

## CO-CRIAÇÃO DE VALOR NA ÁREA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DE SERVIÇOS NA RELAÇÃO MÉDICO-HOSPITAL

**Tatiane Pereira Librelato (UNISINOS)**  
tatianelibrelato@ig.com.br

**Liane Gomes de Amorim (UNISINOS)**  
lianea@unisinós.br

**Giancarlo Medeiros Pereira (UNISINOS)**  
gian@unisinós.br

**Miriam Borchardt (UNISINOS)**  
miriamb@unisinós.br

**Miguel Afonso Sellitto (UNISINOS)**  
sellitto@unisinós.br



*A atuação conjunta de diferentes agentes com o objetivo de melhorar um produto ou serviço é denominada de co-criação de valor. Na área de serviços de saúde dois agentes merecem destaque: o hospital e o médico independente (médico que trabalha para diversos hospitais). Os melhores médicos conferem uma imagem de competência aos hospitais. As sugestões desses médicos dificilmente são rejeitadas pelos pacientes. Assim sendo, os médicos se constituem em importantes captadores de novos clientes para os hospitais, podendo influenciar significativamente a lucratividade de uma unidade de saúde. Em contraponto, os médicos precisam de bons hospitais para realizar suas atividades profissionais. Os elementos usualmente considerados pelos médicos para selecionar um hospital são: i) tipo de instalações; ii) ambiente de pesquisa médica; iii) estrutura para exames; iv) recursos humanos e, v) recursos tecnológicos. Além disso, trabalhar para os melhores hospitais confere prestígio aos médicos. A respeito da importância do tema, a literatura revisada não apresentou referências acerca do processo de co-criação de valor nas relações médico-hospital. Objetivando colaborar com o desenvolvimento do tema, este estudo investiga o referido processo em uma rede hospitalar no Brasil.*

*Palavras-chaves: Co-criação de valor; serviços; colaboração*

## 1. Introdução

O cenário de competitividade e de concorrência e a contínua expansão do setor de serviços na economia global vêm reforçando a conscientização acerca da relevância dos serviços nas organizações (ZEITHAML; BITNER, 2003). Com isso, o estudo dos sistemas e do processo de relacionamento entre clientes e fornecedores ou prestadores de serviços – *business to business* (B2B) ou *business to consumer* (B2C), cresceu como tema de interesse para pesquisas em diversas áreas de conhecimento, tais como operações, marketing, qualidade, recursos humanos, gestão, entre outras (BITNER *et al.*, 1990, 1997; CZEPIEL, 1990; GROTH *et al.*, 2001; ZEITHAML; BITNER, 2003; GUMMESSON, 2005; JOHNSTON, 2005; SVENSSON, 2006, 2006; ROOS; EDVARDSSON, 2008; GRÖNROOS, 2009; STIAKAKIS; GEORGIA-DIS, 2009; CHO; MENOR, 2010).

A natureza dos serviços é inerentemente baseada em relações e o valor percebido pelo cliente no processo de prestação de serviços tem influência na sua satisfação e conseqüentemente, na lealdade. Portanto, ressalta-se a importância de agregar valor a entrega do serviço ao cliente, de modo que as interações que ali aconteçam contribuam para manter e ampliar o poder competitivo da organização (CZEPIEL, 1990; GROTH *et al.*, 2001; JOHNSTON; CLARK, 2002; GRÖNROOS, 2009).

Na área de serviços de saúde o processo de agregação de valor pode estar relacionado tanto a aspectos tangíveis quanto intangíveis, tais como, cordialidade, agilidade, serviços ambulatoriais, serviços de diagnóstico, prescrição de medicação, cirurgias de correção, entre outros (CHRISTENSEN, *et al.*, 2009). No contexto brasileiro a área da saúde divide-se em pública e privada. A saúde pública remunera os hospitais e respectivos médicos pela prestação de serviços através do Sistema Único de Saúde (SUS), ligado ao governo. A área privada é remunerada através da arrecadação proveniente principalmente de atendimentos de planos de saúde e particulares. Cada instituição privada atua de forma independente em relação ao sistema de remuneração dos médicos que prestam atendimento em tal hospital. Posto isso, entre os atores-chave envolvidos nestes processos, dois agentes merecem destaque: o hospital e o médico independente.

O médico independente presta serviços a mais de um hospital. Por um lado, os melhores médicos conferem uma imagem de competência aos hospitais e as sugestões desses médicos dificilmente são rejeitadas pelos pacientes. A definição do hospital onde determinado procedimento será realizado é um exemplo dessa influência, conferindo ao médico independente o papel de importante “captador” de novos clientes para os hospitais, podendo influenciar significativamente a lucratividade de uma unidade de saúde. Assim, captar e manter estes profissionais como parceiros atuantes no hospital, também passa a ser um desafio para as unidades hospitalares.

