

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO**

Bráulio Rodrigues de Almeida Júnior

**LÓGICA DOMINANTE DE SERVIÇO E PRÁTICAS DE COCRIAÇÃO
DE VALOR EM ECOSSISTEMAS DE SERVIÇOS
EM SAÚDE DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
DE SÃO PAULO**

**São Caetano do Sul
2022**

BRÁULIO RODRIGUES DE ALMEIDA JÚNIOR

**LÓGICA DOMINANTE DE SERVIÇO E PRÁTICAS DE COCRIAÇÃO
DE VALOR EM ECOSISTEMAS DE SERVIÇO
EM SAÚDE DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
DE SÃO PAULO**

Tese de Doutorado defendida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração.

Área de Concentração: Gestão e Regionalidade

Orientador: Prof. Dr. Milton Carlos Farina

**São Caetano do Sul
2022**

Ficha catalográfica

ALMEIDA Jr., Bráulio Rodrigues de

Lógica dominante de serviço e práticas de cocriação de valor em ecossistemas de serviços em saúde de instituições de ensino superior de São Paulo/ Bráulio Rodrigues de Almeida Júnior - São Caetano do Sul: USCS/ Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2022.

344f. il.

Orientador: Prof. Dr. Milton Carlos Farina

Tese (Doutorado) - USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-graduação em Administração, 2022.

1. Ecossistema de Serviços em Saúde. 2. Cocriação de Valor. 3. Lógica Dominante de Serviço. 4. Redes Organizacionais. 5. Tipologia de Práticas de Cocriação. Título II: Farina, Milton Carlos. Título III: USCS - Programa de Pós-graduação em Administração, 2022.

Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa

Prof.^a Dra. Maria do Carmo Romeiro

Gestor do Programa de Pós-graduação em Administração

Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva

Tese defendida e aprovada em 19/12/2022 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Milton Carlos Farina (orientador - Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS)

Prof. Dr. João Batista Pamplona (Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS)

Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito (Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS)

Prof. Dr. Luiz Paulo Lopes Fávero (Faculdade da Economia e Administração – FEA/USP)

Prof. Dr. Marcos Antônio Gaspar (Universidade Nove de Julho – Uninove)

Dedico, em primeiro lugar a Deus, que me permitiu chegar até aqui.
À Márcia, Renato e Felipe, esposa e filhos amados.
Aos parentes e amigos que me deram suporte para perseverar e concluir este
processo.

Agradecimentos

A Milton Carlos Farina, meu incansável orientador, pela sua competência e dedicação.

Aos gestores, professores, alunos, funcionários, usuários e colegas da Clínica-escola Promove, da Universidade São Camilo e das Clínicas-escola da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, pela acolhida, disponibilidade e condições oferecidas para a realização das entrevistas.

Aos professores, colegas e funcionários do curso de Pós-graduação em administração, PPGA-USCS; esta tese chegou a este formato também graças à contribuição preciosa de cada um, seja nos workshops, nas aulas, nas conversas, críticas, sugestões e opiniões compartilhadas durante todo o curso.

Aos professores componentes da banca, pelas suas valiosíssimas contribuições e atenção para com este trabalho.

À Profa. Dra. Mônica de Moraes Oliveira, pelo seu competente trabalho de revisão.

ALMEIDA JR., Bráulio Rodrigues de. **Lógica Dominante de Serviço e Práticas de Cocriação de Valor em Ecossistemas de Serviços em Saúde de instituições de ensino superior de São Paulo**. Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, SP, 2022.

RESUMO

Esta tese teve o objetivo de analisar as relações entre a Lógica Dominante de Serviço e a Cocriação de Valor, expressas em Práticas de Cocriação de Valor que moldam Ecossistemas de Serviços em Saúde. Essas práticas, que ocorrem entre os atores desses ecossistemas, dinamizam o processo de interação e compartilhamento de recursos e serviços e podem ser analisadas e expressas por uma tipologia, referenciada pela literatura. Esta análise se fez necessária a partir de lacunas identificadas na literatura pesquisada: o pouco número de trabalhos que relacionam os conceitos acima mencionados; o ineditismo de relacionar a aplicação da tipologia a um conjunto de trabalhos que a abordaram em pesquisas qualitativas, realizadas em situações concretas; e a análise da tipologia em situações reais de Instituições de Ensino Superior (IES) que prestam serviços na área da saúde. Os atores entrevistados foram usuários, gestores, professores, alunos e funcionários de IES das cidades de São Paulo e São Caetano do Sul (São Paulo - Brasil), aos quais foi aplicado um formulário semiestruturado de natureza qualitativa, elaborado a partir da tipologia. Os mapas mentais de redes de relacionamento desenhados pelos atores identificaram as redes que se formam no processo de recebimento e prestação de serviços em saúde pelas IES. Em seguida, as respostas dos entrevistados foram discutidas à luz do referencial teórico fornecido por pesquisas que aplicaram a tipologia em situações concretas e que abordaram os conceitos trabalhados. Os resultados da pesquisa apresentaram como contribuição acadêmica a confirmação da existência, nas IES pesquisadas, a partir da perspectiva dos atores e expressas pela tipologia, de relações entre a Lógica Dominante de Serviço e a Cocriação de Valor, que moldam e explicam, como proposta de atuação das IES, Práticas de Cocriação de Valor que emergem das redes de relações entre os atores, por meio da prestação e usufruto dos serviços, que caracterizam como Ecossistemas de Serviços em Saúde os serviços prestados pelas IES. Como contribuições gerenciais, as respostas dos atores sugeriram aperfeiçoamentos dos serviços prestados e futuras parcerias e ações conjuntas dessas instituições, na prestação de serviços em saúde e no desenvolvimento de trabalhos e eventos acadêmicos.

Palavras-chave: Ecossistema de Serviços em Saúde. Cocriação de Valor. Lógica Dominante de Serviço. Redes Organizacionais. Tipologia de Práticas de Cocriação.

ALMEIDA JR., Bráulio Rodrigues de. **Service Dominant Logic and Value Cocreation Practices in Health Care Service Ecosystems OF Higher Education Institutions from São Paulo.** Municipal University of São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, SP, 2022.

Abstract

This thesis aimed to analyze the relationships between the Service Dominant Logic and the Value Cocreation expressed in Value Cocreation Practices that shape Health Service Ecosystems. These practices that occur among the actors of these ecosystems, streamline the process of interaction and sharing of resources and services and can be analyzed and expressed by a typology, referenced by the literature. This analysis was necessary based on gaps identified in the research literature: the small number of studies that relate the concepts mentioned above; the novelty of relating the application of typology to a set of studies that addressed it in qualitative research, carried out in concrete situations; and the analysis of typology in real situations of Higher Education Institutions (HEIs) that provides services in the health area. The interviewed actors were users, managers, teachers, students, and employees of HEIs of the cities of São Paulo and São Caetano do Sul (São Paulo - Brazil), to whom a semi-structured questionnaire of qualitative nature was applied, elaborated from the typology. The mental maps of relationship networks designed by the actors identified the networks that are formed in the process of receiving and providing health services by the HEIs. Then, the interviewees' answers were discussed in the light of the theoretical framework provided by research that applied typology in concrete situations and addressed the concepts worked. The results of the research presented as an academic contribution the confirmation of the existence, in the researched HEIs, from the perspective of the actors and expressed by the typology, relations between the Service Dominant Logic and the Value Cocreation of which shape and explain, as a proposal of action of the HEIs, Value Cocreation Practices that emerge from the relationships networks between the actors, through the provision and enjoyment of services, which characterize as Health Service Ecosystems the services provided by the HEIs. As managerial contributions, the responses of the actors suggested improvements in the services provided and future partnerships and joint actions of these institutions, in the provision of health services and in the development of academic works and events.

Keywords: Health Services Ecosystem. Value Cocreation. Service Dominant Logic. Impact Value. Organizational Networks. Typology of Cocreation Practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Assistência Centrada no Paciente (<i>Patient-Centered Assitence</i>)
ASS	Alfabetização em Serviços de Saúde (<i>Health Services Learning</i>)
CCV	Cocriação de Valor (<i>Value Co-Creation</i>)
Co	Coprodução (<i>Coproduction</i>)
COS	Comunidades On-line de Saúde (<i>On-line Health Communities</i>)
ESS	Ecosistemas de Serviços em Saúde (<i>Health Service Ecosystems</i>)
FCCV	Fatores de Cocriação de Valor (<i>Value Cocreation Factors</i>)
IES	Instituições de Ensino Superior
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
LDS	Lógica Dominante de Serviço (<i>Service Dominant Logic</i>)
MARV	Mapa do Ator da Rede de Valores (<i>VNAM - Value Network Actor Map</i>)
PC	Práticas de Cocriação (<i>Cocreation Pratices</i>)
PCCV	Práticas de Cocriação de Valor (<i>Value Cocreation Practices</i>)
SAS	Sistemas de Aprendizagem em Saúde (<i>Learning Health Systems</i>)
SSCH	Sistemas de Serviços Centrados em Humanos (<i>Human-centered service systems</i>)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ViU	Valor em Uso (<i>ViU - Value in Use</i>)
VI	Valor de Impacto (<i>Impact Value</i>)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico, Justificativa e Ineditismo da tese	37
Figura 2 – Artigos recentes sobre a relação entre CCV e LDS	40
Figura 3 – Web Of Science – palavras-chave	40
Figura 4 – Web Of Science – autores mais citados e cocitação	41
Figura 5 – Autores seminais para os termos relacionados à CCV	42
Figura 6 – Modelo DART: blocos de interação de construções para CCV	45
Figura 7 – A narrativa e o processo da LDS	55
Figura 8 – Ecossistema de Serviços em Saúde	81
Figura 9 – Requisitos micro, meso e macro para a criação de um ESS	82
Figura 10 – Modelo teórico desta tese	124
Figura 11 – Instrumentos, materiais de pesquisa e referências bibliográficas	127
Figura 12 – Tipos de rede	143
Figura 13 – EA3: 3. R. Hierárquica - Usuário	144
Figura 14 – EA8: 2. R. Focalizada - Usuário	144
Figura 15 – EA10: 3. R. Hierárquica - Usuário	147
Figura 16 – EB11: 4. R. Híbrida - Gestor	148
Figura 17 – EB4: 1. R. Aglomerada - Gestor	148
Figura 18 – EB5: 2. R. Hierárquica - Gestor	149
Figura 19 – EB2: 3. R. Hierárquica - Gestor	149
Figura 20 – EC9: 1. R. Agrupada - Professor	153
Figura 21 – EC4: 3. R. Hierárquica - Professor	153
Figura 22 – ED1: 2. R. Focalizada - Aluno	156
Figura 23 – ED8: 3. R. Hierárquica - Aluno	156
Figura 24 – ED3: 4. R. Híbrida - Aluno	158
Figura 25 – ED4: 1. R. Aglomerada - Aluno	159
Figura 26 – ED5: 3. R. Hierárquica - Aluno	159
Figura 27 – EE2: 1. R. Agrupada - Funcionário	161
Figura 28 – EE8: 3. R. Hierárquica - Funcionário	161
Figura 29 – EE5: 3. R. Hierárquica - Gestora	162
Figura 30 – EE6: 3. R. Hierárquica - Monitora	162

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Desenvolvimento das Premissas Fundamentais.....	51
Quadro 2 – Tipologia de PC que moldam ESS: perspectiva de cuidados em saúde	77
Quadro 3 – IES A: Universidade Municipal de São Caetano do Sul	129
Quadro 4 – IES B: Centro Universitário São Camilo – Clínica-escola Promove	129
Quadro 5 – Caracterização das etapas, critérios e referências da pesquisa	130
Quadro 6 – Referências para as entrevistas	135
Quadro 7 – Referências para as entrevistas – PC5	136
Quadro 8 – Referências para as entrevistas – PC6	137
Quadro 9 – Referências para as entrevistas – PC7	138
Quadro 10 – Bloco A: Perfil dos entrevistados	139
Quadro 11 – Perfil dos entrevistados, Mapa de Rede e Atores Focais.....	142
Quadro 12 – Bloco B: Quadro resumo.....	164
Quadro 13 – Bloco C: Quadro resumo	216
Quadro 14 – Bloco D: Quadro resumo	274
Quadro 15 – Bloco E: Quadro resumo.....	292
Quadro 16 – Bloco F: Quadro resumo.....	320
Quadro 17 – Formulário	341

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Problema de pesquisa	33
1.2 Objetivos da pesquisa	33
1.2.1 Objetivo geral.....	33
1.2.2 Objetivos específicos (Práticas de Cocriação selecionadas).....	34
1.3 Delimitação do estudo	34
1.4 Justificativa e relevância do trabalho	35
1.5 Organização do relatório do trabalho	37
1.6 Contribuições do trabalho.....	38
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	39
2.1 Estudo bibliométrico de referências	39
2.2 Lógica Dominante do Serviço (LDS)	43
2.3 Cocriação de Valor (CCV)	45
2.4 LDS e CCV em um Ecossistema de Assistência em Saúde	49
2.5 Bem-estar do ecossistema	58
2.6 Conceito de Valor de Impacto (VI) para o Ecossistema	70
2.7 Tipologia de Frow <i>et al.</i> (2016).....	76
2.8 Revisão de literatura – artigos que citaram Frow <i>et al.</i> (2016)	84
2.8.1 Análise de Práticas de Cocriação de Valor que impactam o ecossistema 84	
2.8.1.1 PC4 - Práticas que impactam o ESS, por estruturas e instituições.....	84
2.8.1.2 PC5 - Práticas que moldam proposições de valor e inspiram novas ..	86
2.8.1.3 PC6 - Práticas que impactam o acesso a recursos num ecossistema	92
2.8.1.4 PC7 - Práticas criadoras de novos relacionamentos e oportunidades	95
2.9 Artigos selecionados para referenciar a metodologia de pesquisa	102
2.9.1 Referencial Teórico – Conclusão.....	123
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	125

3.1 Parecer consubstanciado.....	125
3.2 Abordagem de Pesquisa.....	125
3.3 Participantes da pesquisa e condições de realização das entrevistas	125
3.4 Tipo de pesquisa	126
3.5 Delineamento da pesquisa.....	126
3.6 Coleta de dados	128
3.6.1 Instrumentos e Caracterização dos <i>loci</i> de pesquisa	128
3.6.2 Detalhamento dos setores e serviços das IES	128
3.6.3 Seleção dos sujeitos e mapeamento da rede de atores.....	130
3.6.4 Seleção dos níveis pesquisados: Meso e Micro	131
3.6.5 Fatores de Cocriação pesquisados (PC4; PC5; PC6; PC7).....	132
3.6.6 Pré-teste do instrumento de pesquisa	132
3.6.7 Procedimentos pré-entrevista	133
3.6.8 Roteiro de entrevistas.....	133
3.6.9 Tratamento dos dados e análise	133
3.6.10 Roteiro: análise das entrevistas e tipologia – Práticas de Cocriação	134
4 RESULTADOS	139
4.1 Bloco A – Perfil dos entrevistados	139
4.2 Bloco B – Mapa de rede e atores focais	141
4.2.1 Grupo A – Usuários entrevistados	144
4.2.2 Grupo B – Gestores entrevistados	148
4.2.3 Grupo C – Professores entrevistados	152
4.2.4 Grupo D – Alunos entrevistados	156
4.2.5 Grupo E – Funcionários entrevistados.....	160
4.2.6 Bloco B – Conclusão	163
4.3 Bloco C.....	166
4.3.1 Bloco C – Questão C1 - Norteadora	167

4.3.2 Bloco C – Questão C2	173
4.3.3 Bloco C – Questão C3	179
4.3.4 Bloco C – Questão C4	190
4.3.5 Bloco C – Questão C5	201
4.3.6 Bloco C – Questão C6	211
4.3.7 Bloco C – Conclusão	215
4.4 Bloco D	218
4.4.1 Bloco D – Questão D1 – Norteadora	219
4.4.2 Bloco D – Questão D2	220
4.4.3 Bloco D – Questão D3	228
4.4.4 Bloco D – Questão D4	236
4.4.5 Bloco D – Questão D5	243
4.4.6 Bloco D – Questão D6	250
4.4.7 Bloco D – Questão D7	256
4.4.8 Bloco D – Questão D8	260
4.4.9 Bloco D – Conclusão	272
4.5 Bloco E.....	277
4.5.1 Bloco E – Questão E1 – Norteadora	278
4.5.2 Bloco E – Questão E2.....	279
4.5.3 Bloco E – Questão E3.....	282
4.5.4 Bloco E – Questão E4.....	287
4.5.5 Bloco E – Conclusão.....	291
4.6 Bloco F.....	293
4.6.1 Bloco F – Questão F1 - Norteadora.....	294
4.6.2 Bloco F – Questão F2	295
4.6.3 Bloco F – Questão F3.....	303
4.6.4 Bloco F – Questão F4	311

4.6.5 Bloco F – Conclusão	319
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	322
5.1 Proposições para aperfeiçoamento dos serviços de saúde das IES	331
5.2 Proposições para novos estudos	332
5.3 Limitações da pesquisa.....	332
REFERÊNCIAS	334

1 INTRODUÇÃO

Oriundos da biologia, os estudos sobre ecossistemas consideram a adaptabilidade dos seus componentes às mudanças no ambiente (MARS; BRONSTEIN; LUSCH, 2012).

O termo ecossistema se configura como um amplo conjunto de indivíduos e comunidades interdependentes, que se influenciam mutuamente, em um processo de reciclagem de matéria que produz energia retroalimentada, que flui através das trocas realizadas entre esses conjuntos, processo que mantém a sua estabilidade dentro dos seus limites de tempo e espaço, sendo também sistemas abertos, com fluxo de entradas e saídas e com potencial de resistência e adaptação frente a quaisquer perturbações (PAVANI; PLONSKI, 2017).

O ecossistema pode ser considerado então como uma rede de grande dinamicidade, o que põe em relevo a interdependência dos atores que compartilham objetivos comuns ao criar valor, baseados em oportunidades que detectam no meio (IKENAMI *et al.*, 2016).

No atual ambiente de elevada complexidade social, no qual se movem as organizações, o conceito de ecossistemas e dos variados nichos ecológicos que o compõem proporciona analogias que facilitam a sua interpretação.

Mais recentemente, Dessers e Mohr (2020), ao associarem o conceito de ecossistemas à área da saúde, salientaram que, para definir um ecossistema, é necessário associar a sua dinâmica de funcionamento a um objeto de estudo e à sua exigência de manter um ponto focal em um determinado propósito ou problema. Essa associação proporciona melhor compreensão das intervenções que podem ser realizadas para melhorar a sua dinâmica interna.

Dessa forma, obtém-se uma compreensão mais consistente da atuação da “constelação dos atores ecossistêmicos”, considerada por Dessers e Mohr (2020) como fundamental para conceber o ecossistema a ser estudado, tendo como premissa o objetivo que mantém seu funcionamento, que é construído a partir da perspectiva e objetivos comuns dos seus atores, que são os fatores que conceituam o ecossistema em termos do valor que ele cria para esses atores, os quais retribuem participando também da criação desse valor, o que caracteriza o processo de Cocriação de Valor (CCV).

Tendo como premissa esse processo de Cocriação de Valor (CCV), vinculada à prática dos atores envolvidos, Dessers e Mohr (2020) afirmam que o propósito do Ecosistema de Serviços em Saúde (nomeado, para fins desta tese, pela sigla ESS), configura-se como uma das formas primordiais para a sua conceituação, relacionada diretamente ao propósito de prestar atenção primária aos habitantes daquela região, que são os cuidados básicos em saúde que uma população necessita.

Esse propósito do ESS foi relacionado por Dessers e Mohr (2020) aos conceitos de “nicho ecológico” e das “condições ecossistêmicas”, como as necessidades de cuidados básicos dos habitantes daquela região específica, os requisitos de legislação relativos à qualidade dessa atenção, à geração e oferta de mão de obra qualificada, entre outras, ou seja, o ambiente externo influencia a capacidade de o ecossistema alcançar seu propósito, proporcionando as condições para que cada “nicho”, ou nível, organize-se e atue, cumprindo a sua “missão” dentro do ecossistema.

Essa compreensão de que relacionamentos interdependentes ocorrem entre entidades organizacionais, direta ou indiretamente conectadas, já havia sido analisada por Frow *et al.* (2016), que afirmaram que o ecossistema abrange os atores e seus recursos, envolvidos em atividades diretas e indiretas de compartilhamento que influenciam seu bem-estar, fator que pode ser definido como sua capacidade de se adaptar às mudanças.

Na área da prestação de serviços em saúde, o Ecosistema de Serviços em Saúde (ESS) é definido por Frow *et al.* (2016, p.24) como sendo “composto por atores e seus respectivos recursos, interligados por proposições de valor em uma rede de relacionamentos”.

De acordo com Frow *et al.* (2016, p.24), nos ESS, as proposições de valor agem como uma engrenagem, cuja dinamicidade proporciona aos atores negociarem a forma de compartilhamento de recursos em um ecossistema de serviços, categorizando-se como um mecanismo mantenedor do seu equilíbrio e bem-estar, envolvendo a cocriação e a reciprocidade do ato de oferecer e captar recursos, cujo valor influencia e especifica a natureza e a composição das redes de interações que se constituem dentro do ecossistema, nas quais os atores se engajam de forma dinâmica e mutável, por meio de suas próprias opções e potencialidades.

Dessa maneira, as proposições de valor se associam à Cocriação de Valor (CCV), axioma desenvolvido a partir de conceitos como a Lógica Dominante de

Serviço (LDS), de Vargo e Lusch (2004, 2016), os quais propõem a integração dos produtos com os serviços e definem a CCV como compartilhamento de competências, recursos e serviços entre os atores envolvidos nos processos das relações de troca entre empresas, prestadores de serviço e usuários.

Associando os conceitos de CCV e Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), Frow *et al.* (2016, p.25) definem a CCV como “processo de integração de recursos que envolve atores vinculados a um ESS, que se concretiza quando proposições que agregam valor atraem atores para compartilhar recursos”.

Essas interações foram denominadas por Vargo e Lusch (2016) como Práticas de Cocriação (PC). Para avaliar o papel que essas PC desempenham na formação de Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), Frow *et al.* (2016) desenvolveram a “Tipologia de Práticas de Cocriação que moldam Ecossistemas de Serviços: uma perspectiva de assistência em saúde”, que consiste em analisar oito PC no contexto da assistência à saúde, fornecendo um conjunto de medidas indicativas sobre o impacto gerado no bem-estar do ecossistema.

As Práticas de Cocriação (PC) propostas pela tipologia de Frow *et al.* (2016, p.30-34, tradução própria) são:

- PC1 - práticas que dotam os atores de capital social;
- PC2 - práticas que fornecem ao ecossistema uma linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias;
- PC3 - práticas que moldam o modelo mental de um ator;
- PC4 - práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas que formam seus contextos;
- PC5 - práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas;
- PC6 - práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema;
- PC7 - práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais;
- PC8 - práticas codestrutivas, que criam desequilíbrio no ecossistema.

Com base nesse referencial, Frow *et al.* (2016) conceituam tipologia como um conjunto de tipos inter-relacionados, sobrepostos ou não, simbolizando formas e construtos, sem obrigatoriedade de regras classificatórias. Esse conceito de tipologia

foi desenvolvido por Frow *et al.* (2016) a partir do trabalho de Doty e Glick (1994), os quais afirmaram que, quando as tipologias são desenvolvidas de maneira adequada e são devidamente especificadas, têm a capacidade de expressar sua complexidade e podem ser avaliadas por meio de testes empíricos ancorados em modelos quantitativos e rigor metodológico.

A tipologia objetiva identificar o impacto benéfico e o destrutivo das Práticas de Cocriação (PC), que ajudam a aumentar a eficiência e alcançar melhores resultados. Em particular, Frow *et al.* (2016) identificam seu trabalho como relevante para os modelos de Assistência Centrados no Paciente (ACP), nos quais o ecossistema é influenciado tanto pelos prestadores de serviços quanto pelo paciente. Ou seja, o propósito de o ecossistema prestar assistência aos habitantes de uma região é o fator que permite fornecer a sua conceituação, composição e estrutura como Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS).

De acordo com Frow *et al.* (2016), um ecossistema é dinâmico, constantemente mutável em termos das proposições de valor disponibilizadas, dos recursos disponíveis e das Práticas de Cocriação (PC) que são compartilhadas e cujo estado de permanente mutabilidade é fundamental para identificar até que ponto essas PC podem mudar e, dessa forma, determinar o bem-estar desse ESS, definido como um estado holístico, determinado por Práticas de Cocriação, que se configuram como arranjos institucionais que atuam de forma interativa nos vários níveis, proporcionando resiliência e capacidade de se adaptar às constantes variações, em um processo de compartilhamento de recursos que caracteriza a Cocriação de Valor (CCV).

Na tipologia desenvolvida por Frow *et al.* (2016, p.27), as relações de Cocriação de Valor (CCV) se desenvolvem em quatro níveis dentro de um ecossistema: micro, meso, macro e mega, organizados em “nicho ecológico”, definido como “parte de um habitat no qual as espécies integram recursos e prestam serviços recíprocos”, ou seja, em um Ecossistema de Serviços em Saúde, os “nichos” correspondem aos espaços onde ocorrem as prestações e compartilhamento de serviços entre os atores, como é o caso das IES analisadas nesta tese, onde cada setor que presta um determinado serviço é um dos “nichos” daquele ecossistema.

No nível mega, as Práticas de Cocriação (PC) dizem respeito a agências governamentais, órgãos reguladores e de financiamento da saúde, que determinam aspectos da política de saúde em geral. No nível macro, as PC estão relacionadas às autoridades estaduais de saúde que determinam a alocação de recursos, associações

profissionais de médicos e enfermeiros e seguradoras de saúde. No nível meso, estão incluídos hospitais, clínicas e agências de apoio à saúde. No nível micro, estão os profissionais de saúde, pacientes, familiares, amigos e outros pacientes, trabalhando em conjunto para elaborar um protocolo de cuidados de saúde, que influenciará a conduta de todos os atores envolvidos.

Ao relacionar o conceito dos “nichos ecológicos” com o de ecossistemas de serviços, Vargo e Lusch (2016) afirmam que os atores interagem entre si dentro do seu nicho e com outros nichos, fornecendo valor por meio de experiências que possuem significado nesses ecossistemas aninhados e sobrepostos. Os fatores que gerenciam esses processos interativos são os arranjos institucionais, práticas negociadas entre os atores que lhes permitem acessar e compartilhar os recursos que são disponibilizados em cada nível.

Os atores também estão vinculados por proposições de valor, que possibilitam acesso a recursos que auxiliam no bem-estar de cada nicho e impactam a natureza das proposições de valor oferecidas e o foco de cada Prática de Cocriação (PC) a elas associadas, práticas nas quais os atores se envolvem, direta ou indiretamente, dentro e por meio desses níveis do ecossistema. O valor que resulta cocriado e a própria natureza do processo de integração de recursos dependem dos objetivos e do envolvimento dos atores (FROW *et al.*, 2016).

É justamente a relação entre os conceitos de Lógica Dominante de Serviço (LDS) e Cocriação de Valor (CCV), expressos nas Práticas de Cocriação (PC) dos atores envolvidos no ecossistema de serviços, que caracteriza a tipologia de Frow *et al.* (2016), a qual tem o objetivo de analisar esses ecossistemas.

Contudo, essa tipologia é um modelo teórico, ainda com poucos estudos que tenham analisado a sua viabilidade e aplicação prática para analisar ESS na área da saúde, conforme revisão bibliométrica descrita no item 2.1 (Estudo bibliométrico de referência).

Destacam-se seis trabalhos que aplicaram a tipologia a partir de pesquisas qualitativas, e servirão como referência bibliográfica para a metodologia de pesquisa a ser empregada neste trabalho (Capítulo 3 – Procedimentos Metodológicos).

O primeiro trabalho foi de Pinho *et al.* (2014) que, com base na Teoria Fundamentada (*The Grounded Theory*), de Corbin e Strauss (2008), realizaram pesquisa qualitativa para analisar a Cocriação de Valor (CCV) no Sistema Nacional de Informação em Saúde de Portugal, considerado um ecossistema completo na área

da saúde, envolvendo desde o nível mega (políticas públicas e autoridades) até o nível micro (enfermeiros e agentes de saúde), utilizando a perspectiva dos Ecosistemas de Serviços em Saúde (ESS) em trabalho qualitativo, o que justifica a sua inclusão como referência para a metodologia desta pesquisa.

A mesma justificativa do trabalho anterior se aplica ao segundo trabalho, referência para a elaboração de mapas mentais, de rede e de identificação dos atores focais dos *loci* de pesquisa analisados nesta pesquisa.

O segundo trabalho foi elaborado por Caic *et al.* (2019), para entender o contexto do tecido social que se forma em torno da prestação de serviços a idosos, atendidos em domicílio ou Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Os autores analisaram modelos mentais de redes de atores a partir da perspectiva dos usuários, determinadores finais do valor do serviço, concluindo que não só os atores, mas também as redes formadas, cocriam valor e influenciam diretamente a percepção dos serviços oferecidos.

O terceiro trabalho foi de Beirão *et al.* (2017), que apresentaram as bases teóricas para o desenvolvimento da tipologia analisada nesta pesquisa, reafirmando que existem trabalhos conceituais relacionando a Cocriação de Valor (CCV) e a área de serviços, porém são escassas as aplicações empíricas que mostram a relação entre os fenômenos de interação partindo da perspectiva de múltiplos atores, sendo necessário pesquisar como os usuários se engajam na CCV.

O quarto trabalho foi a pesquisa de Ciasullo *et al.* (2017), que aplicaram a tipologia de Frow *et al.* (2016) para realizar um estudo de caso narrativo, baseando-se na análise de entrevistas de cunho qualitativo com usuários para avaliar um Ecosistema de Serviços em Saúde (ESS).

O quinto trabalho foi de Davey e Grönroos (2019), que apresentaram três razões para justificar a tipologia de Frow *et al.* (2016): inclui práticas benéficas e destrutivas; aplica-se a todos os atores e não apenas aos usuários e é particularmente relevante para o contexto da atenção à saúde. Além disso, acrescentaram uma nova Prática de Cocriação à tipologia (PC9: “Práticas que complementam os papéis de alfabetização em serviço, exercidos pelos atores”), que está presente em todas as outras práticas da tipologia e influencia a sua compreensão, porque, para os atores, especialmente os pacientes, compreender cada aspecto dos serviços de saúde é fundamental para melhor usufruir dos serviços oferecidos, processo que os autores denominam como a “Alfabetização em Serviços de Saúde” (ASS).

O último trabalho foi de Dessers e Mohr (2020) que desenvolveram metodologia para analisar Serviços em Saúde sob a “perspectiva ecossistêmica”, desdobrada em “sete lições”, elaboradas após estudo de 15 casos de ESS de sete países que a aplicaram em seus sistemas públicos de saúde: Reino Unido, Canadá, EUA, Bélgica, Holanda, Bulgária e Cingapura.

Esses seis artigos supracitados formam a base conceitual para analisar a tipologia de Frow *et al.* (2016) (Ver Capítulo 3 - Procedimentos Metodológicos).

Esta introdução apresentou as relações entre a Lógica Dominante de Serviço (LDS), a Cocriação de Valor (CCV) e os Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), expressas nas Práticas de Cocriação (PC) da “Tipologia de Práticas de Cocriação que moldam ecossistemas de serviços”, referendada por autores que a aplicaram em experiências concretas de serviços em saúde, onde a lógica de prestar serviços aos usuários constitui-se como um dos pilares das ações dessas instituições.

Analisar, na prática das IES estudadas a existência (ou não) das relações entre esses três conceitos, constitui o cerne desta tese, detalhado a seguir.

1.1 Problema de pesquisa

Quais são os componentes principais que caracterizam medidas indicativas de Práticas de Cocriação, que moldam e explicam as relações de prestação de serviços, que ocorrem em Ecossistemas de Serviços em Saúde, expressas em uma tipologia decorrente da relação entre a Lógica Dominante de Serviço e a Cocriação de Valor, segundo a perspectiva dos atores participantes desses ecossistemas?

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Analisar os componentes principais que caracterizam as relações entre a Lógica Dominante de Serviço (LDS) e a Cocriação de Valor (CCV), expressas na tipologia que analisa Práticas de Cocriação de Valor (PCCV) que moldam Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), segundo a perspectiva dos atores participantes desses ecossistemas.

1.2.2 Objetivos específicos (Práticas de Cocriação selecionadas)

A análise das Práticas de Cocriação (PC) que moldam o ESS cristaliza-se nos objetivos específicos desta pesquisa. Entre as oito PC que formam a Tipologia de Frow *et al.* (2016), foram escolhidas quatro como objetivos específicos para analisar a existência (ou não) de Práticas de Cocriação de Valor na prestação de serviços na área da saúde nos *loci* de pesquisa analisados.

A justificativa desta escolha encontra-se no item 1.3 - Delimitação do estudo.

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- 1º) Analisar práticas que impactam os Ecossistemas de Serviços em Saúde, criadas ou constrangidas pelas estruturas que formam seus contextos;
- 2º) Analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em Ecossistemas de Serviços em Saúde;
- 3º) Analisar práticas que impactam o acesso a recursos em Ecossistema de Serviços em Saúde;
- 4º) Analisar práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais em Ecossistemas de Serviços em Saúde.

1.3 Delimitação do estudo

Entre as oito PC da Tipologia de Frow *et al.* (2016), aprofundada posteriormente pelo trabalho de Palumbo *et al.* (2017), justifica-se a escolha das quatro selecionadas como Objetivos Específicos (item 1.2.2) porque as PC selecionadas estão centradas nas relações entre os prestadores de serviço e os pacientes/usuários que convivem nos níveis meso e micro do ESS, caracterizando-se pela sua viabilidade como fatores analisados nos *loci* de pesquisa e por estarem diretamente relacionadas à linha 3 de pesquisa do PPGA - USCS, à qual este trabalho está alinhado. As demais práticas estão ligadas a outras áreas de conhecimento. Sua análise foge ao escopo da pesquisa e exigiria um trabalho de equipe multidisciplinar, prestando-se ao desenvolvimento de futuras linhas de pesquisa.

Para a escolha dos *loci* de pesquisa, realizaram-se contatos preliminares com universidades que prestam serviços à comunidade na área da saúde, situadas na zona Sul de São Paulo e Região do Grande ABC. Foram entrevistados usuários,

gestores, professores, funcionários e alunos de Instituições de Ensino Superior (IES) que prestam serviços ao público na área da saúde.

Após a conclusão do exame de qualificação, as universidades autorizaram a realização da pesquisa e se declararam abertas à possibilidade de realização e desenvolvimento de futuras parcerias surgidas como resultado da pesquisa.

A escolha dessas universidades se justificou pela sua prestação de serviços de saúde à comunidade, configurando-se como ambientes propícios a serem analisados como Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS).

1.4 Justificativa e relevância do trabalho

Quatro lacunas identificadas na literatura pesquisada caracterizaram a originalidade da pesquisa realizada e a justificaram.

A primeira é que ainda são poucos os trabalhos científicos que relacionam, simultaneamente, a atuação dos conceitos Cocriação de Valor (CCV) e Lógica Dominante de Serviço (LDS) em Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), conforme levantamento bibliométrico (item 2.1) realizado.

