciências Contábeis e Administração da FUCAPE Business School. Orientador: Professor Dr. Emerson Wagner Mainardes - FUCAPE Business School.</p>		
<p>Você aceita participar voluntariamente da pesquisa?</p> <p>Sim.</p> <p>Não.</p>		
<p>Com qual dessas categorias abaixo você se identifica?</p> <p>Usuário de serviços de saúde (paciente, cliente, acompanhando), tendo utilizado os serviços nos últimos 6 meses.</p> <p>Profissional de serviços de saúde (assistencial ou administrativo).</p> <p>Nenhuma das duas.</p>		
Eu percebo mudanças culturais das empresas de saúde para melhor atender as expectativas dos usuários.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Na minha visão, os profissionais de saúde são engajados.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Eu consigo perceber a estratégia das empresas de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
É possível constatar ações e estratégias das empresas de saúde para buscar a fidelização do usuário.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
A responsabilidade social corporativa das empresas de saúde influencia a fidelização do usuário a elas.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que a marca influencia a escolha do usuário por uma empresa de saúde	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
É possível perceber que o atendimento ao usuário das empresas de saúde é adequado e satisfatório.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Na minha visão, o usuário se sente envolvido pelas empresas de saúde e pelos profissionais no processo do cuidado.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Eu considero que as empresas de saúde oferecem uma estrutura física e tecnológica adequada, confortável e satisfatória para o usuário.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que os profissionais de saúde são capacitados, acolhedores, transparentes e seguros.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Eu percebo que o usuário se sente satisfeito com a prestação dos serviços de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que o usuário consegue perceber qualidade no atendimento e na prestação dos serviços de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)
É possível constatar que as empresas de saúde estão inovando para melhorar o atendimento e o cuidado com o usuário.	(DT)	1 2 3 4 5 (CT)

Eu sinto que as empresas de saúde estão engajadas em ações de promoção e prevenção da saúde para a população em geral.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível perceber que as empresas de saúde estão investindo para reduzir o tempo de espera e a burocracia no atendimento ao usuário.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Na minha percepção, o usuário pratica o autocuidado no tratamento e conversa sobre isso com os profissionais de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível observar que o usuário colabora e participa da busca pela solução do tratamento de saúde junto com os profissionais de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário resolve seus problemas de comunicação ao usar as ferramentas tecnológicas com as empresas e profissionais de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário expressa suas opiniões aos profissionais de saúde e estes levam isso em consideração na elaboração de um tratamento de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
A participação do usuário na busca por um tratamento junto com os profissionais da saúde o deixa mais confiante e seguro.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Na minha visão, o usuário atua ativamente para colaborar com os profissionais de saúde em todo atendimento ou tratamento.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário se sente acolhido e é tratado com cordialidade pelos profissionais de saúde durante a prestação do serviço.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível constatar que o usuário sente que os serviços de saúde são ágeis e que ele é atendido com rapidez sempre que precisa.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Quando o usuário precisa se comunicar com as empresas ou profissionais de saúde, sente que o esforço é baixo e a comunicação é fluida.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Levando em conta todo contexto relacionado à saúde, a experiência do usuário ao longo da jornada com as empresas de saúde é satisfatória.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Na minha visão, a relação do usuário com os profissionais de saúde é transparente.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário é continuamente informado do que está acontecendo na prestação do serviço de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível observar que o usuário sente confiança nos profissionais e nas empresas de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Na minha percepção, o usuário se sente bem tratado e confortável durante o atendimento ou tratamento de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível perceber que o usuário sente que os serviços e os profissionais de saúde são acessíveis.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário se sente seguro durante um atendimento médico e/ou assistencial	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Na minha visão, o usuário vê as empresas de saúde desenvolvendo responsabilidade social corporativa.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário sente que as empresas de saúde estão envolvidas com ações para ajudar a sociedade.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível observar que o usuário enxerga as ações voluntárias dos colaboradores e profissionais das empresas de saúde contribuindo com a sociedade.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível perceber que o usuário sente que as empresas de saúde se preocupam com o social e buscam comunicar isso a ele.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Eu percebo que o usuário acredita que as ações para promoção e prevenção de saúde promovidas pelas empresas de saúde são ações sociais.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
Na minha percepção, o usuário acredita que as empresas de saúde estão gerando valor para a sociedade.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
O usuário sempre utiliza as ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde para se comunicar com elas e com os profissionais de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
É possível observar que o usuário vê que as empresas de saúde investem em tecnologia para melhorar o seu atendimento e os seus serviços.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
O usuário tem a opção de escolher se usará atendimento virtual ou humano para falar com as empresas e com os profissionais de saúde.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)
As tecnologias e ferramentas digitais disponibilizadas pelas empresas de saúde ajudam o usuário a economizar tempo e recursos no atendimento.	(DT)	1 2 3 4 5	(CT)

Eu sinto que o usuário percebe inovações e tecnologias sendo usadas pelas empresas de saúde nos processos assistenciais. (DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Qual seu sexo? Feminino. Masculino.
Qual a sua idade? Menos de 28 anos. De 29 a 43 anos. De 44 a 63 anos. De 64 a 85 anos. Mais de 85 anos.
Qual a sua escolaridade? Ensino fundamental. Ensino médio. Ensino superior. Pós-graduação. Outra.
Qual a sua renda familiar mensal? Até 2.800,00 reais. De 2.801,00 a 7.100,00 reais. De 7.101,00 a 9.900,00 reais. De 9.901,00 a 14.000,00 reais. Maior que 14.001,00 reais.
Há quanto tempo você usou os serviços de saúde pela última vez? Há uma semana. Há um mês. Há três meses. Há seis meses. Outro.
Qual motivo o levou a usar os serviços de saúde? (escolha até três opções). Consulta médica regular (exames de rotina, acompanhamento de condições crônicas, verificação de sintomas persistentes). Emergência médica (acidentes, doenças súbitas e graves). Cirurgia (cirurgia eletiva para melhorar a qualidade de vida, cirurgia de emergência). Tratamento de doença aguda ou crônica (tratamento de infecções, gestão de condições crônicas como diabetes, hipertensão etc.). Exame diagnóstico (radiografia, ressonância magnética, tomografia para diagnóstico, exame de sangue para avaliação da saúde geral). Cuidado pré-natal e parto (acompanhamento durante a gravidez, partos e cuidados pós-natal). Reabilitação (fisioterapia após lesões, reabilitação cardíaca ou pulmonar). Saúde mental (consultas com psicólogos ou psiquiatras, tratamento de transtornos mentais). Assistência domiciliar (cuidados a paciente acamado, serviços de enfermagem em casa). Vacinação (imunizações regulares, vacinação de emergência em surtos de doenças). Check-ups preventivos (exames para detecção precoce de câncer, avaliações de saúde para prevenção de doenças). Gestão de dores crônicas (consultas para o manejo da dor, tratamentos alternativos, como fisioterapia e acupuntura). Outro
Você possui algum tipo de seguro ou plano de saúde? Sim. Não. Não sei
Com que facilidade você pode acessar serviços de saúde? Foi muito difícil acessar os serviços de saúde. Foi difícil acessar os serviços de saúde. Foi um esforço normal acessar os serviços de saúde. Foi fácil acessar os serviços de saúde. Foi muito fácil acessar os serviços de saúde. Não sei responder.

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

variável	Perfil	Profissional	Usuário
Sexo	Feminino	70%	63%
	Masculino	30%	37%
Idade	Até 28 anos	8%	9%
	De 29 a 43 anos	56%	44%
	De 44 a 63 anos	35%	43%
	De 64 a 85 anos	1%	4%
Escolaridade	Ensino fundamental	-	2%
	Ensino médio	2%	6%
	Ensino superior	13%	30%
	Outra	3%	5%
Renda	Pós-graduação	82%	57%
	Até R\$ 2.800	4%	9%
	De R\$ 2.801 a 7.100	28%	34%
	De R\$ 7.101 a 9.900	14%	14%
	De R\$ 9.901 a 14.000	25%	13%
Você está exercendo sua profissão em serviços de saúde?	Maior que R\$ 14.001	30%	30%
	Sim	91%	
Qual é sua profissão	Não	9%	
	Gestor(a) hospitalar	42%	
	Profissional administrativo	24%	
	Enfermeiro(a)	15%	
	Psicólogo(a)	6%	
	Médico(a)	5%	
	Outro	6%	
	Técnico(a) de enfermagem	3%	
Há quanto tempo você atua nos serviços de saúde?	Nutricionista	1%	
	Entre 2 e 5 anos	15%	
	Entre 6 e 10 anos	18%	
	Há mais de 11 anos	59%	
Em qual setor da saúde você atua?	Há menos de 2 anos	8%	
	Privado	63%	
	Público e privado	17%	
	Público	14%	
Há quanto tempo você usou os serviços de saúde pela última vez?	Outro	6%	30%
	Há uma semana		26%
	Há um mês		26%
	Há três meses		13%
	Há seis meses		6%
Qual motivo o levou a usar os serviços de saúde? (escolha até três opções).	Check-ups preventivos	1%	
	Cirurgia	3%	
	Consulta médica regular	73%	
	Cuidado pré-natal e parto	1%	
	Emergência médica	11%	
	Exame diagnóstico	1%	
	Gestão de dores crônicas	1%	
	Outro	3%	
Com que facilidade você pode acessar serviços de saúde?	Reabilitação	1%	
	Tratamento de doenças agudas ou crônicas	5%	
	Foi muito difícil acessar os serviços de saúde.	2%	
	Foi difícil acessar os serviços de saúde.	12%	
	Foi um esforço normal acessar os serviços de saúde.	31%	
	Foi fácil acessar os serviços de saúde.	43%	
	Foi muito fácil acessar os serviços de saúde.	12%	