Por outro lado, os médicos precisam de bons hospitais para realizar suas atividades profissionais. A capacidade de solução de problemas, tecnologia e inovação, influenciam na diferenciação entre os hospitais, estando ainda diretamente ligada ao diagnóstico e tratamento de doenças. Além da vertente tecnológica, as formas de relacionamento e os fluxos de processo podem influenciar nas decisões de indicação, bem como na forma de proposição de melhorias de procedimentos e geração de potenciais inovações de forma co-criativa.

Dadas às características desse relacionamento, forma-se um sistema onde, por um lado, apresenta-se a figura do médico, detentor de conhecimento e competências técnicas capazes de

promover inovação e, por outro, a figura da instituição hospitalar, detentora de peso institucional e recursos para a sustentação de atividades de forma sistemática. Esse sistema, baseado em complementaridade de competências e independência, tende a gerar um ambiente propício a atuação conjunta dos diferentes agentes com o objetivo de melhorar um produto ou serviço oferecido, ou seja, a co-criação, com base em colaboração. Por esta razão, tanto médicos quanto hospitais estão interessados nos benefícios gerados a partir desta parceria, sendo importante identificar formas de avaliar a co-criação de valor advindo deste relacionamento.

Posto isto, o objeto deste artigo é identificar como ocorre a interação entre os diferentes atores envolvidos nos serviços na área da saúde no contexto da co-criação de valor. A literatura revisada não apresentou referências acerca do processo de co-criação de valor nas relações entre médico independente e hospital. A tentativa de estudar em maior profundidade o tema em questão, considerando o contexto brasileiro e os conceitos ligados a co-criação de valor aplicado a área da saúde constitui-se uma contribuição do trabalho em termos teórico-conceituais. Por outro lado, do ponto de vista empírico, a importância reside no fato de que, à medida que se conhece melhor a relação entre médicos independentes e hospital, os resultados advindos da co-criação de valor podem ser potencializados trazendo melhores resultados para a organização. A questão norteadora desta pesquisa é identificar de que forma a co-criação de valor está presente nas relações acima expostas e como ela é percebida pelos médicos independentes. Assim, o presente estudo se propõe a investigar *como ocorre a co-criação de valor nas relações médico-hospital sob a ótica médica?*

O restante do artigo está organizado em: (i) revisão sumária dos conceitos pertinentes ao tema, (ii) apresentação dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, (iii) detalhamento do estudo e (iv) discussões e análises finais sobre o tema.

## 2. Referências teóricas

Nesta sessão apresentam-se os fundamentos teóricos utilizados para a pesquisa.

### 2.1 A lógica dominante dos serviços

A visão serviço-dominante do marketing implica que esta ciência é uma contínua série de processos sociais e econômicos profundamente enfocados em recursos transformadores, aplicados sobre outros recursos, os quais produzem efeitos quando submetidos àqueles, efeitos estes que habilitam as empresas a terem melhores propostas de valor do que seus competidores. Vargo e Lusch (2004) concluem que implica em relações entre cliente-fornecedor onde a colaboração, aprendizagem e adaptação dinâmica entre as partes estejam presentes. Neste sentido, o valor é definido pelo cliente e co-criado com ele, ao invés de estar embutido no produto ou serviço.

### 2.2 Co-criação de valor

A focalização das empresas em suas competências essenciais (*core competences*) levou as mesmas a delegar a seus fornecedores todas as demais atividades e processos não relacionadas às referidas competências (Cova e Salle, 2007). Em decorrência disso, a co-criação de valor começou ganhar destaque nos contextos acadêmico e empresarial (Hoyer *et. al.*, 2010). A co-criação pressupõe o trabalho conjunto de cliente e provedor com vistas ao aprimoramento de um produto ou serviço. Esse processo ocorre em múltiplos contextos (Bolton e Saxena-Iyer 2009) e se constitui em um elemento essencial da SDL - *Service-Dominant Logic* ou Lógica Dominante dos Serviços (Lusch *et. al.*, 2007). A co-criação de valor difere da personalização no nível de envolvimento do cliente, sendo que esse envolvimento é muito maior nos processos de co-criação (Prahalad e Ramaswamy, 2004). Recentemente a co-criação passou a ser vista como uma importante manifestação de engajamento do cliente (Van Doorn *et. al.*, 2010).

### 2.2.1 Envolvimento do cliente

Desenvolvimentos advindos de ações colaborativas são mais valorizados pelos clientes, bem como encontram menores barreiras nas etapas de comercialização e implementação (Franke, Keinz, e Steger 2009; Mathwick, Wiertz, e DeRuyter 2007; Kristensson *et al.*, 2004). Por parte das empresas a co-criação de valor resulta em eficiência e eficácia, bem como em aumento da complexidade do produto ou serviço (Hoyer *et al.*, 2010). Em nível de cliente a co-criação resulta em produtos ou serviços que melhor atendem às suas necessidades, bem como redundam em um maior engajamento e satisfação do cliente para com o fornecedor (Hoyer *et al.*, 2010). Kristensson, *et al.* (2008) alertam que o envolvimento de clientes aumenta o stress dos funcionários e compromete a satisfação dos mesmos. Os autores salientam ainda que projetos de co-criação de valor precisam considerar as culturas de ambas as partes envolvidas.