A segunda relaciona-se à análise da tipologia de Frow *et al.* (2016) a partir do seguinte conjunto de autores que a aplicaram: Pinho *et al.* (2014), que, em pesquisa qualitativa, analisaram a CCV no Sistema Nacional de Informação em Saúde de Portugal; Caic *et al.* (2019), que analisaram modelos mentais de redes de atores; Ciasullo *et al.* (2017), que aplicaram a tipologia para avaliar um ESS; Beirão *et al.* (2017), que apresentaram bases teóricas para a tipologia; Davey e Grönroos (2019), que apresentaram três razões para justificar a tipologia e acrescentaram nova Prática de Cocriação; e Dessers e Mohr (2020), que elaboraram a “perspectiva ecossistêmica das sete lições para gerenciamento dos ESS”.

A terceira lacuna é que a tipologia de Frow *et al.* (2016) apresenta propostas ainda pouco testadas em contextos práticos de serviços em saúde, que podem contribuir para o avanço da pesquisa sobre o tema e colaborar para a experimentação, o desenvolvimento e a confirmação (ou não) das propostas.

A quarta lacuna é o fato de que, na revisão bibliográfica realizada, não foram encontrados trabalhos que analisassem Instituições de Ensino Superior (IES) que prestam serviços na saúde, sendo este mais um fator de ineditismo desta tese.

Frow *et al.* (2016) sugerem novas pesquisas acadêmicas. Quatro foram selecionadas porque se adequam a esta tese e justificam o seu ineditismo.

Inicialmente, identificar diferentes tipos de PC que moldam um ESS, provocando mudanças na disponibilidade de recursos. Isso afeta a decisão de participação no ESS, que, por sua vez, se adapta à medida que os atores acessam de forma compartilhada, soluções para suas necessidades. (FROW *et al.*, 2016).

Em seguida, Frow *et al.* (2016) sugerem pesquisas sobre as PC e como estas moldam e fazem o ESS se adaptar, identificando as que apoiam, incentivam e/ou impedem a CCV, ressaltando como as experiências dos atores podem ser aprimoradas e quais as ferramentas para compartilhamento de conhecimento, incentivando o aprendizado no ESS. Concluem sugerindo pesquisa de estudo de caso sobre o impacto, positivo ou negativo, das PC na assistência à saúde e seus processos de prestação de serviço.

Esta tese se justifica, portanto, pela oportunidade de analisar as Práticas de Cocriação de Valor de Frow *et al.* (2016) (tratadas aqui pela sigla PCCV), em experiências concretas de prestação de serviços na saúde, realizadas em IES, respondendo às indicações de pesquisa propostas, às lacunas identificadas na literatura e ao conjunto de trabalhos que referendam a metodologia aplicada.

A Figura 1 descreve as etapas de construção do modelo teórico desta tese, que, partindo da bibliografia de referência, relacionou os conceitos de Lógica Dominante de Serviço (LDS), Cocriação de Valor (CCV) ao conceito de Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS).

As relações entres esses conceitos estão expressas na Tipologia de Frow *et al.* (2016) que analisa PCCV que moldam os ESS, segundo a perspectiva dos atores.

Quatro dessas práticas propostas pela tipologia de Frow *et al.* (2016) foram relacionadas diretamente aos objetivos específicos desta tese e as demais foram tratadas no referencial teórico e discussão dos resultados:

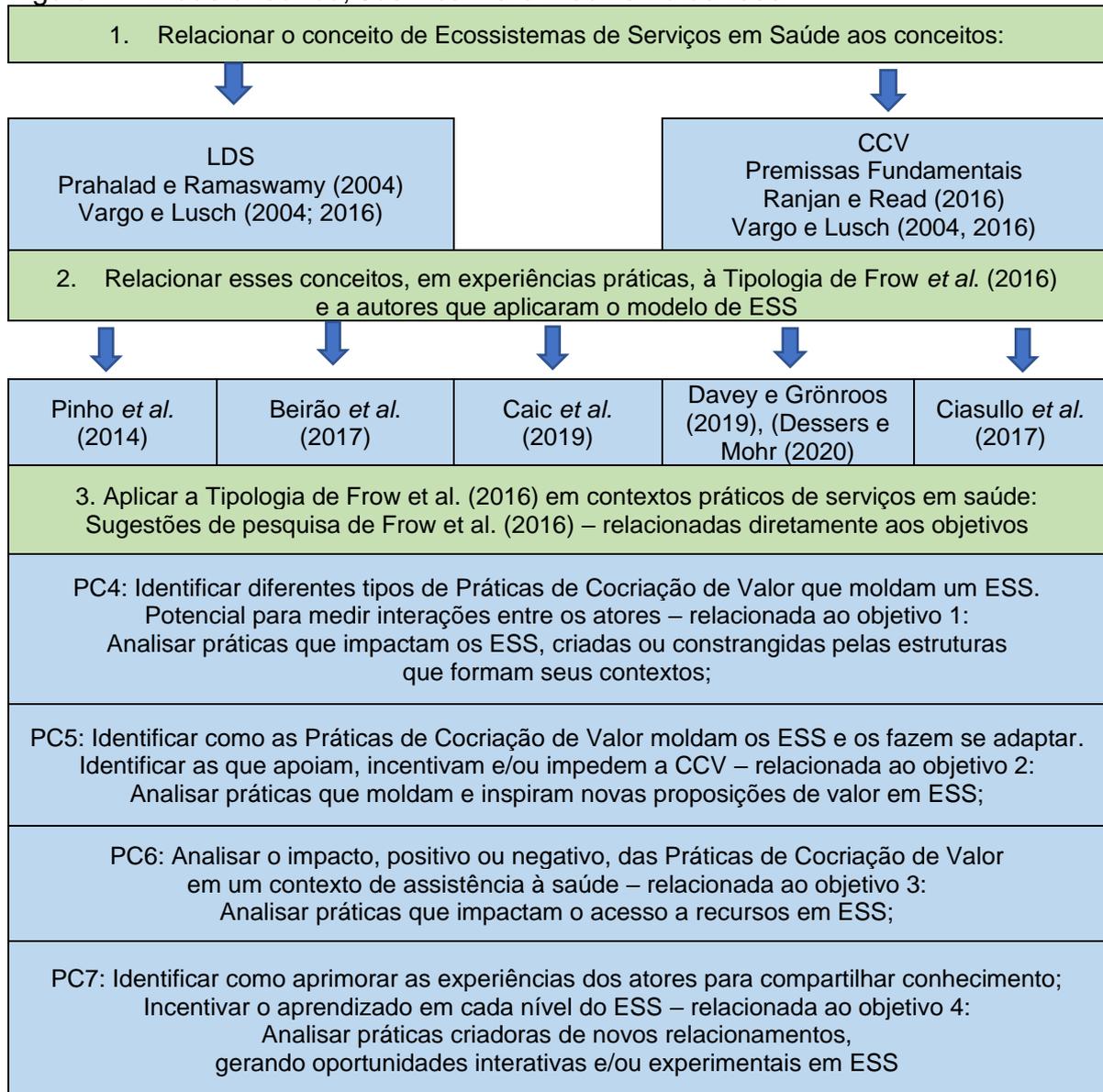
PC4: Identificar diferentes tipos de PCCV que moldam um ESS.

PC5: Identificar como as PCCV moldam os ESS e os fazem se adaptar. Identificar as que apoiam, incentivam e/ou impedem a CCV.

PC6: Analisar o impacto, positivo ou negativo, das PCCV em um contexto de assistência à saúde.

PC7: Identificar como aprimorar as experiências dos atores para compartilhar conhecimento e incentivar o aprendizado em cada nível do ESS.

Figura 1 – Modelo teórico, Justificativa e Ineditismo da tese



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022.

1.5 Organização do relatório do trabalho

Inicialmente, realizou-se um levantamento bibliométrico das palavras-chave, autores seminais e a rede de cocitação entre eles, analisando-se a produção acadêmica dos últimos 20 anos relacionada aos conceitos básicos estabelecidos desde o projeto de pesquisa. A escolha desse período deve-se ao fato de o artigo seminal sobre a LDS, de Vargo e Lusch, ter sido publicado de 2004. Ampliou-se a bibliometria para o ano 2000 com o objetivo de abranger um período completo de 20 anos.

Embasada por esse referencial teórico, desenvolveu-se uma linha de análise sobre os conceitos da Lógica Dominante de Serviço (LDS) e Cocriação de Valor (CCV), organizados como Práticas de Cocriação (PC) e referência para a análise do conceito de Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS) e seu bem-estar.

Após a discussão dos conceitos e suas interrelações, foi apresentada a Tipologia de Frow *et al.* (2016) e discutidas as Práticas de Cocriação (PC) selecionadas e analisadas de acordo com a sua relação com autores que citaram essa tipologia e os que a aplicaram em suas pesquisas, fornecendo-lhe respaldo acadêmico, selecionados por meio de revisão bibliográfica.

Em seguida, foi descrita a metodologia de pesquisa. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e analítico das PC na área da saúde, tendo como roteiro: caracterização e tipo de pesquisa; seleção dos níveis pesquisados do modelo (meso e micro); seleção das PC pesquisadas; caracterização dos *loci* de pesquisa e sujeitos, técnica de coleta de dados; instrumentos e materiais de pesquisa; submissão ao comitê de ética; pré-teste do instrumento de pesquisa; aplicação dos formulários, tratamento e análise dos dados. Após a descrição da metodologia, iniciou-se a discussão dos resultados, analisando-se as respostas das 50 entrevistas à luz do referencial bibliográfico. Finalizando, apresentam-se as conclusões e contribuições da tese.

1.6 Contribuições do trabalho

Como contribuições gerenciais, esta tese indica boas Práticas de Cocriação de Valor (PCCV) aos Ecossistemas de Serviços de Saúde (ESS) analisados, em contribuição concreta para o seu aperfeiçoamento, bem como indicar possíveis correções de práticas existentes que possam exercer efeitos negativos em seu bem-estar.

Também contribui para a divulgação dos serviços prestados pelos ESS estudados, proporcionando o desenvolvimento de futuras pesquisas e trabalhos acadêmicos que robusteçam a publicação científicas dessas IES. Além disso, sugere futuras ações de parcerias e colaborações entre as IES participantes da pesquisa, visando o aperfeiçoamento dos serviços e compartilhamento de boas práticas acadêmicas e de prestação de serviços à sociedade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A partir da tipologia de Frow *et al.* (2016), analisou-se a Cocriação de Valor (CCV) e Lógica Dominante de Serviço (LDS), como fatores intervenientes, elementos estruturantes, produtores e indicadores de valor, organizados como Práticas de Cocriação (PC) em Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS).

2.1 Estudo bibliométrico de referências

Almeida Jr. e Farina (2020) analisaram como a produção científica relaciona os conceitos da Lógica Dominante de Serviço (LDS) e da Cocriação de Valor (CCV) como estruturantes de um Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS), indicando os avanços da pesquisa acadêmica sobre o tema, no período de 2000 a 2020.

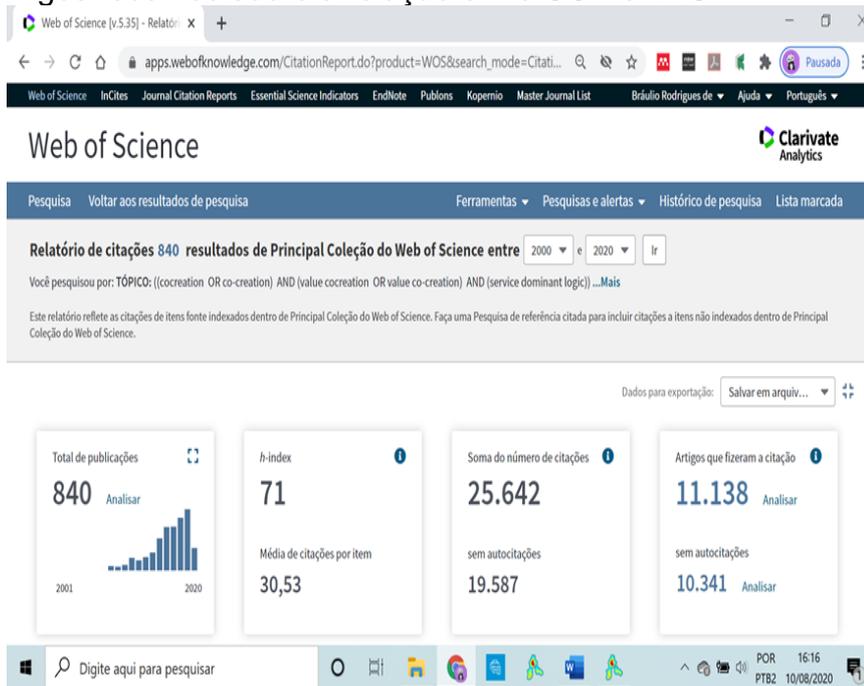
Foi realizada uma pesquisa bibliométrica, por meio do software “VosViewer, para compilar dados na base “Web of Science”. Com fundamento nos artigos de referência, foram identificadas as palavras-chave relacionadas aos conceitos estudados, que, em seguida, foram organizadas como descritores da seguinte equação de busca: *(co-creation OR value co-creation OR cocreation OR value cocreation) AND (Service Dominant Logic) AND (health OR public services on health)*.

Os resultados obtidos foram refinados por: artigos publicados em periódicos revisados por pares e recorte temporal de 2000 a 2020. Ao todo foram identificados 905 artigos. Analisaram-se: títulos, resumos e palavras-chave, estabelecendo-se as relações entre os conceitos, identificando-se os autores de referência, redes de coautorias e países onde foram publicados.

Constatou-se inicialmente a grande quantidade de artigos publicados nos anos recentes sobre a relação entre CCV e LDS, com 840 artigos e uma tendência crescente e significativa do número de publicações/ano, notadamente nos anos mais próximos a 2020, fato que demonstra a atualidade, interesse e pertinência do referencial teórico desta tese.

Os dados iniciais referentes à pesquisa bibliométrica e aos artigos encontrados encontram-se na Figura 2:

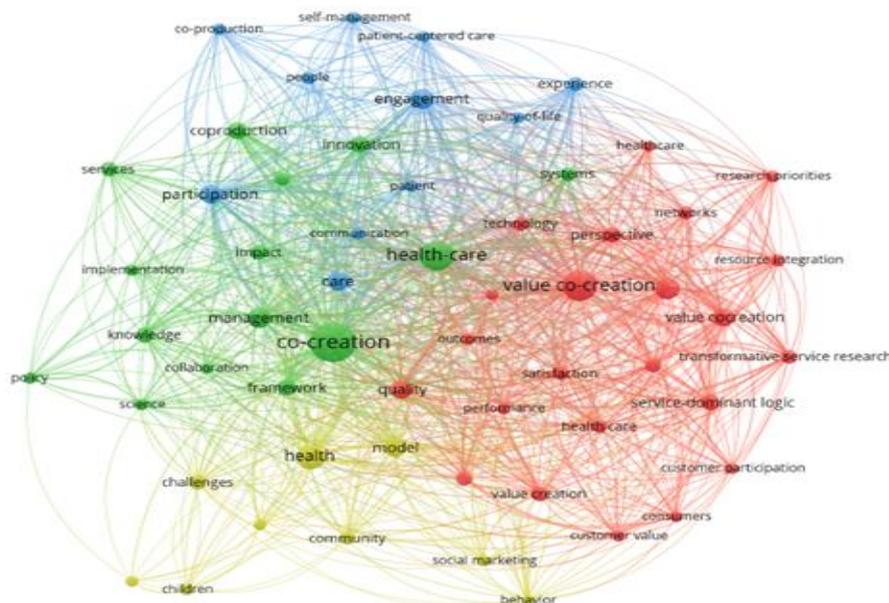
Figura 2 – Artigos recentes sobre a relação entre CCV e LDS



Fonte: Adaptado de Almeida Jr. e Farina (2020, p.8)

A Figura 3 apresenta as palavras-chave de maior ocorrência, que validaram os conceitos básicos analisados.

Figura 3 – Web Of Science – palavras-chave



Fonte: Adaptado de Almeida Jr. e Farina (2020, p.10)

No cluster azul encontram-se termos relacionados à experiência dos pacientes, seu autocuidado e engajamento no processo de Cocriação de Valor (CCV). No cluster amarelo, aparecem os termos saúde, modelo, marketing social, comunidade e comportamento.

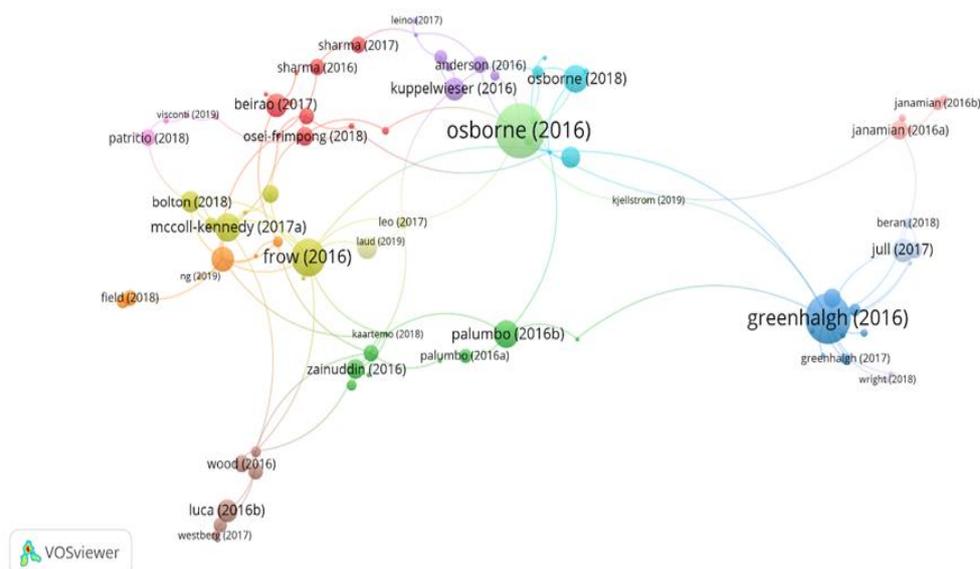
Os termos engajamento e participação são os que mais apresentam ligações com o cluster verde, onde estão coprodução, inovação, serviços e gestão, destacando-se os termos cocriação e cuidado em saúde, com ligações expressivas com o cluster vermelho, em que predomina o termo Cocriação de Valor (CCV), associado a termos como qualidade, Lógica Dominante de Serviço (LDS), cuidados em saúde, satisfação e participação dos usuários.

O termo Cuidado em Saúde, que aparece no cluster verde, é o conceito básico que permeia o Sistema Único de Saúde (SUS) e permite realizar conexões entre o modelo de Ecosistema de Serviços em Saúde, o modelo de saúde brasileiro e o modelo de prestação de serviços em saúde pelas IES brasileiras, escopo e objeto desta tese:

O cuidado em saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. É uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ação integral de efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. (PINHEIRO, 2008, p.113)

Após o levantamento das palavras-chave, realizou-se a análise dos autores mais citados nos 840 artigos pesquisados (Figura 4). Ao se fazer o cruzamento das palavras-chave “*Cocreation AND Health*”, selecionaram-se autores que apresentam maior índice de citação e cocitação: Osborne, Greenhalgh, Frow e Palumbo (trabalhos publicados em 2016).

Figura 4 – Web Of Science – autores mais citados e cocitação



Fonte: Adaptado de Almeida Jr. e Farina (2020, p.11)

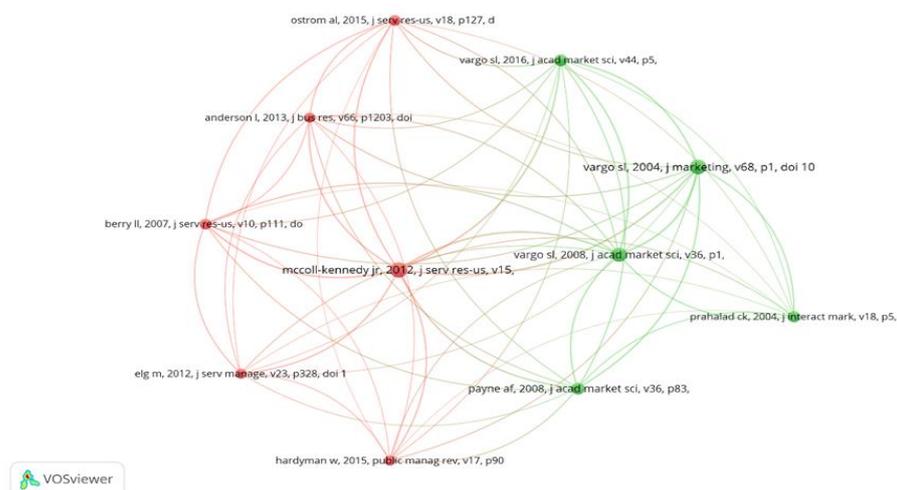
No cluster verde, relacionado a Frow *et al.* (trabalho de 2016), também foi relacionado McColl-Kennedy (trabalho de 2017), em função da sua proximidade com o tema e cocitações e trabalhos realizados junto com Frow *et al.* (trabalho de 2016).

Já nos outros clusters periféricos (alaranjado, azul-claro, marrom, roxo e vermelho), aparecem autores menos relacionados ao tema, com exceção de Beirão *et al.* (2017), que realizaram trabalho aplicando a tipologia de Frow *et al.* (2016).

Verificou-se também que existe uma rede de citações e cocitações entre os autores seminais e os que desenvolvem pesquisas a respeito dos conceitos, porém esse fato ocorre em relações isoladas entre dois desses conceitos por vez, enquanto ainda são poucos os artigos que relacionam todos os conceitos entre si. Também se identificou que os autores em geral tendem a se agrupar por idiomas de origem e países próximos para publicar e citar os trabalhos.

Na Figura 5 aparecem os autores de referência para os termos básicos da pesquisa, relacionados aos termos Cocriação de Valor e Saúde. No *cluster* verde, encontrou-se trabalhos de Vargo (2004, 2008, 2016), Prahalad (2004) e Payne (2008), utilizados como referência; no cluster vermelho, McColl-Kennedy (trabalho de 2012) foi escolhida pela forte relação de cocitação com os autores do cluster verde.

Figura 5 – Autores seminais para os termos relacionados à CCV



Fonte: Adaptado de Almeida Jr. e Farina (2020, p.11)

Os autores apresentam muitas publicações em conjunto, formando pares ou trios para realizar as pesquisas. No cluster vermelho, aparecem artigos sobre a criação de valor, porém ligados à área do marketing, sem relação com a prestação dos serviços em saúde, com exceção de McColl-Kennedy (trabalho de 2012).

Constatou-se a relação entre os autores seminais para os conceitos de Cocriação de Valor (CCV) e Lógica Dominante de Serviço (LDS) e suas intersecções com o conceito de Ecosistema de Serviços, identificável por meio da rede de citações estabelecida. Essa rede de citações detectada permitiu fazer a relação entre os conceitos com os quais esses autores trabalham.

Concluiu-se que, na bibliografia pesquisada, há relação entre os conceitos de Lógica Dominante de Serviço (LDS) e Cocriação de Valor (CCV) em um Ecosistema de Serviços em Saúde (ESS) (ALMEIDA JR; FARINA, 2020).

Esta subseção apresentou a pesquisa bibliométrica inicial, que buscou as referências-chave que respondessem o problema de pesquisa e os objetivos e permitiu identificar os autores seminais, os trabalhos, as áreas de pesquisa e os conceitos que os fundamentam.

A partir da próxima subseção, serão discutidos os conceitos-chave identificados nesta pesquisa bibliométrica, com base nos trabalhos dos autores seminais e da rede de autores que participaram do desenvolvimento desses conceitos e que continuam a aprimorá-los em pesquisas recentes e associações internacionais de pesquisadores, como o *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) e a comunidade mundial de pesquisadores, organizada por Vargo e Lusch (2017), que pretende desenvolver a Lógica Dominante de Serviço como uma metateoria. Essas iniciativas serão apresentadas no decorrer deste referencial bibliográfico.

2.2 Lógica Dominante do Serviço (LDS)

Para o âmbito desta tese, os termos “pacientes” ou “clientes” dos serviços de saúde (utilizados pelos autores pesquisados, em função das características dos serviços de saúde americanos e europeus, e da linha de pesquisa dos autores, normalmente entre saúde, marketing e administração) serão traduzidos como “usuários”, sempre que, no texto, se referirem aos beneficiários da prestação de serviços fornecida pelas IES pesquisadas, porque, na saúde pública brasileira, o serviço prestado ao cidadão é definido por lei como um direito social.

O conceito da Lógica Dominante de Serviço (LDS) parte da constatação de que os “serviços são o início, o meio e o fim” de toda ação das empresas; independentemente do setor, seus produtos são serviços. As empresas precisam entregar benefícios aos seus usuários e a apropriação do serviço gerado é mais

importante para os usuários do que a transferência de posse do bem físico (VARGO; LUSCH, 2004; 2011).

A Lógica Dominante de Serviço (LDS) é um processo em que a Cocriação de Valor (CCV) ocorre por meio de atores envolvidos na integração de recursos e troca de serviços, possibilitados e constrangidos por instituições e arranjos institucionais, estabelecidos e aninhados em ecossistemas de serviços, que servem como ambiente para atividades de CCV (VARGO; LUSCH, 2016).

Ballantyne e Aitken (2007) definiram a LDS como uma lógica em que os consumidores são os avaliadores da interação entre valor e serviços, enfatizando seu potencial para o compartilhamento de competências e recursos entre consumidores, produtores e todos os atores, sendo a base em que se desenvolve o relacionamento gerado pelas interações que proporcionam a CCV e que surgem durante as relações entre os atores, fato que leva a empresa fornecedora a ter como finalidade atividades que ofereçam proposições de valor.

Ballantyne e Aitken (2007) afirmam que a LDS leva as empresas a priorizarem os processos de interação com os consumidores, em uma relação de troca que ocorre por sucessivas interações e não por transações pontuais, nas quais a LDS tem potencial para mudar o foco da atenção estratégica do marketing, da venda de produtos para relacionamentos de serviço, gerando experiências de CCV.

Vargo e Lusch (2004) defenderam que a atividade central do marketing é a interação com os usuários, o que gera a experiência de serviço, afirmação que contrasta com a visão convencional do marketing direcionado das empresas para os usuários, porque os consumidores fazem a avaliação crítica de valor quando bens e serviços estão em uso.

Segundo os autores, o que de fato os consumidores estão desejando comprar são serviços, em qualquer situação, lugar e época, tornando a compra de produtos uma aplicação de serviços, ou seja, a lógica que deve orientar as relações do marketing é a Lógica Dominante de Serviço (LDS) (VARGO; LUSCH, 2004).

Esta subseção buscou oferecer uma breve apresentação da Lógica Dominante de Serviço, focando na sua relação direta com o escopo desta tese. A próxima subseção discutirá o conceito da Cocriação de Valor (CCV) e sua relação com este estudo.

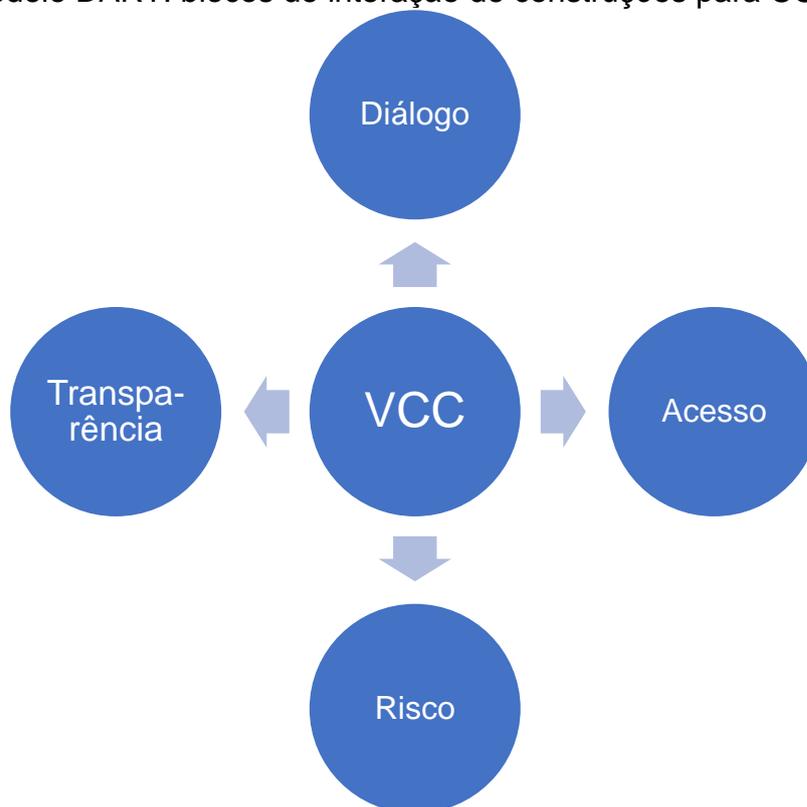
2.3 Cocriação de Valor (CCV)

De acordo com Prahalad e Ramaswamy (2004a), a CCV caracteriza-se por empresa e cliente criarem valor em unidade que, moldando-se ao contexto e ambiente, permite ao cliente coconstruir sua própria experiência do serviço.

Problemas definidos e resolvidos em conjunto propiciam ambientes nos quais o diálogo tem os consumidores como participantes ativos, ao lado dos fornecedores e prestadores de bens e serviços, coconstruindo experiências de cunho variado, únicas e personalizadas, que permitem vivenciar o negócio em tempo real, em processo de diálogo permanente, gerador de inovação e de cocriação (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004a).

Na Figura 6, os autores apresentam elementos construtores das interações entre a empresa e os usuários, que facilitam a cocriação de experiências: “Diálogo, Acesso, Risco (probabilidade de prejuízo ao cliente) e Transparência”; nomeando esses elementos como o modelo “DART” (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004a, p.9, tradução própria).

Figura 6 – Modelo DART: blocos de interação de construções para CCV



Fonte: Adaptado de Prahalad e Ramaswamy (2004a, p.9)

Em outro artigo, publicado no mesmo ano, Prahalad e Ramaswamy (2004b), detalham o conceito de cada componente do modelo DART que desenvolveram. No modelo, em um primeiro momento, existe o diálogo (D), caracterizado como criação de significados compartilhados, embutidos de interatividade e debate entre atores com o mesmo valor. “Através do diálogo a empresa compreende melhor os contextos emocional, social e cultural em que o consumidor está inserido e que delineiam suas experiências” (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004b, p.6-7, tradução própria).

Em um segundo momento, o acesso (A) – alicerçado na ideia de que a transferência de valor não se dá somente através da posse/propriedade de um produto (visão mais tradicional) – mas “se constitui na disponibilidade de meios que permitem ao consumidor a experiência de valor, independentemente da posse”. Em seguida, vem o risco (ou redução do risco) (R), cuja apresentação ao consumidor torna-o conhecedor dos seus potenciais prejuízos ou desvantagens, decorrentes da produção e uso de um produto. “No contexto da Cocriação de Valor, a avaliação dos riscos é compartilhada por empresas e consumidores”. Finalmente, a transparência (T): “envolve o compartilhamento de informações, a troca de conhecimento entre consumidores e empresas. Sem essa abertura, o engajamento do consumidor na CCV estará prejudicado ou impedido” (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004b, p.6-7, tradução própria).

Ranjan e Read (2016), em revisão sistemática da literatura, elaboraram uma formulação teórica para a Cocriação de Valor (CCV), desenvolvendo os conceitos da Coprodução (Co) e do Valor em Uso (ViU) como as duas dimensões conceituais principais da CCV. A Co diz respeito ao compartilhamento dos recursos e serviços, produzidos em conjunto por fornecedores, prestadores de serviço e usuários, em um processo no qual cada ator contribui com o valor gerado e cocriado. O ViU preconiza que o valor é sempre criado durante os momentos em que é aplicado, ou seja, está atrelado à utilização do bem ou serviço que gera esse processo de atribuição de valor realizado pelos usuários e prestadores de serviço.

Desse modo, segundo Saraceni (2015), durante todo o desenrolar do processo são estabelecidas interconexões entre empresa produtora e os consumidores, tanto diretamente quanto mediadas por um produto.

Fornecendo uma conclusão para a linha de raciocínio desenvolvida neste e no subcapítulo anterior desta tese, Ranjan e Read (2016) encontraram, na maioria dos estudos que pesquisaram, a Lógica Dominante de Serviço (LDS) como base

explicativa da Cocriação de Valor (CCV), afirmando que o valor é sempre cocriado pelo cliente.

Davey e Grönroos (2019) afirmaram que os recursos são os componentes cuja característica palpável ou imaterial permite aos atores criarem valor, a partir do momento em que acessam e disponibilizam esses recursos em um ecossistema. Elementos como a partilha de conhecimento, o desenvolvimento e a aplicação de habilidades, procedimentos, recursos operacionais e o processo de interação em si, ao serem integrados ao sistema, tornam-se fonte de valor para os atores.

São as combinações das práticas desempenhadas pelos atores que fazem emergir esse processo integrativo, que solidifica os recursos que os atores já dispõem e, ao serem incorporadas ao sistema, configuram os procedimentos e ações desses atores, estruturando e institucionalizando a mobilização desses recursos por ocasião dos processos interativos que os mobilizam na dinâmica interna dos sistemas de serviço (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Os papéis exercidos pelos diversos atores possuem dinamicidade e são maleáveis, trazendo em si uma miríade de significados socialmente construídos e relevantes como um arsenal de atitudes que promovem a disponibilidade dos recursos e a sua integração ao sistema, em um processo diretamente impactado pela disponibilidade de cada ator para exercer seu o papel na ação coletiva de coproduzir e cocriar valor (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Dessa forma, a Cocriação de Valor (CCV) se estabelece a partir da integração ativa, seja do prestador de serviços, seja do cliente, em recursos-chave (conhecimentos, competências e aprendizagem sobre os serviços), para alcançar juntos um objetivo comumente desejado (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Akter *et al.* (2022) utilizaram o modelo DART (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004a) em uma pesquisa com 251 pacientes de uma plataforma de saúde compartilhada em Bangladesh – Índia, com o objetivo de entender como os pacientes cocriam valor e obtêm resultados coconstruídos.

Akter *et al.* (2022) concluíram que os elementos que compõem a estrutura desse modelo (Diálogo; Acesso; Risco; Transparência), aplicados nessa plataforma, suportam a CCV e influenciam de forma significativa os resultados obtidos na prestação de serviços e o valor percebido pelos atores participantes do ESS.

A plataforma analisada chama-se “*Shastho Batayon*”, que, segundo os autores, funciona tanto como uma a plataforma de compartilhamento quanto como um

"ecossistema", à medida que proporciona soluções em saúde e ao mesmo tempo leva vários atores a se interligarem, cocriando valor e promovendo inovação, oferecendo serviços de saúde básicos, em tempo real e de baixo custo para pacientes de todo o país e estimulando a interligação entre atores econômicos, gerando soluções inovadoras nessa área, destacando a importância de plataformas desse tipo para países em desenvolvimento, sempre às voltas com a questão do gerenciamento de recursos limitados para a saúde (AKTER *et al.*, 2022).