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

APÊNDICE D – MATRIZ DE CORRELAÇÃO ANTI-IMAGEM

X01	0,921 ^a	-0,244	-0,139	-0,053	0,072	0,163	-0,025	-0,135	-0,259	-0,116	-0,004	0,000	0,267	-0,105	0,076	0,009	0,067	-0,074	-0,062	-0,160	-0,130	0,073	-0,057	0,035	-0,104	-0,032
X02	-0,244	0,950 ^a	0,095	-0,021	-0,331	-0,128	0,018	0,013	-0,028	-0,134	0,047	-0,027	-0,164	0,062	-0,109	0,033	0,058	0,061	-0,031	-0,031	0,012	0,062	-0,044	0,064	-0,062	0,013
X07	-0,139	0,095	0,963 ^a	-0,128	-0,120	-0,155	0,123	-0,111	-0,129	-0,113	0,047	-0,094	-0,008	0,076	-0,030	-0,073	-0,001	0,122	-0,099	-0,047	-0,159	-0,034	0,035	0,070	-0,163	0,008
X09	-0,053	-0,021	-0,128	0,955 ^a	0,134	-0,134	-0,088	0,123	-0,006	-0,066	0,032	-0,093	-0,138	0,061	-0,064	0,063	-0,144	0,073	0,009	-0,053	-0,129	0,052	0,007	-0,034	0,011	-0,251
X10	0,072	-0,331	-0,120	0,134	0,953 ^a	-0,016	-0,062	0,087	-0,048	0,010	0,004	-0,072	-0,203	0,064	-0,191	-0,204	-0,084	-0,016	0,004	-0,048	-0,001	0,048	-0,157	-0,038	-0,022	0,086
X11	0,163	-0,128	-0,155	-0,134	-0,016	0,969 ^a	0,028	-0,086	-0,039	0,017	-0,104	-0,210	0,096	-0,020	-0,118	-0,058	-0,054	-0,144	-0,036	-0,014	-0,017	0,093	-0,010	-0,099	0,033	-0,072
X13	-0,025	0,018	0,123	-0,088	-0,062	0,028	0,945 ^a	-0,189	-0,303	-0,018	0,006	-0,092	0,131	-0,047	0,009	-0,103	0,042	-0,061	-0,001	0,082	-0,066	-0,072	0,108	-0,174	-0,109	-0,108
X14	-0,135	0,013	-0,111	0,123	0,087	-0,086	-0,189	0,963 ^a	0,006	0,057	-0,048	0,072	-0,134	-0,071	-0,063	0,045	-0,114	-0,177	0,038	-0,061	-0,011	-0,032	-0,133	0,021	0,030	0,002
X15	-0,259	-0,028	-0,129	-0,006	-0,048	-0,039	-0,303	0,006	0,954 ^a	0,043	-0,119	-0,085	0,026	0,059	-0,022	0,055	-0,073	0,026	0,086	0,008	0,088	-0,078	-0,063	-0,137	-0,099	0,056
X22	-0,116	-0,134	-0,113	-0,066	0,010	0,017	-0,018	0,057	0,043	0,962 ^a	-0,135	-0,035	-0,108	-0,011	-0,141	-0,267	-0,100	0,058	0,000	-0,041	0,056	0,026	0,039	-0,021	0,134	0,003
X23	-0,004	0,047	0,047	0,032	0,004	-0,104	0,006	-0,048	-0,119	-0,135	0,964 ^a	-0,158	-0,036	-0,031	0,042	-0,153	0,008	-0,217	-0,076	-0,047	-0,194	0,003	0,093	0,112	-0,011	0,058
X25	0,000	-0,027	-0,094	-0,093	-0,072	-0,210	-0,092	0,072	-0,085	-0,035	-0,158	0,978 ^a	-0,056	-0,064	-0,117	0,080	-0,066	-0,017	0,002	-0,104	0,034	0,025	-0,002	-0,043	-0,026	0,032
X26	0,267	-0,164	-0,008	-0,138	-0,203	0,096	0,131	-0,134	0,026	-0,108	-0,036	-0,056	0,947 ^a	-0,209	0,012	-0,101	-0,088	0,005	0,014	-0,101	0,038	-0,101	0,017	-0,077	-0,094	-0,017
X27	-0,105	0,062	0,076	0,061	0,064	-0,020	-0,047	-0,071	0,059	-0,011	-0,031	-0,064	-0,209	0,962 ^a	-0,103	-0,109	0,026	-0,058	0,038	-0,043	-0,054	-0,151	-0,174	0,079	-0,168	0,031
X28	0,076	-0,109	-0,030	-0,064	-0,191	-0,118	0,009	-0,063	-0,022	-0,141	0,042	-0,117	0,012	-0,103	0,972 ^a	0,051	-0,172	-0,016	-0,070	0,035	-0,125	-0,035	0,126	0,045	-0,065	-0,014
X29	0,009	0,033	-0,073	0,063	-0,204	-0,058	-0,103	0,045	0,055	-0,267	-0,153	0,080	-0,101	-0,109	0,051	0,941 ^a	-0,302	0,001	-0,044	0,151	0,042	0,069	-0,017	0,049	-0,003	-0,155
X31	0,067	0,058	-0,001	-0,144	-0,084	-0,054	0,042	-0,114	-0,073	-0,100	0,008	-0,066	-0,088	0,026	-0,172	-0,302	0,965 ^a	0,068	0,007	-0,067	0,023	-0,066	0,004	-0,060	-0,023	0,100
X32	-0,074	0,061	0,122	0,073	-0,016	-0,144	-0,061	-0,177	0,026	0,058	-0,217	-0,017	0,005	-0,058	-0,016	0,001	0,068	0,963 ^a	-0,203	-0,130	-0,046	-0,063	-0,058	-0,029	-0,042	-0,099
X33	-0,062	-0,031	-0,099	0,009	0,004	-0,036	-0,001	0,038	0,086	0,000	-0,076	0,002	0,014	0,038	-0,070	-0,044	0,007	-0,203	0,972 ^a	-0,183	-0,159	-0,141	-0,161	-0,027	0,021	-0,018
X34	-0,160	-0,031	-0,047	-0,053	-0,048	-0,014	0,082	-0,061	0,008	-0,041	-0,047	-0,104	-0,101	-0,043	0,035	0,151	-0,067	-0,130	-0,183	0,969 ^a	-0,019	-0,137	-0,046	-0,017	0,110	0,034
X35	-0,130	0,012	-0,159	-0,129	-0,001	-0,017	-0,066	-0,011	0,088	0,056	-0,194	0,034	0,038	-0,054	-0,125	0,042	0,023	-0,046	-0,159	-0,019	0,956 ^a	-0,039	-0,230	-0,142	0,050	0,189
X36	0,073	0,062	-0,034	0,052	0,048	0,093	-0,072	-0,032	-0,078	0,026	0,003	0,025	-0,101	-0,151	-0,035	0,069	-0,066	-0,063	-0,141	-0,137	-0,039	0,961 ^a	-0,210	-0,013	-0,006	0,004
X37	-0,057	-0,044	0,035	0,007	-0,157	-0,010	0,108	-0,133	-0,063	0,039	0,093	-0,002	0,017	-0,174	0,126	-0,017	0,004	-0,058	-0,161	-0,046	-0,230	-0,210	0,950 ^a	0,026	0,076	-0,178
X39	0,035	0,064	0,070	-0,034	-0,038	-0,099	-0,174	0,021	-0,137	-0,021	0,112	-0,043	-0,077	0,079	0,045	0,049	-0,060	-0,029	-0,027	-0,017	-0,142	-0,013	0,026	0,934 ^a	-0,097	-0,420
X41	-0,104	-0,062	-0,163	0,011	-0,022	0,033	-0,109	0,030	-0,099	0,134	-0,011	-0,026	-0,094	-0,168	-0,065	-0,003	-0,023	-0,042	0,021	0,110	0,050	-0,006	0,076	-0,097	0,959 ^a	-0,134
X42	-0,032	0,013	0,008	-0,251	0,086	-0,072	-0,108	0,002	0,056	0,003	0,058	0,032	-0,017	0,031	-0,014	-0,155	0,100	-0,099	-0,018	0,034	0,189	0,004	-0,178	-0,420	-0,134	0,898 ^a

Fonte: Dados da pesquisa (2024). Legenda: ^a – Medidas de adequação da amostragem.