### 2.2.2 Desenvolvimento de novos serviços

Kindström e Kowalkowski (2009) propuseram um modelo para o desenvolvimento de serviços associados à venda de produtos manufaturados. Kristensson *et al.* (2008) propõe sete estratégias para o envolvimento dos clientes no processo de co-criação de novos serviços baseados em tecnologia, a saber: identificação de necessidades na configuração de uso, identificação de outras necessidades, aporte de ferramentas de análise para os usuários, motivação dos usuários com base nos potenciais benefícios, desconsideração do brainstorming para a geração de idéias, consideração de usuários sem muito foco em tecnologia e diversidade de perfis de clientes a serem envolvidos.

### 2.2.3 Migração

Helander e Möller (2008) postulam que a migração de uma condição de mero fornecedor de produtos para a de provedor de soluções requer que as empresas focalizem quatro tipos de atividades, a saber: garantia de serviços, suporte/manutenção, extensão de sistemas e consultoria para a otimização dos resultados passíveis de serem auferidos pelo cliente. Os achados desses autores indicam importantes pontos a serem observados na atenção aos principais clientes de uma organização (KAM – *Key Account Management*). O *CD*, ou *Customer-dominant Logic* (Lógica de Dominação do Cliente) se opõe a lógica do fornecedor. Segundo a *CD*, a criação de valor nos serviços deve ser feita na perspectiva do valor em uso do cliente, o contexto desse mesmo cliente e a experiência do cliente com o serviço em foco. Os referidos autores salientam os seguintes desafios para a viabilização da *CD*, a saber: envolvimento da empresa, controle da empresa na co-criação, visibilidade da criação de valor, escopo da experiência do cliente e características da experiência do cliente (Heinonen *et al.*, 2010).

### 2.2.4 Motivadores e Limitadores

Com base em um modelo conceitual que focaliza os graus de co-criação no desenvolvimento de novos produtos com clientes Hoyer *et al.* (2010) examinaram os indutores e as barreiras ao envolvimento de consumidores no processo, o impacto da co-criação em cada etapa de projeto e os resultados dessa interação. Os resultados desse estudo indicam que fatores econômicos, sociais, tecnológicos e psicológicos são indutores da participação do cliente na co-criação de valor. Redução de custos e possibilidade de incremento nos benefícios percebidos pelo consumidor se constitui nos indutores de participação das empresas. Hoyer *et al.* (2010) postulam ainda que a preocupação com o segredo, partilha da propriedade intelectual, o excesso de informação e a inviabilidade de oferta da solução desejada são elementos que podem restringir o interesse empresarial pela co-criação.

### 2.2.5 Lacunas

Embora a referida abordagem esteja se popularizando rapidamente (Vargo e Lusch, 2004), alguns autores entendem que existe uma carência de fundamentação teórica que subsidie o efetivo entendimento das estratégias (antecedentes e processos) necessárias para a co-criação de valor nos serviços (Kristensson, *et al.*, 2008). Outros entendem que o estudo do tema ainda encontra-se em uma fase inicial (Hoyer *et al.*, 2010).

As principais referências pesquisadas estão resumidas no Quadro 1.

<b>Temas</b>	<b>Autores</b>
Lógica dominante dos serviços	Vargo; Lusch, 2004
Co-criação de valor	Cova; Salle, 2007 Hoyer <i>et al.</i> , 2010 Bolton; Saxena-Iyer, 2009 Lusch <i>et al.</i> , 2007 Prahalad; Ramaswamy, 2004 Van Doorn <i>et al.</i> 2010
Co-criação de valor e o envolvimento do cliente	Franke; Keinz; Steger, 2009 Mathwick; Wiertz; DeRuyter; 2007 Kristensson <i>et al.</i> , 2004
Co-criação de valor e o desenvolvimento de novos serviços	Kindström; Kowalkowski, 2009 Kristensson <i>et al.</i> , 2008
Co-criação de valor e a migração	Helander; Möller, 2008 Heinonen <i>et al.</i> , 2010
Motivadores e limitadores da Co-criação de valor	Hoyer <i>et al.</i> , 2010
Co-criação de valor e as lacunas	Vargo; Lusch, 2004 Kristensson, <i>et al.</i> , 2008 Hoyer <i>et al.</i> , 2010

Quadro 1 - Resumo das principais referências consultadas

Após análise das referências teóricas procedeu-se o desenho da pesquisa.