Segundo Akter *et al.* (2022), a concepção final do Valor Percebido dos serviços prestados e obtidos pela plataforma é resultante da avaliação geral que emerge da percepção do cliente de determinado produto ou serviço em relação ao que esse cliente recebe, sendo a CCV realizada pelo paciente a fonte de inovação dos serviços, uma vez que a participação dos pacientes produz melhorias contínuas nos serviços disponibilizados na plataforma.

Concluindo, Akter *et al.* (2022) reforçaram que a experiência da Cocriação de Valor e Inovação compartilhada em uma plataforma de serviços, em países em desenvolvimento, facilita o compartilhamento, a aprendizagem e a conexão entre as pessoas, apoia as necessidades de saúde e assistência social dessa população e conecta os pacientes a uma experiência médica mais confiável.

Ao mesmo tempo que propicia essa experiência médica mais confiável, a CCV confirma a aplicabilidade de conceitos básicos da Cocriação de Valor, como o valor percebido, que ocorre a partir do consumo experimentado, ou seja, o Valor em Uso, de Ranjan e Read (2016), também como o conceito de bem-estar do paciente, que vai além da satisfação e engloba condições de vida objetivas, bem-estar subjetivo e qualidade de vida percebida na sociedade, de acordo com McColl-Kennedy *et al.* (2020).

Esta subseção apresentou brevemente a relação da Lógica Dominante de Serviço (LDS) com a Cocriação de Valor (CCV), com base em autores seminais que estruturaram seus fundamentos básicos, como o modelo DART, o Valor em Uso (ViU) e a Coprodução (Co).

A próxima subseção desenvolverá esses dois conceitos (LDS e CCV) e analisará a relação desses conceitos com o Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS), relação que constitui o tema de pesquisa desta tese.

2.4 LDS e CCV em um Ecossistema de Assistência em Saúde

A importância da aplicação do conceito de CCV na prestação de serviços foi estabelecida por Prahalad e Ramaswamy (2004a), que sinalizaram que está em marcha um processo mundial, em que o valor se concretiza com base no resultado de negociações entre consumidores e empresas, as quais devem cocriar valor com seus usuários por meio de interações personalizadas, saindo do modelo de negócios centrado no produto para proporcionar experiências cocriadas com os usuários, atualmente organizados em comunidades de consumidores que, por estarem conectados, estão melhor informados, mais capacitados e mais ativos.

Apresentam como exemplo o fato de uma visita ao médico em 2004 ser qualitativamente diferente de 1994: atualmente o médico tem um paciente mais preparado, porque, por entender e estar envolvido, está mais disposto a cumprir as modalidades de tratamento que desenvolveram conjuntamente. Para o paciente, o que mais representa valor é a experiência de cocriar com o médico um tratamento que leve em conta as suas peculiaridades (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004a).

Esse procedimento contém o conceito de Cocriação de Valor (CCV), que reforça que é preciso criar um ambiente em que os pacientes tenham condições de criar sua própria experiência, única e personalizada, entendendo que os produtos podem ser modificados (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004b).

Ramaswamy (2011) reafirma a necessidade de um novo quadro referencial de valor, que englobe a experiência humana e sua criação e participação nesse processo, que configura a Cocriação, ancorada em interações humanas de caráter colaborativo, dinâmico, contextualizado e gerador de valor em situações que facilitem essas interações, proporcionando experiências produtivas e significativas.

Vargo e Lusch (2016) apresentaram uma revisão crítica dos seus próprios conceitos que, desde o seu artigo seminal de 2004, norteiam o debate acadêmico sobre a Cocriação de Valor (CCV) e a Lógica Dominante de Serviço (LDS) que, segundo os autores, continua em evolução teórica, recebendo críticas e contribuições de vários autores, fato que impôs a necessidade de um delineamento mais preciso das suas premissas fundamentais e axiomas, cuja principal limitação seria justamente a falta de uma especificação claramente articulada dos mecanismos de coordenação e cooperação envolvidos na Cocriação de Valor (CCV) nos mercados e, mais amplamente, na sociedade.

Vargo e Lusch (2016) reafirmaram, então, as ideias centrais da Lógica Dominante de Serviço (LDS) em cinco axiomas, com base no debate que se desenvolveu desde seu artigo inicial, concordando que o valor é cocriado por meio de atores envolvidos na integração de recursos e troca de serviços, habilitados e constrangidos por instituições e arranjos institucionais, estabelecendo ecossistemas de serviços e de Cocriação de Valor (CCV).

Para amenizar a limitação dos axiomas atuais e facilitar uma melhor compreensão da cooperação, importante porque mercados organizam-se muito mais como uma questão de cooperação do que de concorrência, os autores introduziram uma nova Prática de Cocriação (PC11), como premissa fundamental na sua proposição original sobre a LDS, a qual trataram como um quinto axioma: “A Cocriação de Valor é coordenada por meio de instituições geradas pelos atores e arranjos institucionais”.

Com base na instituição desse axioma, as instituições e arranjos institucionais foram conceituadas pelos autores como ecossistemas de serviço (VARGO; LUSCH, 2016, p.8, tradução própria).

A revisão das premissas fundamentais da Lógica Dominante de Serviço e o estabelecimento dos cinco axiomas estão descritos no Quadro 1:

- 1ª. coluna: Premissas Fundamentais (PF) da LDS;
- 2ª coluna: PF apresentada de acordo com a evolução conceitual desde o ano em que foram lançadas (2004);
- 3ª coluna: Primeira revisão das PF (2008);
- 4ª coluna: Última atualização das PF (2016), onde está a nova redação que apresentaram para as premissas originais (VARGO; LUSCH, 2016).

- Em destaque (negrito) estão as cinco premissas que os autores elevaram à categoria de axiomas (PF1; PF6; PF9; PF10 e PF11).

As premissas e sua relação direta com esta tese serão discutidas em sequência e analisadas em confronto com autores que, desde o lançamento desse artigo seminal de Vargo e Lusch (2004), vêm discutindo a sua aplicabilidade e referencial como conceitos basilares da LDS e da CCV.

Quadro 1 – Desenvolvimento das Premissas Fundamentais

Premissa	2004	2008	Atualização
PF1	A aplicação de habilidades e conhecimentos especializados é a unidade fundamental de intercâmbio	Serviço é a base fundamental do intercâmbio	Sem Alteração STATUS: AXIOMA
PF2	A troca indireta mascara a unidade fundamental de troca	A troca indireta mascara a unidade fundamental de troca	Sem alteração
PF3	Bens são mecanismos de distribuição para prestação de serviços	Sem Alteração	Sem Alteração
PF4	O conhecimento é a fonte fundamental da vantagem competitiva	Recursos operantes: fonte fundamental da vantagem competitiva	Os recursos operantes são a fonte fundamental do benefício estratégico
PF5	Todas as economias são de serviços	Sem Alteração	Sem Alteração
PF6	O cliente é sempre o coprodutor	O cliente é sempre um cocriador de valor	O valor é cocriado por vários atores, inclusive sempre pelo beneficiário. STATUS: AXIOMA
PF7	A empresa só pode fazer propostas de valor	A empresa não pode entregar valor, mas apenas oferecer propostas de valor	Os atores não podem entregar valor, mas participar da criação e oferta de propostas de valor
PF8	A visão centrada no serviço é orientada ao cliente e relacional	Visão centrada no serviço: orientada ao cliente e relacional	Uma visão centrada no serviço é inerentemente orientada ao beneficiário e relacional
PF9		Todos os atores sociais e econômicos são integradores de recursos	Sem alteração. STATUS: AXIOMA
PF10		O Valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário	Sem Alteração. STATUS: AXIOMA
PF11			Nova premissa: A CCV é coordenada por meio de instituições geradas pelos atores e arranjos institucionais. STATUS: AXIOMA

Fonte: Adaptado de Vargo e Lusch (2016, p.8)

A Premissa Fundamental 1 (PF1) é a primeira elevada à categoria de axioma e postula que o serviço é a base fundamental do intercâmbio, ou seja, de todo o processo de trocas que se estabelece nas relações entre os atores do ecossistema de serviços (VARGO; LUSCH, 2016).

A segunda premissa elevada à categoria de axioma é a PF6: “O valor é cocriado por vários atores, inclusive sempre pelo beneficiário”, que se relaciona diretamente com a PF10, axioma que significa que o valor é sempre único e fenomenologicamente

determinado pelo beneficiário e se estabelece por meio da integração de recursos (VARGO; LUSCH, 2016, p.8, tradução própria).

Essa integração de recursos foi estabelecida na Premissa Fundamental 9 (PF9), axioma que considera que todos os atores sociais e econômicos são integradores de recursos. Dessa forma, trata-se de uma narrativa de cooperação e coordenação nos ecossistemas, bem como da reconciliação dos conflitos que possam existir entre eles (VARGO; LUSCH, 2016).

Segundo Vargo e Lusch (2016), as instituições são fundamentais nessas atividades de cooperação e coordenação, fornecendo os blocos de construção para atividades cada vez mais complexas e interrelacionadas de integração de recursos e troca de serviços, em ecossistemas aninhados e sobrepostos, organizados em torno de propósitos compartilhados. Em suma, segundo os autores, as instituições representam o “humanamente concebido”, recursos integrais que são continuamente absorvidos e reorganizados, para fornecer “as propriedades estruturais que entendemos como o contexto social” (VARGO; LUSCH, 2016, p.8, tradução própria).

Vargo e Lusch (2016), comentando as premissas da PF3: “Bens são mecanismos de distribuição para prestação de serviços” e da PF5: “Todas as economias são economias de serviços”, permitem o entendimento de que, em um ESS, nem todas as práticas que permitem acessos aos recursos geram resultados positivos, portanto, é preciso estar atento aos efeitos negativos que também são consequência da ação dos atores no ESS.

Na PF4, Vargo e Lusch (2016, p.8, tradução própria) afirmam que os recursos operativos são a fonte fundamental da vantagem competitiva e que a concorrência é (deve ser) um motivador secundário; a CCV através da prestação de serviços é primária. Isso levou os autores a reformularem o conceito em 2016, mudando-o para: “os recursos operativos são a fonte fundamental do benefício estratégico”.

Vargo e Lusch (2016) ressaltam que a CCV tem sido criticada por pesquisadores como Grönroos e Voima (2013), que afirmam que os autores superestimaram a CCV, argumentando que, para existir a criação de valor, são necessárias condições especialmente elaboradas, que proporcionem interações diretas entre o prestador de serviços e o usuário. Sem essas interações, a empresa pode apenas fornecer condições facilitadoras, mas a criação de valor, nesse caso, é feita apenas pelo cliente.

Ao contrário, Vargo e Lusch (2016) defendem que, na verdade, subestimaram “drasticamente” a extensão da CCV, contra-argumentando que ela não é fruto apenas das ações de atores individuais ou de relações diádicas empresa-cliente, mas que é fruto das interações e compartilhamento de recursos e serviços entre uma multiplicidade de atores, esclarecendo na PF6: “O valor é cocriado por múltiplos atores, sempre incluindo o beneficiário” (VARGO; LUSCH, 2016, p.9, tradução própria).

Segundo Vargo e Lusch (2016), porém, é importante o alerta de Grönroos (2008) porque, em situações em que ocorra a simples aquisição de bens e serviços e que excluam a geração do valor cocriado, seria mais sensato trabalhar com a lógica mercadológica já estabelecida, de oferta e aquisição de produtos, bens e serviços.

Adotar uma lógica de serviço é decisão estratégica. Se consumidores estão comprando bens e serviços como criação de valor ou podem ser persuadidos a fazê-lo, uma estratégia baseada na LDS é favorável; se eles apenas os compram como recursos, desenvolver oferta de mercado baseada na lógica de bens faz mais sentido. (GRÖNROOS, 2008, p.310, tradução própria).

Nas premissas PF7: “A empresa não pode entregar valor, mas apenas oferecer propostas de valor” e PF10: “O valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário”, afirmam que o fator modificador da PF7 é alterar a referência da empresa para os atores que participam do processo em geral, significando que a PF7 deve dizer: “Os *atores não podem entregar valor, mas podem participar da criação e oferta de propostas de valor*” (VARGO; LUSCH, 2016, p.10, tradução própria).

Também afirmam, na PF11: “A Cocriação de Valor é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais”. Dessa forma, as práticas criadoras de novos relacionamentos geram oportunidades interativas e/ou experimentais (VARGO; LUSCH, 2016, p.8, tradução própria).

Vargo e Lusch (2016, p.5) afirmam que a principal contribuição que a sua concepção original recebeu é a ampliação do tema, “em uma perspectiva mais holística, dinâmica e realista da CCV” e mais ampla e abrangente do que a relação empresa-cliente, envolvendo toda a configuração dos atores, promovendo uma compreensão mais plena das redes de serviço, econômicas e sociais, conceituando-as como integradoras de recursos e serviços que se orientam e se coordenam por instituições e arranjos institucionais.

Segundo Vargo e Lusch (2016, p.6), as redes (econômicas e sociais) podem ser consideradas “ecossistemas de serviços autogovernados e autoajustados” em que a CCV se processa nos seus diversos níveis, condição que atesta que todos os atores mobilizam, disponibilizam e usufruem dos recursos, o que significa que “uma empresa não pode entregar valor, mas apenas oferecer propostas de valor”, de acordo com a PF7.

Os autores desenvolveram três proposições para a CCV. Inicialmente, afirmam que a relação entre os atores ocorre com a troca de serviços por serviços ou de serviços por um bem, o que confirma que “a criação de valor ocorre nas redes, porque os recursos utilizados na prestação de serviços, na maior parte, vêm de outros atores” (VARGO; LUSCH, 2016, p.7).

A segunda proposição significa que cada resgate e disponibilização de recursos ou serviços promove mudanças variadas na natureza da rede, composta por todos os atores envolvidos nos serviços, “fato que sugere que apenas um entendimento de rede é inadequado e que a orientação de sistemas, mais dinâmica, é necessária” (VARGO; LUSCH, 2016, p.7).

Como terceira proposição, sugerem que a dinamicidade própria dos sistemas implica a necessidade de mecanismos que auxiliem o processo integrativo de permutas de recursos e serviços, em uma ação coordenativa dos papéis desempenhados pelos atores, abrangendo a relevância das instituições e sua atuação como estabelecedoras de processos que possam se tornar rotineiros e ser coordenados, fatores essenciais para que se possa compreender a Cocriação de Valor (CCV) (VARGO; LUSCH, 2016).

Essa narrativa, segundo os autores,

[...] está se transformando em uma narrativa dos atores que integram recursos e prestam serviços recíprocos, fornecendo valor através de experiências holísticas, envolvendo significados em ecossistemas de serviços em saúde, aninhados e sobrepostos, gerenciados e avaliados por seus arranjos institucionais. (VARGO; LUSCH, 2016, p.7, tradução própria).

Os componentes principais dessa narrativa estão apresentados e delineados na Figura 7 (VARGO; LUSCH, 2016, p.7).

Figura 7 – A narrativa e o processo da LDS



Fonte: Adaptado de Vargo e Lusch (2016)

Os autores usam o termo ecossistema de serviços para identificar um tipo particular de fluxo crítico: a prestação de serviços mútuos; e o definem como “sistema relativamente autocontido e autoajustável, de atores integrados por arranjos institucionais compartilhados e criação de valor mútuo, pela troca de serviços” (VARGO; LUSCH, 2016, p.10). Essa definição significa que o ecossistema é um construto que engloba, em um espaço determinado, um conjunto de atores e produtos que se interrelacionam e compartilham serviços e bens, cuja dinamicidade e sustentabilidade está condicionada ao fluxo da prestação de serviços mútuos que ocorre em seu interior.

Alderson (1965) defendeu pela primeira vez o uso de uma estrutura de ecologia cultural para estudar sistemas de marketing, definindo esse conceito como a atuação da cultura humanamente produzida, elemento constitutivo de todo e qualquer ecossistema que se estabeleça como fruto das interações dos seres humanos entre si e com os ambientes em que coexistem.

Já o conceito de Ecossistema de Serviços assumido por Vargo e Lusch (2016) tem origem nas proposições de Koestler (1973), que desenvolveu a ideia de que todo um sistema (biológico ou social), em um determinado nível de organização, faz parte

de um outro sistema, estabelecido em outro nível, que chamou de *holons*, neologismo criado pelo autor com base em dois conceitos gregos – *holos* (que significa totalidade) e o sufixo – *on* (que significa parte ou partícula), para explicar as inter-relações existentes nos sistemas complexos.

Nesses sistemas coabitam duas tendências: a autoafirmativa, que diz respeito à “consciência da individualidade”, que permite ao indivíduo a sensação de ser pessoa, de característica única e diferenciada; e a tendência integrativa, geradora da “consciência gregária”, que fornece a sensação de pertencimento, seja a um grupo, a uma sociedade, a um todo mais amplo (KOESTLER, 1973).

Em trabalho recente, Ranjan e Read (2021) realizaram revisão sistemática da pesquisa de cocriação no período de 2000 a 2018, evidenciando a perspectiva ecossistêmica como fundamento constituinte da CCV e a relevância das diferentes perspectivas e objetivos dos atores e dos relacionamentos por eles desenvolvidos dentro do ecossistema, nos quais emergem cinco características que os autores denominaram como de “cocriação ecossistêmica”: adversidade, compatibilidade, complementaridade, oportunidade e singularidade.

A adversidade é a primeira das características de “cocriação ecossistêmica”: constitui-se das dificuldades que proporcionam novas necessidades de tarefas e, por conseguinte, promovem reconfigurações nos papéis dos atores e das atividades por eles desempenhadas, motivando-os a expandir sua percepção do ecossistema, equalizar a utilização dos recursos e usufruir dos benefícios gerados pela necessidade de união dos atores para gerenciar situações de incerteza, dinamizando os resultados da cocriação (RANJAN; READ, 2021).

Como segunda característica de “cocriação ecossistêmica”, a compatibilidade designa as ações que geram homogeneidade entre os atores e as diversas atividades que dinamizam o ecossistema. A partir da experimentação da heterogeneidade de objetivos, os atores engajados na cocriação buscam novas estratégias de governança e o desenvolvimento de novos protocolos que padronizam as ações e funções dos atores, criando compatibilidades que as aprimoram e melhoram os resultados de cocriação (RANJAN; READ, 2021).

Como terceira característica de “cocriação ecossistêmica”, a complementaridade engloba o reforço e o auxílio mútuo entre as atividades que os atores desempenham. Uma atividade realizada por um ator estimula outra atividade,

que, por sua vez, retroalimenta e estimula a cadeia de recursos e serviços que são disponibilizados reciprocamente pelos atores (RANJAN; READ, 2021).

As oportunidades são a quarta característica de “cocriação ecossistêmica”: surgem a partir das múltiplas interações entre os atores durante o processo de prestação de serviços e estabelecem prioridades nas tarefas, levando os atores a redimensionarem e reconfigurarem suas atividades. Sua prontidão e predisposição propiciam o desenvolvimento de uma visão compartilhada das potencialidades inerentes à ação cocriativa que, por sua vez, dinamiza o envolvimento dos atores e leva a resultados mais aprimorados de cocriação (RANJAN; READ, 2021).

Finalmente, a quinta característica de “cocriação ecossistêmica”: a singularidade dinamiza a personalização das ações e da troca de serviços prestados, garantindo assim o atendimento direcionado às características e necessidades de cada usuário e às potencialidades e competências de cada prestador de serviço, estimulando-os a buscarem novas ligações, novas maneiras de disponibilizarem e aplicarem recursos e a desenvolverem normas e procedimentos de forma mais intuitiva e criativa, estimulando a cocriação (RANJAN; READ, 2021).

Como resultados, Ranjan e Read (2021) consideram como “valor direto” a consequência de um objetivo do ator que foi alcançado em função do produto ou serviço usufruído de forma cocriada e, como “valor indireto”, o relacionamento estabelecido no processo de cocriação, caracterizado pelas atitudes de lealdade que o ator desenvolve e apresenta à marca, produto ou serviço que lhe foi prestado.

Esta subseção buscou ampliar o debate sobre os conceitos de Lógica Dominante de Serviço (LDS) e Cocriação de Valor (CCV), trazendo compreensões recentes e desdobramentos dos seus fundamentos básicos, realizados pelos seus autores seminais, que estão em pleno processo de discussão acadêmica e aprimoramento desses conceitos. Além de ampliar a compreensão desses conceitos, relacionou-os com o conceito de ecossistema de serviços e os pressupostos da área da ecologia de sistemas, que fundamentam essa concepção e permitem fazer a ponte entre essa área do conhecimento e a área da administração e prestação de serviços.

A próxima subseção apresentará e discutirá o conceito de “bem-estar do ecossistema”, fundamental na área da ecologia de sistemas e o relacionará com as ideias de bem-estar e sustentabilidade dos sistemas de prestação de serviços na área da saúde, em consonância com as pesquisas e áreas acadêmicas que abordam a relação entre esses conceitos.

2.5 Bem-estar do ecossistema

Frow *et al.* (2019) trabalharam com a ideia do bem-estar do Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), em um artigo cujo objetivo foi aplicar o arcabouço teórico da LDS de Vargo e Lusch (2004, 2016) para conceituar e caracterizar o bem-estar do ESS. Aprimoraram a integração entre os conceitos ligados à pesquisa em gestão com a prestação de serviços, ancorados em um estudo qualitativo realizado em um espaço concreto, caracterizado como nível meso do ESS, comparando a situação de bem-estar do ESS em duas enfermarias hospitalares de uma grande cidade dos EUA (FROW *et al.*, 2019).

Segundo Frow *et al.* (2019, p.2.658), “a natureza e a estrutura do bem-estar em um ESS baseiam-se em quatro fundamentos da Lógica Dominante de Serviço (LDS): integração de recursos, densidade, práticas e instituições”. Aplicando essa conceituação, identificaram seis características distintas do bem-estar em um ESS, que ampliaram a teoria sobre a sua natureza. Definem o bem-estar do ESS como:

[...] estado holístico, dinâmico e positivo, contextualmente determinado, composto por práticas de ajuste alinhado de configurações e arranjos institucionais, guiados por uma visão de mundo compartilhada; níveis do ESS que se reforçam interativamente, coevoluindo e se autoajudando; resiliência e adaptabilidade às interrupções; adoção de práticas flexíveis de integração de recursos; resultando em Cocriação de Valor compartilhado. (FROW *et al.*, 2019, p.2659, tradução própria).

Essa caracterização, segundo os autores, amplia o trabalho de Vargo e Lusch, de 2014, e o seu próprio modelo, de 2016, que será discutido no item 2.7 desta tese, identificando seis características-chave do bem-estar do ESS (FROW *et al.*, 2019, p.2673, tradução própria):

- 1ª: O bem-estar do ESS tem uma multidimensionalidade complexa, envolvendo múltiplos atores e recursos, na perspectiva específica de avaliação por parte do ator;
- 2ª: O bem-estar não é estático; um ESS está continuamente lidando com mudanças em seus diferentes níveis aninhados através do autoajuste;

- 3ª: O bem-estar de um ESS depende de sua resiliência e capacidade de lidar com fatores estressores, através de processos de adaptação e autoajuda;
- 4ª: Atores integrados a recursos se engajam em interações e atividades que, ao longo do tempo, resultam em um conjunto de práticas rotinizadas, intencionais e guiadas por visão de mundo compartilhada, que pode ser moldada por atores-chave;
- 5ª: Onde existe um propósito compartilhado, um ESS lidará com mais sucesso com as interrupções que possam ocorrer, por exemplo: uma greve de motoristas de ambulância, ou interrupção de fornecimento de insumos etc.;
- 6ª: Práticas adequadas de integração de recursos aumentam a sua densidade, resultando na CCV em diferentes níveis, com benefícios associados.

Em conclusão, Frow *et al.* (2019) afirmam que essas características demonstram como a mudança de paradigma, que inclui nos ESS uma visão de mundo compartilhada e comum aos seus atores, gera impacto em todos os níveis, configurando o modelo de Assistência Centrada no Paciente (ACP).

Essa prática, já adotada como paradigma dominante na área da saúde, ao impactar todos os níveis e o bem-estar do ESS, põe em relevo o papel primordial das interações que ocorrem a todo momento no nível micro, envolvendo os atores-chave, seus recursos peculiares e seus papéis institucionais, elos fundamentais que geram as normativas para o funcionamento do ESS (FROW *et al.*, 2019).

Como boas práticas de gestão do bem-estar do ESS, Frow *et al.* (2019) ressaltam que os gestores devem ter uma visão ampla e promover mudanças em todos os níveis e nas conexões entre eles, indicando treinamentos específicos para compartilhar essas novas formas de trabalho, comunicação efetiva de mudança e contratação de pessoal já familiarizado com novas práticas, concluindo que, em vez de simplesmente monitorar o bem-estar do ESS, a liderança precisa estar engajada em moldar, de forma contínua, esse bem-estar.

Vargo e Lusch (2016) afirmam que, na Lógica Dominante de Serviço (LDS), são as instituições, compostas pelas “regras, normas e crenças socialmente estabelecidas”, os fatores que permitem e restringem a dinâmica da vida social, e, em

afirmação mais ampla, os autores consideram a LDS como a chave de leitura para se entender a estrutura e o funcionamento dos ecossistemas de serviço, os sistemas humanos e a atividade social em geral.

Esse entendimento acontece porque as instituições proporcionam aos atores o intercâmbio entre a prestação de serviços e a Cocriação de Valor (CCV), porque as instituições, quando compartilhadas, organizam os atores em rede, promovendo mudanças em todos os níveis do ecossistema. Assim, as instituições desempenham um papel central na CCV que ocorre nos ESS (VARGO; LUSCH, 2016).

Vargo e Lusch (2016) consideram que os ecossistemas de serviço representam as estruturas e subconjuntos da sociedade, que se organizam nos diversos níveis de agregação. Em termos gerais e de forma relativa, as estruturas de atendimento local (hospitais, lojas, varejo), atividades individuais e relações diádicas estão alocadas no nível micro; estruturas e atividades de médio alcance (indústria, marcas), no nível meso; e estruturas e o contexto das relações sociais em geral, no nível macro, alertando que a atividade em um nível só pode ser adequadamente compreendida quando visualizada também em relação com as atividades que ocorrem nos outros níveis.

Hughes e Vafeas (2018) utilizaram a metodologia proposta e atualizada por Vargo e Lusch (2004, 2016) sobre a LDS para analisar de que forma ocorre a cocriação de conhecimento entre pesquisadores e usuários de pesquisas, vinculando a LDS a uma proposta de desenvolvimento de estruturas teóricas para entender a utilização da pesquisa nos negócios e na gestão, buscando explicar o que acontece na cocriação de conhecimento entre pesquisadores e usuários de pesquisas.

Hughes e Vafeas (2018) afirmam, então, que a LDS propõe um aprimoramento de recursos e serviços, aplicável em todos os campos da pesquisa de marketing, negócios e administração. Esse processo de aprimoramento proporciona aprendizagem e permite explicar as transformações que acontecem com os recursos dos atores quando disponibilizados em processos de integração.

Na área do marketing e no campo mais amplo dos negócios e gestão, o paradigma atualmente dominante, que ressalta o impacto e a inovação, conecta-se ao debate sobre a utilização da pesquisa acadêmica para analisar e estudar todo esse contexto. A hipótese que os autores defendem é que a pesquisa acadêmica é uma atividade cocriativa, que ocorre porque um pesquisador sempre necessita que um terceiro (o respondente, no caso) exerça alguma ação ou mude seus pontos de vista

como resultado da entrevista à qual responde, para que o pesquisador possa desenvolver seus conceitos e responder aos seus problemas de pesquisa. Portanto, envolve sempre algum elemento de cocriação (HUGHES; VAFEAS, 2018).

O objetivo do artigo de Hughes e Vafeas (2018) foi utilizar a estrutura da LDS, proposta por Vargo e Lusch (2016), e aplicá-la à CCV, com base em pesquisas acadêmicas, verificando como os resultados da pesquisa científica são utilizados na prática gerencial de empresas e instituições. Os autores argumentam que a LDS permite conceituar o Valor em Uso (ViU), um dos componentes da CCV, baseando-se na complexidade e nos paradoxos de múltiplos pontos de vista, mostrando-se apropriada para a incorporação das diferentes percepções de valor dos acadêmicos e atores do mercado, que a utilizam na prática (HUGHES; VAFEAS, 2018).

Os autores afirmam que, a partir da revisão de Vargo e Lusch (2016), a LDS, inicialmente focada nos papéis de usuários e fornecedores na cocriação, assumiu uma nova perspectiva, porque Vargo e Lusch (2016) demonstraram que a LDS ocorre muito mais amplamente em trocas entre os variados atores de todos os níveis da sociedade. Essa conceituação mais ampla se prestou, então, à questão-problema do artigo sobre a miríade de atores acadêmicos e não acadêmicos que se envolvem na utilização de achados de pesquisa (HUGHES; VAFEAS, 2018).

Hughes e Vafeas (2018) citam outros trabalhos de Vargo e Lusch (2004, 2011) e afirmam que os atores do ESS integram os recursos operantes, que são agentes ativos na CCV e envolvem conhecimentos e habilidades desses atores. Essa integração dos recursos e a troca de serviços entre os envolvidos é o fator que cria o valor, de acordo com a PF1 - axioma 1, de Vargo e Lusch (2016), que identificam o serviço como base fundamental da troca, reconhecendo que o valor é criado através do uso de um produto ou serviço (o Valor em Uso).

De acordo com essa lógica, o pesquisador pode ser visto como prestador de serviço ao usuário da pesquisa. A utilização do valor ocorre quando um usuário de pesquisa é influenciado ou atua nos resultados, fazendo com que o nível de engajamento do usuário na troca de serviços varie desde o envolvimento total, na cocriação da pesquisa, até ser o destinatário que influencia diretamente o conhecimento recém-criado (HUGHES; VAFEAS, 2018).

Essa constatação de Hughes e Vafeas (2018) contribui para referendar o Objetivo Geral desta tese, uma vez que os sujeitos da pesquisa são os usuários,

alunos, profissionais e coordenadores dos serviços de saúde, atores diretamente envolvidos na CCV para todos os ESS estudados.

Os autores prosseguem afirmando que uma adição relativamente recente à cocriação é a da discussão do papel das instituições e das lógicas institucionais de funcionamento que as regem. Essas lógicas institucionais são as restrições formais e informais (regras e normas) que desempenham papel importante na formação do comportamento dos atores na integração de recursos (HUGHES; VAFEAS, 2018).

Essa discussão se coaduna com o conceito de Vargo e Lusch (2016) de que um ecossistema de serviços deve ser estabelecido para coordenar a Cocriação de Valor (CCV), atuando como integrador de recursos por meio de lógicas institucionais compartilhadas, que são a forma com que as instituições se auto-organizam e se autogovernam, cocriando valor mútuo através da troca de serviços.

Hughes e Vafeas (2018) partem do axioma 4 de Vargo e Lusch (*“O valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário”*), para conceberem a Cocriação de Valor (CCV) como um postulado de referência na Lógica Dominante de Serviço (LDS), ressaltando que o valor é percebido sempre de forma individualizada e relativo aos valores dos outros atores e do ecossistema em que interagem, constatação que põe em relevo a necessidade de se levar em conta todos os pontos de vista e valores que compõem o universo de trocas e relacionamentos que configuram um determinado ecossistema.

Essa concepção, segundo os autores, é especificamente adequada em contextos de pesquisa acadêmicas, tendo em vista os diferentes valores e percepções entre os pesquisadores e sujeitos das pesquisas, ambos passíveis de se envolver com toda a gama de situações, contradições e dificuldades de compreensão dos reais objetivos da pesquisa em questão. Contudo, se as proposições de valor oferecidas pela pesquisa têm um potencial real de motivar os atores, então eles disponibilizam seus recursos (no caso, o conhecimento e a experiência própria) e contribuem para o processo de cocriar valor (HUGHES; VAFEAS, 2018).

Vargo e Lusch (2016) definem a instituição como uma regra, relativamente isolada e individual (norma, significado, símbolo, lei, prática), por exemplo, uma placa de sinalização prioritária de acesso para cadeirantes; e definem arranjos institucionais como conjuntos interrelacionados de instituições, como o conjunto de normas de atendimento aos usuários de determinada instituição que, integradas, constituem uma

organização relativamente coerente, que facilita a coordenação da atividade nos ecossistemas de serviços em que ocorre a Cocriação de Valor (CCV).

Ao considerarem as instituições como desempenhando um papel essencial na CCV com base na LDS, concluem que a perspectiva dos Ecossistemas de Serviço é uma nova Premissa Fundamental (PF11) e um novo axioma (A5), acrescentado à revisão crítica do seu artigo seminal de 2004: “A CCV é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais” (VARGO; LUSCH, 2016, p.8).

Os autores, em 2017, ao introduzirem uma publicação do *“International Journal of Research in Marketing”*, voltada inteiramente para a Lógica Dominante de Serviço (LDS), apontaram para os possíveis desdobramentos da LDS até o ano de 2025, afirmando que se tornará uma metateoria, que se desenvolverá por processos interrelacionados e interativos. Esses processos envolvem uma comunidade mundial cada vez mais ampla e diversificada de estudiosos de áreas diversas e atores que a aplicarão em suas respectivas realidades, “desenvolvendo teorias, frameworks e modelos de médio alcance”, sustentando que, como desenvolvimento dos estudos acadêmicos sobre a LDS, “o ecossistema de serviços agora é uma convenção acadêmica e é a principal unidade de análise para explicações teóricas sobre a LDS” (VARGO; LUSCH, 2017, p.57).

Vargo e Lusch (2017) consideram que grande parte do referencial teórico dessa metateoria já está encaminhado, principalmente com as premissas e axiomas que eles desenvolveram, trabalho no qual está envolvida toda uma rede mundial de pesquisadores, considerada como autêntico ecossistema de pesquisa.

Outra parte do processo é concebida por Vargo e Lusch (2017) como fundamentada pelas pesquisas que estão sendo desenvolvidas com base nos quatro níveis (mega, macro, meso e micro) dos ecossistemas de serviços, que os autores consideram como uma teoria de médio alcance, que são teorias intermediárias que buscam desenvolver explicações para as partes que compõem o todo de um determinado sistema social (MERTON, 1970).

Segundo Vargo e Lusch (2017), no cerne do desenvolvimento dessa teoria, relacionada à LDS, está a questão de como aplicar as habilidades coletivas, experiências e conhecimentos (recursos operantes), para proporcionar benefícios às famílias, praticantes, formuladores de políticas públicas e outros. Se não houver esse benefício, não existe o Valor em Uso (ViU), apontado por Ranjan e Read (2016) como elemento fundamental da LDS.

Vargo e Lusch (2017) acreditam que é hora de realizar pesquisas que estabeleçam uma ponte entre a metateoria da LDS e pesquisas mais baseadas em evidências, suportadas por essa teoria. Reconhecem que, quando a LDS foi introduzida (VARGO; LUSCH, 2004), a distinção conceitual entre bens e serviços era falha e causava problemas na economia, marketing e contabilidade, entre outros. Afirmam então, que essa problemática foi resolvida ao se considerar o "serviço" (termo no singular) como "um conceito transcendente, que inclui um bem tangível, como um caso especial de prestação de serviços, um mecanismo de distribuição" (VARGO; LUSCH, 2017, p.60, tradução própria).

Outra conceituação mais recente foi a adoção de "atores" genéricos (VARGO; LUSCH, 2011) e a identificação de atividades comuns em relação à Cocriação de Valor (CCV), em alternativa aos papéis usualmente pré-atribuídos à díade "produtor-consumidor", em uma lógica que definem como "míope" (VARGO; LUSCH, 2017).