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO (ESTUDO 2)

Pesquisa sobre gestão dos serviços de saúde	
Olá!	
Estamos realizando uma pesquisa sobre a gestão dos serviços de saúde. Se você é um profissional de saúde gestor, ou seja, supervisor, coordenador, especialista, consultor, gerente, superintendente, diretor, presidente, dirigente, CEO ou outra posição de gestão e atua em serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatorios, unidades e postos de saúde), te convidamos a participar da pesquisa respondendo ao questionário abaixo.	
A sua participação voluntária e sem custos envolvidos. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, de forma anônima, sigilosa e confidencial, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018). Você também pode desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.	
Responder ao questionário não levará mais que 10 minutos. Caso use celular para responder, coloque-o na posição horizontal, permitindo visualizar todas as respostas.	
Sua colaboração é importante. Muito Obrigado!	
Dúvidas e contato: atiliopeixoto@gmail.com	
Atílio Peixoto Soares Júnior doutorando em Ciências Contábeis e Administração pela FUCAPE Business School.	
Orientador: Professor Dr. Emerson Wagner Mainardes - FUCAPE Business School.	
Você aceita participar voluntariamente da pesquisa?	
<input type="checkbox"/> Sim.	
<input type="checkbox"/> Não.	
Você atua como consultor /gestor /administrador /especialista /gerente /dirigente /executivo /presidente /conselheiro em uma empresa de serviços de saúde?	
<input type="checkbox"/> Sim.	
<input type="checkbox"/> Não.	
Instruções para responder.	
Cada afirmação é acompanhada de uma escala para resposta que varia de intensidade de 1 a 5, onde 1 indica discordo totalmente com a afirmação e 5 indica concordo totalmente com a afirmação.	
A inovação social é importante para a nossa empresa.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Investimos fortemente no desenvolvimento de novas formas de aumentar o nosso impacto social e de servir os nossos usuários.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Na nossa empresa surgem com muita frequência novas ideias para resolver problemas sociais.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Nossos objetivos de negócios da empresa de saúde são impulsionados principalmente pela satisfação do usuário.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Monitoramos e avaliamos de perto nosso nível de comprometimento no atendimento às necessidades dos usuários.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Nossa estratégia para obter vantagem competitiva é baseada em nossa compreensão das necessidades dos usuários.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Nossas estratégias de negócios são impulsionadas por nossas crenças sobre como podemos oferecer maior valor para os usuários.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Medimos a satisfação do usuário de forma sistemática e frequente.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Prestamos muita atenção ao pós-serviço (pós-operatório, pós-consulta, pós-tratamento, pós-atendimento).	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu sinto que os nossos profissionais de saúde são capacitados, acolhedores, transparentes e seguros.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)
Eu percebo que o usuário se sente acolhido e é tratado com cordialidade pelos nossos profissionais de saúde durante a prestação do serviço.	(DT) 1 2 3 4 5 (CT)

Eu percebo que o nosso usuário se sente seguro durante um atendimento médico e/ou assistencial.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha percepção, o nosso usuário se sente bem tratado e confortável durante o atendimento ou tratamento de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha visão, a relação do nosso usuário com os profissionais de saúde é transparente.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o nosso usuário sente confiança nos profissionais e na empresa.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha visão, os nossos profissionais de saúde são engajados.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Levando em conta todo contexto relacionado à saúde, a experiência do usuário ao longo da jornada com nossa empresa de saúde é satisfatória.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o usuário se sente satisfeito com a nossa prestação dos serviços de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível perceber que o atendimento ao usuário da nossa empresa de saúde é adequado e satisfatório.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha percepção, o nosso usuário acredita que a nossa empresa de saúde está gerando valor para a sociedade.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o nosso usuário sente que a nossa empresa de saúde está envolvida com ações para ajudar a sociedade.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Na minha visão, o nosso usuário vê a nossa empresa de saúde desenvolvendo responsabilidade social corporativa.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o nosso usuário enxerga as ações voluntárias dos colaboradores e profissionais da nossa empresa de saúde contribuindo com a sociedade.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível perceber que o nosso usuário sente que a nossa empresa de saúde se preocupa com o social e busca comunicar isso a ele.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o nosso usuário acredita que as ações para promoção e prevenção de saúde promovidas pela nossa empresa de saúde são ações sociais.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu sinto que a nossa empresa de saúde está engajada em ações de promoção e prevenção da saúde para a população em geral.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu percebo que o nosso usuário é continuamente informado do que está acontecendo na prestação do serviço de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu sinto que o nosso usuário percebe inovações e tecnologias sendo usadas pela nossa empresa de saúde nos processos assistenciais.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível observar que o nosso usuário vê que a nossa empresa de saúde investe em tecnologia para melhorar o seu atendimento e os seus serviços.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível constatar que a nossa empresa de saúde está inovando para melhorar o atendimento e o cuidado com os usuários.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
As tecnologias e ferramentas digitais disponibilizadas pela nossa empresa de saúde ajudam os usuários a economizarem tempo e recursos no atendimento.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
É possível perceber que a nossa empresa de saúde está investindo para reduzir o tempo de espera e a burocracia no atendimento aos usuários.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Eu considero que a nossa empresa de saúde oferece uma estrutura física e tecnológica adequada, confortável e satisfatória para o usuário.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário voltaria ao nosso serviço de saúde (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento) se necessitasse de cuidados de saúde em o futuro.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário recomendaria nosso serviço de saúde (hospital, clínica, laboratório, posto de atendimento) a outras pessoas.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário não quer recorrer a outros prestadores de serviços de saúde.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário prefere utilizar os nossos serviços (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento) porque está satisfeito e familiarizado com ele.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário utilizará nosso serviço de saúde (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento) apesar das vantagens dos concorrentes.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)

O nosso usuário prefere utilizar nossos produtos e serviços adicionais (tais como aconselhamento especializado, tratamentos, diagnóstico e outros serviços médicos).	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário prefere nosso serviço de saúde (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento) a outros.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário pode esperar um desempenho superior do nosso serviço (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento).	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário prefere a nós (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento) mesmo que outros prestassem os mesmos serviços.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário provavelmente procuraria tratamento conosco (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento) em vez de outros, mesmo que sejam iguais.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
O nosso usuário prefere os nossos serviços (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento), mesmo que o custo do tratamento seja um pouco mais alto.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Faz sentido para o nosso usuário procurar os nossos serviços de saúde (hospital, ambulatório, clínica, laboratório, posto de atendimento), embora existam prestadores tão bons quanto nós.	(DT)	1	2	3	4	5	(CT)
Qual seu sexo? Feminino. Masculino.							
Qual a sua idade? Menos de 28 anos. De 29 a 43 anos. De 44 a 63 anos. De 64 a 85 anos. Mais de 85 anos.							
Qual a sua escolaridade? Ensino fundamental. Ensino médio. Ensino superior. Pós-graduação. Outra.							
Qual a sua renda familiar mensal? Até 2.800,00 reais. De 2.801,00 a 7.100,00 reais. De 7.101,00 a 9.900,00 reais. De 9.901,00 a 14.000,00 reais. Maior que 14.001,00 reais.							
Há quanto tempo você atua nos serviços de saúde? Há menos de 2 anos. Entre 2 e 5 anos. Entre 6 e 10 anos. Há mais de 11 anos.							
Qual é a sua função como gestor? Administrador/Consultor/Especialista. Encarregado(a)/Lider. Supervisor(a). Coordenador(a). Gerente. Superintendente. Diretor(a). Presidente/Vice-presidente. Dirigente/Conselheiro. Outros.							
Em qual setor da saúde você atua? Público. Privado. Público e privado. Outro.							