### 3. Procedimento metodológico

A pesquisa é uma busca por respostas. A pesquisa em operações é importante e apresenta muitos desafios para os gestores, pois, à medida que estes são desafiados a tomarem melhores decisões, uma inteligência administrativa se torna essencial e isso, só a pesquisa pode criar, convertendo uma simples informação em inteligência (HAIR, *et al.*, 2005). A realização de uma pesquisa está associada à busca de informações necessárias para a resolução de determinado problema, por meio de esforço cuidadoso dirigido por ações e procedimentos racionais e sistemáticos (GODOY, 1995; SILVA, MENEZES, 2001) denominados de método.

Esta sessão apresenta os procedimentos metodológicos empregados no desenvolvimento do projeto proposto por essa pesquisa. Inclui o método de pesquisa e o método de trabalho, bem como as limitações do método de estudo proposto.

### 3.1 Método de Pesquisa

Esta pesquisa é de natureza aplicada, visando gerar conhecimento para aplicação prática. A abordagem qualitativa se mostrou apropriada para a análise a partir de um caso ilustrativo, conforme as recomendações de diversos autores (SOBH & PERRY, 2005; YIN, 2005). Em relação à estratégia de pesquisa para o desenvolvimento deste trabalho a opção foi pela pesquisa exploratória, útil para identificar elementos característicos de uma situação e desenvolver maior compreensão sobre elementos pouco compreendidos. É útil quando as questões de pesquisa são vagas ou o objeto de estudo não se encontra completamente definido, ajudando a formular um problema ou defini-lo com maior precisão, identificar alternativas de ação e obter critérios para uma abordagem do problema, sem a necessidade de elaborar hipóteses a serem testadas (HAIR *et al.*, 2005). Quanto aos procedimentos técnicos, o estudo de caso transversal com múltiplas unidades de análise se mostrou apropriado, contribuindo para o rigor da pesquisa. Este enquadramento está de acordo com Sobh e Perry, 2005; Yin, 2005, pois trata-se de uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real. A coleta e análise de dados estão baseadas na triangulação de dados provenientes de diversas fontes de evidências, contribuindo para a validade da pesquisa.

### 3.2 Método de trabalho

O método de trabalho é a seqüência de passos a ser seguidos para a realização da pesquisa. Para este estudo o método de trabalho foi estruturado em seis fases, conforme figura 1.

Fases do método de trabalho		Técnica de coleta de dados	Crítérios de decisão		
<b>Análise do referencial teórico</b>	1	Inquietações iniciais	Definição do problema de pesquisa	Análise preliminar da literatura	Relevância
	2	Definição da unidade de caso		Análise documental	Relevância
	3	Definição da unidade de análise		Análise documental	Não-probabilística Contribuição crescente em receita
		Definição da amostra			
	4	Preparação do roteiro de pesquisa		entrevista semi-estruturada Observação	-
		Validação do roteiro em entrevista piloto			
Avaliação do piloto		Ajuste do roteiro de entrevista			
5	Realização das entrevistas		entrevista semi-estruturada Observação	-	
	Transcrição dos dados	Tabulação dos dados			
6	Análise dos dados		-	Análise de conteúdo	
	Análise das conclusões do estudo				

Figura 1 - Método de trabalho

A primeira fase do método de trabalho constitui-se na definição do problema de pesquisa. Com base em uma avaliação preliminar da literatura pesquisada e nas reflexões acerca do

tema proposto, definiu-se que o objeto de pesquisa constitui-se em investigar o processo de co-criação de valor nas relações médico-hospital sob a ótica médica.

Na segunda fase, objetivando colaborar com o desenvolvimento do tema, este estudo investiga o referido processo em uma rede hospitalar privada (não governamental), no Brasil.

A estratégia de competição desta rede está voltada para a inovação e qualidade, englobando a vertente tecnológica, especialização do corpo clínico, velocidade, confiabilidade e conveniência de forma combinada. Contribuindo para a sustentação destes fatores de competição, vinculada a esta rede, está a primeira instituição de ensino do país na área hospitalar, denominada Universidade Corporativa. Esta instituição de ensino é formada por meio de parcerias com universidades e outras instituições, com o propósito de desenvolver atividades específicas a partir da aplicabilidade do conhecimento científico na prática hospitalar.

A terceira fase parte da definição da unidade de caso e define as unidades de análise e a população-alvo das entrevistas. O critério de escolha das unidades de análise está baseado na representatividade financeira. Entendem-se aqui, as unidades de análises, como as especialidades médicas que atuam no hospital em estudo. Assim, foi realizada uma análise na receita bruta de dois anos das especialidades médicas dentro de um contexto hospitalar, que mais contribuem em resultado financeiro para o hospital em foco.

Analisou-se ainda a tendência de variação nesta representatividade que se mostrou insignificante (menor que 2%) e, portanto, este dado foi descartado. Resultante da aplicação destes critérios chegou-se a quatro unidades de análise que se constitui em quatro especialidades médicas que, somadas, representam 50% da receita bruta da rede deste hospitalar. Assim, foram definidas como unidades de análise as especialidades de traumatologia, clínica médica, cardiologia e cancerologia. Partindo do exposto, definiu-se a população-alvo para a coleta de dados. Os critérios para a referida definição são discutidos posteriormente.