O primeiro questionamento que Vargo e Lusch (2011) fazem sobre essa lógica é que essas interações diádicas entre os atores não ocorrem em contextos isolados, mas sim dentro das redes formadas pelas interações entre esses atores, das quais as díades são apenas um dos componentes.

Essas redes podem ser reconhecidas nos diversos níveis de agregação do Ecossistema de Serviços, refletindo, estruturalmente, o que a LDS apreende axiomáticamente na especificação da integração de recursos, como postulado no Axioma 3 – Premissa Fundamental (PF) 9 (Ver Quadro 1, p.51): "todos os atores sociais e econômicos são integradores de recursos" (VARGO; LUSCH, 2017, p.60, tradução própria).

Da mesma forma, Vargo e Lusch (2017) enfatizam que o valor atribuído a um bem ou serviço recebido não ocorre separadamente de um contexto, no qual sempre estão interconectados recursos oriundos, de forma diversificada, de muitas fontes, cuja compreensão é mais robusta a partir da sua concepção como experiências holísticas, que são as experiências em que o todo e cada uma das partes encontram-se ligados com interações constantes, conforme o Axioma 4, Premissa Fundamental 10 (Ver Quadro 1, p.51): "o Valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário" (VARGO; LUSCH, 2017, p.60, tradução própria).

Outro ponto que Vargo e Lusch (2017, p.51) ressaltam é que as múltiplas conexões que se estabelecem entre os atores representam "troca de serviço por serviço", muito além de simples conexões de recursos, atores ou processos de

circulação de produtos, ou seja, na Lógica Dominante de Serviço (LDS) os atores da rede estão conectados por processos comuns e dinâmicos. Esses processos são as prestações e troca de serviços, que definem quem são os atores e quais são os papéis que exercem dentro do ecossistema. Um exemplo dessa troca de serviço por serviço pode ser um atendimento que um profissional de saúde realiza em um paciente indicado por outro profissional e utiliza os resultados do atendimento para a realização de uma pesquisa, compartilhando os resultados encontrados com o colega que indicou o paciente.

Essa rede de serviços tem um propósito de proporcionar mecanismos que garantam a sobrevivência e as necessidades de bem-estar para cada indivíduo, cujo propósito pessoal, proporcionado pelas redes de serviço, está diretamente relacionado ao bem-estar coletivo, interação que é a característica fundamental dos ecossistemas de serviço, concepção que ajuda a entender como o bem-estar dos indivíduos contribui para a existência e a manutenção da dinamicidade e da vitalidade das redes, caracterizadas por uma contínua atualização dos recursos disponibilizados pelos atores (VARGO; LUSCH, 2017).

Essas novas concepções indicam a necessidade de uma mudança paradigmática nas relações que se estabelecem entre os atores, orientação que os leva a deixar a “primazia do conflito”, que sempre caracterizou as relações do comércio e serviços, em função de conceber novas relações, fundamentadas na cooperação e em atividades mutuamente gerenciadas e coordenadas, fatores que levam à Cocriação de Valor (CCV), conceito que, segundo Vargo e Lusch (2017), será um dos principais temas para os próximos 10 anos na literatura acadêmica e nas próprias relações sociais (obs.: de 2016, ano do lançamento dos Axiomas, até 2025).

Vargo e Lusch (2017) concluem ressaltando que, para que a LDS, como metateoria, seja útil socialmente, para além do nível simplesmente acadêmico, será preciso o desenvolvimento de teorias de médio alcance e estudos de aplicação prática, que é a proposta desta tese.

Um estudo que buscou aplicar na prática a perspectiva ecossistêmica de cocriação foi realizado por Hlongwane e Grobbelaar (2022), que propuseram um arcabouço que possuísse uma aplicação prática para, a partir da perspectiva ecossistêmica de inovação, promover auto-organização, coevolução, adaptação e Cocriação de Valor em Sistemas de Informação em Saúde (SIS) na África do Sul.

Segundo Hlongwane e Grobbelaar (2022), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são investimentos basilares para fazer frente aos desafios da prestação de cuidados em saúde. O valor abrange e promove a integração dos diversos objetivos inerentes à tipicidade do sistema de saúde (como gerenciamento de custos, qualidade, segurança e atendimento focado no paciente), objetivos que congregam os interesses de todos os atores, associados a metas e objetivos que promovam a sincronicidade dos interesses dos atores focais de cada ecossistema e criem valor para esses atores.

Hlongwane e Grobbelaar (2022) apresentam duas concepções do modelo de ecossistema para analisar a prestação de serviços em saúde: o ecossistema concebido como afiliação (considerado como uma comunidade de atores, tecnologias e instituições, que se configuram por suas conexões de rede e plataforma de relacionamento) e o ecossistema concebido como estrutura. Este considera as interdependências que caracterizam a Cocriação de Valor, focalizada em alcançar a sustentabilidade e proporcionar soluções de longo prazo para diversos atores envolvidos, considerados como uma constelação, cuja proposta de valor se concretiza a partir e de acordo com as interações desenvolvidas e vivenciadas por esses atores, contextualizada na sua realidade.

Com base na perspectiva ecossistêmica, Hlongwane e Grobbelaar (2022) definem os atores como grupos ou indivíduos que, em uma relação comparada à relação simbiótica encontrada na natureza, interagem, afetam e são afetados pelos objetivos de uma organização. Essa relação se baseia na coevolução, concebida como resultado da congruência entre a especialização compartilhada e a complementaridade em um ecossistema, perspectiva sob a qual os ecossistemas são modelados e remodelados continuamente pelas ações e reações dos atores às mudanças e pressões oriundas das ações e reações de outros atores interessados, influências mútuas que promovem a evolução dos ecossistemas e configuram-se como os recursos que propiciam a Cocriação de Valor.

Complementar à coevolução, a perspectiva da coespecialização é resultado das ações necessárias para apoiar e alavancar a performance do ecossistema, a partir da disponibilização de recursos especializados, oriundos do compartilhamento das capacidades e responsabilidades de cada ator, colaboração que alavanca a capacidade de Cocriação de Valor (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022).

Os ecossistemas, dessa forma, estão ancorados e viabilizados nos processos de criação e compartilhamento da constelação de regras e normas que se interconectam ao envolverem os mecanismos de governança, coordenação, legitimidade e confiança, em que os atores se inserem na atividade contínua e conjunta de reconstrução e reformulação das práticas de Cocriação de Valor que propiciam novas soluções, que por sua vez reconfiguram os arranjos institucionais que retroalimentam a vitalidade do ecossistema (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022).

Hlongwane e Grobbelaar (2022) destacam o papel focal do coordenador do ecossistema em orquestrar e gerenciar as diversas possibilidades de comunicação entre os atores diversos, atuação que alavanca o desempenho da rede e a sua coesão interna, considerando a governança como um elemento-chave que conecta os atores envolvidos e molda e é moldado por esse ator focal que coordena o ecossistema, função vital para a sua saúde e homeostase, associada às plataformas de Cocriação de Valor que congreguem diversas redes colaborativas, cuja interação, mediada por uma “organização-ponte”, as transforme em redes de aprendizagem e cocriação contínua de valor, desenvolvendo novas práticas, interações sociais e compartilhamento de informações. A qualidade destas robustece os níveis de confiança em um ecossistema, potencializam a construção de laços fortes entre os membros da rede e o desenvolvimento de metas, propósitos e cultura comuns, fato que, por sua vez, leva ao sucesso do processo de Cocriação de Valor.

Hlongwane e Grobbelaar (2022) destacam que também é fundamental que o ecossistema compreenda e aprenda mais sobre os atores quando eles se encontram fora do processo de Cocriação de Valor, ou seja, em seu contexto e história individuais, fato que auxilia a eficácia da gestão em estimular e promover as interações que fortalecem os laços da rede e influenciam todo o processo, uma vez que a participação ou não em um ecossistema depende sempre da intenção de cada ator, sendo importante compreender quais são os resultados desejados pelos atores no processo de criação de valor, que são consequência da credibilidade, importância e garantia dos esforços empenhados nesse processo. Os atores querem usufruir e compartilhar resultados que lhes sejam úteis e oportunos e, para que isso ocorra, os autores destacam ações de feedback que apresentem mensuração rigorosa do valor que foi criado.

Essa mensuração rigorosa permite aperfeiçoar e aprofundar a compreensão de como emerge o valor e a localização precisa de onde esse valor emergiu;

compreensão que suscita a criação de redes de aprendizagem dentro do ecossistema de saúde, que promovem o aperfeiçoamento contínuo dos procedimentos e o desenvolvimento da institucionalidade do ecossistema (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022).

Concluindo, Hlongwane e Grobbelaar (2022) defendem como necessária a implementação intencional de redes colaborativas dentro do ecossistema de saúde, porque dinamizam os espaços de aprendizado, conhecimento compartilhado e contínuo de coconstrução de inovações e de práticas de Cocriação de Valor, sendo o sistema de saúde um *locus* privilegiado que, por suas próprias práxis já institucionalizadas, como protocolos de reavaliação, de alta, de formação contínua para os pacientes, propiciam a formação dessas redes, que também impulsionam mecanismos de inovação.

A intenção de participar de um ecossistema e usufruir dos serviços e conhecimentos disponibilizados é um fator fundamental para a Cocriação de Valor e os ecossistemas de saúde já possuem como característica esse envolvimento dos atores que necessitam desses serviços para a sua vida e seu bem-estar, e, portanto, segundo Hlongwane e Grobbelaar (2022), a perspectiva ecossistêmica pode concentrar-se em analisar e compreender os fatores que influenciam esse envolvimento pré-existente dos atores.

Defendendo o mesmo posicionamento de Hlongwane e Grobbelaar (2022) sobre a importância de criar mecanismos de compartilhamento de informações para os pacientes e ecossistemas de saúde, Yan *et al.* (2022) realizaram pesquisa sobre uma plataforma on-line de compartilhamento de conhecimento em saúde na Tailândia defendendo que a implantação desse sistema deu suporte à CCV e à melhoria da qualidade da assistência médica nesse país. Apontaram como indicadores dessa qualidade da assistência médica o efeito terapêutico causado nos pacientes e a satisfação dos médicos em proporcionar esses resultados aos pacientes.

A pesquisa de abordou uma área específica, denominada “e-saúde centrada no paciente”, identificada pela sigla “PCEH” – *Patient-centred e-health* (YAN *et al.*, 2022, tradução própria), campo de estudos multidisciplinar sobre a aplicação prática da Tecnologia da Informação (TI) em ações de recuperação do estado de saúde de pacientes. Identificam no PCEH características fundamentais da CCV, como potencialidades de gerar valor para a formação dos pacientes, que, em função do conhecimento disponibilizado nas plataformas on-line, adquirem mais subsídios para

discutirem sobre sua condição de saúde e conseguem compartilhar com os médicos informações mais completas sobre seu histórico de saúde, permitindo aos profissionais de saúde diagnósticos mais precisos e promovendo nos pacientes melhor formação e autocuidado.

Essa CCV que o PCEH proporciona ilustra as ações de Alfabetização em Saúde, como as ações que as IES estudadas realizam de formação para os pacientes, como os vídeos que são disponibilizados para a execução de exercícios em casa (YAN *et al.*, 2022).

Yan *et al.* (2022) adotaram a ideia de CCV de Grönroos (2011), da LDS de Vargo e Lusch (2004) e do “envolvimento ativo dos pacientes em consultas médicas” de McColl-Kennedy *et al.* (2012) para proporem um quadro conceitual da CCV apoiada pela PCEH como um fator que afeta, direta e positivamente, a qualidade da assistência médica. Em uma consulta, o foco é o paciente e suas características particulares e desejos. Este participa ativamente, uma vez que está bem-informado e formado pela plataforma de e-saúde, colaborando ativamente com os médicos e com a melhoria da qualidade da consulta e da assistência de saúde que recebe.

Um segundo fator apontado por Yan *et al.* (2022) é que o compartilhamento de informações traz uma espécie de concordância geral dos atores em pertencer a um grupo. Como terceiro fator, os autores destacam a complementação das informações que os médicos recebem sobre os pacientes, que facilitam a compreensão de suas necessidades, objetivos e expectativas, proporcionando, a estes, maior envolvimento nas decisões e, aos médicos, mais subsídios para a elaboração de métodos de atendimento que atendam de forma mais ampla as necessidades dos pacientes. Essa compreensão compartilhada entre pacientes e médicos é um elemento-chave na eficácia da aplicação prática da PCEH, aprimorando a qualidade da relação médico-paciente e influenciando positivamente a comunicação, as prescrições de saúde a qualidade do atendimento prestado pelos médicos e empoderando os pacientes, proposta da Alfabetização para os Serviços de Saúde (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Em conclusão, Yan *et al.* (2022) afirmaram que a CCV – apoiada pelo PCEH na relação paciente-médico, composta pelos fatores de empoderamento do paciente, compartilhamento de informações, verificação de informações e compreensão compartilhada – melhorou a qualidade da assistência médica no contexto da assistência à saúde em Taiwan.

A próxima subseção apresentará e discutirá o recente conceito de “Valor de Impacto para o ecossistema”, relacionado ao processo que estimula e promove os ajustes necessários à manutenção do equilíbrio e bem-estar do ecossistema, que gera impacto em todos os níveis e atores envolvidos, os quais, por sua vez, atribuem valor a esse impacto.

2.6 Conceito de Valor de Impacto (VI) para o Ecossistema

Simmonds e Gazley (2021) desenvolveram o conceito do Valor de Impacto (VI), analisando a Cocriação de Valor (CCV) em função da complexidade dos Ecossistemas de Serviços e do processo desencadeado pelos ajustes necessários para manter a sua sustentabilidade e bem-estar. O VI diz respeito à potencialidade dos atores em mobilizar e redimensionar os recursos próprios, os disponibilizados por outros atores e pelo próprio ecossistema, processo que gera valor, expresso em componentes como o Valor em Troca (VeT) e Valor em Uso (ViU). O VeT está relacionado aos benefícios mútuos gerados pelos processos de troca entre os atores, o ecossistema e o ViU, e se refere aos benefícios gerados e atribuídos pelos atores, a partir do momento que utilizam os serviços e recursos disponibilizados no processo.

Os autores afirmam que a sustentabilidade dos ecossistemas de serviços engloba a compreensão de que todo o processo de Cocriação de Valor (CCV) emerge das ações e do valor que os atores lhes atribuem ao disponibilizar, intercambiar e utilizar os recursos e serviços, implicando impacto no ecossistema, ao qual os atores precisam responder desenvolvendo práticas e ações estrategicamente organizadas, que equalizem o valor desse impacto gerado (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Segundo os autores, é imperioso então desenvolver uma concepção do valor como o elemento primordial que fornece ao ecossistema de serviços a característica organizacional, que lhe confere estabilidade e sustentabilidade em todo esse processo, gerado pelos relacionamentos complexos que estão no núcleo da CCV gerada e que se categorizam em escalas que se agregam e desagregam de forma contínua e dinâmica, processo cuja compreensão permite a adequada descrição e conceituação dos ecossistemas de serviços (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Simmonds e Gazley (2021) respaldam sua pesquisa em autores como Frow *et al.* (2016, 2019), Vargo e Lusch (2004, 2016) e Beirão *et al.* (2017), contextualizando a concepção do serviço e da sua lógica dominante, que organiza o ecossistema em

uma visão mais ampla, de caráter holístico, no qual a CCV vai muito além da simples troca diádica que tradicionalmente permeia as ofertas econômicas do mercado.

Segundo Simmonds e Gazley (2021), esses dois construtos, Lógica Dominante de Serviço (LDS) e Cocriação de Valor (CCV), relacionados, trazem em si processos que se caracterizam pela criatividade compartilhada, de forma interativa e contínua, valor que amplia essas concepções tradicionais, incluindo todos os outros atores que participam desses processos e que são, direta ou indiretamente, influenciados ao utilizarem os serviços, recursos e valor gerados.

É, portanto, o contexto da utilização do valor gerado, o “Valor em Contexto” que também caracteriza o Valor em Uso (ViU), cuja experiência fenomenológica, segundo os autores, está relacionada, de forma interdependente, ao contexto social onde coabitam os atores e recursos compartilhados. Esse fenômeno proporciona o reconhecimento do valor como uma propriedade, tanto de cada ator quanto do ecossistema em geral, cuja complexidade é viabilizada em função da contribuição dos papéis que cada ator desempenha nesses processos de troca e atribuição de valor (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Toda essa complexidade do ecossistema de serviços, para ser mantida de forma equilibrada e sustentável, exige uma condição de bem-estar continuamente gerado e retroalimentado, que se conceitua como processo de Cocriação de Valor (CCV). Este emerge de forma compartilhada com o alinhamento dos arranjos institucionais que os atores desenvolvem para equalizar a visão de mundo que compartilham e que caracteriza como ecossistema o ambiente em que os processos e os nichos de troca de serviços se relacionam (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Essa visão compartilhada do mundo funciona como guia para os atores do ecossistema e, ao mesmo tempo, proporciona a resiliência e a adaptabilidade necessárias para a sua sobrevivência, diante das disrupções que podem acontecer, por exemplo, como a recente pandemia de SARS-COVID 19, que forçou os sistemas de saúde do mundo todo a promoverem um reajuste abrupto nos seus procedimentos-padrão (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Nesse ponto, Simmonds e Gazley (2021) coadunam sua reflexão ao trabalho de Beirão *et al.* (2017), que relacionaram a visão multidimensional do bem-estar à abordagem ecossistêmica, que contextualiza as interconexões entre os serviços e atores, processo que caracteriza o valor como uma propriedade, tanto de cada ator

quanto de todo o ecossistema, gerado pelos processos de intercâmbio, transformação e ressignificação dos serviços e recursos entre os atores e o ecossistema.

Segundo os autores, essas questões relativas ao bem-estar dos ecossistemas de serviços, que trazem em si os aspectos econômicos, sociais e ambientais, que compõem os atributos necessários à sustentabilidade do ecossistema, tornaram-se vanguarda na área da pesquisa acadêmica sobre a prestação de serviços (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Essa afirmação se relaciona diretamente a esta tese e confirma a sua atualidade, porque a cocriação do bem-estar do ecossistema de serviços, segundo os autores, está relacionada diretamente à atuação dos indivíduos e entidades coletivas, por exemplo em cooperativas de transporte de pacientes com dificuldades de locomoção, que prestam serviço tanto às instituições públicas quanto às particulares, que encaminham seus pacientes para as universidades que os atendem, fato que ocorre rotineiramente nos *loci* de pesquisa estudados (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Essa multiplicidade de ações que conferem dinamicidade ao ecossistema caracteriza o valor, que impacta diretamente o bem-estar dos atores envolvidos e sua potencialidade para, no processo de acesso, adaptação e integração de recursos e serviços, viabilizar o ecossistema, ou seja, caracteriza o Valor de Impacto (VI) (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Essa potencialidade é o cerne da Cocriação de Valor (CCV), em que o impacto é causado por toda a constelação de fatores cocriadores que influenciam a condição dos atores para perceberem o Valor em Uso (ViU). Consequentemente, segundo Simmonds e Gazley (2021), o Valor de Impacto (VI) e o Valor em Uso (ViU) compõem a base sobre a qual se sustenta uma compreensão mais ampla do valor, em consonância com os princípios de troca e compartilhamento de recursos, balizadores dos ecossistemas de serviços. Ao se relacionar o conceito de VI com a CCV, reforça-se a centralidade que ocupam os processos de interconexão que se estabelecem entre atores e a incorporação desses processos à criação e atribuição de valor.

Simmonds e Gazley (2021) recorrem então a Grönroos e Voima (2013), que afirmaram que o Valor em Troca (VeT) emerge da interação direta entre os atores, apresenta sincronidade e é contido dentro do ecossistema. Já o Valor em Uso (ViU) ocorre tanto em escala temporal quanto em situações e espaços concretos, em que ocorre o processo de troca de recursos e prestação de serviços.

Dessa forma, o Valor de Impacto (VI) influencia todo o ecossistema, caracterizando-se como o impacto resultante dos processos de recolher, compartilhar e reconfigurar os recursos, processos nos quais os atores, compartilhando um ambiente ecológico comum, envolvem-se na CCV, onde a LDS se configura como o elo conector (SIMMONDS; GAZLEY, 2021). Essa constatação está de acordo com Vargo e Lusch (2016, p.3), que enfatizaram o conceito de que os ecossistemas de serviços estão "aninhados dentro ou em parte de outro ecossistema de serviços maior".

Simmonds e Gazley (2021) sustentam, então, que o Valor de Impacto (VI) atua nos diversos níveis de agregação que se estabelecem dentro dos ecossistemas, fluindo por meio das trocas entre os atores individuais e os coletivos, proporcionando a interação entre os níveis micro, meso, macro e mega dos ecossistemas de serviços, de acordo com o modelo de Frow *et al.* (2016).

Concluindo, Simmonds e Gazley (2021) afirmam que, em trabalhos que buscam conceituar sistemas complexos, como é o caso desta tese, é fundamental a compreensão de como ocorrem as interconexões entre os diversos atores que se relacionam por meio dos processos de troca de recursos, prestação de serviços e atribuição de valor. Dessa maneira, o conceito do VI permite aprofundar o conhecimento sobre o processo de CCV, que permeia as interconexões entre os diversos nichos do ecossistema, ocasionados tanto pelos impactos não lineares, ou aleatórios, provocados pelas interações difusas entre os atores, quanto pelos impactos reais e rotineiros, ocasionados pelas interações entre os processos de atribuição de VeT e de ViU. Esses impactos são componentes essenciais do processo de CCV, que atua para organizar o ecossistema de serviços e influencia o seu bem-estar e sustentabilidade (SIMMONDS; GAZLEY, 2021).

Em revisão sistemática da literatura, Peng *et al.* (2022) apresentam o conceito de "Valor do Cliente", que significa "Valor Cocriado pelo Cliente" que pode ser associado ao conceito de "Valor de Impacto" de Simmonds e Gazley (2021). Os autores ressaltam a importância da Cocriação de Valor para a área da prestação de serviços saúde, considerando-a como o resultado de recursos como conhecimentos, habilidades, equipamentos, medicamentos, instalações e recursos financeiros, integrados entre profissionais da saúde, colaboradores e pacientes, para promover e obter benefícios mútuos.

Os pacientes, uma vez que também cocriam o valor junto aos médicos em relação aos seus próprios cuidados em saúde, tornam-se partícipes do processo de tratamento em todos os seus momentos, compartilhando opiniões e sugestões, desenvolvendo práticas autônomas para melhorar suas próprias condições de saúde e experiência de recebimento de serviços. Essa participação dos pacientes em todo o processo também se reflete na redução dos custos operacionais, em mais eficiência na utilização dos recursos disponíveis e na integração dos recursos de saúde oriundos de diversas fontes, cocriando valor também com os profissionais de saúde (PENG *et al.*, 2022).

Peng *et al.* (2022) enfatizam que os cuidados de saúde, baseados no valor, implicam a importância de escutar o paciente e valorizar suas necessidades, resultados e custos de tratamento. Apontam na literatura dois tipos de comportamento do paciente em relação à Cocriação de Valor na área da saúde: o “comportamento de participação” e o “comportamento de cidadania”.

O comportamento de participação do paciente ocorre no ato de compartilhar e buscar informações, ações que levam à coprodução e cooperação, favorecendo e dando suporte à interação entre os atores, citando como exemplo as relações interpessoais, que se refletem na sensação de “gostar de passar tempo com outros pacientes no hospital” (PENG *et al.*, 2022).

O comportamento de cidadania responsável do paciente engloba a aquisição de novos comportamentos, que podemos associar com ações bem-sucedidas de “alfabetização em saúde” (DAVEY; GRÖNROOS, 2019), que podem ser a decisão de seguir as orientações dos médicos e profissionais de saúde, desenvolvendo uma eficácia de comportamento, que inclui desde o uso correto de diversos instrumentos e aplicativos digitais para monitoramento da saúde até pesquisa na internet de informações sobre a sua condição de saúde, orientadas não só pelos médicos, como indicam de forma mais restritiva Peng *et al.* (2022), mas também de todos os profissionais de saúde que atuam nos ecossistemas.

Nesse campo, a exemplo de Hlongwane e Grobbelaar (2022), Peng *et al.* (2022) citam o SIS como uma plataforma que proporciona o compartilhamento e o crescimento do conhecimento dos pacientes e profissionais da saúde, facilitando o acesso, a comunicação e a interação entre esses atores e fornecendo condições para a construção de redes que promovam a interdependência e a Cocriação de Valor, gerando uma transparência de informações que é percebida pelo paciente e reduz de

forma efetiva a costumeira assimetria de informações entre médicos e pacientes influenciando decididamente o valor percebido e a satisfação dos pacientes.

Peng *et al.* (2022) identificaram na literatura dois tipos diferentes de comportamento dos atores em relação à utilização das mídias sociais eletrônicas na área da saúde, que denominaram configurações “*off-line*” e “*on-line*”. Na perspectiva “*on-line*” do paciente inserem-se os ambientes virtuais, como blogs, fóruns, comunidades e os próprios sites das diferentes instituições que prestam serviços em saúde. Outro *locus* dessa perspectiva são os grupos espontâneos de WhatsApp que se formam entre os pacientes.

Segundo Peng *et al.* (2022), esses ambientes virtuais promovem suportes sociais e emocionais para os pacientes, com a troca de informações, o estímulo para a realização de práticas saudáveis recomendadas pelos profissionais e interações diversas que cocriam valor entre os pacientes e atores envolvidos, gerando laços de identidade social, confiança em valores, como a integridade e a benevolência, percebida nos cuidados prestados pelos profissionais, propiciando uma linguagem e visão compartilhadas, que afetam positivamente o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os seus pacientes conforme previsto no modelo de Frow *et al.* (2016).

Peng *et al.* (2022) ressaltam o “Valor do Paciente”, que faz eco ao “Valor de Impacto” de Simmonds e Gazley (2021), considerando-o como “consequência valiosa” da CCV experimentada em todo o processo e que estão relacionadas, positiva e diretamente, a bons resultados que obtidos para as condições de saúde e bem-estar dos pacientes, indicadores considerados úteis na literatura para determinar tanto a eficácia quanto a qualidade dos serviços prestados, cuja experiência positiva percebida foi encontrada na revisão da literatura feita pelos autores como o “objetivo final da criação de valor”, que se reflete nos níveis de satisfação do paciente, no boca a boca positivo, na fidelização e engajamento nos serviços prestados.

De acordo com Peng *et al.* (2022), para os profissionais de saúde, a eficácia e a eficiência de seu trabalho são reforçadas pela CCV, evidenciada na melhoria da performance em atos comuns aos protocolos de atendimento em saúde, como diagnósticos mais precisos, prescrição mais segura de medicamentos e tratamentos, orientação mais qualificada para os pacientes, redução na solicitação de exames clínicos e laboratoriais, procedimentos mais ágeis de trabalho, prevenção da perda de prontuários, satisfação percebida na execução do trabalho e aprimoramento das habilidades técnicas dos profissionais envolvidos no processo de CCV.

Esta subseção apresentou e discutiu o conceito de “Valor de Impacto” para o ecossistema e o relacionou com os conceitos da Lógica Dominante de Serviço, Cocriação de Valor e bem-estar do ecossistema.

A próxima subseção apresentará e discutirá a “Tipologia de Práticas de Cocriação que moldam Ecossistemas de Serviços: uma perspectiva de cuidados em saúde”, de Frow *et al.* (2016), objeto central desta tese, fundamentando e relacionando essa tipologia com o referencial teórico e discutindo-a com autores que a aplicaram em contextos teóricos e concretos da área de prestação de serviços em saúde.

2.7 Tipologia de Frow *et al.* (2016)

Para avaliar o papel central que as Práticas de Cocriação (PC) desempenham na formação do Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS), Frow *et al.* (2016) desenvolveram uma tipologia que consiste em oito PC no contexto da assistência à saúde. Associadas, estas fornecem um conjunto de medidas indicativas, identificando como podem impactar o ESS.

A tipologia está descrita no Quadro 2: cada PC significa uma combinação específica de atributos que determinam um resultado relevante. As PC específicas podem ocorrer em qualquer um dos quatro níveis do ESS e causar impacto em diferentes níveis. Essa tipologia também reflete práticas de CCV especialmente evidentes na saúde (FROW *et al.*, 2016, p.31).

Em função das características dos Serviços de Assistência à Saúde, prestados pelas instituições que são o objeto de pesquisa de desta tese, a tipologia de Frow *et al.* (2016) ofereceu as ferramentas necessárias para a verificação da relação entre as Práticas de Cocriação de Valor e a Lógica Dominante de Serviço.

A confirmação da presença das PPCV e da LDS nos *loci* pesquisados, a partir das respostas dos atores, permitiu analisar a propriedade desses conceitos em moldar esses ecossistemas, atendendo aos objetivos propostos (item 1.2 e 1.2.2).

Quadro 2 – Tipologia de PC que moldam ESS: perspectiva de cuidados em saúde

Práticas de Cocriação (PC)	Práticas ilustrativas de cocriação de cuidados de saúde que afetam o bem-estar do ecossistema	Impacto e origem da prática	Medidas indicativas das Práticas de Cocriação (PC)
PC1: práticas que dotam os atores de capital social	Uma paciente que participa ativamente de um fórum on-line, compartilhando seu novo conhecimento (recurso) com outras pessoas que sofrem de problemas médicos semelhantes. O conhecimento e a experiência aprofundados lhe conferem credibilidade, atraindo outros membros do fórum para que colaborem com ela, compartilhando seu conhecimento aumentando sua atratividade.	Positivo (meso)	Densidade / volume de interações (GYLLY; TORRE, 2000)
	Um grupo respeitado de cientistas pode se manifestar em conjunto (usando seu recurso de conhecimento / experiência) contra uma prática específica de cuidados de saúde, ex: uso de um medicamento específico; causando a interrupção de práticas de prescrição estabelecidas, com efeitos adversos no ESS.	Negativo (mega)	Proximidade: ator-interação direta/ intermediada (DUYSTERS; LEMMENS, 2003; GILLY; TORRE, 2000)
PC2: práticas que fornecem ao ecossistema uma linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias	O símbolo de uma cadeira de rodas comunica práticas específicas relacionadas à imobilidade, independentemente da condição física de um paciente. Uma cadeira de rodas sinaliza o "papel" de uma pessoa como um paciente que precisa de cuidados / assistência para acessar instalações e colaboração com auxiliares móveis. Recursos de conhecimento compartilhados de forma solidária.	Positivo (meso)	Extensão de disseminação de símbolos, sinais e histórias [conhecimento] dentro do ecossistema (AKAKA <i>et al.</i> , 2014)
	Histórias (recursos de conhecimento) compartilhadas em fórum on-line de pacientes sobre a qualidade de prestadores de serviços, diminuem (influência negativa) sua atratividade e reduzem a demanda por outros prestadores de serviços (potencialmente impactando a demanda no ESS).	Negativo (mega)	Extensão do uso / disseminação (aplicação) de sinais, histórias e símbolos nos ecossistemas (AKAKA <i>et al.</i> , 2014)
PC3: práticas que moldam o modelo mental de um ator	As práticas centradas no paciente moldam a visão de um clínico e de outros profissionais de saúde sobre seu papel na estruturação do programa de assistência médica do paciente. Concentram-se nos resultados benéficos dos pacientes, fazendo com que os profissionais de saúde se envolvam no projeto do programa de saúde. Recursos de conhecimento profissional são compartilhados durante essas interações.	Positivo (micro)	Mudança nas práticas / comportamentos / atividades de cocriação (STORBACKA; NENONEN, 2011b)
	As práticas benéficas centradas no paciente moldam a visão do administrador da ala do hospital sobre seu papel, levando-os a se envolverem de maneira mais proativa com os pacientes e suas famílias. Os recursos de conhecimento dos administradores são compartilhados com o paciente, a família e os serviços de atenção primária.	Positivo (meso)	Mudança na visão de mundo dos atores sobre seu papel em todo o ESS (ALEXANDER; JAAKK, 2011)

Práticas de Cocriação (PC)	Práticas ilustrativas de cocriação de cuidados de saúde que afetam o bem-estar do ecossistema	Impacto e origem da prática	Medidas indicativas das Práticas de Cocriação (PC)
PC4: práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas que formam seus contextos.	Um hospital projetado e fisicamente estruturado (recursos físicos) em torno dos princípios benéficos das práticas centradas no paciente, fornece quartos individuais com uma cama de dia para um parente ou amigo. As estruturas incentivam o envolvimento ativo do parente (usando seus recursos físicos e de conhecimento) nos cuidados de saúde do paciente (ex.: ajudando-o a comer e beber) e o processo de recuperação (mobilização frequente, uso de medicamentos a tempo). O paciente e o parente usam seus recursos físicos e de conhecimento nesta colaboração.	Positivo (meso)	A extensão em que regras, normas e procedimentos mudam ao longo do tempo, juntamente com seu impacto (LAWRENCE; HARDY; PHILLIPS, 2002).
	Regulamentos rigorosos restringem a prescrição de medicamentos inovadores, apesar de evidências altamente favoráveis quanto aos resultados do medicamento. Essa prática atrasa os pacientes que recebem os benefícios. Aqui, os recursos de conhecimento e os físicos são usados de maneira inadequada, com impacto adverso no paciente.	Negativo (macro)	
PC5: práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas	A prática benéfica da administração de medicamentos envolve a colaboração (apoio) de familiares e amigos, diminuindo a colaboração do paciente e a dependência de enfermeiros. Os recursos físicos e de conhecimento de pacientes e familiares são utilizados de forma colaborativa, com resultados benéficos para os recursos de conhecimento do enfermeiro.	Positivo (meso)	Extensão da mudança percebida pelo ator no foco ou na direção da proposição de valor (GUMMESSON; MELE, 2010)
	Práticas de assistência centrada no paciente inspiram os médicos a buscarem a opinião dos pacientes e de suas famílias ao projetar assistência médica. Compartilhar recursos de conhecimento tem resultados benéficos.	Positivo (meso)	Articulação de novas proposições (script de mercado: STORBACKA; NENONEN, 2011b).
PC6: práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema.	Práticas regulatórias burocráticas na indústria farmacêutica podem restringir o conhecimento sobre novos medicamentos sendo disseminados. O resultado dessa prática negativa é o compartilhamento insuficiente de recursos de conhecimento, com impacto adverso nos pacientes que poderiam se beneficiar.	Negativo (mega)	Em que medida os atores oferecem acesso ou bloqueiam oportunidades para compartilhar recursos (MAGLIO; SPOHRER, 2013).
	As práticas de compartilhamento de conhecimento entre os pacientes podem criar um grupo de lobby e resultar na atenção da mídia, que acelera o processo legislativo de uma inovação. Os recursos de conhecimento dos pacientes são compartilhados, inspirando os recursos da mídia a envolverem-se de forma colaborativa, beneficiando os pacientes.	Positivo (mega)	Em que medida os recursos são compartilhados por todos os atores de um ecossistema (THOMAS; PRICE; SCHAU, 2013).
PC7: práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais.	Os fóruns on-line dos pacientes criam diversos relacionamentos benéficos. O conhecimento útil compartilhado incentiva os membros do fórum a procurar novos tratamentos médicos, resultando em resultados positivos para a saúde. Os recursos de conhecimento dos pacientes são compartilhados no fórum.	Positivo (meso)	Em que medida as práticas criam oportunidades para novos relacionamentos (MAGLIO; SPOHRER, 2013).