CAPÍTULO 3

TECNOLOGIAS DIGITAIS COMO PROPOSTA DE VALOR EM SERVIÇOS DE SAÚDE

RESUMO

O objetivo deste estudo foi apresentar as tecnologias digitais como propostas de valor para usuários e profissionais da saúde, incentivando organizações do setor a investirem em tecnologia e capital humano como estratégias para influenciar a fidelização. Os desafios das tecnologias digitais na saúde, relacionados aos aspectos éticos, técnicos, educacionais e a percepção dos atores envolvidos nesses serviços sobre as tecnologias digitais disponíveis foram a base conceitual o desenvolvimento desse estudo. A percepção dos atores foi obtida por meio de uma pesquisa com 10 usuários, 10 gestores e 10 profissionais. A proposta de valor se deu a partir das recomendações feitas, a partir das percepções e desafios apresentados. Os resultados indicam que, embora a inserção da saúde digital tenha avançado, há ainda a necessidade de se buscar o equilíbrio entre tecnologia e humanização. As recomendações sugerem caminhos para melhorar a experiência dos usuários e dos profissionais. Este estudo aponta como as tecnologias digitais podem oferecer valor para o setor de serviços de saúde. Sua principal contribuição foi a matriz que descreve a relação entre tecnologia e humanização, que pode levar seus gestores a aperfeiçoarem os serviços prestados, lançando mão de humanização e das tecnologias digitais.

Palavras-chave: tecnologia digital; saúde digital; proposta de valor; humanização e valor em serviços digitais; proposta de valor na saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to present digital technologies as value propositions for users and healthcare professionals, encouraging organizations in the sector to invest in technology and human capital as strategies to influence loyalty. The challenges of digital technologies in healthcare, related to ethical, technical and educational aspects and the perception of the actors involved in these services about the digital technologies available were the conceptual basis for the development of this study. The perception of the actors was obtained through a survey of 10 users, 10 managers

and 10 professionals. The value proposition was based on the recommendations made, based on the perceptions and challenges presented. The results indicate that, although the insertion of digital health has advanced, there is still a need to seek a balance between technology and humanization. The recommendations suggest ways to improve the experience of users and professionals. This study shows how digital technologies can offer value to the healthcare sector. The main contribution was the matrix that describes the relationship between technology and humanization, which can lead managers to improve the services they provide, using humanization and digital technologies.

Keywords: digital technology; digital health; value proposition; humanization in digital services; value proposition in healthcare.

1 INTRODUÇÃO - TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE

O setor de saúde é caracterizado por impactar todas as pessoas em algum momento de suas vidas (Danaher & Gallan, 2016). Com o envelhecimento da população, este efeito tende a aumentar (Zhou et al., 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expectativa de vida alcançou 73,1 anos em 2019 (WHO, 2024). O gasto mundial com saúde alcançou US\$8 trilhões em 2018 (Zhou et al., 2020). No Brasil, a Associação Nacional de Hospitais Privados estimou que em 2023 as despesas com serviços de saúde alcançaram 9% do PIB (Associação Nacional de Hospitais Privados [ANAHP], 2024). Em 2024, os gastos voltarão a aumentar após dois anos de queda, e a saúde digital seguirá com investimentos em inteligência artificial e outras tecnologias (The Economist Intelligence Unit Limited, 2023).

Esses investimentos em saúde digital e o seu consequente avanço estão relacionados com as transformações que os serviços de saúde vêm passando, devido às regulamentações, às tecnologias e às mudanças no comportamento do usuário.

Portanto, a saúde digital está relacionada à utilização das tecnologias digitais para aperfeiçoar os serviços e cuidados com o usuário (Wang et al., 2021). Entretanto, usuários e profissionais de saúde continuam insatisfeitos com a prestação dos serviços (The Economist Intelligence Unit Limited, 2023).

Assim, as empresas do setor de saúde devem buscar alternativas que acrescentem valor à prestação do serviço por meio das tecnologias digitais, não somente na visão dos usuários, mas também na dos profissionais. As tecnologias digitais podem e devem ser usadas como meio para aperfeiçoar os métodos para a prestação de serviços de saúde (Tiitola et al., 2023). Busca-se aqui apresentar as tecnologias digitais como propostas de valor para usuários e profissionais de serviços de saúde; estimulando as organizações de saúde a investirem em recursos tecnológicos e capital humano para que se tenha uma prestação de serviço compatível com as necessidades dos usuários.

Quando se fala em tecnologias digitais na saúde, está se referindo a internet das coisas, inteligência artificial, blockchain, big data, comunicação 5G, digitalização, entre outras. Essas tecnologias dão acesso a dispositivos móveis, dispositivos vestíveis, sensores, smartphones, registros eletrônicos, assistentes virtuais, dentre outros, que auxiliam nos avanços em assistência prescritiva, preventiva e preditiva. Deste modo, pretende-se contribuir para que as organizações prestadoras de serviço de saúde percebam os benefícios que a implementação dessas tecnologias traz, para que possam usá-las como estratégias para influenciar a fidelização do usuário e atrair os profissionais para o uso dessas tecnologias em seus procedimentos assistenciais.

2 CONTEXTO DESAFIOS DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE

Nos últimos vinte anos, o setor de saúde vem passando por uma mudança de paradigma: o usuário, antes um ator passivo na relação de prestação de serviço, vem sendo cada vez mais envolvido no serviço, atuando com proatividade (Danaher & Gallan, 2016), cocriando e propondo valor. A maior expectativa do usuário atrelada ao aumento nos custos assistenciais e a necessidade de melhoria dos serviços tem conduzido as empresas a um caminho sem volta: a inovação e o engajamento do usuário (Sharma, 2020). Nesse sentido, desde os anos 1990, quando o termo *e-health* (saúde eletrônica) foi difundido, as tecnologias digitais têm desempenhado uma função relevante na prestação dos serviços de saúde.

Por mais que as tecnologias digitais visem aumentar a eficácia dos serviços de cuidados com a saúde, sua rápida adoção trouxe aspectos não desejados, como a desigualdade (Yao et al., 2022). A desigualdade diz respeito a exclusão digital, relacionada às diferentes condições sociais, como idade, região, escolaridade, condições econômicas e alfabetização digital (Yao et al., 2022). Estima-se que mais de um terço da população mundial não tem acesso à internet (United Nations, 2021). Além da desigualdade social, outros desafios se impõem diante o avanço das tecnologias digitais na saúde, ligados aos aspectos éticos, técnicos e educacionais.

Tipo de desafio	Atores envolvidos	Descrição do desafio
Educativo	Usuário, profissional, empresa, governo	Alfabetização digital
	Profissional, empresa, governo	Capacitação e desenvolvimento contínuo
	Profissional, empresa	Paradoxo tecnologia x humanização
Ético	Profissional, empresa, governo	Proteção de dados pessoais
Social	Usuário, governo	Exclusão social
Técnico	Profissional, empresa	Mudança de foco do processo interno para o cliente

	Empresa, governo	Lacuna regulatória
	Empresa, governo	Escassez de recursos
	Profissional, empresa, governo	Segurança cibernética
	Empresas, governo	Restrições orçamentárias para implementação e manutenção

Figura 7: Desafios para implementação das tecnologias digitais na saúde

Fontes: Rantala e Karjaluoto (2016); Rayan et al. (2021); Makri (2019); Sikandar et al. (2022); Mäkinen et al. (2022); Sun et al. (2020); The Economist Intelligence Unit Limited (2023); Jayaraman et al. (2020); Tiitola et al. (2023).

A implementação de tecnologias digitais na área da saúde enfrenta uma série de desafios, tanto na saúde pública quanto na privada. A mudança de foco do processo interno para o usuário é um desafio (Rantala & Karjaluoto, 2016), pois a transição para uma abordagem mais centrada no usuário exige reestruturação significativa do sistema de saúde. Isso diz respeito à mudança de mentalidade dos profissionais para garantir que as tecnologias digitais sejam utilizadas de forma a aprimorar a experiência do usuário e não somente garantir a conformidade dos processos internos. Em meio ao avanço tecnológico, existe o paradoxo da tecnologia *versus* humanização (Rantala & Karjaluoto, 2016; Rayan et al., 2021), que destaca a necessidade de equilibrar o uso de tecnologias digitais com a presença de uma abordagem humanizada e acolhedora na prestação do serviço, garantindo que a tecnologia seja um facilitador e não um substituto da interação humana no cuidado.

A exclusão social é outro desafio, visto que a implementação de tecnologias digitais pode marginalizar grupos socioeconômicos desfavorecidos (Makri, 2019), aumentando as disparidades no acesso aos cuidados de saúde. A lacuna regulatória também representa um obstáculo, já que a ausência de diretrizes claras pode levar a incertezas legais e éticas em relação à utilização e proteção de dados, enfatizando a necessidade de regulamentações abrangentes para garantir a segurança e a privacidade dos usuários (Sikandar et al., 2022).