Na fase quatro, preparou-se o roteiro de pesquisa das entrevistas semi-estruturadas e procedeu-se uma aplicação piloto. Tal aplicação objetivou verificar a exatidão e a coerência das respostas, sob a ótica dos respondentes. A partir do resultado, foram feitos alguns refinamentos no instrumento, tais como a inclusão e exclusão de questões e a reformulação de algumas frases. O roteiro final foi composto por um conjunto de dez questões com respostas abertas, divididos em três construtos, construídos com base na teoria. O primeiro construto apresentou um conjunto de seis questões que objetivaram avaliar o benefício das ações conjuntas sob a ótica médica. O segundo construto apresentou mais uma questão que buscava avaliar aspectos referentes ao atual parceiro colaborativo em relação aos seus concorrentes. O terceiro apresentou mais três questões que objetivaram avaliar os elementos especificados e monitorados nos contratos.

Após esta reavaliação, na fase cinco, procedeu-se a aplicação das entrevistas, a transcrição das entrevistas e a tabulação dos dados coletados.

Na fase seis, procedeu-se a exploração, tratamento e análise dos dados obtidos nas fases anteriores, bem como o apontamento das conclusões deste estudo. Nesta fase foi possível confirmar as hipóteses iniciais, avaliar a utilidade da pesquisa proposta sob o ponto de vista do aprendizado e avanço do conhecimento e sob o ponto de vista prático das organizações. Foi avaliada ainda a possibilidade de apontar os novos insights sobre o problema abordado. Por fim, nesta fase realizou-se a avaliação quanto à resposta a questão de pesquisa.

### 3.3 Coleta dos dados

A definição do plano de coleta e análise dos dados está intimamente relacionada a questão de pesquisa, ao método de pesquisa e ao método de trabalho. Quanto aos critérios de validade, para este estudo optou-se por utilizar mais de uma técnica de coleta e análise dos dados. De acordo com Yin (2005), os estudos de caso não precisam ficar limitados a uma fonte de evidências e, por isso, delas foram escolhidos os instrumentos e técnicas: a) Pesquisa bibliográfica; b) Entrevistas semi-estruturadas; c) Observação; e d) Análises documentais. A partir destas fontes de evidências, espera-se obter os dados que a pesquisa se propõe a coletar. Buscando garantir a validade da pesquisa, optou-se pela triangulação dos dados através de múltiplas fontes de evidências empregadas na coleta de dados.

A primeira técnica escolhida foi a análise documental. O principal motivo de escolha desta técnica foi pela possibilidade que ela oferece de uma análise posterior, fundamentada em dados e fatos da organização, além da possibilidade de ser utilizada em conjunto com outras técnicas (HAIR, *et. al.*, 2005). Através do uso desta técnica foi possível a obtenção de informações quantitativas e qualitativas que ajudaram a definir de forma mais adequada as questões que esta pesquisa se propõe a abordar.

A segunda técnica escolhida foi a entrevista semi-estruturada revelando ao entrevistado o objetivo da entrevista. Esta escolha teve por objetivo uma análise mais proveitosa do problema abordado. Para esta pesquisa as entrevistas se mostraram mais indicadas para os objetivos do trabalho. As entrevistas objetivaram entender e explorar o relacionamento entre hospital e médicos. As mesmas foram guiadas por um roteiro com questões semi-abertas, aplicadas pessoalmente por um único pesquisador, apresentado no anexo I. As questões foram construídas com base no objetivo de pesquisa e na literatura consultada. A escolha por questões semi-abertas foi considerada apropriada pela possibilidade da indagação aos entrevistados a respeito de fatos e/ou opiniões sobre determinados eventos e sua própria interpretação, permitindo levantar e identificar situações que nas entrevistas estruturadas dificilmente apareceriam.

A amostra da população-alvo para as entrevistas foi definida por amostragem não-probabilística, onde a inclusão ou exclusão de elementos em uma amostra fica a critério do pesquisador. O critério empregado tem como base a atuação na área médica nas especialidades que fazem parte da unidade de análise. Esta escolha ainda respeitou a condição de que estes profissionais deveriam atuar em pelo menos mais uma unidade de saúde não integrante da instituição em análise. A partir desta divisão preliminar, foi possível identificar quais profissionais atendem nas especialidades de interesse.

Desta forma, dois médicos independentes atuantes em cada uma das especialidades foram entrevistados entre os meses de outubro de 2010 e janeiro de 2011. O perfil da amostra pesquisa indica um grupo de médicos predominantemente masculino, todos acima de quarenta anos, com formação mínima de mestrado e com atuação profissional na unidade de análise de no mínimo cinco anos.