Práticas de Cocriação (PC)	Práticas ilustrativas de cocriação de cuidados de saúde que afetam o bem-estar do ecossistema	Impacto e origem da prática	Medidas indicativas das Práticas de Cocriação (PC)
	Os fóruns on-line de pacientes podem ter um impacto adverso no ESS, quando informações imprecisas são compartilhadas e os pacientes mal-informados. Recursos de conhecimento compartilhados com resultados adversos.	Negativo (meso)	Em que medida os atores se envolvem em novas práticas de CCV (GUMMESSON; MELE, 2010)
PC8: práticas que são intencionalmente codestrutivas, criando desequilíbrio no ecossistema	A ação corporativista dos motoristas de ambulância (prática codestrutiva) causa atrasos no atendimento a pacientes de emergência. Pacientes que necessitam de tratamento imediato são impactados negativamente. Recursos físicos e de conhecimento dos motoristas compartilhados de maneira destrutiva - impacto negativo.	Negativo (meso)	Deserção de atores do ecossistema (PLÉ; CÁCERES, 2010)

Fonte: Adaptado de Frow *et al.* (2016, p.31-33)

Frow *et al.* (2016), trazendo o conceito de ecossistemas para a área da prestação de serviços em saúde, o definem como composição dos atores e de seus recursos, interconectados por proposições de valor, disponibilizadas nessa rede de relacionamentos que se forma dentro dos ecossistemas de serviços.

O trabalho de Frow *et al.* (2016, p.31) apresentou três objetivos, sendo o primeiro desenvolver uma “tipologia de Práticas de Cocriação (PC) que moldam um ecossistema dinâmico de serviços em saúde”, para identificar práticas que têm efeitos positivos, negativos ou ambos.

Esse objetivo, focado no nível meso do ecossistema, é considerado por Frow *et al.* (2016) e pelos autores que referenciaram seu trabalho, por exemplo, Vargo e Lusch (2016), como um fator "crucial" para o desenvolvimento das pesquisas sobre o tema, que normalmente estão mais voltadas para o nível micro ou macro. Por esse motivo os autores investigaram o bem-estar do nível meso no contexto de um ecossistema hospitalar.

O segundo objetivo foi “fornecer medidas indicativas de Práticas de Cocriação (PC)”. Segundo Frow *et al.* (2016, p.31), as percepções gerenciais que se originaram da tipologia incluem o imperativo de gerenciar os níveis mutuamente adaptadores do ESS. Os gestores devem apreciar como as mudanças de nível macro, meso e micro estão interconectadas. Por exemplo, mudanças de nível macro se manifestam no nível meso e essas ações impactam os atores no nível micro. Esse objetivo busca oferecer orientação de ações organizacionais que podem promover o bem-estar em ecossistemas complexos, observando a importância de incorporar práticas que promovam seu ajuste.

O terceiro objetivo foi “oferecer uma agenda de pesquisas convincente”. De acordo com Frow *et al.* (2016, p.31), a prática de avaliar os recursos e buscar os que porventura não tenham disponíveis leva os atores a desenvolverem e captarem do ecossistema Práticas de Cocriação (PC) que lhes possibilitem acessar e usufruir desses recursos, fato que levou os autores a argumentarem que as PC ocupam uma função primordial na formação do ESS, exercendo considerável influência na disponibilidade, empregabilidade e integração dos recursos disponibilizados.

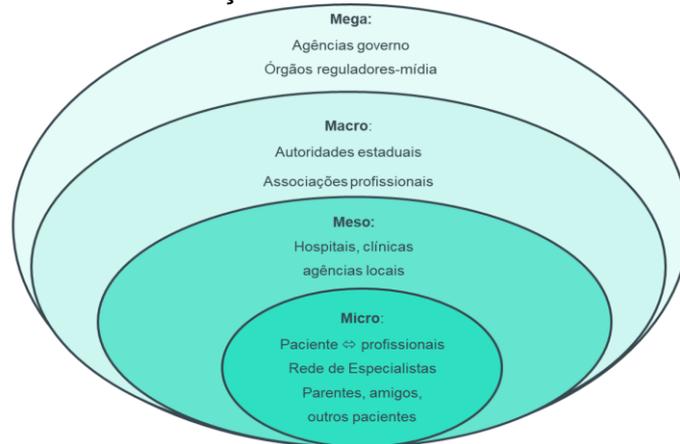
Os autores distinguem o ecossistema de serviço, caracterizado pela sua dinamicidade interna e processo de evolução contínua, da abordagem em rede, de característica mais estática, geralmente direcionada aos relacionamentos entre as empresas (FROW *et al.*, 2016).

Ao colocarem em evidência a prestação de serviços, têm a intenção de ressaltar a sistemática interativa que permeia as relações de troca entre os atores, distinguindo o conceito mais amplo de ecossistema da simples prestação de serviços recíprocos. No conceito de ecossistema ocorre o estímulo para o compartilhamento de recursos entre atores, em resposta a “propostas de valor” que proporcionem benefícios para o bem-estar de cada ator e todo o ecossistema (FROW *et al.*, 2016).

O bem-estar do ESS nos cuidados de saúde é definido pelos autores como o complemento da aplicação de uma série de condições que propiciam a colaboração entre os atores, uma vez que está equalizada a distribuição de recursos e serviços, o que reduz ou minimiza a necessidade de competir por esses benefícios. Uma vez estabelecida a cooperação como paradigma relacional entre os atores, o ecossistema refina e desenvolve sua eficiência e eficácia, mostrando sua dinamicidade. Por exemplo: parentes de pacientes podem se organizar em cooperativas de transporte e cuidados, desafogando os serviços públicos e barateando os custos para as famílias, promovendo o bem-estar geral do ESS (FROW *et al.*, 2016).

No entanto, a natureza desse processo e os papéis das Práticas de Cocriação (PC) na formação do ecossistema ainda não haviam sido exploradas na literatura, fato que impulsionou Frow *et al.* (2016) a desenvolverem o modelo de Ecossistema de Assistência em Saúde, apresentado na Figura 8.

Figura 8 – Ecossistema de Serviços em Saúde



Fonte: Adaptado de Frow *et al.* (2016)

A integração de recursos do ecossistema é, segundo Frow *et al.* (2016), uma “constelação de práticas” que realiza a CCV em uma rede de relacionamentos, composta por práticas interconectadas, em que um ator disponibiliza recursos que dão suporte ou são necessários para equalizar as práticas de outro ator. Esses recursos disponibilizados aprimoram as práticas do ator que as acolhe e, por sua vez, estimulam a integração de novos recursos por meio dessas práticas compartilhadas de CCV, que se disseminam e reforçam o bem-estar de todo o ecossistema, em uma ação retroalimentada que molda as relações entre os atores e o compartilhamento dos seus recursos.

Em termos do Sistema Único de Saúde Brasileiro, o modelo de assistência à saúde é dividido em três setores: Primário (cuidados básicos de saúde e serviços de baixa complexidade); Secundário (média complexidade); Terciário (alta complexidade). Nesta tese, adotou-se o modelo de Ecossistemas de Frow *et al.* (2016) para estudar os serviços de saúde prestados pelas IES pesquisadas, porque é o ponto de convergência de todo o referencial teórico e o próprio escopo deste trabalho.

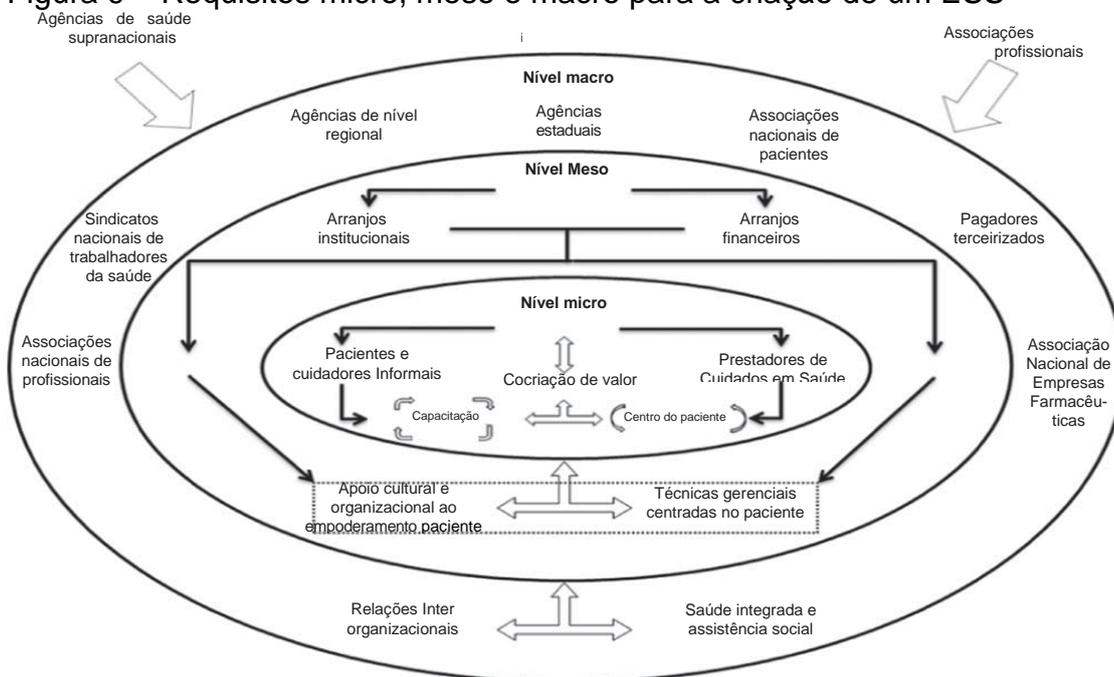
No modelo de FROW *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria), as Práticas de Cocriação (PC) se desenvolvem em quatro níveis de um ecossistema:

- Nível mega - agências governamentais que colaborativamente determinam aspectos da política de saúde, órgãos reguladores e de financiamento da saúde;
- Nível macro - autoridades estaduais de saúde que determinam a alocação de recursos, associações profissionais de médicos e enfermeiros e seguradoras;

- Nível meso - hospitais, clínicas e agências locais de apoio à saúde;
- Nível micro - médicos e pacientes trabalhando em conjunto com enfermeiros e profissionais de saúde, para projetar um pacote de cuidados de saúde em colaboração.

Palumbo, Cosimato e Tommasetti (2017) referenciaram e detalharam a tipologia de Frow *et al.* (2016), permitindo melhor visualização e caracterização da atuação dos atores (Figura 9).

Figura 9 – Requisitos micro, meso e macro para a criação de um ESS



Fonte: Adaptado de Palumbo *et al.* (2017)

Palumbo *et al.* (2017) desenvolveram uma “receita” sobre os requisitos gerais para a implantação de ESS de saúde eficientes, eficazes, sustentáveis e com potencial inovador, considerando o empoderamento e o cuidado focalizado e direcionado ao paciente como fundamentais nesse processo.

A contribuição desse artigo à tipologia de Frow *et al.* (2016) é o detalhamento da ação dos atores e a confirmação da importância do desenvolvimento de novas pesquisas sobre os ESS, que os autores definem como uma “comunidade de atores (empresas, organizações, usuários etc.), que interagem, compartilham suas competências e trocam seus recursos para se adaptarem ao meio ambiente e coevolúem” (PALUMBO *et al.*, 2017, p.847).

Como requisitos para implementar um ESS, Palumbo *et al.* (2017) afirmam que, no nível micro, as interações ecossistêmicas se destinam à troca de recursos, combinação e recombinação entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde.

Frow *et al.* (2016) consideraram o nível micro como o contexto em que pacientes e cuidadores de saúde se comunicam, combinam e recombinaem seus recursos para cocriar valor, no qual é fundamental o empoderamento do paciente, a capacitação e a ativação dos seus recursos, envolvendo-o na proteção e promoção de seu próprio estado de saúde.

De acordo com Palumbo *et al.* (2017), também a participação de terceiros (cuidadores informais e voluntários) desempenha papel crucial para Cocriar Valor no nível micro, especialmente quando o paciente não está disposto a participar, devido a competências pouco desenvolvidas relacionadas à saúde, ou por baixa percepção da própria capacidade.

Baseando-se nos conceitos de Frow *et al.* (2016), os autores designam o nível meso como o local das organizações de saúde (unidades de saúde, hospitais e clínicas), onde se processa a maioria das trocas e relacionamentos entre os pacientes e os prestadores de serviços, para cuja eficácia, portanto, faz-se necessária uma capacitação contínua e promotora da CCV para todos os atores, incluindo os pacientes, familiares e cuidadores (PALUMBO *et al.*, 2017).

Na conclusão, preveem mudança radical do modelo assistencial tradicional para uma Abordagem Centrada no Paciente (ACP), ação que abre caminho para mudanças estruturais na prestação de serviços em saúde, fomentando a participação dos atores na CCV, tendo como foco a atenção aos arranjos institucionais que moldam o ESS, “incentivando o estabelecimento de relações organizacionais vivas e dinâmicas, apoiando a participação direta e contínua dos diferentes atores para valorizar os processos de Cocriação” (PALUMBO *et al.*, 2017, p.858, tradução própria).

Este subcapítulo apresentou a tipologia de Ecossistema de Serviços em Saúde e as Práticas de Cocriação, desenvolvida por Frow *et al.* (2016). A seguir, cada Prática de Cocriação (PC) escolhida para análise nesta tese será avaliada em função da sua relação com os objetivos específicos, discutida em relação à tipologia de Frow *et al.* (2016) e os quatro níveis do ecossistema, e confrontada com as Premissas Fundamentais (PF) e axiomas da LDS, apresentadas no trabalho seminal de Vargo e Lusch (2004) e atualizadas criticamente pelos próprios autores em 2016.

2.8 Revisão de literatura – artigos que citaram Frow *et al.* (2016)

Nesta subseção, cada Prática de Cocriação (PC) será discutida com os 34 autores que citaram o trabalho de Frow *et al.* (2016), selecionados na Base Scopus, em 21/03/21. O objetivo desta revisão da literatura foi analisar a relevância acadêmica da tipologia de Frow *et al.* (2016), confrontando-a com os artigos que citaram e utilizaram essa tipologia.

Aplicando-se o filtro “artigos científicos que se relacionam com os temas deste trabalho” (“Ecossistemas de Saúde” e “Cocriação de Valor”), dos 134 artigos que citaram a tipologia de Frow *et al.* (2016), restaram 34 artigos que a utilizaram como referencial para sua metodologia e compõem a fundamentação teórica para a análise das quatro Práticas de Cocriação (PC), utilizadas como referência para os objetivos específicos desta tese (item 1.2.1).

2.8.1 Análise de Práticas de Cocriação de Valor que impactam o ecossistema

A apresentação dos artigos que citam e referendam Frow *et al.* (2016) tem o objetivo de analisar em profundidade as contribuições de cada artigo para cada Prática de Cocriação (PC) que impacta o bem-estar do ecossistema.

2.8.1.1 PC4 - Práticas que impactam o ESS, por estruturas e instituições

Um exemplo relacionado à PC4 da tipologia de Frow *et al.* (2016) ocorre ao se identificar se o encaminhamento dos usuários para os diversos serviços prestados pelo Ecossistema de Serviço em Saúde (ESS) está orientado por práticas já estabelecidas de encaminhamento padrão de pacientes na área da saúde, como anamnese inicial, que identifique o histórico clínico e pessoal do paciente, suas prescrições de tratamento e o indique para os serviços prestados pelo ecossistema que melhor possam atender às suas necessidades.

Polese *et al.* (2018, p.2) analisaram as contribuições da lógica subjacente aos ESS, relacionadas com a prática da sustentabilidade nesses ecossistemas, pondo em relevo “proposições de valor para a saúde, aspectos gerenciais, inovação de serviços e PC”, relacionando-se diretamente à PC4 da tipologia de Frow *et al.* (2016).

De acordo com os autores, o ecossistema de serviços configura-se em uma matriz dinâmica, que garante o bem-estar dos atores, em uma perspectiva de longo prazo, que se torna viável através da adoção de modelos sustentáveis, da consolidação das instituições e dos processos decisórios que se façam necessários (POLESE *et al.*, 2018).

Essas instituições, contempladas também pelo modelo de Vargo e Lusch (2016) (Figura 7), consistem em um conjunto de regras formalizadas: "leis, normas informais, expectativas sociais, valores e códigos, que definem comportamentos e significados, que englobam as crenças que tornam a vida compreensível" (POLESE *et al.*, 2018, p.4, tradução própria).

O ecossistema de serviços é considerado uma "entidade que emerge da interação de vários sistemas, onde atores interagem e integram recursos, compartilhando o propósito geral em princípios sustentáveis, reduzindo suas expectativas em prol de benefícios para todo o ecossistema" (POLESE *et al.*, 2018, p.4, tradução própria).

Essa abordagem oferece ao ecossistema de serviços possibilidades de ir além dos limites em que se assentam seus paradigmas consolidados, ressaltando-se, porém, que as estratégias que garantem a sustentabilidade exigem confrontar desafios que apenas abordagens gerenciais amplas podem confrontar. Essas abordagens dão respaldo ao valor cocriado, em um processo construtivo, recriador e mantenedor dos recursos e potencialidade que se estabelecem com base nas interações entre os diversos atores e dimensões que coabitam no ESS (POLESE *et al.*, 2018).

Fundamentados nessa perspectiva, os autores, de acordo com o modelo de Frow *et al.* (2016), consideram que as interações e as relações de troca entre os atores levam a considerar todo o contexto da prestação de serviços em saúde como um ecossistema (POLESE *et al.*, 2018).

A saúde possui, contudo, características específicas para lidar com os processos de serviços prestados, direcionados para o cuidado com o paciente, fato que gera propostas de valor originais, que são cocriadas de forma dinâmica, ancoradas em uma lógica de compartilhamento e troca de recursos e serviços já institucionalizada, que impulsiona a integração de recursos e processos, tendo o objetivo consolidado de assegurar a própria sustentabilidade e o bem-estar de todos os componentes do ecossistema (POLESE *et al.*, 2018).

Os autores propõem, então, uma transformação na condução gerencial tradicional dos sistemas de saúde, “mais focados no sistema hospitalar e na gestão do fluxo do paciente” e na figura do médico como ator central, gerando uma transformação que considere o binômio custo-efetividade e redimensione o contexto assistencial em todas as instâncias, locais e estruturas de atendimento e que focalize sua atenção na Cocriação de Valor (CCV) que se estabelece entre os atores envolvidos (POLESE *et al.*, 2018).

Essa mudança está em consonância também com a PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas práticas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

Os autores defendem que a abordagem aos pacientes deve superar a visão tradicional, focada apenas na prestação de serviços habilitados para a resolução de um determinado problema, para desenvolver uma abordagem que se caracterize como promotora de relacionamentos, considerando o paciente como parceiro de suma importância nos processos de saúde, levando em consideração seus conhecimentos, habilidades adquiridas e potencialidades como recursos primordiais para se estabelecer um enfoque gerencial que tenha como escopo a sustentabilidade do ecossistema (POLESE *et al.*, 2018).

Polese *et al.* (2018, p.10) concluem defendendo essa “mudança radical na perspectiva na gestão da saúde” que, segundo os autores, “só pode ocorrer se a natureza da prestação de serviços saúde for reconhecida como um ecossistema”.

2.8.1.2 PC5 - Práticas que moldam proposições de valor e inspiram novas

A PC5 da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33) pode ser identificada, por exemplo, analisando-se práticas de formação para os pacientes, como aulas explicativas, fóruns, folhetos explicativos sobre os problemas de saúde mais comuns que afetam os usuários, entre outros, que, porventura, já existam ou que possam ser propostos para o ecossistema.

Práticas benéficas de Assistência Centrada no Paciente (ACP) têm efeito positivo no nível meso, por exemplo, ao inspirar os profissionais de saúde a buscarem a opinião dos pacientes e de suas famílias para projetarem um pacote de assistência. O compartilhamento de recursos de conhecimento entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares tem resultados benéficos (FROW *et al.*, 2016).

Dentro do conceito da PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”) (FROW *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria), Borgonovi *et al.* (2018) afirmam que a sustentabilidade social dos ESS é um valor que se consolida com base nas interações entre o público e esses sistemas, defendendo que, à medida que essas interações convergem entre si de forma sinérgica, promovem possibilidades mais diversas e igualitárias de acesso da população aos cuidados básicos de saúde.

Essas possibilidades de acesso, segundo Borgonovi *et al.* (2018), propiciam a presença e a colaboração ativa dos pacientes no “coplanejamento, codesignação e coentrega dos serviços de saúde”, fundamentais para a democratização plena das possibilidades de acesso ao sistema de saúde em geral e para a “abordagem centrada no cuidado ao paciente”, refletindo-se na viabilidade do ecossistema, tanto nas condições atuais quanto nas futuras.

Quanto à visão do ecossistema, nessa perspectiva do trabalho de Borgonovi *et al.* (2018), é essencial equalizar as diferenças entre a sustentabilidade financeira e a sustentabilidade social do ecossistema. Essa visão ecossistêmica, para se tornar viável, necessita de um propósito comum, pactuado entre todos os atores, que tenha como escopo o incremento da capacidade de as organizações de saúde gerarem valores que façam sentido e realmente atendam às necessidades da comunidade, sem, contudo, desequilibrar o ecossistema.

Segundo os autores, a viabilidade dos ecossistemas implica a responsabilidade socialmente assumida pelos indivíduos e as práticas, públicas e privadas, que possibilitem o seu empoderamento, em um processo social que promova o seu engajamento como cocriadores de valor para todo o ecossistema, de acordo com as PC apontadas no PC5 da tipologia de Frow *et al.* (2016) como de efeito positivo, principalmente no nível micro do ESS (BORGONIVI *et al.*, 2018).

Hughes e Vafeas (2018, p.461) afirmam que “é possível desenvolver tipologias de Práticas de Cocriação (PC) em contextos específicos”. Dessa forma, aplicar pesquisas em ESS diversos permite comparar as diferentes práticas que possam existir em cada realidade. Essa compreensão, segundo os autores, referenda o modelo proposto por Frow *et al.* (2016).

De acordo com a PC5 da tipologia de Frow *et al.* (2016) e impactando o ecossistema no nível meso, Hughes e Vafeas (2018) afirmam que um tema recorrente na Lógica Dominante de Serviço (LDS) são as questões do que acontece com os

recursos como resultado da integração, meio pelo qual os recursos operísticos dos participantes podem ser aprimorados.

Os elementos da LDS identificam fatores que podem ajudar a explicar a sua utilização. Assim, a LDS permite diferentes níveis e tipos de integração de recursos entre diferentes atores dentro de um ecossistema (HUGHES; VAFEAS, 2018).

Consolidando a contribuição de Hughes e Vafeas (2018) para referendar a tipologia de Práticas de Cocriação (PC), de Frow *et al.* (2016), os autores afirmam que o pensamento recente sobre a LDS enfatizou as diferentes lógicas institucionais dos atores envolvidos na formação de seus comportamentos em um ESS e a importância das práticas que nele ocorrem.

Como ponto central da proposta de Hughes e Vafeas (2018), relacionada à LDS, surgem as competências e aprendizagens que nasceram das experiências de vida e dos conhecimentos socialmente compartilhados e adquiridos, consolidados como os “recursos operantes” dos atores e a questão de como utilizá-los para proporcionar benefícios aos usuários e suas famílias (nível micro do ESS) e também para os formuladores de políticas (níveis macro e mega do ESS), porque, lembram os autores, de acordo com Ranjan e Read (2016), se não houver benefício, não há Valor em Uso (ViU) e, portanto, “quebra-se a ponte” para considerar uma determinada pesquisa como uma teoria de médio alcance desenvolvida como uma das teorias que dariam suporte à metateoria da LDS, proposta por Vargo e Lusch (2017).

Em trabalho recente, Brodie *et al.* (2021) utilizaram a perspectiva do ecossistema de serviços de Frow *et al.* (2016) para analisar a resposta do sistema de saúde australiano à pandemia de Covid-19. Segundo Brodie *et al.* (2021, p.225) “essa perspectiva oferece um novo pensamento e compreensão sobre uma visão de mundo compartilhada, práticas institucionais, fatores de apoio e disruptivos”, detalhados na tipologia de Frow *et al.* (2016).

Essas práticas institucionais e fatores de apoio oferecem uma dinâmica de resposta aos múltiplos níveis dos ecossistemas de saúde e fornecem uma estrutura para que rapidamente se adaptem a uma crise e mantenham o seu bem-estar geral, conforme pôde ser confirmado pelo sucesso da resposta da Austrália à pandemia no ano de 2020 (BRODIE *et al.*, 2021).

Vargo e Lusch (2016) já haviam afirmado que o processo dinâmico de evolução do ecossistema, para ocorrer em condições de equilíbrio entre o volume das entradas e saídas de recursos, necessita de processo de institucionalização, no qual as regras

são desenvolvidas e compartilhadas e tornam-se um mecanismo vital de equalização e coordenação de todo o processo.

Brodie *et al.* (2021) identificaram a aplicação prática desses conceitos na resposta positiva do ecossistema de saúde australiano à pandemia. No nível micro, apontaram como exemplo o trabalho em conjunto de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde aliados aos pacientes, fato que, segundo os autores, reforça que a prática de integração de recursos compreende interações individuais entre esses atores, de acordo com a PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas práticas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33).

Também ressaltaram a Prática de Cocriação 7 (“Práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”), proposta pela tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33), que trata da disseminação eficiente de informações como fator de conscientização, que molda e remodela as práticas e intenções dos indivíduos (BRODIE *et al.*, 2021).

No nível meso do Ecossistema (hospitais, clínicas e agências locais de apoio à saúde), Brodie *et al.* (2021) ressaltaram que o equilíbrio da influência mútua entre as práticas dos atores e as normas institucionalizadas permitiu a flexibilidade e a agilidade para implementar as novas e pouco comuns normatizações, em um ambiente colaborativo que facilitou a adaptação dos atores e do ecossistema a essas mudanças.

Essa dinâmica institucional proporciona o autoajustamento entre os níveis do ecossistema e geram Valor em Uso (ViU) (RANJAN; READ, 2016), por meio dessas práticas que cocriam um ambiente institucional responsivo para desenvolver o bem-estar e a resiliência do ecossistema (BRODIE *et al.*, 2021).

Essas Práticas de Cocriação (PC) são consideradas por Brodie *et al.* (2021) como elementos de estímulo às atividades ecossistêmicas, que proporcionam uma concepção da sociedade como um espaço de colaboração e compartilhamento dos recursos entre os diversos atores, gerando bens, troca de informações e a convergência dos modelos mentais, cocriando valor para manter o bem-estar do ecossistema, conforme a Prática de Cocriação 2 (“Práticas que fornecem ao ecossistema uma linguagem compartilhada”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

Mccoll-Kennedy *et al.* (2020) publicaram um artigo que teve o objetivo de ampliar o entendimento sobre o elemento tensional que permeia as trocas realizadas

entre os atores dos ecossistemas de serviços, decorrente das suas diferentes concepções e peculiaridades, buscando explicar como os processos negociativos diluem essas tensões à medida que explicitam para os atores as perdas e ganhos que lhes serão geradas. Esse entendimento permitiu aos autores proporem um quadro conceitual para analisarem esse processo.

McCull-Kennedy *et al.* (2020) partiram dos conceitos de Frow *et al.* (2016) acerca de como ecossistemas de serviços se adaptam e desenvolvem resiliência às mudanças que ocorrem com os atores e nas diferentes visões de mundo que compartilham, durante o processo de integração de recursos e busca dos resultados e objetivos comumente estabelecidos, ressaltando que esses conceitos focaram na compreensão da dinâmica interna dos arranjos institucionais e da importância da adoção dessa visão de mundo compartilhada, para promover o bem-estar do ecossistema.

O fato que McCull-Kennedy *et al.* (2020) procuram elucidar é que nem sempre há alinhamento nas diferentes visões de mundo e nos procedimentos dos atores que estão inseridos em determinado ecossistema de serviços. Quando há desalinhamento entre essas visões, ocorrem tensões significativas, que influenciam os papéis e práticas dos atores. Dessa forma, para sobreviver, os ecossistemas de serviços precisam gerenciar esses conflitos por meio de mecanismos de negociação. Quando não gerenciados, esses conflitos acarretam efeitos negativos no nível micro do ecossistema, conforme apontado na PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas práticas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33).

De acordo com McCull-Kennedy *et al.* (2020), três implicações práticas emergem da sua pesquisa. Inicialmente, a necessidade de os prestadores de serviços de saúde se conscientizarem sobre quais são as relações-chave que caracterizam seu ecossistema de serviços, para reconhecerem os atores centrais e as relações que se estabelecem entre eles e os demais. Em um segundo momento, destacam como fator fundamental discernir as diferentes visões de mundo dos atores participantes, que são fontes potenciais de conflitos. Finalmente, sugerem que o engajamento dos atores em mecanismos de negociação seja um caminho para fazer convergir as diferentes visões e proporcionar benefícios mútuos, com reflexos em todo o ecossistema.

Os autores consideram que as interações de micronível ocorrem entre vários atores: pacientes, familiares, amigos, associados e demais atores da rede de

assistência à saúde. Citam Vargo e Lusch (artigo de 2019), afirmando que os atores são "entidades capazes de atuar em recursos potenciais para Cocriar Valor, seja positiva ou negativamente valorizado" e são um elemento crítico dos ecossistemas de serviços, podendo mudar as configurações dos papéis que exercem, determinando a atuação dos outros atores (McCOLL-KENNEDY *et al.*, 2020, p.656).

Na visão tradicional da saúde, os atores primordiais são o médico e o paciente, em relação diádica assumida como ponto central dos serviços em saúde. Contudo, segundo McColl-Kennedy *et al.* (2020), à medida que a saúde caminha para uma abordagem mais multidisciplinar, uma equipe mais ampla de profissionais passa a ser considerada também como focal e, cada vez mais, pacientes, cuidadores e familiares são convocados a exercerem o papel de "especialistas", porque, ao longo da convivência com os pacientes e suas necessidades de atenção, desenvolvem conhecimentos e competências, frutos da sua experiência em lidar diariamente com as doenças dos seus familiares.

McColl-Kennedy *et al.* (2020, p.655) afirmam que tanto os pacientes quanto os familiares se aperfeiçoam em práticas como o "reconhecimento de sintomas, gerenciamento de tratamentos e coordenação de rotinas de manutenção da saúde, com ou mesmo sem equipes de saúde", destacando que é importante para o ecossistema reconhecer que o papel de um especialista pode ser definido de forma diferente, dependendo da perspectiva de cada ator e ressaltam a importância da realização de pesquisas que possam distinguir entre os muitos papéis que os atores desempenham, de acordo com as diversas situações em que são chamados a atuar. Esse tipo de pesquisa permitirá novas compreensões sobre a natureza em rede da Cocriação de Valor (CCV).

Nesse ponto, McColl-Kennedy *et al.* (2020) se reportam à premissa F11, que Vargo e Lusch (2016, p.8, tradução própria) lançaram como nova, com status de axioma: "A Cocriação do Valor é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais". As interações entre diferentes atores do ESS fazem com que gerenciem expectativas de papéis e acordos com os outros atores. As instituições unem os indivíduos e permitem que interajam, fornecendo compreensão comum de como se comportar e se comunicar.

McColl-Kennedy *et al.* (2020) propõem, então, para os ESS, a lógica da "equipe", que integra as visões de mundo dos médicos, da equipe, dos pacientes e familiares, desenvolvendo a "linguagem compartilhada" proposta na PC2 de Frow *et*

al. (2016, p.32), reconhecendo o papel central que o paciente desempenha nas interações de recursos que melhor atendam às necessidades, lógica que acomoda as perspectivas dos vários membros do ESS.

Como exemplo prático dessa nova lógica, os autores apresentaram respostas dos profissionais de saúde à pesquisa que, quando confrontados com pacientes que estavam se esforçando para manter as rotinas de um plano de tratamento, utilizaram práticas que descreveram como "negociar", "convencer", "educar" e "influenciar", reconhecendo que essa é uma tarefa difícil e que os médicos precisavam ser mais flexíveis em sua abordagem para alcançarem a conformidade dos outros atores do ecossistema, ressaltando que a equipe vai variar de paciente para paciente, mas normalmente envolveria um ou mais profissionais de saúde, especialmente enfermeiros que podem dar suporte ao paciente, familiares e outros atores significativos em sua experiência (McCOLL-KENNEDY *et al.*, 2020).

A chave de leitura é que o paciente está no centro e sabe, melhor do que ninguém, suas limitações e potencialidades para responder às diferentes situações com os recursos de que dispõem, sendo fundamental permitir que os demais atores busquem o apoio dos recursos disponibilizados em seu ecossistema de serviços, para alcançarem resultados realmente significativos para o paciente, em uma aquisição comum de mais independência, conhecimentos especializados e competências para a administração de tratamentos (McCOLL-KENNEDY *et al.*, 2020).

2.8.1.3 PC6 - Práticas que impactam o acesso a recursos num ecossistema

O acesso a recursos em um ecossistema, relacionado à PC6, tem, como um exemplo possível, a prática de identificar se o encaminhamento que os usuários recebem, tanto dos profissionais de saúde externos (médicos da rede pública e privada do município, nesse caso específico) quanto dos profissionais do ESS, vislumbra todas as potencialidades de atendimento que o próprio ESS disponibiliza.

Como exemplo de uma prática que tem efeitos negativos no nível meso, Frow *et al.* (2016) citam um clínico geral que encaminha seus pacientes para apenas alguns especialistas em sua rede, sem explorar redes especializadas mais amplas, que tenham maior valor potencial para os pacientes.

Kaartemo e Käsäkoski (2018), com base na tipologia de Frow *et al.* (2016), em pesquisa que pode ser relacionada à PC6 ("Práticas que impactam o acesso a

recursos dentro de um ecossistema”), analisaram a forma pela qual os processos de informação e conhecimento (*Information Knowledge Process - IKP*) se conectam para influenciar a Cocriação e a Codestruição de Valor em um ESS.

Os autores definem o Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS) como um espaço que se configura de forma dinâmica, no qual se interconectam atores, instituições e informações disponibilizadas que, ao se interrelacionarem, cocriam valor e o oferecem como proposições para outros ecossistemas, dentro da concepção holística da saúde como um estado de bem-estar geral do ecossistema e dos seus atores. Definem os processos de informação e conhecimento como processos organizacionais, que garantem a disponibilidade de informações e conhecimentos para os atores dentro de uma organização, por meio de quatro elementos: coleta, armazenamento, compartilhamento, geração e usufruto desses conhecimentos (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018).

Os autores realizaram um estudo de caso qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários de avaliação médica inicial, com profissionais, pacientes e familiares, no contexto da unidade de tratamento da obesidade infantil, em um Hospital Universitário Municipal da Finlândia, onde, por lei, os municípios são obrigados a garantir cuidados de saúde primários e especiais adequados e promoção da saúde para todos os habitantes (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018). Para análise dos dados, utilizaram a análise de conteúdo qualitativo indutivo e a lógica abductiva (CORBIN; STRAUSS, 2008). Como fio condutor, definiram proposições teóricas para descrever a ligação entre os processos de informação e conhecimento e a Cocriação e a Codestruição de Valor.