Outro obstáculo é a alfabetização digital. A capacidade dos usuários e dos profissionais de saúde de compreenderem e utilizarem adequadamente as tecnologias digitais pode influenciar diretamente a eficácia e o sucesso da implementação dessas ferramentas. Este aspecto também está relacionado às questões sociais, que influenciam o nível de conhecimento dos usuários sobre tecnologias digitais, populações pobres e de idosos, com restrições ao acesso à internet e ao mundo digital. Complementarmente, os profissionais da saúde não costumam aprender essas habilidades em suas formações técnicas (Sikandar et al., 2022).

A implementação bem-sucedida de tecnologias digitais na área da saúde também enfrenta desafios relacionados à aprendizagem contínua por parte dos profissionais (Mäkinen et al., 2022). À medida que novas tecnologias surgem, os profissionais precisam acompanhar as mudanças, para que seus domínios de conhecimento digitais avancem no mesmo ritmo. Isso para que possam manter suas habilidades e garantir continuidade do uso dessas ferramentas no processo de cuidado, além de habilidades comportamentais para facilitar o relacionamento e a cocriação de valor junto ao usuário. No entanto, a falta de recursos e programas de treinamento acessíveis pode dificultar a condição dos profissionais de se manterem atualizados, levando às lacunas de conhecimento e de competências que podem impactar negativamente a adoção de tecnologias na prática assistencial.

A proteção de dados pessoais tem se tornado uma preocupação cada vez maior, demandando medidas para garantir a segurança e confidencialidade das informações dos usuários, evitando o uso indevido ou a exposição não autorizada desses dados (Sun et al., 2020). Ao mesmo tempo, a segurança cibernética tornou-se uma preocupação, visto que a natureza sensível dos dados de saúde transforma

suas instituições em alvos para ataques cibernéticos, exigindo mais investimentos em infraestrutura de segurança digital para mitigar esses riscos (Jayaraman et al., 2020).

Além disso, a escassez de recursos, tanto financeiros quanto de pessoal qualificado, limita a capacidade das instituições de saúde de investir e manter infraestruturas eficazes, ampliando ainda mais as disparidades no acesso às tecnologias na saúde (The Economist Intelligence Unit Limited, 2023). Simultaneamente, as restrições orçamentárias para a implementação e manutenção de tecnologias digitais agravam os desafios, uma vez que os custos para a aquisição, implementação e atualização de sistemas digitais podem ser inatingíveis para instituições de saúde que atendem indivíduos de baixa renda (Tiitola et al., 2023).

Esses desafios são obstáculos que afetam todos os atores em algum momento da jornada do usuário. Governos, empresas, profissionais e usuários dos serviços de saúde, assim como os fornecedores de tecnologia, precisam fazer a sua parte nesse cenário (Sikandar et al., 2022). Os benefícios dessas tecnologias avançam em diferentes direções, como a qualidade da assistência ao usuário, aperfeiçoamento do processo de comunicação usuário-profissional-empresa, mitigação de erros e possibilidade de redução de custos assistenciais. Para aumentar a compreensão sobre os possíveis caminhos para a proposição de valor por meio das tecnologias digitais, é importante conhecer as percepções dos atores envolvidos.

3 DIAGNÓSTICO - PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOBRE AS TECNOLOGIAS DIGITAIS DISPONÍVEIS

Com a intenção de identificar a percepção dos atores envolvidos nos serviços de saúde, sobre as tecnologias digitais disponíveis, foi realizada uma pesquisa com

usuários que utilizaram os serviços de saúde recentemente (até seis meses), gestores de empresas de saúde, e profissionais de saúde. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas, utilizando-se plataforma virtual para vídeos nas entrevistas remotas e um gravador para as presenciais. Foi utilizado um roteiro com os temas relacionados ao uso de tecnologias digitais na saúde.

Utilizando-se uma linguagem apropriada, principalmente para usuários que muitas vezes desconhecem termos técnicos, os entrevistados foram perguntados sobre cocriação de valor por meio das tecnologias digitais e percepção de valor por meio da inovação. Foram 30 entrevistados, sendo 10 usuários, 10 gestores e 10 profissionais da saúde. Após a coleta e transcrição dos depoimentos, as respostas foram analisadas e apontaram três aspectos relevantes: benefícios, desafios e constatações.

Critério	Usuários	Gestores	Profissionais	
Benefícios	Facilidade, praticidade, tempestividade, conforto, rapidez, disponibilidade, economia de tempo, integração.	Facilidade, acessibilidade, agilidade, segurança, comodidade, economia de tempo, integração.	Ampliação dos serviços digitais, como digitalização, automação, e serviços sem contato físico, como todo o processo de agendamento de uma cirurgia, por exemplo.	Ampliação da disponibilidade de informações para o cliente.
		Variedade de canais de comunicação facilitando também o contato e acesso entre o profissional e o usuário.	Percepção de valor apesar da reivindicação de mais avanços.	
Desafios	Paradoxo tecnologia <i>versus</i> humanização. Trazer o equilíbrio e não deixar pender para a tecnologia.	Resistência ao uso das tecnologias por parte de usuários e profissionais, seja por fatores culturais ou falta de conhecimento.	Dificuldade de acesso por parte da população.	
		Resistência de alguns profissionais, aliado à falta de preparo e seu comportamento com o usuário.		
		Destaque para a necessidade de mudar o foco do processo para o usuário.	Necessidade de maior sensibilidade para equilibrar a integração tecnológica com a dimensão humana, evitando a percepção de que todas as soluções devem ser exclusivamente virtuais.	
		Problemas que persistem: prazos longos, demora, burocracia.		
		Dificuldade de uso das tecnologias pelos mais idosos ou pelos que não têm acesso fácil a internet.	Evidente necessidade de mais capacitação tanto para usuários quanto para profissionais aprenderem a usar as tecnologias disponíveis.	
Constatações	Maior presença ou percepção de tecnologias digitais voltadas para comunicação, além da teleconsulta.	Questões culturais podem impedir avanços, de ordem regional, profissional etc.		
		Necessidade de mais avanços. Possíveis avanços rápidos para aperfeiçoar telemedicina, inteligência artificial, monitoramento remoto, entre outros.	A busca pelo equilíbrio tecnologia <i>versus</i> humanização traz a necessidade e a relevância de possibilitar serviços híbridos, dando opções para o usuário.	
		Avanços maiores em serviços de atendimento do que em serviços assistenciais.	Investir mais na disseminação para o uso das ferramentas já existentes. Proposição de valor por meio das tecnologias digitais é um processo em construção.	

Figura 8: Quadro percepção dos atores envolvidos nos serviços de saúde sobre as tecnologias digitais

Fonte: dados da pesquisa (2024).

As percepções coletadas dos usuários, gestores e profissionais revelam um panorama abrangente das dinâmicas envolvidas na adoção de tecnologias digitais no setor de saúde. Para facilitar a interpretação dos achados, as evidências das percepções foram separadas em benefícios percebidos, desafios para adoção ou ampliação do uso das ferramentas e tecnologias, e constatações em relação à situação atual do seu uso na saúde.

Os benefícios identificados refletem a crescente demanda por serviços mais eficientes e acessíveis; ressaltando a valorização de atributos como facilidade, acessibilidade, praticidade e agilidade. A ênfase na segurança, conforto, rapidez e comodidade destaca a importância de proporcionar uma experiência satisfatória ao usuário e livre de obstáculos. As tecnologias digitais estão trazendo benefícios que permitem que os usuários tenham mais informações, além de aumentarem suas participações nos cuidados com a saúde (Yao et al., 2022), cocriando e propondo valor.

A abordagem centrada na comunicação e a ênfase no uso de ferramentas digitais para melhorar a interação entre profissionais e usuários indicam um movimento em direção à prestação de serviços mais integrada e eficaz. As tecnologias digitais facilitam a comunicação entre usuários, profissionais e empresa. Além disso, os benefícios relacionados ao diferencial competitivo e ao aprimoramento dos processos indica a importância de incorporar inovações tecnológicas como parte da estratégia do negócio. Esses fatores combinados contribuem para a percepção de valor dos usuários e dos profissionais, mesmo diante da necessidade de mais avanços (Tiitola et al., 2023).

Por outro lado, os desafios apontados revelam obstáculos à adoção eficaz de tecnologias digitais. Apesar dos benefícios percebidos, o uso e a disseminação de tecnologias digitais variam entre as empresas, regiões e condições financeiras. Por isso, mesmo com a importante questão da segurança de dados, a necessidade de mudança de foco do processo para o usuário continua, assim como as dificuldades com prazos longos e excesso de burocracia (Wang et al., 2021). A resistência cultural e a falta de preparo dos profissionais para lidar com o usuário mais exigente são desafios que demandam esforços para que haja mudanças na cultura organizacional das instituições, tornando-as mais receptiva e adaptável às transformações tecnológicas.