A terceira e última técnica empregada foi a observação e participação aberta dos pesquisadores. Yin (2005) recomenda o uso desta técnica, enfatizando que sua oportunidade de maior valia é a permissão para participar de eventos que não seriam permitidos de outra forma para o estudo científico. Seu uso possibilitou a percepção da realidade do ponto de vista de alguém inserido no contexto e contribuiu como forma de complementar os registros, possibilitando a identificação de forma mais clara das relações de colaboração entre os agentes envolvidos no processo.

### 3.4 Análise de Dados



Analisar os dados consiste em examinar, categorizar, classificar, testar ou do contrário, re-combinar as evidências qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo. É recomendado que antes de definida a técnica de análise de dados se tenha definido a estratégia para condução do estudo (YIN, 2005). Dessa forma, a pesquisa está baseada na estratégia de proposições teóricas, buscando o “como” e “por quê”. As questões da pesquisa baseiam-se na revisão da literatura e no objetivo do estudo, o que torna mais claro o foco na análise e coleta de dados.

Para análise desta pesquisa foi utilizada a técnica de modelo lógico de nível empresarial com configuração alternativa. Esta técnica consiste em comparar eventos reais observados ao longo do tempo com eventos teoricamente previstos, dando atenção próxima a sua seqüência cronológica. Sendo que é suposta a existência de seqüências repetidas de eventos na ordem causa e efeito estipulando um encadeamento de eventos ao longo do tempo, mas não evoluindo necessariamente de forma linear.

Após a coleta, os dados foram analisados, organizados e interpretados, utilizando o referencial teórico como base. As informações foram agrupadas e sintetizadas, de forma a viabilizar as análises. Para apresentação dos dados foi empregado o uso de quadros, pois comunicam de modo mais eficiente e ajudam a compreender mais facilmente os dados (HAIR *et. al.*, 2005).

#### 4. Resultados da pesquisa

Conforme entrevistas realizadas, todos os médicos afirmaram que um projeto de co-criação só gera bons resultados quando uma equipe multidisciplinar analisa as questões médicas, técnicas, operacionais e de marketing relacionadas a uma inovação em foco (isso médicos, enfermeiros, funcionários e gestores). Os médicos reconheceram que poucos hospitais tentam co-criar valor com eles. No entanto, os hospitais que envolvem médicos em todos os níveis de decisões e atendem suas demandas tornou-se o hospital preferido pelo médico, o que significa que este é o hospital onde os médicos tentam centralizar as suas atividades. Para os médicos, esta centralização economiza recursos como tempo e dinheiro (considerando os aspectos logísticos). Para o hospital, ele pode gerar mais oportunidades para outras áreas da medicina, influenciando na receita geral do hospital e na lucratividade.

Os médicos que mais contribuem para a geração de receita do hospital expressaram suas preocupações em relação a geração de conhecimento e de partilha. Segundo eles, os hospitais interessados em desenvolver projetos bem sucedidos de co-criação devem primeiro promover o desenvolvimento intelectual dentro da comunidade hospitalar (que inclui médicos, enfermeiros e pessoal). Um hospital com o grupo de colaboradores altamente qualificados induz médicos para centralizar suas atividades profissionais nele. A fim de fazer isso, os profissionais de saúde devem organizar eventos internos focados na partilha de conhecimentos e fornecer apoio financeiro para os membros da equipe participam de cursos e conferências fora do hospital.

Disponibilidade e confiabilidade dos serviços, equipes de alta qualificação e tecnologia atualizada foram mencionadas por todos os médicos. A marca do hospital foi citada por clínicos gerais e médicos oncologistas, enquanto traumatologistas mencionaram a atenção dedicada por equipes de apoio aos seus pacientes (principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem). A tabela 1 resume os resultados.

Construto

Resumo dos resultados

Experiência	Projeto de co-criação só gera bons resultados quando orquestrado por equipes multidisciplinares. Hospitais que desenvolvem projetos de co-criação considerando demandas dos médicos mais rentáveis obtiveram melhor retorno financeiro e se tornaram o hospital preferido pelo médico (devido aos aspectos logísticos).
Demandas	Hospitais devem incentivar / financiar o desenvolvimento intelectual das equipes. Cardiologistas demandam programas comportamentais e de liderança para os membros da equipe, enquanto oncologistas demandam menos burocracia nas decisões.
Indutores	Disponibilidade / confiabilidade dos serviços, equipes altamente qualificadas e a tecnologia atualizada foram mencionadas por todos os médicos. A marca do hospital é considerada por médicos gerais e oncologistas. A atenção dedicada por equipes de apoio aos seus pacientes foi mencionada por traumatologista.