O artigo vinculou as atividades gerenciais aos fatores de capacitação e promotores da autonomia dos pacientes e seus familiares, em relação aos cuidados básicos de saúde, pondo em relevo a integração do conhecimento como fator essencial para o estabelecimento da Cocriação de Valor (CCV) que os autores concebem como a “mudança de comportamento em saúde”, salientando que os procedimentos nessa área, uma vez mal gerenciados e administrados, exercem influência negativa (codestruição de valor) no bem-estar dos seus atores, que se reflete negativamente para todo o ecossistema (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018).

Como resultados, reafirmaram as proposições teóricas definidas como fio condutor da pesquisa (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018, tradução própria):

- Proposição 1: A coleta completa e precisa das informações dos pacientes influencia a forma como as informações e o conhecimento são utilizados em um sistema de serviços em saúde;
- Proposição 2: A transferência de informações e o seu armazenamento influenciam como as informações e o conhecimento são utilizados em um sistema de serviços de saúde;
- Proposição 3: A criação e o compartilhamento de conhecimento influenciam a forma como as informações e o conhecimento são utilizados em um sistema de serviços de saúde;
- Proposição 4: O uso da informação e do conhecimento em um sistema de serviços de saúde influencia a Cocriação de Valor (CCV), ou também a sua Codestruição, que se manifestam como progresso (ou regressão) na mudança de comportamento em saúde;
- Proposição 5: A transição da pré-intenção para a fase de intenções requer o uso de informações e conhecimentos que aumentam a motivação de pacientes e seus familiares para mudar o comportamento de saúde;
- Proposição 6: A transição da intenção para a fase de ação requer o uso de informações e conhecimentos que aumentam a capacidade percebida dos pacientes e de seus familiares de mudar o comportamento de saúde.

Segundo os autores, a CCV emerge como mudanças de comportamento em saúde pelos atores participantes, ressaltando que esse processo pode exercer influência tanto positiva quanto negativa (Codestruição de Valor) sobre o bem-estar do ecossistema, citando como exemplo pacientes que, tendo acesso a informações sobre determinado tratamento em uma rede social de pacientes, podem tanto aceitá-lo quanto recusá-lo (KAARTEMÖ; KÄNSÄKOSKI, 2018).

Analisando também práticas que podem exercer efeito negativo no nível micro da PC6, da tipologia de Frow *et al.* (2016), Davey e Grönroos (2019) afirmam que os pacientes podem buscar *expertise* e apoio orientado por serviços para mobilizar de forma mais eficaz os recursos no encontro dos serviços de saúde.

Contudo, segundo os autores, devido a processos de serviços mal alinhados, normas institucionais ou desrespeito às suas expectativas, funções concorrentes, como a disputa dos pacientes por empresas de prestação de serviços ou hospitais e clínicas, deliberada ou equivocadamente, limitam a integração efetiva de recursos. (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Por outro lado, em um efeito positivo no nível micro da PC6, quando as funções do paciente e dos prestadores de serviços são complementares e integradas de forma construtiva aos processos do ESS, ocorre integração bem-sucedida de recursos, como pacientes que, participando de programas de conscientização em saúde, melhoram seus comportamentos, como monitorar os níveis de açúcar no sangue ou aderir aos programas de imunização, atendendo às metas de saúde pública (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

2.8.1.4 PC7 - Práticas criadoras de novos relacionamentos e oportunidades

Um exemplo de prática relacionada à PC7 seria propor a realização de eventos internos, como reuniões acadêmicas para “estudos de caso”, denominadas “matriciamento” e encaminhamento integrado dos atendimentos, que podem também funcionar como momento de estudo, geração e compartilhamento de conhecimento, entre os docentes e alunos dos diversos cursos envolvidos, prática que pode se estender para as outras instituições pesquisadas, por meio de fóruns e congressos acadêmicos interdisciplinares.

Lusch *et al.* (2016), fundamentados nos cinco (5) axiomas da Lógica Dominante de Serviço (LDS) (VARGO; LUSCH, 2016), oferecem uma base para o que denominam de mentalidade compartilhada, que definem como a disposição para compartilhar conhecimento, que, segundo os autores, está se tornando uma plataforma comum de criação e uma comunidade transdisciplinar de pesquisadores, organizada em âmbito mundial, para discutir e compartilhar estudos sobre a LDS.

Essa plataforma comum de criação, segundo os autores, proporciona essa visão de mundo compartilhada, contemplada também na PC2 (“Práticas que fornecem ao ecossistema uma linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33) e que se condensa como uma Lógica Dominante de Serviço "Narrativa" (LUSCH *et al.*, 2016, p.2.958).

Essa lógica ajuda a construir um arcabouço de arquitetura de participação entre os atores nessa comunidade transdisciplinar e global de pesquisadores, que pode ser caracterizada como um sistema complexo, que permite flexibilidade estrutural, em que os atores podem se engajar na cocriação por meio de comunicações e pesquisas contínuas e que também possui integridade estrutural, demonstrada em conferências organizadas, fóruns, livros e publicações em revistas acadêmicas revisadas por pares (LUSCH *et al.*, 2016).

Nessa mesma premissa, Frow *et al.* (2016) afirmam que um efeito positivo no nível meso é a prática comum de médicos e profissionais de saúde que compartilham conhecimento, que se caracterizam como recursos, em simpósios e conferências, dinamizando sua rede de relacionamentos e adquirindo novas competências, resultando no aperfeiçoamento dos tratamentos para seus pacientes. Essas práticas se estruturam em função dessas instituições geradas pelos relacionamentos cocriados no ecossistema. Um exemplo são os fóruns on-line dos pacientes, que podem se tornar comunidades, que criam diversos relacionamentos benéficos, gerando efeitos positivos do nível meso, conforme apontado na PC7 (“Práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”) (FROW *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria).

Para estudar o papel dessas “Comunidades On-line de Saúde” (COS) como facilitadoras da CCV no ESS, Aghdam *et al.* (2018) realizaram revisão sistemática da literatura, analisando 228 artigos publicados entre 2013 e 2018, confirmando o surgimento de vários trabalhos com foco na CCV nos serviços de saúde e que destacam a importância das interações e engajamentos entre todos os níveis dos ESS. Frow *et al.* (2016) afirmam que, nesses ecossistemas, as COS promovem a CCV entre os diferentes atores, desempenhando um papel indispensável na formação dos ESS.

Como resultados, Aghdam *et al.* (2018) apontam que as COS são recursos que podem facilitar o processo da CCV entre os atores e em todos os níveis dos ESS, citando, por exemplo, o fato de o apoio social e emocional recebido nas COS influenciar a percepção dos pacientes em relação à qualidade dos serviços disponibilizados nos níveis micro e meso do ecossistema. Além desse fato, comentam que inúmeras interações ocorrem entre diferentes atores, como díades, tríades e redes complexas. Portanto, todas as interações em COS, dentro e em todos os níveis do ESS, podem ser consideradas como "interações de valor on-line dos atores". O

termo "valor on-line" significa que os atores podem cocriar valor através das COS, independentemente da localização (AGHDAM *et al.*, 2018, p.5).

Como exemplo desse compartilhamento de recursos on-line, Aghdam *et al.* (2018) citam que o paciente assistido com esse novo conhecimento pode compartilhar e discutir com outros pacientes em uma COS. Essas interações e as relações podem mudar à medida que o conhecimento é compartilhado pelos atores, sendo contribuições valiosas para os profissionais de saúde, que podem ler posts ou discussões entre os membros das COS e, assim, aprender sobre as percepções, sentimentos, experiências e atitudes dos pacientes em relação aos serviços prestados e projetar escolhas de tratamento e interações mais eficazes com seus pacientes, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Aghdam *et al.* (2018, p.2) citam Frow *et al.* (2016, p.28) que afirmam que, do ponto de vista da CCV em um ESS, "os pacientes não são passivos e beneficiários dos serviços de saúde, porém são cocriadores ativos de valor, e há evidências crescentes de que os benefícios desse método incluem o aumento dos resultados de saúde e da eficiência de custos". Além disso, citam Beirão *et al.* (2017) que demonstraram que, no nível micro, a qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes influencia a qualidade total do serviço de uma organização de saúde, fato que, por sua vez, impacta a qualidade de vida do paciente. Por este motivo, também citam Palumbo *et al.* (2017), afirmando que, no nível meso do ESS, as organizações de saúde devem tentar prover um ambiente de saúde que estabeleça a CCV entre os atores (AGHDAM *et al.*, 2018).

Concluem seu trabalho citando que "em essência, esse ambiente pode melhorar o atendimento centrado no paciente, fato que tem o potencial de aumentar a adequação de todo o Ecosistema de Serviços em Saúde" (FROW *et al.*, 2016, p.28 *apud* AGHDAM *et al.*, 2018, p.2, tradução própria).

Essa conclusão encontra respaldo no artigo de Baccarani e Cassia (2017) que realizaram pesquisa com objetivo de compreender como os processos de integração de recursos que ocorrem nos ESS afetam o bem-estar de todo o ecossistema e o bem-estar de atores focais específicos (ou seja, usuários). Especificamente, consideraram casos em que a satisfação ou insatisfação dos usuários resultou da participação simultânea em uma multiplicidade de serviços prestados pelo ESS.

Os autores também citam Frow *et al.* (2016), afirmando que é necessário entender como as práticas de CCV afetam o bem-estar de ESS em sua totalidade e

que a prática de cocriar junto a todos os atores tornou-se prioridade desses ESS. Efeitos benéficos, destrutivos ou variados das Práticas de Cocriação (PC) sobre o bem-estar podem ser observados a partir de múltiplas perspectivas, do nível micro ao nível macro. Com um exemplo ilustrativo, tirado do contexto do turismo, utilizaram o roteiro de um cliente que tem uma semana para gastar em um destino selecionado e todo o trabalho de quem concebe, projeta e interpreta uma rede de serviços para essa viagem (BACCARANI; CASSIA, 2017).

Com base nesse exemplo prático de organização de roteiro, Baccarani e Cassia (2017) desenvolveram uma estrutura conceitual, na qual os usuários eram os atores principais, para avaliarem os resultados do ecossistema de serviços. Os resultados mostraram que o bem-estar dos atores focais (isto é, usuários) deve ser avaliado considerando os resultados que surgem nos ecossistemas de serviços interligados, dos quais os usuários participam simultaneamente.

Em consonância com o trabalho de Dessers e Mohr (2020) supracitado na análise da PC4 do modelo, que utilizou a “perspectiva ecossistêmica” para analisar os sistemas de prestação de serviços, a análise apresentada no artigo de Baccarani e Cassia (2017) também destacou a importância da adoção dessa perspectiva ao considerar as redes de entrega de serviços complexos.

Baccarani e Cassia (2017) concluíram que, para garantir a criação de experiências positivas para o cliente, os atores cocriadores (ex.: os provedores de serviço) devem primeiro identificar cada um dos ecossistemas de serviços interligados nos quais os usuários participam simultaneamente e, em seguida, estabelecer interações com outros atores relevantes.

Outro exemplo de instituição que pode surgir, alinhada à PF11 de Vargo e Lusch (2016) e com impacto positivo no nível micro da PC7, é o trabalho de Breidbach, Antons e Salge (2016), que propõe a figura do “orquestrador de serviços” para facilitar a CCV em “Sistemas de Serviços Centrados em Humanos” (SCCH). Esses “orquestradores” seriam “atores dedicados, que facilitam e orquestram a integração de recursos e assim valorizam a cocriação entre outros atores interdependentes no SCCH”, ou seja, a figura de um gestor geral que faria o papel de elemento de interconexão e facilitador da CCV entre todos os atores, recursos e serviços que compõem o ESS (BREIDBACH *et al.*, 2016, p.1).

Breidbach *et al.* (2016) identificaram nesse ponto uma lacuna de conhecimento e adotaram a “lente da Lógica Dominante de Serviço” de Vargo e Lusch (2004, 2016),

também citada por Hughes e Vafeas (2018) na análise da PC5 da tipologia de Frow *et al.* (2016), para explorar se, até que ponto e como o papel do “orquestrador de serviços” afetaria os SCCH. Segundo os autores, a figura desse profissional responde a “apelos recentes de pesquisas sobre os mecanismos de coordenação para gerenciar diferentes formas de interdependências entre funcionários e usuários nas práticas de cocriação” porque, “quando visto através da LDS, o desempenho de um SCCH depende de sua capacidade de cocriar valor” (BREIDBACH *et al.*, 2016, p.468).

Os resultados indicam que a introdução de “gestores de casos” está se tornando cada vez mais comum em hospitais e está associada à maior satisfação dos pacientes e maior eficiência nos processos e produtividade dos serviços e funcionários envolvidos na CCV (BREIDBACH *et al.*, 2016).

Breidbach *et al.* (2016) fazem uma crítica ao trabalho de Vargo e Lusch (2016), considerando as suas conclusões como muito “otimistas”. Essa constatação pode ser considerada como um fator de impacto negativo no nível micro da PC7 da tipologia de Frow *et al.* (2016). A crítica vem do fato de que a noção da LDS, desenvolvida por Vargo e Lusch (2004), considera os usuários como “integradores ativos de recursos e cocriadores de valor”, tendo esses autores se baseado no pressuposto implícito de que todos os atores estão sempre dispostos e são capazes de se envolver no processo da LDS. Porém, segundo Breidbach *et al.* (2016), esse pode não ser o caso em todas as instâncias.

Ressaltaram que a complexidade inerente dos SCCH, aliada às habilidades pouco desenvolvidas dos pacientes para processarem informações complexas como as da área da saúde, inibem os atores no processo de compartilhamento dos recursos, além do fato de que, muitas vezes, simplesmente não estão dispostos a colaborar, consideração que, segundo os autores, delineia um quadro mais realista dos usuários, alertando para expectativas muito otimistas em relação aos resultados possíveis da Cocriação de Valor (BREIDBACH *et al.*, 2016).

Esse fato também foi constatado por Vargo e Lusch (2016) e incluído na sua revisão crítica do trabalho que fizeram em 2004, quando lançaram a proposição da Lógica Dominante de Serviço.

Especificamente, segundo Breidbach *et al.* (2016, p.460), “agora é evidente que qualquer organização que vise superar os desafios associados aos SCCH, complexos e à racionalidade delimitada de seus usuários deve tentar orquestrar e facilitar ativamente os processos de CCV”. Por esse motivo, os autores ressaltam que Vargo

e Lusch (2016) reconhecem que as premissas, por eles apontadas em 2004 como primordiais da LDS, mostraram-se limitadas devido à ausência de especificação claramente articulada dos mecanismos de coordenação e cooperação envolvidas na CCV (BREIDBACH *et al.*, 2016).

Em consequência, Vargo e Lusch (2016, p.8, tradução própria) introduziram, como nova premissa fundamental e axioma, a PF11 (“A CCV é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais”). Essa premissa foi utilizada por Breidbach *et al.* (2016) para explicar que os processos complexos de Cocriação de Valor (CCV) precisam ser coordenados por instituições geradas pelos atores, fundamentando a sua proposição da figura do “orquestrador de serviços” para gerir as relações e Práticas de Cocriação (PC) entre os atores do ESS.

Um exemplo da atuação do “orquestrador de serviços” é apontado pelos autores, diante do processo de atendimento a um paciente de determinado serviço de saúde, que os autores dividem em 2 momentos. Em um primeiro momento, os “orquestradores de serviços” organizam o processo de encaminhamento, admissão e tratamento do paciente, ajudando-os a navegar por sistemas de saúde cada vez mais complexos, compostos por múltiplos atores, como especialistas médicos, enfermeiros e funcionários de suporte, reduzindo a alta demanda burocrática desses sistemas, fato que é conhecido por afetar a satisfação do paciente. Em um segundo momento, o “orquestrador” facilita os fluxos de informação entre os atores institucionais interdependentes (por exemplo, enfermeiros e fisioterapeutas), envolvidos na cocriação dos serviços de saúde para o paciente. Esses fluxos de informações reduzem a ocorrência de incidentes críticos associados a rodízio de turnos e rotinas de atendimento, bem como erros durante o tratamento. Essa atuação melhora a qualidade do cuidado, refletido em diminuição de incidentes clínicos e complicações e na percepção do serviço prestado, fatores associados à maior satisfação do paciente (BREIDBACH *et al.*, 2016, p.460).

Finalmente, o “orquestrador” atua como ponto de referência primário para os pacientes durante sua hospitalização, desenvolvendo um fluxo de interações interpessoais, que são conhecidas por aumentar a satisfação do cliente (BREIDBACH *et al.*, 2016, p.460).

Esse mesmo ator é defendido também por Lantos e Simon (2018), em um estudo que propôs uma reconfiguração e reengenharia para as práticas de Assistência em Saúde na Hungria. Baseados no modelo de Ecossistemas de Serviços em Saúde

(ESS), de Frow *et al.* (2016), os autores propuseram a criação do “Conselheiro de Saúde”, como uma nova profissão que desempenharia um papel essencial na facilitação da coordenação entre a esfera do cliente e a esfera dos provedores de serviços em saúde (LANTOS; SIMON, 2018).

Essa nova organização seria em formato de redes interligadas de associações comunitárias de serviços em saúde, desde o nível micro até o nível mega do Ecosistema, que substituiriam o serviço tradicional da Hungria, organizado em forma de pirâmide, no qual no topo estão os hospitais e médicos, que prescrevem os tratamentos para os pacientes (LANTOS; SIMON, 2018).

Na proposta, o conselheiro de saúde utiliza ferramentas de planejamento, desenvolvendo projetos que englobam a vinculação entre a esfera do provedor e a do cliente, os processos a serem implementados e as ferramentas de cocriação fornecidas pelos prestadores de serviços: trabalhos em grupo e a criação de fóruns on-line, proposta na PC7 (“Práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria) (LANTOS; SIMON, 2018).

Uma sociedade que se organiza em redes oferece novas oportunidades de Cocriação de Valor (CCV) aos serviços de saúde, pelo trabalho em equipe e cooperação, estimulando um atendimento centrado na pessoa, em que o prestador de serviços se concentra nas condições, necessidades e recursos do paciente, considerando tanto exames clínicos e tratamentos quanto efeitos práticos, sociais e emocionais de suas condições e tratamentos no cotidiano. Esse modelo é definido como “Cocriação do Cuidado” e é realizado em conjunto por pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde, que desenvolvem de forma cocriada um planejamento assistencial personalizado, gerenciado pelo “Conselheiro de Saúde” (LANTOS; SIMON, 2018).

Lantos e Simon (2018) concluem sua proposta refletindo que, atualmente, existem duas grandes fontes de energia para que os indivíduos permaneçam saudáveis: a primeira são as redes sociais com suas intensas relações interpessoais e a segunda é a aquisição de diferentes competências pelos indivíduos, sejam as que eles já conhecem e são capazes de usar – também chamadas de Alfabetização em Saúde – sejam as que são adquiridas na forma de produtos e serviços.

Partindo da Lógica Dominante de Serviço (LDS), ancorada na teoria da rede, Wajid *et al.* (2019) abordam a Cocriação de Valor (CCV), considerando os atores como

os nós da rede e seus relacionamentos como os laços, afirmando que a integração dos recursos na CCV depende das posições estruturais dos atores e da força e natureza de suas relações na rede. Afirmando que, por meio de comportamentos de engajamento, os atores adquirem consciência de seu valor individual, tornando-se parte das práticas de integração de recursos, que levam à Coprodução de Valor (Co), conceito desenvolvido por Ranjan e Read (2016), para outros atores da rede no nível micro do Ecosistema e criam padrões de integração de recursos que se ampliam para o nível meso (comunidades e organizações) e levam à CCV no nível macro e mega (instituições públicas e organismos de elaboração de políticas públicas).

Conectados com a PC7 (“Práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.8, tradução própria), Wajid *et al.* (2019) concluem que essa nova consciência que os atores desenvolvem significa incorporação cultural, que reflete até que ponto um consumidor adota uma compreensão compartilhada desses elementos culturais (normas, símbolos e valores), desenvolvendo maior pertencimento, participação e autoidentidade, com base no alinhamento das suas crenças ao ecossistema.

Ancorados nesses conceitos, Wajid *et al.* (2019) apresentam um modelo conceitual, no qual a CCV é gerada pelas relações e trocas entre os atores, que influenciam o comportamento de engajamento desse ator (estrutural, cultural e relacional) no nível micro, e se refletem para todos os níveis do ecossistema, gerando Coprodução (Co) e CCV.

Esta subseção tratou de apresentar artigos que aplicaram ou analisaram a tipologia de Frow *et al.* (2016), encontrados em pesquisa bibliográfica realizada, buscando relacionar cada artigo selecionado com as Práticas de Cocriação (PC) da tipologia analisadas nesta tese. Dos artigos analisados, seis foram escolhidos para referenciar a metodologia de pesquisa, pelo motivo de terem aplicado a tipologia em situações específicas de Ecossistemas de Saúde ou terem utilizado o conceito de ecossistema de serviços.

2.9 Artigos selecionados para referenciar a metodologia de pesquisa

Nesta seção, serão discutidos os seis artigos que aplicaram a tipologia de Frow *et al.* (2016) ou o conceito do ecossistema de serviços, utilizados como referência para fundamentar a metodologia desta tese. Inicialmente, como referência para elaboração

do formulário para as entrevistas, serão discutidos os trabalhos dos pesquisadores portugueses Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017). Esses autores não citaram o trabalho de Frow *et al.* (2016), porém utilizaram a perspectiva dos Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS) como metodologia, em trabalho qualitativo, fato que justifica sua inclusão como referência para a metodologia desta tese.

Esse grupo de autores portugueses realizou pesquisa entre 2010 e 2011, com o objetivo de compreender a Cocriação de Valor (CCV) no Sistema Nacional de Informação em Saúde de Portugal, tendo publicado o resultado em dois artigos, o primeiro em 2014 (PINHO *et al.*) e, o segundo, em 2017 (BEIRÃO *et al.*). As informações disponíveis no sistema, segundo os autores, encaixam-se na definição de um ecossistema complexo e fornecem um contexto empírico para estudar a CCV com base em uma perspectiva multinível, descobrindo seus fatores e resultados nos níveis macro, meso e micro do ESS. Esse estudo adotou uma abordagem qualitativa, considerada adequada, uma vez que, segundo Beirão *et al.* (2017), a CCV em redes complexas ainda é uma área pouco pesquisada.

A metodologia qualitativa utilizada foi a “Teoria Fundamentada” (*The Grounded Theory*), de Corbin e Strauss (2008), baseada em entrevistas semiestruturadas. O desenho da amostra foi definido para permitir a análise do ecossistema em seus diferentes níveis (BEIRÃO *et al.*, 2017). No nível macro, analisaram o Sistema de Informações em Saúde de Portugal, incluindo gestores públicos e políticos; no nível meso analisaram oito organizações de saúde (clínicas e hospitais, particulares e públicos); e, no nível micro, realizaram 48 entrevistas com cidadãos e profissionais de saúde, até que a saturação dos dados fosse alcançada, de acordo com a metodologia da “Teoria Fundamentada”.

Nos hospitais (nível meso e micro), foram entrevistados diversos atores com diferentes papéis. Para obter uma visão organizacional, a amostra incluiu membros e gerentes do conselho de saúde (diretores clínicos, gerentes de serviços e gerentes do sistema de informação). Para a visão individual de micronível, foram entrevistados médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e cidadãos. Nas unidades básicas de saúde, a amostra incluiu membros do conselho, médicos e enfermeiros (BEIRÃO *et al.*, 2017).

No primeiro trabalho publicado sobre essa pesquisa em Portugal, Pinho *et al.* (2014) relataram que o ambiente de rede dos atores entrevistados era muito complexo e, portanto, para definir uma amostra teoricamente relevante dos participantes,

recorreram a um estudo exploratório de atores-chave e informantes para projetar o Mapa do Ator da Rede de Valores (MARV, ou, em inglês, *VNAM - Value Network Actor Map*), para que atores prioritários pudessem ser identificados.

O MARV é um diagrama que identifica os atores envolvidos no sistema de atendimento (indivíduos e organizações) e sua relação com o cidadão, posicionando no centro do diagrama os atores prioritários e como eles se relacionam, suas interações, informações trocadas e criação de valor para os diversos atores do sistema (CAIC *et al.*, 2019).

Para sistematizar e resumir as entrevistas, os entrevistados foram solicitados a classificar o MARV e identificar as entidades prioritárias com as quais se relacionam, com as informações resultantes trocadas e benefícios obtidos por sua interação com cada uma das entidades. A etapa seguinte envolveu um estudo qualitativo para obter uma compreensão mais profunda da experiência de cada ator prioritário e suas interações com outros atores, de acordo com um protocolo semiestruturado, com entrevistas aprofundadas e grupos focais dos atores, com perguntas abertas, aplicadas entre dezembro de 2010 e dezembro de 2011 (PINHO *et al.*, 2014).

A primeira parte do protocolo buscou entender a experiência de constelação de valor de cada ator. Os participantes foram convidados a falar sobre as atividades gerais durante um dia normal de trabalho, seus objetivos, as informações que trocam com outros atores. A segunda parte da entrevista abordou as vantagens potenciais e desvantagens do uso do sistema (PINHO *et al.*, 2014).

Uma combinação de entrevistas individuais e grupos focais foi usada para entender como o valor foi cocriado pelos múltiplos atores, e como o sistema poderia apoiá-lo. Ao combinar essas duas abordagens de coleta de dados, os autores puderam explorar o fenômeno em profundidade por meio de entrevistas e de forma mais ampla com grupos focais, buscando entender como os atores integram, acessam e adaptam recursos em suas atividades de Cocriação de Valor (CCV) dentro do Ecossistema de Saúde (ESS) (BEIRÃO *et al.*, 2017).

É importante salientar que os autores utilizaram uma abordagem mais contemporânea da “Teoria Fundamentada” (*The Grounded Theory*). Em vez de um método puramente indutivo, adotaram o método abduutivo, de Charmaz (2006), que envolve inferências e ideias que partem do conhecimento e da experiência anteriores do pesquisador e vão sendo associadas à discussão de forma mais livre, à medida que se desenvolve a análise dos dados (BEIRÃO *et al.*, 2017).

Como referencial, Beirão *et al.* (2017) seguiram uma etapa preliminar e outra após as entrevistas, à medida que a análise dos dados evoluiu, para comparar e relacionar os resultados com a pesquisa anterior. A teoria foi construída durante a coleta e análise de dados, em processo interativo, e padrões relevantes da análise preliminar orientaram a coleta subsequente de dados, usando a lógica abduativa, permitindo que a teoria emergisse dos dados. Na primeira fase, realizaram processo de codificação aberta para integração de recursos, atividades e interações dos atores, comparando os dados com a literatura, abordando itens que descrevem os Fatores de Cocriação de Valor (FCCV) e os resultados nos três níveis de análise, baseando-se na LDS, de Vargo e Lusch (2016).

Segundo os autores, os FCCV são os procedimentos e serviços que propiciam a CCV em um ecossistema de serviços, por exemplo, como um protocolo de tratamento de saúde que é elaborado em conjunto pelo profissional de saúde, o paciente e seus familiares e cuidadores (BEIRÃO *et al.*, 2017).

Esses primeiros passos forneceram o quadro geral para a próxima fase a partir da “Perspectiva Ecológica multinível”, o que permitiu refinar e categorizar os Fatores e resultados de Cocriação de Valor (CCV) em cada nível e as relações entre eles. Na terceira fase, a codificação teórica especificou as relações emergentes entre as categorias conceituais e subcategorias previamente identificadas, desenhando inferências teóricas. Baseados em categorias identificadas na literatura, os dados empíricos foram organizados sob categorias mais amplas de fatores e resultados de CCV. A análise do nível do sistema levou a compreender o dinamismo e a interação entre os níveis e fortaleceu as evidências (BEIRÃO *et al.*, 2017).

Pelas entrevistas, os Fatores de Cocriação de Valor (FCCV) e os desfechos foram primeiramente identificados por meio de um processo de codificação aberto no qual foram identificadas frases e palavras que descrevem os fenômenos, nomeadas e categorizadas. Em seguida, utilizando codificação axial, as categorias conceituais estavam relacionadas às subcategorias e às propriedades e dimensões especificadas. O objetivo foi encontrar categorias de alto nível de dimensões de valor central (PINHO *et al.*, 2014).

Como resultados, Beirão *et al.* (2017) conseguiram uma compreensão mais detalhada da natureza e da dinâmica da Cocriação de Valor que ocorre nos Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), pela perspectiva multinível, entendendo que os Fatores de Cocriação de Valor (FCCV) diferem entre os vários níveis do

Ecosistema, mas também são parte constituinte do ESS e interdependentes, identificados como: acesso, compartilhamento, recombinação, monitoramento de recursos e geração de governança e instituições, que proporcionaram aos atores a integração dos recursos (pessoas, tecnologia, organizações e informações compartilhadas), organizados em interações dinâmicas que cocriam os resultados de valor, que influenciam tanto o bem-estar populacional quanto a viabilidade do ecossistema (BEIRÃO *et al.*, 2017).

Os FCCV que emergiram da análise de dados foram estruturados em duas categorias, sendo a primeira relacionada à integração de recursos diádicos (facilidade de uso e confiabilidade das informações) entre o cliente e o prestador de serviços e, a segunda, composta por fatores que suportam a integração dos recursos compartilhados entre os diferentes atores da rede, ou seja, a interdependência entre os atores (PINHO *et al.*, 2014).

Os quatro primeiros fatores estão relacionados à melhor qualidade da informação, como disponibilidade, acessibilidade e confiabilidade; os três últimos estão relacionados a uma melhor colaboração entre os atores, por interconexões e interdependências, que ocorrem simultaneamente e foram classificadas em: “interdependência dinâmica do papel” (a CCV ocorre de forma interativa e os atores não têm um papel fixo: em um momento um ator pode ser um provedor de serviços e, em outro momento, um beneficiário); interdependência temporal, que ocorre ao longo do tempo; e interdependência entre os atores (PINHO *et al.*, 2014).

Esses resultados mostram que o valor é cocriado por interações entre atores da rede, e não apenas em relacionamentos diádicos, indicando que uma distinção estática entre usuários (receptor de benefício) e provedor de serviços (provedor de benefícios) pode levar a uma perspectiva estreita, pois esconde a natureza dinâmica das funções de usuários e provedores. Esses FCCV identificados na pesquisa contribuíram para valorizar os resultados da Cocriação, gerando benefícios a todos os atores da rede, ou seja, os resultados de Cocriação de Valor são impulsionados por FCCV (PINHO *et al.*, 2014).

Como referência para a montagem dos mapas de redes formados pelos sujeitos a serem entrevistados e a definição dos atores focais destas, foi utilizado o trabalho de Caic *et al.* (2019) que, conceitualmente, mapearam as redes que se formam nos ecossistemas de serviços tendo como base as perspectivas dos beneficiários, concluindo que as redes de atores ocupam o ponto central da cocriação

e atribuição de valor pelo beneficiário, e o seu mapeamento baseado na perspectiva de muitos beneficiários diferentes proporciona uma visão ampla da constituição e peculiaridades dessas redes.

Caic *et al.* (2019) entrevistaram, de forma semiestruturada, 10 mulheres e 10 homens, idosos, residentes em países nórdicos, que viviam sozinhos em casa, com assistência de cuidadores formais ou informais, ou que viviam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Esse trabalho foi realizado como análise do contexto social dos serviços prestados a esses idosos, como preparação para a instalação de um serviço geral de assistência baseado em tecnologia robótica, que seria implementado como uma rede de apoio e assistência social para os idosos desses países, em substituição a muitos dos serviços prestados por esses atores. Os autores utilizaram, como ferramenta de facilitação para as entrevistas, cartões com figuras que representavam os prestadores de serviço que atendiam esses idosos, solicitando que identificassem os atores e lhes atribuíssem valor baseado no cuidado que lhes prestavam.

Segundo Caic *et al.* (2019), esse valor atribuído foi identificado nas entrevistas pelo compartilhamento das experiências cotidianas de recebimento de serviços por parte da rede de atores que, em conexões formais e informais, estavam envolvidos em cuidados gerais para esses idosos, permitindo identificar caminhos de valor cocriado entre esses diferentes atores. Além de perguntas que identificassem a frequência de contato e dinâmica geral de relacionamento, após o mapeamento das redes, foram apresentadas aos idosos perguntas de sondagem, para contextualizar o papel de cada prestador de serviços nas redes de cuidado, levantando a importância e o significado que cada idoso atribuía aos atores identificados, o que faziam por eles, se sentiam que os estavam sobrecarregando e como seriam afetados se esse ator não fizesse mais parte da sua rede de cuidados (CAIC *et al.*, 2019).

Como resultados, Caic *et al.* (2019) identificaram quatro tipos de rede de prestação de serviços, representadas graficamente: redes agrupadas, que, visualmente, apresentam todos os atores e mostram suas conexões, representando os diferentes fluxos de CCV e na qual o idoso, como ator central, é colocado em destaque, ou seja, identifica como cada idoso percebe e atribui valor aos atores que lhe prestam serviços em geral; redes focalizadas, nas quais o ator focal se localiza no centro e se conecta com os demais atores da rede por meio de conexões que representam atribuição de valor, como a frequência do contato do idoso com o

prestador de serviço; redes hierárquicas, nas quais o ator focal se localiza no topo, conectado aos outros atores em ordem hierárquica, mais características de redes de cuidado formais, como os serviços prestados aos idosos por funcionários de ILPI e assistentes sociais; e, finalmente, redes híbridas, que associam características comuns a duas ou três redes.

Por esse mapeamento, Caic *et al.* (2019) encontraram valores dominantes em todas as redes, contextualizados em três *clusters* de valores – emocionais, sociais e funcionais – que lhes permitiram afirmar que a metodologia de pesquisa aplicada demonstra que o ato de capacitar as pessoas para executarem livremente o mapeamento do seu contexto de rede, por meio de artefatos visuais, proporciona ricas conceituações fenomenológicas das redes de atores, bem como da Cocriação de Valor (CCV) que ocorre nesses ecossistemas de serviços.

No entanto, Caic *et al.* (2019) identificaram na sua pesquisa que as formas de entender as redes e os seus valores dominantes diferem radicalmente entre os atores, fato que expõe as diferentes normas e crenças institucionais que permeiam o universo de cada ator, por exemplo, o valor atribuído por um idoso a um enfermeiro que lhe oferece um medicamento pode ser o de uma afeição pessoal, enquanto, para o profissional, é um ato rotineiro do seu trabalho.

Para descrever esses valores diferenciados atribuídos a um mesmo serviço, Caic *et al.* (2019), como conclusão da sua pesquisa, desenvolveram o conceito da “ressonância do serviço”, que significa que cada ator irá categorizar de forma diversa cada serviço, atribuindo-lhe o valor que determina o seu próprio modelo mental (valores dominantes ou normas institucionais) e, como consequência, os diferentes modelos mentais de qualquer pessoa envolvida na cocriação do serviço influenciam o serviço prestado.

Esse conceito de “ressonância do serviço” foi identificado nesta tese pela abordagem inicial aos atores entrevistados, permitindo diferenciar e ampliar conceitos mais descritivos da prestação de serviços, como normas e crenças institucionais, oferecendo uma visão mais focada nas percepções de cada ator sobre valor do serviço prestado e as redes que se formam pelas conexões entre os atores, ponto de partida para a análise das Premissas Fundamentais e Fatores de Cocriação de Valor revelados nas demais questões de pesquisa.