A resistência cultural se junta às questões de exclusão digital. Por isso, um dos desafios é capacitar profissionais e treinar usuários a usarem as tecnologias disponíveis, lembrando da necessidade de haver uma abordagem inclusiva e adaptativa, que leve em conta a complexidade e especificidades do ambiente de saúde. Esse cenário reflete a importância de promover um ambiente de aprendizado contínuo de atualização de competências para garantir a eficácia e o uso adequado dessas ferramentas (Mäkinen et al., 2022).

Para gerar valor para o usuário, um aspecto relevante que deve ser considerado pelos atores da saúde é a atenção ao paradoxo da tecnologia *versus* a humanização. Este ponto indica a necessidade de atenção para a perspectiva humana, requerendo serviços de saúde centrados em pessoas, haja vista que, se por um lado o usuário está cada vez mais empoderado e protagonista (Agarwal et al., 2020), por outro, pode estar em um momento em que as questões emotivas e cognitivas estão afloradas, influenciando sua experiência (Kurtuluş & Cengiz, 2022).

Foi identificada a necessidade de criar soluções híbridas, para que o usuário possa escolher conforme seu entendimento. Neste sentido, foi constatado que houve mudanças, principalmente após a pandemia da COVID-19 (Salam & Baiaba, 2021; Wang et al., 2021), e que, em breve, além das tecnologias de informação e comunicação, identificadas como mais presentes, outras poderão ter seu uso ampliado, como realidade virtual aumentada, impressão 3D, dentre outros. Cabe ressaltar que parte dos serviços assistenciais disponíveis já são digitais, como por exemplo, ressonância magnética, tomografia computadorizada e registros médicos eletrônicos (Jayaraman et al., 2020).

As constatações foram as apontadas pelos atores entrevistados. Os usuários percebem a maior presença das tecnologias digitais principalmente nos aspectos relacionados à comunicação. De forma análoga, os gestores percebem mais avanços nos serviços de atendimento que nos serviços assistenciais. Ao mesmo tempo, entenderam que a evolução e disseminação de tecnologias como telemedicina, inteligência artificial e monitoramento remoto acontecerão mais rápido. Os profissionais enfatizaram que o equilíbrio tecnologia *versus* humanização abre oportunidades para serviços híbridos. Além disso, constataram a necessidade de disseminar e conscientizar sobre o uso das ferramentas disponíveis atualmente.

Portanto, há muitos desafios, mas também há avanços, que ajudam a demonstrar valor para o usuário e para o profissional de saúde. Os desafios identificados e os benefícios percebidos descrevem a complexidade envolvida na integração de tecnologias digitais aos serviços de saúde. Abordar esses desafios com estratégias abrangentes e colaborativas reitera a necessidade de haver de uma atuação holística, orientada para o usuário, através de soluções digitais para o setor de saúde.

4 PROPOSTA DE VALOR POR MEIO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Propor valor para o usuário e para os profissionais de saúde envolve um conjunto de fatores: recursos, processos, capital humano, tecnologia e a situação de cada usuário durante a sua jornada no serviço. A implementação de tecnologias digitais pode trazer benefícios para os usuários e para os profissionais, contribuindo assim com a proposta de valor das organizações do setor. Com base nas percepções e desafios apresentados, é possível oferecer recomendações específicas para cada um desses grupos, a fim de destacar como as tecnologias digitais podem ser utilizadas de forma estratégica (Figura 9). Ao seguir essas recomendações, as empresas de saúde têm a oportunidade de propor valor aproveitando todo o potencial das tecnologias digitais. Isso não apenas fortalece o relacionamento com os usuários, os profissionais e as empresas, mas impulsiona a eficiência e a inovação na saúde.

Perfil	Recomendações
Usuário	1. Personalização e acessibilidade
	2. Envolvimento e educação contínua
	3. Comunicação eficaz
	4. Foco na experiência do cliente
Profissional	1. Capacitação e treinamento contínuo
	2. Integração e simplificação dos processos
	3. Foco na humanização
	4. Priorização da segurança e privacidade

Figura 9: Recomendações para proposta de valor para o usuário e o profissional de saúde
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Ao seguir tais recomendações, as instituições de saúde têm oportunidade para oferecer propostas de valor os seus usuários e para seus profissionais. Além de aproveitar o potencial das tecnologias digitais para melhorar a qualidade dos serviços, a experiência do usuário e os resultados de saúde de forma geral. Isso não apenas

fortalece o relacionamento com os usuários, profissionais de saúde e as empresas, como impulsiona a eficiência e a inovação no setor de saúde.

4.1 RECOMENDAÇÕES NA ÓTICA DO PROFISSIONAL

Para propor valor na saúde é necessário que os profissionais tenham a intenção de mudar a maneira como trabalham (Tiitola et al., 2023). Além disso, profissionais que compartilham conhecimento podem desenvolver o aprendizado coletivo, propondo valor mutuamente. Nesse sentido, é recomendado oferecer programas de capacitação e treinamento contínuo para aprimorar suas habilidades digitais, bem como suas habilidades de comunicação. As tecnologias digitais podem e devem ser usadas como ferramentas de aprendizagem, como gamificação para desenvolver competências técnicas e comportamentais (Mäkinen et al., 2022). Isso pode incluir workshops, *microlearning*, mentorias, cursos online e sessões de treinamento prático que indiquem os comportamentos adequados para o cuidado e o uso eficaz de tecnologias digitais.

A aprendizagem anda junto com a integração e simplificação dos processos, pois trazem o olhar de interdependência entre áreas, processos e pessoas, favorecendo a colaboração e a cocriação. Melhorias nos processos, nas estruturas, no modelo de negócio costumam possibilitar o desenvolvimento de outras tecnologias, contribuindo para mais agilidade e desburocratização. Por isso, recomenda-se a implementação de soluções digitais que integrem e simplifiquem os processos de atendimento, permitindo que os profissionais acessem facilmente informações relevantes, compartilhem dados entre equipes e coordenem o cuidado de forma eficiente. Isso pode incluir sistemas de registros médicos eletrônicos unificados, reduzindo a fragmentação dos dados (Wang et al., 2021) e plataformas digitais de

colaboração interprofissional para garantir uma abordagem holística e coordenada no atendimento, bem como auxiliar na otimização do diagnóstico e tratamento (Sikandar et al., 2022).

Uma abordagem centrada no usuário potencializa a humanização, valorizando a interação e a escuta ativa, mesmo em um ambiente digital. Isso inclui o fornecimento de recursos que ajudem os profissionais a manterem um equilíbrio entre o uso de tecnologias digitais e a prática de cuidados humanizados, enfatizando a importância da empatia, do apoio emocional e da compreensão das necessidades individuais. A perspectiva de usuário no centro do negócio pode contribuir para construção de soluções que reduzam a desigualdade e mitiguem a exclusão digital (Yao et al., 2022).

Na ótica do cuidado, a privacidade e segurança dos dados é fundamental para as empresas de saúde. Com o aumento exponencial da saúde digital, os dados médicos dos usuários estão mais expostos (Wang et al., 2021). Logo, recomenda-se certificar que as soluções digitais implementadas atendam aos padrões de segurança cibernética, protegendo assim os dados sensíveis. Isso pode incluir a adoção de medidas robustas de segurança, conformidade com regulamentos e a implementação de protocolos de segurança digital abrangentes para prevenir violações de dados e garantir a confidencialidade das informações (Wang et al., 2021).

4.2 RECOMENDAÇÕES NA ÓTICA DO USUÁRIO

Propor valor para o usuário por meio das tecnologias digitais tende a ser mais complexo que para o profissional, levando em conta as respostas emocionais, cognitivas e sociais vivenciadas por eles. Por essa razão, é importante desenvolver a confiança, a clareza e a transparência na relação com os profissionais e com as empresas (Osei-Frimpong & Owusu-Frimpong, 2017). Portanto, recomenda-se

desenvolver e implementar soluções digitais que ofereçam experiências personalizadas e acessíveis para os usuários. Isso inclui, por exemplo, o uso de aplicativos móveis e plataformas *online* que permitam o acesso fácil a informações relevantes, agendamento de consultas e interação direta com os profissionais e com a empresa.

Ao se falar em experiência personalizada, faz-se necessário levar em consideração as eventuais dificuldades dos usuários em usar soluções digitais, como no caso de idosos, por exemplo. Governos e empresas de saúde podem oferecer a alfabetização digital aos usuários (Sikandar et al., 2022). Desta forma, recomenda-se investir em soluções digitais que promovam o engajamento e a educação dos usuários, fornecendo informações claras e confiáveis sobre saúde e bem-estar. Isso inclui o uso de *chatbots* interativos, vídeos educacionais e programas de gerenciamento de saúde personalizados, que ajudam os usuários a entenderem melhor suas condições de saúde e agir conforme a prescrição médica.