Tabela 1- Resumo dos resultados

#### 4.1 Discussão e implicações

Os resultados sugerem que um hospital com um projeto bem orquestrado de co-criação de valor pode atrair os médicos mais rentáveis, induzindo os médicos a centralizar as suas atividades profissionais no hospital.. A centralização traz benefícios aos profissionais de saúde, gerando mais oportunidades para outras áreas da medicina, enquanto otimiza os custos logísticos dos médicos. Os benefícios mútuos resultantes da co-criação de valor aqui apresentados estão em consonância com outros resultados relatados na literatura (ver Hoyer et al., 2010). Uma vez que os médicos são um poderoso influenciador do paciente (Gaur et al. 2011), os resultados deste estudo sugerem que os médicos devem também ser considerados no esforço de co-criação de valor. Esta conclusão traz novos elementos para as conclusões de Heinonen et al., (2010), levando assim a seguinte proposição:

*P1 - Os projetos de co-criação de valor mais rentáveis de um hospital são propostos pelos médicos que concentram suas atividades no hospital.*

A influência de equipes multidisciplinares nos resultados de um projeto de co-criação não foi relatada em qualquer outro referencial investigado pelos autores. A única menção foi relacionada ao *estresse* dos trabalhadores (ver Kristensson et al., 2008). Considerando que as equipes multidisciplinares parecem ter um papel importante na co-criação de valor a seguinte proposição foi enunciada:

*P2 - Os projetos de co-criação de valor mais rentáveis de um hospital são orquestrados por equipes multidisciplinares.*

Geração de conhecimento / partilha parecem ser elementos importantes de acordo com os médicos entrevistados. Como identificado, a criação e partilha de conhecimento deve ser promovida pelo hospital e deve incluir médicos, enfermeiros e pessoal. Os hospitais também deverão prestar apoio financeiro a estes processos. A análise desses elementos leva a seguinte proposição:

*P3 - Hospitais que propiciam o conhecimento e financiam a criação e partilha entre médicos, enfermeiros e pessoal obtém melhores resultados em seus projetos de co-criação de valor*

As únicas demandas expressas pelos cardiologistas (programas comportamentais e de liderança para os membros da equipe), oncologistas (menos burocracia nas decisões) e traumatologistas (atenção dedicada por equipes de apoio aos seus pacientes) sugerem uma pergunta intrigante: Os achados são resultado de limitações de estudos de caso ou eles sugerem que a co-criação de valor em instituições de saúde devem considerar as diferenças existentes entre as áreas médica? Não foram encontradas referências sobre esse assunto na literatura. Com base nestes resultados é possível afirmar a seguinte proposição:

*P4 - Hospitais que consideram as diferenças existentes entre as áreas médica alcançam melhores resultados em seus projetos de co-criação de valor.*

As propostas aqui apresentadas devem ser investigadas em profundidade por estudos qualitativos e quantitativos, a fim de fazer avançar o conhecimento sobre o processo de co-criação no setor de saúde.

Os resultados também sugerem que a disponibilidade e a confiabilidade dos serviços, qualificação da equipe e tecnologia atualizada são elementos essenciais que podem influenciar médicos na opção por determinado hospital. Esta conclusão está em conformidade com diversas outras já apresentadas na literatura de serviços, mas não necessariamente relacionadas com a co-criação de valor.

#### 4.2 Considerações Finais

Hospitais devem investir no desenvolvimento da equipe, a fim de atrair médicos rentáveis para os seus projetos de co-criação de valor. As equipes devem incluir médicos, enfermeiros, gerentes e funcionários. Os melhores médicos devem ser convidados e preparados para participar dessas equipes multidisciplinares (incluindo em termos de liderança). Fomento e financiamento do desenvolvimento intelectual específico de todos os membros da equipe também parece ser um elemento importante que atrai os médicos mais rentáveis.

Finalmente, algumas demandas específicas foram encontradas entre as áreas médicas investigadas. Estas exigências podem ser resultados de uma limitação do estudo de caso, ou uma indicação de que os estudos de rentabilidade no setor de saúde também devem considerar as diferenças entre as áreas médicas.

#### Referências

**Bitner, M. J.; Booms, B. H. and Tetreault, M. S.** *The service encounter: diagnosing favorable e unfavorable incidents.* Journal of Marketing, vol. 54, p. 71–84, 1990.

**Bitner, M.; Farea, W. T.; Hubbert, A. R. and Zeithaml, V. A.** *Customer contributions e roles in service delivery.* International Journal of Service Industry Management, vol. 8, n. 3, p. 193-205. 1997.

**Bolton, Ruth N. and Shruti Saxena-Iyer** (2009). *Interactive Services: A Framework, Synthesis and Research Directions*” Journal of Interactive Marketing, 23 (1), 91-104.

**Cho, Y. K. and Menor, L. J.** *Toward a provider-based view on the design e delivery of quality e-service encounters.* Journal of Service Research, vol. 13, n. 1, p. 83–95, 2009.

**Cova, B. and Salle, R.** *Introduction to the IMM special issue on ‘Project marketing and the marketing solutions: A Comprehensive Approach to Project Marketing and the Marketing of Solutions.* Industrial Marketing Management, 36(2): 138-146, 2007.