Em trabalho recente, que referenda os conceitos de redes de prestação de serviços de Caic *et al.* (2019), no contexto da “saúde inteligente” propiciada pela

internet das coisas, Zhang *et al.* (2021) analisaram, por meio de revisão bibliográfica, ações recentes do governo chinês, que lançou políticas públicas de estímulo à adoção de práticas de “saúde Inteligente” – conceito que enfatiza o valor que deriva das interações e compartilhamento de informações na área da saúde, com o objetivo de fornecer serviços de maior qualidade para os pacientes. Essa interação e compartilhamento de informações é considerada pelos autores como um comportamento social que impacta e impulsiona diretamente a Cocriação de Valor.

Zhang *et al.* (2021) afirmam que no novo ambiente da tecnologia da informação, chamado de “internet das coisas”, a interação de informações é a habilidade-chave que promove um ambiente de diagnósticos e tratamentos mais eficientes e eficazes para todos os atores envolvidos. Consideram esse processo como um “ecossistema de saúde inteligente” que, ancorado na integração multidisciplinar e intersetorial, engloba todos os atores interessados, como consumidores, formadores de políticas públicas, serviços provedores de tecnologia, mantenedores e investidores de capital e profissionais diversos.

Zhang *et al.* (2021) defendem que, nesse ecossistema de saúde inteligente, todos os protocolos de atendimento, diagnóstico, consultas, exames, tratamentos e reabilitação podem ser identificados, registrados, quantificados e avaliados, gerando maior interação entre os profissionais de saúde e os pacientes, estimulando a troca de informações e proporcionando valor agregado também por meio das interações que ocorrem entre os usuários. No contexto da internet das coisas, em que as máquinas assumem papel de destaque, defendem que é a interação entre os seres humanos a premissa e alicerce para o desenvolvimento da relação humanos-máquinas e entre as próprias máquinas.

Zhang *et al.* (2021) reconhecem a interação de informações como a “unidade-básica” da Cocriação de Valor, que consideram como a escolha mais acertada para as instituições alcançarem valor, permitindo aos usuários e prestadores de serviços cocriarem suas próprias experiências, objetivo fundamental da Cocriação de Valor e a compartilharem seus recursos e informações, como parceiros dessa rede de valor construída em conjunto com todos os atores, e determinadora da qualidade dessa experiência cocriada.

Os autores consideram a “relação de atenção” dos prestadores de serviço em saúde como um “elo forte” e relativamente estável dessa rede que, no ambiente de “saúde inteligente”, promoverá uma Cocriação de Valor mais robusta tanto quanto for

mais forte a interação e a troca de informações entre os atores, considerando-a como uma das formas mais objetivas de aquisição de conhecimento por parte dos seres humanos (ZHANG et al., 2021).

Concluindo, Zhang *et al.* (2021) alertam para a necessidade de desenvolver os talentos e capacidades dos prestadores de serviços em saúde em relação à utilização dos recursos da “saúde inteligente”, desde a aprendizagem do manuseio dos equipamentos, cada vez mais sofisticados da área de tecnologia da informação, até o entendimento da estrutura e funcionamento de toda a rede que esse ambiente promove.

Como quarta referência para elaboração do formulário para a entrevista, foi utilizado o trabalho de Dessers e Mohr (2020), que desenvolveram uma metodologia para analisar Serviços em Saúde com base na “Perspectiva Ecológica”. Essa metodologia foi relacionada à tipologia de Frow *et al.* (2016) e foi a primeira fundamentação para a elaboração do formulário.

Dessers e Mohr (2020, p.5) fornecem mais um subsídio para justificar esta tese, afirmando que “o nível de análise e intervenção dos ecossistemas de serviços é pouco pesquisado, com poucas práticas de inovação disponíveis que correspondam à complexidade experimentada no nível dos ESS”. Esses autores defendem a abordagem ecológica da coordenação de saúde e assistência social, desdobrada em “sete lições”, definidas como aprendizagens que se estruturam como Práticas de Cocriação (PC).

Essas “lições” foram elaboradas após estudo de 15 casos de Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS) de sete países diferentes (Reino Unido, Canadá, EUA, Bélgica, Holanda, Bulgária e Cingapura), com “quinze relatórios narrativos, utilizando abordagem ecológica e com foco na coordenação de prestação de cuidados, obtidos desses países” (DESSERS; MOHR, 2020, p.5).

Os ecossistemas de serviço, definidos como objetos de estudo por este trabalho relacionam-se, como é característica dos ecossistemas em geral, de acordo com as proposições de Dessers e Mohr (2020), aos seus objetivos e estratégias, intencionalmente estabelecidas para a manutenção do seu equilíbrio e bem-estar, que se organizam pela concepção dos seus “atores ecológicos”. Em seguida, os autores listam as “sete lições” para gerenciamento dos ESS que, baseadas na “perspectiva ecológica”, são relacionadas à tipologia de Frow *et al.* (2016), objetivando identificar as PC que impactam, positiva ou negativamente, os níveis

meso e micro dos ESS analisados (DESSERS; MOHR, 2020, p.5, tradução e adaptação próprias). Os títulos das sete lições, segundo Dessers e Mohr (2020, p.5, tradução própria) são:

- 1ª: Lição de Perspectiva do Ecossistema;
- 2ª: Lição da Segmentação;
- 3ª: Lição de Enquadramento;
- 4ª: Lição de Engajamento;
- 5ª: Lição de Otimização Conjunta;
- 6ª: Lição de Proporção de Desafio/Possibilidade;
- 7ª: Lição das Organizações inseridas nos ecossistemas.

1ª) “*Lição de Perspectiva do Ecossistema*”: oferecer uma visão do quadro geral, em que ocorrem interdependências entre atividades e atores diferentes, proporcionando melhor compreensão dos desafios complexos do ESS e projeção de estratégias e soluções, com efeitos positivos no nível meso da PC4 (“Práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas que formam seus contextos”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

2ª) “*Lição da Segmentação*”: identificar usuários-alvo em grupos de cuidado com necessidades semelhantes, desenvolvendo estratégias específicas para coordenar toda a ação de cuidado com esses pacientes, dividindo-a em partes gerenciáveis, baseadas na estratificação da população e na oferta de diferentes tipos de serviços de acordo com as necessidades.

Nos serviços prestados pela área de saúde analisada, a maioria dos usuários são indicados pelos serviços públicos para atendimentos específicos, prática que pode impactar o ESS nos níveis meso (em que ocorre o encaminhamento dos pacientes) e micro (em que ocorre a gestão dos serviços prestados no local). Essa questão foi avaliada nesta tese, com o levantamento do formulário aplicado com os gestores e profissionais, e tem potencial para se tornar proposta de prática de gestão do ESS, de acordo com a PC4 (“Práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas que formam seus contextos”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

3ª) “*Lição de Enquadramento*”: enquadrar os ESS em termos de propósitos comuns, ou seja, “quem agrega valor para quem” é, segundo os autores, uma atividade essencial de redução da complexidade inerente aos ESS.

Essa perspectiva está relacionada diretamente ao impacto previsto pela PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria) e tem potencial para ser uma proposta de gerenciamento unificado dos ESS estudados.

4ª) “*Lição de Engajamento*”: envolver atores em diálogos e processos avaliativos e propositivos para o desenho de inovações do ESS, reduzindo a resistência às mudanças, criando e fortalecendo relações interpessoais e intersetoriais. Um tema “pulsante” em praticamente todos os casos dos países pesquisados, segundo os autores, foi a importância da construção de relacionamentos durante todo o processo de design dos ecossistemas. A ideia de que os atores envolvidos estejam aliados das decisões sobre o próprio processo é “contraindicada”.

Essa proposição respalda diretamente a proposta de CCV em todos os seus aspectos como modelo de gestão do ESS, tema desta tese, e tem relação direta com a PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

5ª) “*Lição de Otimização Conjunta*”: otimização conjunta do desempenho do ecossistema (custo-efetividade, qualidade do cuidado e saúde da população), como abordagem sistemática apoiando melhorias tanto na qualidade de vida profissional quanto na habilidade de as organizações lidarem com um ambiente complexo e em constante mudança. Essa lição também está diretamente relacionada com a PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

6ª) “*Lição de proporção de desafio/possibilidade*”: apesar da profundidade e quantidade de desafios dos ecossistemas assistenciais, as possibilidades de inovação na coordenação assistencial podem superar as dificuldades.

Essa é a proposta básica desta tese, que encontra fundamento nas lições supracitadas: averiguar a existência de Práticas de Cocriação (PC) e propor essas e novas práticas como modelo de gestão cocriadora, impactando o ecossistema em todos os níveis. Também está fundamentada pelo trabalho de Simmonds e Gazley (2021), sobre Conceito de Valor de Impacto (VI) para o

Ecosistema (supracitados no item 2.7) e ligada diretamente à PC6 (“Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

7ª) “*Lição das organizações inseridas nos ecossistemas*”: para organizações individuais, não basta apenas ser saudável organizacionalmente - ter uma conexão “vibrante” com o ecossistema mais amplo é essencial. Essa Lição está relacionada diretamente com a PC7 (“Práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria).

Concluindo, Dessers e Mohr (2020) postulam que três tipos de capacidade são necessários no contexto dos 15 Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS) dos países analisados: capacidade de sustentar o ecossistema; de responder a um ecossistema em constante evolução; de se estruturar em resposta. Segundo os autores, a estratégia aplicada nesse contexto é a arte de gerenciar ativos que não se possui: “cada membro do ESS compartilha o destino do ESS como um todo, confirmando-se o impacto que as medidas de cocriação geram em todos os níveis do ESS” (DESSERS; MOHR, 2020, p.7).

Como 5ª referência para análise desta tese, utilizou-se o trabalho de Davey e Grönroos (2019), que avaliaram a aplicabilidade da tipologia de Frow *et al.* (2016).

Nesse artigo, os autores expandiram a lista das 8 Práticas de Cocriação (PC), propondo a “Alfabetização para [a utilização dos] Serviços de Saúde” (ASS), nova PC que influencia todas as outras práticas do modelo; conceito já discutido por Lantos e Simon (2018), supracitados, como uma oportunidade de apoiar os recursos dos pacientes e facilitar a CCV, que resultou em nova Prática de Cocriação – 9 (“Práticas que complementam os papéis de alfabetização em serviço dos atores”) (DAVEY; GRÖNROOS, 2019, p.689, tradução própria).

A Alfabetização em Serviços de Saúde (ASS) é definida como “os fatores pessoais e relacionais que afetam a capacidade de uma pessoa de adquirir, entender e usar informações sobre saúde e serviços de saúde” (BATTERHAM *et al.*, 2016, p.688) e é componente das funções dos prestadores de serviços de saúde, que atuam como integradores de recursos na interação de serviços, ou seja, a incorporação dos recursos de um ator nos processos de outros atores, para a criação de valor mútuo (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

O objetivo da pesquisa de Davey e Grönroos (2019, p.689, tradução própria) foi estudar as interações que se estabelecem entre os atores e os papéis desempenhados na “Alfabetização para os Serviços de Saúde”, como fatores fundamentais para a integração de recursos e a criação de valor conjunto em um Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS).

Como justificativa da pesquisa para utilizar a “Tipologia das Práticas de Cocriação que Moldam Ecossistemas de Serviços”, de Frow *et al.* (2016), os autores listaram três razões: o modelo inclui práticas benéficas e destrutivas (a codestruição de valor); aplica-se a todos os atores dentro de um ESS (não apenas usuários); e, em terceiro lugar, é desenvolvido e particularmente relevante para o contexto da atenção à saúde (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

A justificativa de Davey e Grönroos (2019) oferece suporte e fundamento para a escolha da análise da tipologia de Frow *et al.* (2016), como tema desta tese, porque os autores afirmam que, entre as várias tipologias que abordam as práticas de CCV, o tema comum é que o objetivo dessas práticas é “acessar recursos, corrigir deficiências e aperfeiçoar a sua densidade” levando à integração de recursos e ao benefício mútuo (DAVEY; GRÖNROOS, 2019, p.690, tradução própria).

Como metodologia, utilizaram pesquisa qualitativa, em que os entendimentos prévios de pesquisas e literaturas anteriores são aprofundados por *insights* dos dados. Essa abordagem posicionou o estudo dentro da perspectiva de serviço, com foco em funções complementares de alfabetização de serviços de saúde e na integração de recursos que incentivam ou inibem o processo de Cocriação de Valor (CCV), gerando duas questões de pesquisa que, após a definição e explicação do conceito de “Alfabetização em Saúde”, feita por explicação verbal, os autores apresentaram aos entrevistados: *RQ1*. Como os pacientes e prestadores de serviços de saúde decretam funções de alfabetização nos serviços de saúde? *RQ2*. Como elaborar papéis complementares e concorrentes de alfabetização dos serviços de saúde na integração de recursos de fluência em serviços transformadores? (DAVEY; GRÖNROOS, 2019, p.688, tradução própria).

Foram realizadas 57 entrevistas semiestruturadas em profundidade (46 com pacientes e 11 prestadores de serviços de saúde). Para tabulação dos dados, utilizaram o software “ATLAS TI”. A análise seguiu as etapas: identificar códigos; desenvolver categorias; desenvolver definições dessas categorias e criar vínculos entre elas. Foram utilizados os próprios termos dos participantes para desenvolver os

códigos iniciais. O processo de interpretação examinou interativamente esses códigos e papéis de alfabetização dos serviços de saúde à luz da teorização e literatura relevantes (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Quatro proposições foram desenvolvidas por Davey e Grönroos (2019, p.692, tradução própria), descrevendo a inter-relação de categorias para “montar uma história”, de acordo com Creswell (2010):

1ª) Os papéis de alfabetização dos serviços de saúde para os pacientes são dinâmicos e interdependentes; essa proposição se relaciona diretamente com as “Práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais” (PC7 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução e adaptação próprias).

2ª) As funções de alfabetização são decretadas pelos prestadores de serviços de saúde, como capacitação gerenciada dentro de normas institucionais e processos de sistemas de serviços; essa proposição se relaciona com as “Práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas que formam seus contextos” (PC4 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução e adaptação próprias).

3ª) Os papéis complementares de alfabetização de serviços potencializam a integração de recursos com resultados de respeito, confiança, empoderamento e lealdade por meio da integração bem-sucedida de recursos; essa proposição se relaciona com as “Práticas que moldam as propostas de valor existentes e inspiram novas” (PC5 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução e adaptação próprias).

4ª) Funções de serviços concorrentes de alfabetização de serviços levam a resultados de descrédito, frustração, resistência e saída através da integração de recursos malsucedida; essa proposição se relaciona às “Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema” (PC6 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução e adaptação próprias).

Como resultados, afirmaram que a pesquisa contribuiu para a conceituação da prestação de serviços de duas formas importantes: a primeira, nos serviços de saúde, com a alta assimetria que existe entre os tipos de atendimento, que variam de acordo com os tipos de planos adquiridos pelos usuários; e, a segunda, com o risco percebido, situação na qual os pacientes normalmente necessitam de recursos fora

de suas próprias competências. Portanto, a capacidade de o prestador de serviços suportar adequadamente a criação de valor dos usuários afeta os resultados transformadores dos serviços. Ainda segundo os autores, o desafio para os provedores de serviço é obter insights sobre as peculiaridades dos recursos e dos pacientes (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

A contribuição que apresentam para essa questão é a sua proposta de alfabetização para os serviços de saúde como nova Prática de Cocriação (PC) adicionada ao modelo de Frow *et al.* (2016), como maneira de transmitir a sua compreensão das práticas de integração de recursos. Essa proposição significa que os pacientes não só adquirem recursos, mas também transformam e atuam sobre esses recursos em suas decisões cotidianas de saúde e decretam papéis dinâmicos dentro das relações transformadoras de serviço para cocriar valor, destacando especificamente os processos negociados dos papéis de alfabetização dos serviços de saúde (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Davey e Grönroos (2019) concluíram que o aprimoramento do conhecimento, o empoderamento dos atores e a expertise profissional (dos prestadores de serviços) somente são concretizados como recursos do ecossistema quando são atuadas dentro de um quadro complementar de estruturas, processos e lógica institucional, sendo esse o motivo pelo qual adicionaram mais uma Prática de Cocriação (PC) à tipologia de Frow *et al.* (2016).

Para a discussão dos resultados, além dos trabalhos supracitados, foi utilizada como referência a pesquisa de Ciasullo, Cosimato, Palumbo e Storlazzi (2017), que aplicaram a tipologia de Frow *et al.* (2016) para realizar um estudo de caso narrativo, com base na análise de entrevistas de cunho qualitativo com usuários, com o objetivo de avaliar a configuração como Ecossistema de Serviços em Saúde, do *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), organização sem fins lucrativos, fundada por uma iniciativa conjunta de diferentes organizações científicas, médicas e empresariais, incluindo *Harvard University*, *Boston Consulting Group* e *Karolinska Institutet*.

Essa instituição tem como missão repensar a concepção geral do sistema internacional de saúde, apoiando o desenvolvimento e a disseminação de sistemas compartilhados, dedicados à avaliação e ao relato da contribuição dos atores socioeconômicos aos resultados em saúde, definindo padrões globais de medidas

para desenvolver procedimentos de saúde baseada em criar valor para os pacientes e todos os *stakeholders* dos ecossistemas atendidos (ICHOM).

Segundo Ciasullo *et al.* (2017), de acordo com as informações coletadas e o arcabouço teórico proposto por Frow *et al.* (2016), o ICHOM pode ser colocado no nível mega de um Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS), interagindo e reunindo, de acordo com uma lógica de cocriação, diferentes atores (por exemplo, instituições locais e nacionais, prestadores de serviços de saúde, médicos, pacientes etc.) a fim de alcançar resultados de saúde de alta qualidade.

Para realizar essa análise, Ciasullo *et al.* (2017) partiram da constatação, suportada por diversos autores, também citados nesta tese (MCCOLL-KENNEDY *et al.*; 2020; VARGO; LUSCH, 2016; PALUMBO *et al.*, 2017), de que o sistema mundial de serviços de saúde está atualmente passando por uma profunda revolução, que colocou o paciente no centro da Cocriação de resultados em saúde.

Dessa forma, segundo Ciasullo *et al.* (2017), o cuidado centrado no paciente está associado à Lógica Dominante do Serviço (LDS), de Vargo e Lusch (2016), que analisa o processo de Cocriação de Valor (CCV) como uma integração dinâmica de recursos entre atores, perspectiva que aponta para a necessidade de se desenvolver uma visão mais ampla, do processo de CCV para uma perspectiva do Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS).

Em consonância com a revisão da literatura desenvolvida nesta tese, os resultados do trabalho de Ciasullo *et al.* (2017) revelaram que as Premissas Fundamentais da LDS se concentram na dinâmica nas raízes dos processos de CCV e são condensadas nos cinco axiomas de Vargo e Lusch (2016), sendo então aplicadas como as Práticas de Cocriação (PC) que envolvem os múltiplos atores dos diferentes níveis ecossistêmicos (FROW *et al.*, 2016).

Essas Práticas de Cocriação (PC) proporcionam ajustes mútuos e mudanças compartilhadas durante todos os processos, que influenciam diretamente a criação de resultados em saúde, produzindo uma reformulação constante dos procedimentos, baseando-se em necessidades, expectativas e experiências dos pacientes, que estão assumindo o papel de cocriadores dos resultados na área da saúde, interagindo com os outros atores dos ecossistemas envolvidos, como médicos, instituições, ONGs, gestores, provedores de TIC, prestadores de serviço, etc. (CIASULLO *et al.*, 2017).

Com essas premissas, Ciasullo *et al.* (2017) aplicaram a “Tipologia de Práticas de Cocriação que Moldam Ecossistemas de Serviços em Saúde” de Frow *et al.* (2016)

e, fundamentados nessa “perspectiva ecossistêmica”, efetuaram o estudo de caso do ICHOM, tendo como ponto central de análise a compreensão, conceitualmente definida por Vargo e Lusch (2004), de que os serviços devem ser contextualmente interpretados e experimentados pelos indivíduos que deles se utilizam.

Em consonância com os objetivos desta tese, o trabalho de Ciasullo *et al.* (2017) partiu da concepção de que as oito Práticas de Cocriação (PC) da tipologia de Frow *et al.* (2016) são o cerne do quadro conceitual que inspira a análise das PC em um ESS. Os autores visaram preencher uma lacuna identificada na literatura, no sentido de contribuir para uma melhor compreensão de como as interações de múltiplos atores são capazes de afetar a forma e o funcionamento do ESS, influenciando assim sua capacidade de se autoconter e se autoajustar, característica de uma lógica relacional de Cocriação de Valor (CCV) (CIASULLO *et al.*, 2017).

Ciasullo *et al.* (2017) utilizaram como metodologia o estudo de caso, que tomou a forma de uma "narrativa", para coletar, organizar e interpretar as informações decorrentes das histórias de parceiros da ICHOM, organizadas e interpretadas à luz das oito Práticas de Cocriação (PC) definidas por Frow *et al.* (2016). Os dados foram obtidos de várias fontes (relatórios, manuais, artigos, entrevistas em vídeo, blogs corporativos e redes sociais corporativas) que acessaram os sites corporativos da ICHOM e foram organizados de acordo com um protocolo de pesquisa específico, elaborado pelos autores. Posteriormente, todas as narrativas colhidas sobre as Práticas de Cocriação (PC) foram analisadas individualmente pelos membros da equipe de pesquisa, que agregaram relatórios individuais, revisando-as e discutindo-as criticamente, até que se chegasse a um consenso (CIASULLO *et al.*, 2017).

Como resultados, inicialmente identificaram que as características que se destacaram nas práticas narradas foram o envolvimento, a colaboração e a cooperação dos atores na obtenção de resultados de alta qualidade na assistência à saúde. Também verificaram que o ICHOM facilitou a interação entre vários atores pertencentes a diferentes sistemas, tornando-os capazes de aprender com os outros e melhorar suas performances, uma vez que estão engajados, de diversas formas, em um esforço de cocriação, fato que contribuiu para o desenvolvimento de Práticas específicas de Cocriação em saúde, destacando os insights que surgem dessas práticas e, por sua vez, indicam o nível do ecossistema que impactaram, resultado em consonância com o trabalho de Simmonds e Gazley (2021), sobre o Valor de Impacto (VI) no Ecossistema, supracitado (CIASULLO *et al.*, 2017).

Com esses resultados, Ciasullo *et al.* (2017) desenvolveram um fio condutor para sua discussão, considerando que as Práticas de Cocriação (PC) analisadas são a expressão de uma abordagem centrada no cuidado com o paciente, impactando diretamente no nível micro do ecossistema e que se disseminou para todos os outros níveis, melhorando sua eficácia, eficiência e resultados, conforme previsto na tipologia de Frow *et al.* (2016), referendado pelos trabalhos de Beirão *et al.* (2017), Davey e Grönroos (2019), Dessers e Mohr (2020).

Por esse fio condutor, que percorreu todas as Práticas de Cocriação (PC) da tipologia de Frow *et al.* (2016), Ciasullo *et al.* (2017, p.228-233, tradução dos títulos e adaptação dos textos próprias) identificaram “lições” para serem aplicadas aos Ecossistemas de Assistência à Saúde (ESS), que podem ser analisadas à luz das “sete lições” de Dessers e Mohr (2020), referência para elaboração do formulário norteador para as entrevistas desta tese:

1ª) Em termos das “Práticas que dotam os atores de capital social” (PC1 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): A primeira narrativa enfatizou a importância da confiança e da cooperação entre os atores interagindo no nível mega do ecossistema; a segunda narrativa, que diz respeito ao nível meso do ecossistema, ressaltou que o conhecimento – assim como a experiência pessoal dos pacientes com a doença – é compartilhado tanto entre pessoas que sofrem de doenças semelhantes (laços de proximidade) quanto com os profissionais de saúde (relações vinculantes), que podem se beneficiar desse recurso, para organizar um tratamento adaptado às necessidades específicas de cada paciente.

2ª) Em termos das “Práticas que fornecem a um ecossistema uma linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias” (PC2 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): A adoção de uma linguagem comum promove a confiabilidade das informações compartilhadas, tornando todos os atores agentes interativos, capazes e dispostos a Cocriar Valor, melhorando a experiência do paciente e a qualidade dos resultados, reduzindo concomitantemente os custos dos cuidados em saúde.

3ª) Em termos das “Práticas que moldam o modelo mental de um ator” (PC3 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): Verificaram que o programa de *benchmarking* de resultados da ICHOM afetou positivamente as interações dinâmicas entre os atores em todos os níveis, levando a mudanças radicais do modelo mental e conduzindo as atividades para uma melhoria contínua. Em um sistema global de saúde, essa mudança pode levar à melhoria do desempenho em saúde e, conseqüentemente, aos serviços oferecidos, e proporciona melhoria geral na qualidade de vida da população.

4ª) Em relação às “Práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas que formam seus contextos” (PC4 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): As práticas que o ICHOM promulgou para influenciar o ecossistema destacam a capacidade de melhorar os caminhos de cuidado por meio da integração dos recursos. Na narrativa analisada, a desmaterialização do recurso físico (Registro Nacional patrocinado pelo ICHOM), terceirizado a um prestador externo especializado, em plataforma virtual, implicou um profundo redesenho da estrutura física da clínica, construindo uma nova infraestrutura intangível, colocando o compartilhamento de conhecimento no centro do processo de prestação dos serviços de saúde.

Essa descentralização e virtualização tornou os pacientes livres para relatarem sua experiência de trajetória assistencial e suas demandas pela melhoria dos serviços de saúde, mudança estrutural que mostrou potencial para afetar e mudar a forma como os atores interagem, abrindo caminho para novas práticas, beneficiando o tratamento dos pacientes, tornando-o cada vez mais personalizado, e o conhecimento das organizações de saúde que podem acessar o cadastro e participar da criação de novos recursos (conhecimento).

5ª) Em termos das “Práticas que moldam as propostas de valor existentes e inspiram novas” (PC5 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): O surgimento de uma abordagem baseada em valor levou alguns dos provedores da ICHOM a moldarem novas arquiteturas de relações entre os atores e a desenvolverem novas formas de compartilhar seus recursos, a fim de criar propostas de valor, que permitiram um aumento dos resultados

alcançáveis em saúde, com novas propostas de valor que levaram ao abandono de estratégias baseadas em custos e à implementação de estratégias baseadas em valor, ou seja, o Ecossistema de Serviços em Saúde é moldado pelas ações de múltiplos atores, que têm recursos integrados de forma inovadora, contribuindo para a criação de novas ofertas.

6ª) Em relação às “Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema” (PC6 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): O desenvolvimento e a implementação de uma plataforma aberta destacam a lógica em que o ICHOM e todos os atores interagindo moldam o ESS. Essa plataforma permite um compartilhamento contínuo de recursos e, ao mesmo tempo, contribui para a criação de novos recursos, facilitando a contribuição de atores que, aderindo à sua função específica, possam publicar e compartilhar conteúdos gerados pelo usuário. Portanto, a plataforma de acesso aberto permite a participação dos atores para especificar Práticas de Cocriação (PC) e os tornam capazes de acessar novos recursos.

7ª) Em relação às “Práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais” (PC7 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): O fórum on-line da ICHOM torna vários atores capazes não apenas de compartilhar experiências e recursos, mas também de criar novos (como conhecimento), a fim de melhorar o desempenho e melhorar os serviços oferecidos. Essa prática também permite que atores individuais busquem e compartilhem conhecimentos sobre sua condição relacionada à saúde durante o fórum on-line, permitindo aumento do bem-estar do ESS.

8ª) Por último, em relação às PC8 - “Práticas que são intencionalmente codestrutivas, criando desequilíbrio no ecossistema” (PC6 da tipologia de Frow *et al.*, 2016, p.31-33, tradução própria): As narrativas apontaram práticas que são intencionalmente codestrutivas, criando desequilíbrio dentro do ESS. Uma prática disruptiva foi encontrada entre a equipe médica de um provedor dos EUA, que destacou uma resistência voluntária à mudança de rotinas gerenciais, devido à implantação de um novo recurso (pesquisa eletrônica), resistência que interrompeu a capacidade de criar resultados positivos.

Em conclusão, Ciasullo *et al.* (2017) afirmam que o seu artigo fornece suporte e contribui para o debate sobre a pesquisa do conceito do papel das Práticas de Cocriação de Valor (PCCV) em um ESS. Como resultado específico, afirmam que o estudo contribuiu para a aplicação empírica, em um contexto específico, da tipologia de Frow *et al.* (2016), alimentando o debate científico e referendando a proposta desta tese.

As Práticas de Cocriação (PC) cocriadas por diferentes atores, de diferentes níveis ecossistêmicos, de acordo com Ciasullo *et al.* (2017), mostram um ajuste mútuo e contribuem para mudanças contínuas e compartilhadas, perspectiva na qual a Cocriação dos resultados em saúde ocorre não apenas na visão das demandas, necessidades, expectativas e experiências do paciente, mas também “com” o paciente, que se torna parceiro-chave dos profissionais e um Cocriador de Valor.

Os autores afirmam que a capacidade de mediação dos vários atores (provedores de Tecnologias da Informação, organizações sem fins lucrativos, assistentes sociais) é fundamental, uma vez que apoiam a interpretação correta e o uso dos recursos que os pacientes oferecem para redefinir a oferta dos serviços de saúde. Seguindo essa lógica se estabelece um processo de crescimento mútuo entre esses diferentes atores, em todos os níveis do ecossistema, endossado por mudança gradual nas proposições de valor individual, pela ativação de interações sinérgicas que, por sua vez, promovem uma adaptação criativa (CIASULLO *et al.*, 2017).

Como implicações gerenciais da pesquisa, apontam que, em primeiro lugar, os prestadores de cuidados de saúde devem ser incentivados a estabelecer melhores relações com os diversos atores em todos os níveis do ecossistema, para Cocriar Valor. Além disso, estratégias adequadas devem ser projetadas e implementadas para se evitar o surgimento de dinâmicas de Codestruição de Valor, que implicam desfechos negativos para a saúde, destacando que as lições aprendidas analisando as Práticas de Cocriação (PC) auxiliam os gestores a redesenharem a forma do sistema de serviços em saúde de acordo com uma visão ecossistêmica, sugerindo que novas investigações acadêmicas devem se concentrar em outras experiências de PC, abraçando uma abordagem descritiva ou comparativa (CIASULLO *et al.*, 2017).

A metodologia, resultados, conclusões do trabalho e a sugestão de pesquisa feita por Ciasullo *et al.* (2017) suportam a proposta de pesquisa desta tese, que propõe uma metodologia semelhante.

2.9.1 Referencial Teórico – Conclusão

A linha de análise desenvolvida neste referencial teórico discutiu o conceito da Lógica Dominante de Serviço (LDS) como a base conceitual da Cocriação de Valor (CCV), definida como resultante da influência dos relacionamentos que se estabelecem desde o início da prestação de serviços na área da saúde e, ao longo do tempo, organizam-se em conexões que possibilitam a atuação em rede de todos os atores envolvidos na criação e prestação de serviços, organizados como Práticas de Cocriação de Valor (PCCV) em um Ecossistema de Serviços em Saúde (ESS).

O ponto de partida foi um estudo bibliométrico de referências, que identificou os conceitos básicos referentes ao escopo desta tese, os atores seminais, de apoio e toda a rede de citações e cocitações que desenvolveram.

Após essa primeira etapa, discutiu-se a relação entre os conceitos-chave e os conceitos que compõem o ESS, seu bem-estar e Valor do Impacto que a LDS e as PCCV provocam no ecossistema.

Uma vez definido este referencial, apresentou-se a “Tipologia das Práticas de Cocriação de Valor que moldam um Ecossistema de Serviços em Saúde”, de Frow *et al.* (2016), fundamentada nesses autores e conceitos seminais.

Em seguida, a tipologia foi discutida com base em uma pesquisa bibliográfica, que buscou artigos acadêmicos que a citaram a aplicaram em contextos teóricos e práticos, analisando cada uma das PCCV que compõem a tipologia à luz da contribuição desses artigos.

Concluindo a linha de análise, foram discutidos os autores que aplicaram a tipologia em contextos concretos de prestação de serviços em saúde em todos os níveis do ecossistema e que forneceram a base para o desenvolvimento da metodologia utilizada nesta tese.

O objetivo dessa linha de análise foi oferecer a conceituação teórica e o referencial metodológico para a análise dos ESS pesquisados a partir da Tipologia de Frow *et al.* (2016), objetivo deste trabalho.

A Figura 10 apresenta o modelo teórico desta tese, cuja metodologia será apresentada e discutida no próximo capítulo.

Figura 10 – Modelo teórico desta tese

Lógica Dominante de Serviço	Autores
Processo em que a CCV ocorre por meio de atores, envolvidos na integração de recursos e troca de serviços, possibilitados e constrangidos por instituições e arranjos institucionais, estabelecidos e aninhados em ESS, que servem de ambiente para atividades de CCV.	Vargo e Lusch (2004, 2016); Ballantyne e Aitken (2007)
↓	
Cocriação de Valor	Autores
Caracteriza-se por empresa e cliente criarem valor em unidade que, moldando-se ao contexto e ambiente, permite ao cliente coconstruir sua própria experiência do serviço.	Vargo e Lusch (2004, 2016); Ranjan e Read (2016)
↓	
Valor de Impacto para o ESS	Autores
Potencialidade: atores mobilizam e redimensionam os recursos próprios, de outros atores e do ESS, gerando valor expresso em componentes: VeT e ViU.	Simmonds e Gazley (2021)
↓	
Ecosistema de Serviços em Saúde	Autores
Estado holístico, composto por práticas de ajuste alinhado de arranjos institucionais, guiados por uma visão de mundo compartilhada; níveis do ESS que se reforçam interativamente, coevoluindo e se autoajudando; resiliência e adaptabilidade às interrupções; CCV compartilhado.	Hughes e Vafeas (2018); Frow <i>et al.</i> (2016)
↓	
Fatores de CCV, Instituições e arranjos institucionais	Autores
A CCV é coordenada por instituições geradas pelos atores e arranjos institucionais, conceituadas como ESS (5º axioma). A instituição é uma regra ou significado e arranjos institucionais são conjuntos interrelacionados de instituições, organização que facilita a coordenação dos ESS.	Vargo e Lusch (2004, 2016)
↓	
Lacuna e problema de pesquisa: Relacionar os conceitos acima à: Tipologia de Práticas de CCV que moldam o ESS	Autores
Conjunto Inter-relacionado de tipos, conceitualmente derivado, representando formas que podem existir, incluindo tipos parcialmente sobrepostos, que tem o objetivo de avaliar o papel central que as PC desempenham no ESS.	Frow <i>et al.</i> , (2016)
↓	
Lacuna e ineditismo: Analisar a Tipologia em contextos práticos de ESS – IES; ainda não estudadas na bibliografia como ESS. Pesquisa referendada por atores que a aplicaram e validaram	Autores
↓	
Mapa do Ator da Rede de Valores – MARV	Autores
Diagrama que identifica os atores envolvidos no sistema de atendimento (indivíduos e organizações) e sua relação com o cidadão, posicionando no centro os atores prioritários e como eles se relacionam, suas interações, informações trocadas e CCV para os diversos atores.	Beirão <i>et al.</i> (2017) Caic <i>et al.</i> (2019)
↓	
Perspectiva Ecosistêmica / 7 lições para gerenciar o ESS	Autores
Os ESS relacionam-se aos seus objetivos e estratégias estabelecidas para a manutenção do equilíbrio e bem-estar, organizadas em perspectiva dos seus atores ecosistêmicos, e se desdobra em 7 lições para gerir o ESS.	Dessers e Mohr (2020)
↓	
Alfabetização dos Serviços de Saúde	Autores
Fatores pessoais e relacionais que afetam a capacidade de uma pessoa de adquirir, entender e usar informações sobre saúde e serviços	Davey; Grönroos (2019)
↓	
Estudo de caso narrativo para avaliar o ESS	Autores
Análise de entrevistas de cunho qualitativo com usuários, com o objetivo de avaliar a configuração como ESS do ICHOM.	Ciasullo <i>et al.</i> (2017)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos desta pesquisa estão descritos em sequência nos itens a seguir.