A partir da abordagem da centralidade no usuário, essas ampliam a compreensão e o processo de comunicação, facilitando, inclusive, a tomada de decisão compartilhada entre usuário, família, equipe de saúde (Frow et al., 2016) e a cocriação de valor. Deste modo, sugere-se desenvolver soluções para facilitar a comunicação direta entre os usuários e os profissionais por meio de canais digitais seguros e eficientes. Isso pode incluir consultas *online*, telemedicina, mensagens instantâneas, garantindo que os usuários possam se comunicar facilmente com seus médicos e demais profissionais, esclarecer dúvidas e receber orientações, mesmo à distância.

Esse quadro de possibilidades e recomendações vai ao encontro do aperfeiçoamento da experiência do usuário. Um crescente número de empresas de

saúde está avançando na direção de soluções digitais para melhorar a experiência do usuário durante a jornada (Sikandar et al., 2022). Portanto, recomenda-se priorizar a usabilidade e a experiência do usuário ao desenvolver soluções digitais, garantindo que eles tenham uma jornada simplificada e agradável ao interagir com as ferramentas e serviços de saúde digital. Isso pode incluir interfaces intuitivas, suporte técnico eficaz e tempestivo, além de *feedback* contínuo dos usuários para aprimorar constantemente as soluções oferecidas.

4.3 RESULTADOS OBTIDOS - MATRIZ 3T TOUCH-TECH-TOUCH

Para trazer clareza sobre a proposição de valor para o usuário e para o profissional de saúde por meio das tecnologias digitais, o modelo proposto considerou os desafios das empresas de saúde baseados na literatura recente, as percepções dos usuários, gestores e profissionais sobre as tecnologias digitais na saúde trazendo recomendações para que as empresas progridam. Como forma de promover mais entendimento e compreensão, foi elaborada a matriz 3T Touch-Tech-Touch. A Matriz 3T traz a relação entre o paradoxo humanização *versus* tecnologia, mostrando, de forma autoexplicativa, as perspectivas do usuário e do profissional em cada fase do processo de avanço em direção a transformação digital na saúde de modo humanizado.



Figura 10: Matriz 3T Touch-Tech-Touch
Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

A leitura da Matriz 3T pode ser feita a partir do quadrante 1, que se refere à pouca humanização e baixa utilização de tecnologias digitais. Nela, a proposta de valor para o usuário é limitada, pois sua experiência no cuidado é deficiente. A proposta de valor para o profissional também é limitada, pois há excesso de burocracia, baixa utilização de ferramentas digitais e baixo engajamento. Ao avançar para o quadrante 2, profissionais e usuários encontram um ambiente com tecnologias e ferramentas digitais disponíveis. No entanto, o acolhimento e o cuidado carecem ainda de humanização.

O alto nível de humanização encontrado no quadrante 3 aprimora a experiência do usuário, permitindo uma melhor proposta de valor, que também se reflete na proposta de valor para o profissional. Isto porque, neste cenário, há entendimento da importância do acolhimento e dos relacionamentos interpessoais. No entanto, a baixa presença de recursos tecnológicos pode influenciar no excesso de burocracia e na resposta demorada para o usuário. Finalmente, a proposta de valor para o usuário e para o profissional por meio das tecnologias digitais é plena ao avançar para o quadrante 4. Nesta circunstância, a experiência do usuário é humanizada e personalizada e as tecnologias disponíveis são tempestivas, ágeis, usuais, resolutivas, agregando valor tanto aos processos de comunicação quanto aos processos assistenciais. Além disso, o profissional dispõe de recursos tecnológicos, conhecimento e consciência de sua importância na gestão do cuidado humanizado.

5 CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA-SOCIAL

A saúde digital, impulsionada pela evolução tecnológica e intensificada pela pandemia da COVID-19, tem se destacado como um catalisador de mudanças nos

cuidados de saúde. Este estudo propõe uma análise do equilíbrio entre tecnologia e humanização, com objetivo de propor valor para os usuários e para os profissionais de saúde por meio da tecnologia digital.

A partir dos desafios encontrados na literatura sobre o tema e das percepções de clientes, gestores e profissionais, um quadro com um conjunto de recomendações foi elaborado como resultado. Além disso, foi criada uma matriz para auxiliar empresas e gestores de saúde no caminho para a condição que une a implementação e utilização de tecnologias digitais e a humanização necessários para o cuidado da saúde. Nesta matriz, o quadrante caracterizado por alta tecnologia e alta humanização emerge como o ideal, proporcionando uma experiência de cuidado personalizada e eficiente. Mesmo com avanços, a conclusão é que a busca pelo equilíbrio ideal, no qual há uma proposta de valor efetiva, é contínua, pois há desafios e obstáculos a serem superados para aprimorar ainda mais a jornada do usuário e do profissional.

As implicações práticas desse estudo são relevantes para gestores e empresas de saúde. Recomenda-se que as organizações busquem estratégias para integrar efetivamente tecnologias digitais sem perder a humanização. Isso inclui investir em sistemas que promovam uma experiência centrada no usuário, treinar profissionais para uma comunicação empática e criar ambientes que valorizem tanto a eficiência quanto a atenção personalizada.

Existem possibilidades para agregar valor por meio das tecnologias na saúde digital: inteligência artificial para análise de dados, impressão 3D para criação de próteses, órgãos artificiais, modelos anatômicos e instrumentos cirúrgicos personalizados; robôs cirúrgicos que auxiliam em procedimentos proporcionando precisão e reduzindo a necessidade de procedimentos invasivos; análise de big data para processar dados para identificar padrões; genômica personalizada que permite

a análise do DNA para tratamentos customizados. Contudo, a implementação dessas tecnologias depende da disponibilidade de recursos financeiros, muitas vezes limitada e escassa em empresas de saúde, principalmente nas públicas. Ao mesmo tempo, é necessário investir em desenvolvimento de habilidades sociocomportamentais para os profissionais de saúde, para que se possa trazer o cuidado humanizado para o usuário, que contribui para propor-lhe valor. Recomenda-se que gestores e empresas estejam continuamente revisando suas estratégias e projetos, considerando o arcabouço financeiro, a experiência do usuário e os aspectos do mercado, visando encontrar soluções aderentes.

Assim, ao levar em conta os desafios e as restrições existentes, uma alternativa para a proposição de valor por meio das tecnologias digitais é a união de profissionais, empresas, startups e instituições de ensino superior. Essa integração possibilitará discutir alternativas sinérgicas que permitam, inclusive, a redução do custo do investimento, e levem saúde para as pessoas. Para que isso seja possível, é necessário que haja visão de colaboração em direção às soluções efetivas para o setor de saúde.

REFERÊNCIAS

- Agarwal, R., Dugas, M., Gao, G. G., & Kannan, P. K. (2020). Emerging technologies and analytics for a new era of value-centered marketing in healthcare. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48(1), 9-23. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00692-4>
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (2024). *Observatório ANAHP 2024 – Especial 14 anos*. Associação Nacional de Hospitais Privados. <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024>
- Danaher, T. S., & Gallan, A. S. (2016). Service research in health care: positively impacting lives. *Journal of Service Research*, 19(4), 433-437. <https://doi.org/10.1177/1094670516666346>

- Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, 24-39. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2016.03.007>
- Jayaraman, P. P., Forkan, A. R. M., Morshed, A., Haghghi, P. D., & Kang, Y. B. (2020). Healthcare 4.0: A review of frontiers in digital health. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery*, 10(2), e1350. <https://doi.org/10.1002/widm.1350>
- Kurtuluş, S. A., & Cengiz, E. (2022). Customer Experience in Healthcare: Literature Review. *Istanbul Business Research*, 51(1). <https://doi.org/10.26650/ibr.2022.51.867283>
- Mäkinen, H., Haavisto, E., Havola, S., & Koivisto, J. M. (2022). User experiences of virtual reality technologies for healthcare in learning: an integrative review. *Behaviour & Information Technology*, 41(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1788162>
- Makri, A. (2019). Bridging the digital divide in health care. *The Lancet Digital Health*, 1(5), e204-e205. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30111-6](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30111-6)
- Osei-Frimpong, K., & Owusu-Frimpong, N. (2017). Value co-creation in health care: a phenomenological examination of the doctor-patient encounter. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 29(4), 365-384. <https://doi.org/10.1080/10495142.2017.1326356>
- Rantala, K., & Karjaluoto, H. (2016). Value co-creation in health care: Insights into the transformation from value creation to value co-creation through digitization. In *Proceedings of the 20th International Academic Mindtrek Conference* (34-41). <https://doi.org/10.1145/2994310.2994325>
- Rayan, R. A., Tsagkaris, C., & Iryna, R. B. (2021). The Internet of things for healthcare: applications, selected cases and challenges. *IoT in Healthcare and Ambient Assisted Living*, 1-15. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-15-9897-5_1
- Salam, M. A., & Bajaba, S. (2021). The role of transformative healthcare technology on quality of life during the COVID-19 pandemic. *Journal of Enabling Technologies*, 15(2), 87-107. <https://doi.org/10.1108/JET-12-2020-0054>
- Sharma, S. (2020). Co-creational leadership capability for driving health-care service innovation. *Measuring Business Excellence*, 25(4), 434-451. <https://doi.org/10.1108/MBE-11-2019-0117>
- Sikandar, H., Abbas, A. F., Khan, N., & Qureshi, M. I. (2022). Digital technologies in healthcare: A systematic review and bibliometric analysis. *International journal of online and biomedical engineering*, 18(8), 34-48. <https://doi.org/10.3991/ijoe.v18i08.31961>