**Christensen, C.M.; Grossman, J.H. and Hwang; J.** *Inovação na Gestão da Saúde: A Receita para Reduzir Custos e Aumentar Qualidade..* Porto Alegre: Bookman, 2009.

**Czepiel, J. A.** *Service encounters e service relationships: implications for research.* Journal of Business Research, 20, p. 13–21, 1990.

- Franke, Nikolaus, Peter Keinz, and Christoph J. Steger.** *Testing the Value of Customization: When Do Customers Really Prefer Products Tailored to Their Preferences?* Journal of Marketing, 73 (5), 103-121, 2009.
- Grönroos, C.** *Marketing gerenciamento e serviços*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- Godoy, A.S.** *Pesquisa Qualitativa: Tipos fundamentais*. Revista de Administração de Empresas. v. 35, n.3, p.20-29, 1995.
- Groth, M.; Gutek, B. A. and Douma, B.** *Effects of service mechanisms e modes on customers' attributions about service delivery*. Journal of Quality Management, vol. 6, p. 331-348, 2001.
- Gummesson, E.** *Marketing de relacionamento total*. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Hair Junior, J. F.; Babin, B.; Money, A. H. and Samouel, P.** *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Heinonen, K.; Strandvik, T.; Mickelsson, K.-J., Edvardsson, B.; Sundström, E.; and Andersson, P.** *A customer-dominant logic of service*. Journal of Service Management, Vol. 21, No. 4, pp. 531-548, 2010.
- Helander, A.; Möller, K.** *System Supplier's Roles From Equipment Supplier to Performance Provider*. Journal of Business & Industrial Marketing, Vol. 23 No.8, pp.577 – 585, 2008.
- Hoyer, W. D.; Chandy, R.; Dorotic, M.; Krafft, M.; and Singh, S.** *Consumer Cocreation in New Product Development..* Journal of Service Research, Vol. 13, No. 3, 283-296, 2010.
- Johnston, R.; Clark, G.** *Administração de operações de serviço*”. São Paulo: Atlas, 2002.
- Kindström, D.; Kowalkowski, C.** *Development of Industrial Service Offerings: a Process Framework*. Journal of Service Management, Vol. 20, No.2, p. 56-172, 2009.
- Kristensson, P.; Gustafsson, A.; Archer, T.** *Harnessing the creativity among users*. Journal of Product Innovation Management, Vol. 21 No. 1, pp. 4-15, 2004.
- Kristensson, P., Gustafsson, A. and Archer, T.** *Key strategies for the successful involvement of customers in the co-creation of new technology-based services*. International Journal of Service Industry Management, Vol. 19, No. 4, pp. 474-491, 2008.
- Lusch, R.F., Vargo, S.L. and O'Brien, M.** *Competing through service: insights from service-dominant logic*. Journal of Retailing, Vol. 83 No. 1, pp. 5-18, 2007.
- Mathwick, C.; Caroline, W.; Ko, R.** *Social Capital Production in a Virtual P3 Community*. Journal of Consumer Research, 34 (April), 832-849, 2007..
- Prahalad, C.K.; Ramaswamy, V.** *The Future of Competition*, Harvard Business School Press, Boston, MA, 2004.
- Roos, I.; Edvardsson, B.** *Customer-support service in the relationship perspective*. Managing Service Quality, vol. 18, n. 1, p. 87-107, 2008.
- Silva, E. L. and Menezes, E. M.** *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. Florianópolis: PPGEP/UFSC, 2001.
- Sohb, R. and Perry, C.** *Research Design and Data Analysis in Realism Researc*. European Journal of Marketing, n.11, vol. 40, p. 1194-1209, 2006.
- Stiakakis, E. and Georgiadis, C. K.** *E-service quality: comparing the perceptions of providers e customers*. Managing Service Quality, vol. 19, n. 4, p. 410-430, 2009.
- Svensson, G.** *New aspects of research into service encounters e service quality*. International Journal of Service Industry Management, vol. 17, n. 3, p. 245-257, 2006.
- Svensson, G.** *Sequential service quality in service encounter chains: case studies*. Journal of Services Marketing, vol. 20, n. 1, p. 51-58, 2006.
- Van, J.; Lemon, K.N.; Mittal, V.; Nass, S.; Pick, D.; Pirner, P.;Verhoef, P.C.** *Customer Engagement Behavior: Theoretical Foundations and Research Directions*. Journal of Service Research, 13 (3), 253-266, 2010.
- Vargo, S.L. and Lusch, R.F.** *Evolving to a new dominant logic for marketing*. Journal of Marketing, Vol. 68 No. 1, pp. 1-17, 2004.

**Yin, R. K.** *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3<sup>a</sup>. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**Zeithaml, V. A. and Bitner, M. J.** *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.