- Sun, N., Esom, K., Dhaliwal, M., & Amon, J. J. (2020). Human rights and digital health technologies. *Health and Human Rights*, 22(2), 21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33390689/>
- The Economist Intelligence Unit Limited. (2023). *Healthcare outlook 2024*. <https://www.eiu.com/n/campaigns/healthcare-in-2024/>
- Tiitola, V., Marek, M., Korhonen, T., & Laine, T. (2023). Enabling value-in-use with digital healthcare technologies: combining service logic and pragmatic constructivism. *Journal of Management and Governance*, 27(3), 841-871. <https://doi.org/10.1007/s10997-022-09631-y>
- United Nations. (2021). *ITU: 2.9 billion people still offline*. <https://abrir.link/aZ93v>
- Wang, Q., Su, M., Zhang, M., & Li, R. (2021). Integrating digital technologies and public health to fight Covid-19 pandemic: key technologies, applications, challenges and outlook of digital healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6053. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116053>
- World Health Organization - WHO (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Yao, R., Zhang, W., Evans, R., Cao, G., Rui, T., & Shen, L. (2022). Inequities in health care services caused by the adoption of digital health technologies: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e34144. <https://doi.org/10.2196/34144>
- Zhou, L., Ampon-Wireko, S., Antwi, H. A., Xu, X., Salman, M., Antwi, M. O., & Afua, T. M. N. (2020). An empirical study on the determinants of health care expenses in emerging economies. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05414-z>

CONCLUSÃO GERAL

O estudo, composto por três pesquisas, foi conduzido para alcançar os seguintes objetivos: desenvolver o conceito de orientação estratégica de valor para o usuário e para a sociedade na saúde; construir um método para mensurar a OVUSS; e recomendar que empresas do setor utilizem tecnologias digitais como proposta de valor para usuários e profissionais no contexto *tech versus touch* dos serviços de saúde. Na área da saúde, pesquisas têm sido realizadas com foco na proposição de valor para usuários (Agarwal et al., 2020), profissionais (Tiitola et al., 2023), organizações (Itchhaporia, 2021) e sociedade (Guibu et al., 2017). De maneira inovadora, este estudo apresentou uma abordagem inédita ao propor valor simultaneamente para o usuário, para a sociedade, para o profissional e, como consequência, para as organizações de saúde, por meio da construção da OVUSS, pioneira na literatura.

As principais contribuições teóricas do estudo foram:

- (a) Desenvolvimento do conceito de orientação estratégica de valor para o usuário e a sociedade (OVUSS) nas organizações de saúde, concebido para atender às demandas atuais e futuras do setor. A OVUSS foi definida como a capacidade das organizações de saúde de responderem, de forma integrada, às demandas de mercado e às expectativas sociais, colocando o usuário no centro de suas estratégias e operações, utilizando ferramentas de marketing orientadas para a proposição de valor compartilhado, aplicável tanto em organizações públicas quanto privadas;
- (b) Na perspectiva do marketing na saúde, o estudo oferece possibilidades para propor valor nos contextos de valor social (Haase, 2021), valor compartilhado (Porter & Kramer, 2019) e valor social do marketing (Ghods, 2019; Soares Júnior et al., 2024);

(c) De forma pioneira, apresenta uma escala validada para avaliar as propostas de valor das organizações de saúde, com base em três dimensões inéditas: experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital;

(d) Inova ao propor uma orientação estratégica para o setor de saúde, projetada para atender diferentes públicos de interesse, com um olhar diferenciado para o conceito de valor;

(e) Na perspectiva do usuário, contribui ao trazer uma nova visão fundamentada em suas diferentes percepções; já na perspectiva da sociedade, possibilita o desenvolvimento de políticas públicas e incentiva o investimento em tecnologias digitais acessíveis às populações mais vulneráveis (Shaw et al., 2024).

As principais implicações gerenciais do estudo foram:

(a) Contribuição para a fidelização do usuário e o bem-estar da sociedade, posicionando a OVUSS não apenas como uma estratégia de marketing, mas também como uma estratégia de negócio integrada;

(b) Recomendações para que as empresas integrem tecnologias digitais sem perder o foco na humanização do cuidado;

(c) Desenvolvimento de uma matriz que relaciona o nível de tecnologia digital presente na organização com o grau de humanização no cuidado, auxiliando gestores a equilibrar avanços tecnológicos com melhorias na experiência do usuário e do profissional;

(d) Uso da Matriz 3T como ferramenta para gestores revisarem continuamente as estratégias de implementação de tecnologias digitais, considerando recursos disponíveis e resultados esperados;

- (e) Possibilidade de aprimorar a oferta de valor focada no usuário e nas necessidades da sociedade por meio da aplicação da escala OVUSS (Popa et al., 2022);
- (f) Na dimensão experiência do usuário, a escala desenvolvida oferece critérios para avaliar e aperfeiçoar sua jornada;
- (g) Na dimensão social, promove maior impacto social, ampliando possibilidades para o bem-estar da sociedade (Aman-Ullah et al., 2023);
- (h) Na dimensão saúde digital, permite que as organizações avaliem sua eficiência no uso de tecnologias digitais em diferentes contextos (Varghese & Chapiro, 2024);
- (i) Estímulo à formação de parcerias entre empresas, profissionais, instituições de ensino, associações e startups de saúde, fomentando a discussão e implementação de soluções integradas e sinérgicas.

Entretanto, algumas limitações foram encontradas. No primeiro estudo, que desenvolveu o conceito de OVUSS, identificou-se uma limitação metodológica devido à sua natureza exploratória e abordagem qualitativa, baseada na percepção dos respondentes. Esse tipo de pesquisa, por sua própria característica, restringe a generalização dos resultados. Nos estudos quantitativos, embora o tamanho das amostras e a seleção por acessibilidade tenham sido adequados para as análises, esses fatores podem não representar completamente os sistemas de saúde. Para superar essa limitação, recomenda-se que futuros estudos ampliem o tamanho e a diversidade das amostras, possibilitando uma análise mais abrangente e robusta das dimensões da OVUSS.

Outra limitação foi a coleta de dados concentrada em uma única região ou país, o que pode restringir a generalização dos resultados para outros contextos de saúde. Nesse sentido, sugere-se que a pesquisa seja aplicada em diferentes sistemas de

saúde e contextos culturais, permitindo a comparação dos resultados e a avaliação de sua aplicabilidade em realidades diversas.

Para investigações futuras, recomenda-se: realizar pesquisas em diferentes segmentos da saúde para ampliar a base de informações sobre a OVUSS e possibilitar comparações; desenvolver estudos que analisem como as organizações de saúde desempenham a RSC e seu impacto na sociedade com base na OVUSS; avaliar a aplicabilidade da escala OVUSS em diversos contextos da saúde, incluindo organizações públicas e privadas; investigar a cocriação de valor e sua influência nos resultados clínicos e no bem-estar do usuário, tomando a OVUSS como referência; e explorar os efeitos dos processos de treinamento e capacitação de usuários e profissionais na maximização do valor ofertado aos usuários.

Os estudos reforçam a relevância da OVUSS como uma abordagem inovadora e indispensável no setor de saúde. Ao integrar as dimensões de experiência do usuário na saúde, responsabilidade social corporativa na saúde e saúde digital, a OVUSS oferece uma estrutura robusta para que organizações de saúde, públicas e privadas, alinhem suas práticas estratégicas às demandas simultâneas de usuários e sociedade. Na prática, a OVUSS serve como ferramenta estratégica para orientar decisões, aprimorar o relacionamento com o usuário e ampliar o impacto social.