3.1 Parecer consubstanciado

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da USCS (CEP; CAAE: 58439122.3.0000.5510) e aprovado conforme parecer consubstanciado Nº 5.408.104, emitido em 13.05.22, disponível em:

<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>

3.2 Abordagem de Pesquisa

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, sobre práticas de prestação de serviços da área da saúde (GIL, 2017). Analisou, nos níveis meso e micro dos Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), os Fatores de Cocriação (FC) que influenciam os serviços prestados, focando em quatro (4), das oito (8) Práticas de Cocriação (PC), propostas por Frow *et al.* (2016).

Foi realizada com base em entrevistas semiestruturadas, que mostraram o ponto de vista dos colaboradores e dos usuários das IES que atuam na prestação de serviços em saúde, sobre como as práticas utilizadas são ou podem ser aplicadas de forma a propiciar Cocriação de Valor (CCV) e serem analisadas sob a perspectiva dos Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS).

3.3 Participantes da pesquisa e condições de realização das entrevistas

Foram entrevistados 50 sujeitos, divididos em 10 usuários, 12 gestores, 09 professores, 10 alunos e 09 funcionários, que atuam nos Serviços de Saúde prestados à população pelas IES estudadas.

Todos os participantes da pesquisa foram apresentados antes a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram explicados os fundamentos da pesquisa e seus objetivos.

A aplicação das entrevistas seguiu este roteiro: para a abordagem aos sujeitos, após contatos preliminares, realizou-se entrega de carta oficial da PPGA-USCS apresentando o pesquisador e a proposta da pesquisa.

Após a autorização das IES, realizaram-se visitas pré-agendadas aos locais de prestação de serviços e realizaram-se as entrevistas com os sujeitos indicados pelas coordenações das IES, agendados ou por contato telefônico realizado por este pesquisador, a partir da lista de contatos disponibilizada pelas secretarias dos serviços, ou por agendamento realizado no próprio dia reservado pela IES para a entrevista.

Todas as 50 entrevistas foram realizadas em salas reservadas, disponibilizadas pelas coordenações de cada serviço. Antes de iniciar as entrevistas, os sujeitos foram apresentados ao TCLE e os assinaram em 2 vias, ficando em poder da 2ª via. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, estando disponibilizadas em áudio, transcrição e desenhos de rede feitos pelos entrevistados, em link do *google forms*.

3.4 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, orientada para compreensão do fenômeno a ser estudado (GIL, 2017).

3.5 Delineamento da pesquisa

A Figura 11 resume o delineamento da pesquisa, abordando inicialmente o problema de pesquisa e o objetivo geral.

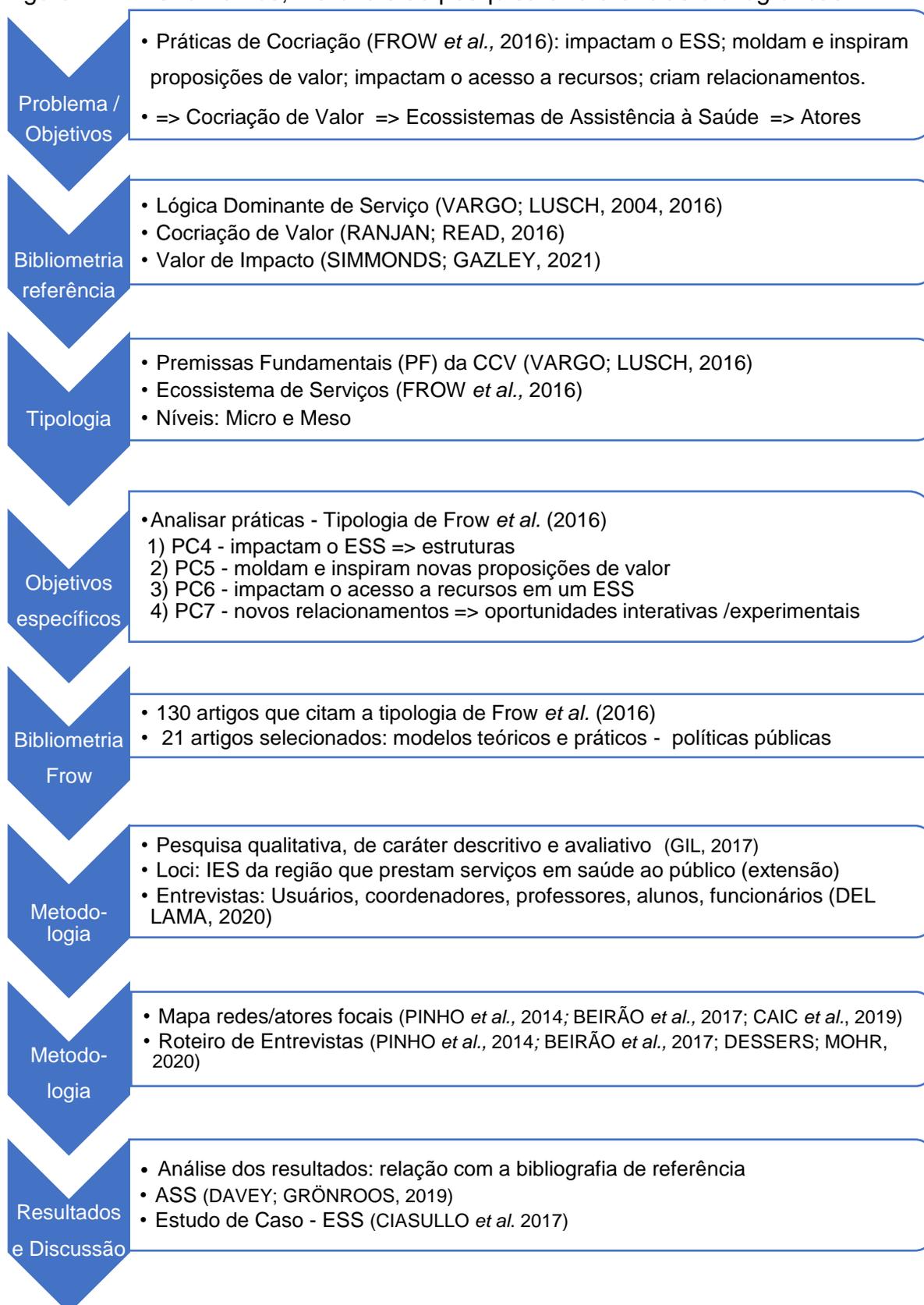
Em seguida apresenta o referencial bibliográfico e a tipologia que foi aplicada para análise dos ecossistemas de prestação de serviços em saúde estudados.

Depois vêm os objetivos específicos e os artigos que referenciaram e/ou aplicaram a tipologia em situações concretas de prestação de serviços em saúde.

Segue a apresentação da metodologia de pesquisa, destacando o tipo de pesquisa, *loci* de pesquisa, perfil dos entrevistados, mapas de rede e atores focais, roteiro das entrevistas, análise e discussão dos resultados.

Finalmente, apresenta-se a conclusão da tese, as contribuições e as indicações de trabalhos futuros.

Figura 11 – Instrumentos, materiais de pesquisa e referências bibliográficas



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

3.6 Coleta de dados

3.6.1 Instrumentos e Caracterização dos *loci* de pesquisa

Duas IES que prestam serviços à comunidade na área da saúde, situadas na zona Sul de São Paulo e ABC, aceitaram participar da pesquisa que, a partir de agora, para fins da descrição da metodologia e discussão dos resultados, serão identificadas neste trabalho como IES A: Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS); e IES B: Centro Universitário São Camilo - Clínica-escola Promove.

A escolha dessas IES justificou-se por serem instituições que prestam serviços à comunidade na área da saúde, configurando-se como ambientes propícios para serem analisados como Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS).

Foram entrevistados professores, profissionais, alunos e usuários que trabalham na prestação de serviços em saúde dessas instituições e os usuários que usufruem dos serviços.

Ao se referir aos usuários, designam-se os pacientes que usufruem dos serviços de saúde prestados pelas IES pesquisadas, em função do referencial bibliográfico ser da área da administração, que trata como usuários ou clientes os atores finais dos serviços prestados. Como o termo “cliente” não se aplica aos usuários dos serviços gratuitos das IES e como o termo “pacientes” é de uso mais restrito à área da saúde, optou-se, nesta tese, pelo termo “usuários”.

3.6.2 Detalhamento dos setores e serviços das IES

Os Quadros 3 (IES A) e 4 (IES B) detalham os serviços que são prestados pelas IES pesquisadas na área da saúde e o número aproximado de atendimentos mensais. Os dados foram colhidos nos próprios sites das instituições.

Esses serviços são prestados gratuitamente à população e possuem dois pilares: o 1º é oferecer um serviço de saúde gratuito e de qualidade à população, evocando a missão social das instituições de ensino superior; o 2º pilar é oferecer formação práticas para os alunos, futuros profissionais da área da saúde, formação que é requisito para o exercício da profissão.

Quadro 3 – IES A: Universidade Municipal de São Caetano do Sul

IES A	USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Setores	Serviços; 1.000 a 1.500 atendimentos por mês
Academia-escola	Musculação e Condicionamento físico – recuperação de sequelas de doenças e Qualidade de Vida
Clínica-escola de Enfermagem	Serviços básicos de enfermagem e orientação em saúde
Clínica-escola de Fisioterapia	Reabilitação e Fisioterapia
Clínica-escola de Nutrição	Orientação nutricional
Farmácia-escola	Manipulação e orientação para consumo de medicamentos
Laboratório de Análises Clínicas	Serviços de AC e exames laboratoriais

Fonte: <https://www.uscs.edu.br/noticias/atendimentosacomunidade>. Acesso em: 25 set. 2021.

Quadro 4 – IES B: Centro Universitário São Camilo – Clínica-escola Promove

IES B	Promove - Clínica-escola do Centro Universitário São Camilo (Ipiranga, SP)
Setores	Serviços – Clínica-escola; 4.000 atendimentos por mês
Enfermagem	Serviços básicos de enfermagem e orientação para cuidados em saúde
Farmácia	Serviços básicos de farmácia e orientação para utilização de medicamentos
Fisioterapia	Reabilitação e Fisioterapia
Medicina	Atendimento e tratamentos de baixa complexidade
Nutrição	Orientação nutricional
Psicologia	Orientação psicológica
Serviço Social	Orientação para serviços públicos e direitos sociais

Fonte: https://saocamilo-sp.br/institucional/servicos_comunidade/clnica_escola_promove. Acesso em: 09 out. 2022.

3.6.3 Seleção dos sujeitos e mapeamento da rede de atores

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa e o mapeamento da rede de atores, foram utilizados os trabalhos descritos abaixo (Quadro 5), além do referencial teórico:

- Para o mapeamento da rede de atores e identificação dos atores focais: Pinho *et al.* (2014), Beirão *et al.* (2017) e Caic *et al.* (2019);
- Para a análise dos dados: utilizou-se a bibliografia de referência e o trabalho de Davey e Grönroos (2019);
- Para a discussão dos resultados: Ciasullo *et al.* (2017).

Quadro 5 – Caracterização das etapas, critérios e referências da pesquisa

Item	Caracterização	Critério	Referência
3.61 – Sujeitos da pesquisa Mapa MARV	Indicados pelas IES	Usuários, Gestores, Professores, alunos e funcionários, que atuam nos Serviços de Saúde das IES estudadas.	Del Lama <i>et al.</i> (2020) Pinho <i>et al.</i> (2014) Beirão <i>et al.</i> (2017) Caic <i>et al.</i> (2019)
3.6.2. Referência para elaboração do formulário para as entrevistas	Elaboraram, validaram e aplicaram questionários de cunho qualitativo, entrevistas semiestruturadas.	Aplicaram e Avaliaram o modelo de Frow <i>et al.</i> (2016) Desenvolveram Modelo para analisar ESS.	Pinho <i>et al.</i> (2014) Beirão <i>et al.</i> (2017) Davey e Grönroos (2019) Dessers e Mohr (2020)
3.6.3 – Análise/dados	Pesquisa Qualitativa	Avaliaram o modelo de Frow <i>et al.</i> (2016)	Davey e Grönroos (2019)
3.6.4 – Análise/dados	Análise semântica	Analisar conteúdo	Bibliografia
3.6.5- Discussão dos resultados	Entrevistas – Pesquisa Qualitativa	Modelo de Frow <i>et al.</i> (2016) – ESS	Ciasullo <i>et al.</i> (2017)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

3.6.4 Seleção dos níveis pesquisados: Meso e Micro

A escolha de pesquisar os Níveis Meso e Micro da tipologia de Frow *et al.* (2016) justifica-se pelo fato de que esses níveis estão diretamente relacionados aos serviços prestados pelas Instituições de Ensino Superior (IES).

Os outros dois níveis, para serem analisados, exigiriam ampliação do alcance desta pesquisa que a tornaria inviável para o período a ela destinado.

- Nível Mega: agências governamentais e políticas públicas de saúde e o nível Macro trata de autoridades estaduais, recursos públicos, associações de médicos e seguradoras de saúde – não dizem respeito ao dia a dia das instituições, desviando o foco da tese.
- Nível meso: inclui hospitais, clínicas e agências locais de apoio à saúde. No nível micro, as Práticas de Cocriação (PC) envolvem médicos e pacientes trabalhando em conjunto com enfermeiros e profissionais de saúde, para projetar um pacote de cuidados de saúde em colaboração com a família, amigos, auxiliares, cuidadores e outros pacientes, setores de influência e alcance dos serviços prestados pelas instituições pesquisadas.

Como justificativa bibliográfica para a escolha dos níveis meso e micro, Frow *et al.* (2019) afirmam que estudos do nível de meso são especialmente valiosos, pois é nesse nível que o bem-estar de todo o ecossistema se torna evidente, refletindo mudanças em todos os níveis de agregação. Nesse nível intraorganizacional, as complexidades das relações dos atores e suas práticas podem ser estudadas e avaliadas pelo seu impacto no bem-estar.

Por este motivo, Frow *et al.* (2019) reafirmam a importância de explorar um contexto específico do Ecossistema de Serviços em Saúde, composto por múltiplas variáveis contextuais, cada uma refletindo seu conjunto específico de atores e evoluindo continuamente, ou seja, os componentes específicos de qualquer nível de agregação do ecossistema são variáveis e dependem de qual perspectiva é adequada a um estudo. Dessa forma, como um ESS não tem limites fixos, o pesquisador deve determinar o ESS relevante e seus limites para a análise.

3.6.5 Fatores de Cocriação pesquisados (PC4; PC5; PC6; PC7)

As PC selecionadas estão focadas diretamente nas interações entre os atores que atuam nos níveis meso e micro do ecossistema, o que viabiliza a sua análise nos *loci* de pesquisa e por sua relação com os objetivos e linha de pesquisa desta tese.

As demais PC fogem ao escopo desta tese, tendo, porém, potencial para desenvolvimento de futuras linhas de pesquisa, também puderam ser utilizadas como pontos de referência para a discussão, uma vez que os temas que abordam estão relacionados entre si na dinâmica da tipologia.

Os fatores e Práticas de Cocriação focais da pesquisa são:

- PC4: Práticas que impactam o ecossistema, criadas ou constrangidas pelas estruturas e instituições físicas;
- PC5: Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas práticas;
- PC6: Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema de serviços;
- PC7: Práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais.

3.6.6 Pré-teste do instrumento de pesquisa

O formulário foi submetido à avaliação de especialistas, 2 professores do PPGA-USCS e foi realizado um pré-teste para validação do instrumento de pesquisa. Os entrevistados no pré-teste foram 1 gestor de setor de cada IES participante.

Após a realização da entrevista, foi solicitado aos entrevistados que comentassem sobre o que pensavam ou entenderam de cada questão apresentada, contribuindo para aprimoramento do formulário.

3.6.7 Procedimentos pré-entrevista

- 1) Contato oficial com a IES e carta de anuência para realização das entrevistas;
- 2) Submissão ao Comitê de Ética da USCS;
- 3) Agendamento das entrevistas;
- 4) Apresentação, para cada entrevistado, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dos objetivos da pesquisa, e da metodologia de entrevista;
- 5) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 6) Entrevista.

3.6.8 Roteiro de entrevistas

Inicialmente, no Bloco A do formulário, foi aplicado um roteiro de perguntas para definir o perfil dos entrevistados: gestores, docentes e profissionais do Serviços de Saúde das IES (DEL LAMA *et al.*, 2020). O resumo está no Capítulo 4 (Quadro 10).

Em seguida, no Bloco B, foi realizado o mapeamento da rede de atores, atores focais e o seu posicionamento na rede, por meio de etiquetas onde estavam escritos os atores e suas funções, com os quais os entrevistados se relacionam durante o atendimento. O resumo está no Capítulo 4 (Quadro 11).

Após esse primeiro momento, os entrevistados foram submetidos às questões de pesquisa. As respostas foram discutidas à luz do referencial teórico e estão nos Blocos C, D, E e F, referentes aos objetivos específicos desta tese e às PC4, PC5, PC6 e PC7 da tipologia de Frow *et al.* (2016). A discussão e os resumos estão no Capítulo 4 (Quadros 12, 13, 14 e 15). Finalmente, apresentam-se as considerações finais e as conclusões da tese.

3.6.9 Tratamento dos dados e análise

Como referências para elaboração do roteiro de análise das entrevistas, foram abordados cinco artigos, que utilizaram a tipologia de Frow *et al.* (2016) para análise de ESS, detalhados no item 2.9 (referência para a metodologia).

As relações entre os objetivos, roteiro de análise das entrevistas do instrumento de pesquisa, os dados a serem analisados baseando-se nas narrativas e as relações com os autores de referência estão resumidas em quadros.

Para o formulário, foi referência Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017) que, ancorando-se na “Teoria Fundamentada” (*The Grounded Theory*), de Corbin e Strauss (2008), analisaram a CCV no Sistema Nacional de Informação em Saúde de Portugal, cuja metodologia e os dados coletados prestam-se à análise de um ecossistema complexo, fornecem contexto empírico para estudar a CCV por uma perspectiva que engloba os diversos níveis do ESS. O estudo qualitativo subsequente proporciona compreensões aprofundadas sobre as experiências dos atores focais e suas redes, permitindo identificar as Práticas de Cocriação (PC) que emergirem da análise.

Também foi referência Dessers e Mohr (2020), que analisaram serviços em saúde sob a “perspectiva ecossistêmica” e elaboraram “sete lições” de PC.

Para análise dos dados, utilizou-se Davey e Grönroos (2019) que aplicaram Pesquisa Qualitativa e contribuíram com a tipologia, desenvolvendo nova PC (PC9): Alfabetização dos Serviços de Saúde, desdobrada em 4 proposições.

Para os resultados foi utilizada a pesquisa de Ciasullo *et al.* (2017), que aplicaram a tipologia de Frow *et al.* (2016) em um estudo de caso narrativo, com base na análise de entrevistas qualitativas, para avaliar a configuração de um ESS.

De acordo com a tipologia de Frow *et al.* (2016), foram elaboradas quatro questões semiestruturadas, cada uma relacionada a quatro fatores: uma Prática de Cocriação (PC), uma a três das “sete lições” para gerenciamento de ESS, de Dessers e Mohr (2020); uma das quatro proposições para as PC e a ASS, de Davey e Grönroos (2019); e ao estudo de caso narrativo para avaliar um ESS, de Ciasullo *et al.* (2017).

A premissa básica das questões foi identificar, na perspectiva dos atores, quais PC são realizadas e o que pode melhorar. As questões e os respectivos autores de referência estão descritos abaixo e apresentadas em quadros, para facilitar a visualização.

3.6.10 Roteiro: análise das entrevistas e tipologia – Práticas de Cocriação

A narrativa dos entrevistados foi conduzida por questões que abordaram cada PC analisada em relação às proposições da Tipologia, organizadas em 4 blocos de questões, apresentados em forma de quadros (6, 7, 8 e 9). Cada bloco possui 1 questão norteadora, seguida de perguntas complementares.

Quadro 6 – Referências para as entrevistas

Bloco C	Referente à PC4 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 1 desta tese: Analisar práticas que impactam os ESS, criadas ou constrangidas pelas estruturas que formam seus contextos.		
C1 - Questão norteadora	Poderia nos descrever como é realizado o acolhimento, seleção e encaminhamento de atendimento dos usuários dos serviços de saúde?		
C2	Os usuários participam da elaboração e/ou aperfeiçoamento dessas práticas? Poderia nos dar algum exemplo?		
C3	Na sua opinião, o que pode ser melhorado em relação à identificação e acesso dos usuários, à coordenação das ações de cuidado e da oferta de serviços, em relação às necessidades detectadas? Poderia nos dar algum exemplo?		
C4	Existem práticas que proporcionam interdependência e integração entre os diversos atores e os recursos que podem disponibilizar? Poderia nos dar algum exemplo?		
C5	Existem práticas de aperfeiçoamento dos procedimentos e que promovem o compartilhamento de conhecimento dos profissionais com os usuários e com outras instituições? Poderia nos dar algum exemplo?		
C6	Existem práticas de capacitação sobre normas e processos para os prestadores de serviços? Poderia nos dar algum exemplo?		
Dados a analisados com base nas narrativas:	a) Indicação dos usuários - impacto: níveis meso (encaminhamento); e micro (gestão dos serviços); b) Análise dos procedimentos de acolhida e encaminhamento dos pacientes; c) Propostas de prática de gestão dos ESS		
Referências	Foco da pesquisa	Suporte para questão	
Pinho <i>et al.</i> (2014) e Beirão <i>et al.</i> (2017)	“Teoria Fundamentada” Qualitativa Fatores CCV	Fatores CCV: Acesso.	
Dessers e Mohr (2020)	Perspectiva Ecológica; 7 lições p/ ESS	1ª Lição: Perspectiva ESS: interdependências atividades/atores/desafios estratégias/ soluções	2ª lição: Segmentação: identificar usuários-alvo; coordenar ações - cuidado; oferta: serviços/demandas
Ciasullo <i>et al.</i> (2017)	Entrevistas / Pesquisa Qualitativa Estudo de caso: ICHOM	Práticas do ICHOM - melhorar procedimentos de cuidado por integração dos recursos.	Registro virtual; nova infraestrutura intangível; compartilhar conhecimento – usuário (micro) / outros centros (meso)
Davey e Grönroos (2019)	Qualitativa / ASS: Nova Prática CCV; 4 proposições:	2ª proposição: ASS: prestadores serviços; Capacitação gerenciada: Normas institucionais.	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Quadro 7 – Referências para as entrevistas – PC5

Bloco D	Referente à PC5 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 2 desta tese: Analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS.			
D1 - Questão Norteadora:	Como é feita a prescrição dos serviços e a comunicação?			
D2	Existe alguma formação dos usuários e seus familiares/acompanhantes no sentido de conhecerem melhor os serviços que lhe são oferecidos, seus protocolos e resultados? Poderia nos dar algum exemplo?			
D3	Você acredita que essas práticas geram valor para os usuários e atores dos serviços prestados? Poderia nos dar algum exemplo?			
D4	Quais os propósitos que você consideraria comuns a todos os atores?			
D5	Dentro do ESS, quem você apontaria como gerador de valor e para quem esse valor é gerado? Poderia citar exemplos desse valor gerado?			
D6	Você acredita que o desempenho dos serviços prestados pela instituição é realmente efetivo para a melhoria da qualidade do cuidado dispensado à população? Poderia nos dar algum exemplo?			
D7	Em um cenário de ambientes complexos e mudanças em todos os níveis, como você se sente em relação às mudanças que ocorrem nos procedimentos, processos e relações entre os atores?			
D8	Você sente que a formação para a utilização dos serviços prestados pela instituição, proporciona relações de empoderamento, respeito, confiança e lealdade entre os atores? Poderia nos dar algum exemplo?			
Dados analisados	d) ESS - moldado pelas ações de múltiplos atores; recursos integrados e inovação; e) Proposta de gerenciamento unificado dos ESS; f) CCV como modelo de gestão.			
Referências	Foco da pesquisa	Suporte para questão		
Pinho <i>et al.</i> (2014) e Beirão <i>et al.</i> (2017).	Teoria Fundamentada Qualitativa Fatores CCV	Fatores CCV: recombinação		
Dessers e Mohr (2020)	Perspectiva Ecológica; 7 lições p/ ESS	3ª Lição: Enquadramento ESS: propósitos comuns “quem agrega valor p/ quem” redução da complexidade.	4ª Lição: Engajamento: envolver atores – diálogos / processos avaliativos-propositivos; reduzir a resistência às mudanças; novas relações interpessoais e intersetoriais.	5ª Lição: Otimização Conjunta: desempenho do ESS (custo-efetividade, qualidade do cuidado e saúde/população) - habilidade das organizações - ambiente complexo e em mudança
Ciasullo <i>et al.</i> (2017)	Pesquisa Qualitativa Estudo de caso: ICHOM	Provedores da ICHOM: novas relações entre os atores;	Compartilhar recursos;	Novas estratégias baseadas em valor e não em custos.
Davey e Grönroos (2019)	Qualitativa Alfabetização dos Serviços de Saúde (ASS): Nova Prática CCV - 4 proposições:	3ª proposição: Papéis complementares de alfabetização de serviços provocam respeito, confiança, empoderamento e lealdade.		

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Quadro 8 – Referências para as entrevistas – PC6

Bloco E	Referente à PC6 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 3 desta tese: Analisar práticas que impactam o acesso a recursos em ESS.	
E1 - Questão norteadora:	Os usuários e/ou seus parentes e/ou responsáveis participam de alguma forma da elaboração dos protocolos de atendimento e serviços que serão prestados? Poderia nos dar algum exemplo?	
E2	Existem práticas de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais que prestam o atendimento e os pacientes, parentes e/ou responsáveis? Poderia nos dar um exemplo?	
E3	Na sua opinião, esse compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e usuários (*caso exista ou venha a existir) pode gerar novos modelos de governança e novas instituições dentro do próprio ESS, que possam levar à melhoria e aperfeiçoamento do desempenho do ESS e dos serviços prestados? Poderia nos dar algum exemplo?	
E4	Existem práticas contínuas de formação dos usuários para a utilização dos serviços que lhes são prestados? Poderia nos dar um exemplo?	
Dados analisados	g) Averiguar a existência de Práticas de Cocriação (PC); h) Propor essas e novas práticas como modelo de gestão cocriadora i) Gerar Valor de Impacto (VI) para o ESS em todos os níveis (Simmonds; Gazley, 2021).	
Referências	Foco da pesquisa	Suporte para questão
Pinho <i>et al.</i> (2014) e Beirão <i>et al.</i> (2017)	Teoria Fundamentada Pesquisa Qualitativa Fatores CCV	Fatores CCV: compartilhamento; integração dinâmica dos recursos entre os atores.
Dessers e Mohr (2020)	Perspectiva Ecológica; 7 lições p/ ESS	6ª Lição: Proporção de desafio/possibilidade: Apesar da profundidade e quantidade de desafios dos ESS, as possibilidades de inovação na coordenação assistencial podem superar as dificuldades
Ciasullo <i>et al.</i> (2017)	Pesquisa Qualitativa Estudo de caso: ICHOM	ICHOM e todos os atores, ao interagirem, moldam o ESS - compartilhamento contínuo e criação de novos recursos, como Práticas CCV.
Davey e Grönroos (2019)	Qualitativa - ASS: Nova Prática CCV - 4 proposições:	4ª Proposição: Funções de alfabetização de serviços concorrentes: resultados de descrédito, frustração, resistência e saída; através da integração de recursos malsucedida.
Davey e Grönroos (2019)	Qualitativa - ASS Nova Prática CCV; 4 proposições:	1ª proposição: Os papéis de alfabetização dos serviços de saúde dos pacientes são dinâmicos e interdependentes

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Quadro 9 – Referências para as entrevistas – PC7

Tipologia Frow <i>et al.</i> (2016)	Objetivo 4 - PC7: práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais	
Bloco F	Referente à PC7 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese: Analisar práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais em ESS.	
F1 - Questão norteadora:	Existe algum compartilhamento e/ou produção de conhecimento entre os profissionais da sua instituição e de outras instituições envolvidas na prescrição dos tratamentos e no atendimento aos usuários? Poderia nos dar algum exemplo?	
F2	Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços entre os profissionais do seu setor e dos outros setores da sua instituição?	
F3	Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços com ESS mais amplos, como instituições estaduais e federais de saúde e/ou outras instituições que prestam serviços ao público? Poderia nos dar algum exemplo?	
F4	Você considera esse tipo de prática como tendo potencial de produzir resultados positivos ou que podem ser melhorados? Poderia nos dar algum exemplo?	
Dados analisados:	j) Prática de compartilhamento de conhecimentos, experiências e boas práticas: k) Aumento do bem-estar de todos os atores e ESS envolvidos.	
Referências	Foco da pesquisa	Suporte para questão
Pinho <i>et al.</i> (2014) e Beirão <i>et al.</i> (2017)	Teoria Fundamentada Pesquisa Qualitativa Fatores CCV	Fatores CCV: compartilhamento; monitoramento de recursos; geração de governança; geração de novas instituições
Dessers e Mohr (2020)	Perspectiva Ecológica; 7 lições p/ ESS	7ª Lição: Organizações inseridas nos ESS: Organizações individuais: não basta ser saudável organizacionalmente; ter uma conexão “vibrante” com o ESS amplo é essencial
Ciasullo <i>et al.</i> (2017)	Entrevistas / Pesquisa Qualitativa Estudo de caso: ICHOM	Fórum on-line - ICHOM: atores capazes de compartilhar experiências; recursos e criar novos (conhecimento); Levam à melhora do desempenho e serviços.
Bloco G Questão Final:	O que mais você acrescentaria sobre tudo o que conversamos?	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

4 RESULTADOS

4.1 Bloco A – Perfil dos entrevistados

Para definir o perfil dos entrevistados, perguntou-se: Gênero, idade, titulação, área de formação, tempo de docência no ensino superior, tempo de docência ou de trabalho na instituição, tempo de atuação no Serviço de Assistência em Saúde das IES pesquisadas (DEL LAMA *et al.*, 2020).

Os dados dos entrevistados estão representados no Quadro 10.

Quadro 10 – Bloco A: Perfil dos entrevistados

		Usuários	Gestores	Professores	Alunos	Funcionários
Sexo	M	6	4	3	4	0
	F	4	8	6	6	9
Faixa etária (anos)	18 -- 30				5	4
	30 -- 50	2	10	7	3	4
	50 -- 70	7	1	1		1
	70 -- 90	1		1		
Titulação	Ensino Fundamental	3				
	Ensino Médio	3				
	Superior incompleto	3			9	3
	Superior completo	1		2	1	5
	Especialização		1	2		1
	Mestrado		7	6		
Área de Formação	Doutorado		4			
	Ed Física		2	1	3	
	Fisioterapia	1	5	5	4	2
	Medicina		1	2	1	
	Nutrição		2			
	Farmácia		1	1	2	2
	Enfermagem		1			
Outros						3
Tempo de docência (anos)	1 -- 10		5	4		
	10 -- 20		4	1		
	20 -- 30		4	1		
	30 -- 45			2		
Tempo de trabalho na saúde (anos)	0 -- 10		6	8	10	8
	10 -- 20		3			1
A8 - Tempo como usuário (anos)	0 -- 1	3				
	1 -- 2	1				
	2 -- 5	1				
	5 -- 10	4				
	10 -- 20	1				

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Em relação ao sexo, houve equilíbrio, com destaque apenas para as funcionárias, todas do sexo feminino, seja as que trabalham na recepção, seja na gestão e supervisão de setores e alunos. Em relação à faixa etária, verificou-se perfil mais jovem entre os alunos e um equilíbrio entre as funcionárias, algumas delas alunas que trabalham nas próprias IES. Entre os usuários, a maioria situa-se entre 51 e 70 anos, de acordo com o perfil do público selecionado.

Quanto à titulação, entre os usuários verificou-se equilíbrio entre ensino fundamental, médio e superior incompleto, com apenas 1 com superior completo, confirmando o perfil mais popular dos usuários atendidos pelas IES. Entre os gestores e professores, a maioria possui mestrado, com destaque para 4 gestores que possuem doutorado, fato que confirma a própria estrutura educacional brasileira, com faixa etária e titulação correspondentes à carreira universitária tradicional.

Quanto à área de formação, verificou-se equilíbrio entre as diversas áreas da saúde, retratado a organização interna dos serviços de assistência em saúde das IES pesquisadas, onde cada setor tem um número determinado de professores e alunos, destacando-se um número maior de gestores, professores e alunos da área fisioterapia, em função da própria prerrogativa do curso, na qual o estágio na própria instituição é obrigatório para os alunos.

Em relação ao tempo de docência, verificou-se equilíbrio entre todos os períodos, tanto para gestores quanto para professores, ocorrendo o mesmo em relação ao tempo de trabalho na área da saúde. Entre os alunos, a maioria está há menos de 1 ano no estágio, de acordo com a prática acadêmica, onde os estágios duram de 06 meses a 1 ano; no caso da fisioterapia, pela grade curricular, os estágios ocorrem por mais tempo, iniciando com o estágio de observação, nos semestres iniciais e depois com o estágio prático.

Entre os usuários, encontrou-se o grupo maior entre 1 mês e 1 ano de tratamento e um grupo com mais de 5 anos de atendimento, portadores de problemas que necessitam de acompanhamento contínuo. Destaca-se a especificidade da Academia-escola do curso de Educação Física, existente apenas na IES A, cujo atendimento foca em condicionamento físico, com os usuários podendo permanecer por muitos anos no serviço. Porém, em função da pandemia de Covid-19, ainda não havia sido reaberta para o público durante o período de coleta de dados desta tese, por este motivo não foi possível entrevistar esses usuários, entrevistando-se apenas funcionários da própria IES que frequentam a Academia.

4.2 Bloco B – Mapa de rede e atores focais

A questão norteadora desse bloco foi: “Poderia organizar com esses cartões uma representação de como é o dia a dia e como se organizam os atores em relação ao atendimento ao usuário? E apontar se relaciona com quem?”

Os Mapas de Rede e atores focais foram desenhados pelos entrevistados por meio de apresentação de etiquetas com identificação dos atores e formação das redes.

Solicitou-se classificar e identificar os atores focais com os quais se relacionam, as informações resultantes trocadas e benefícios obtidos a partir de sua interação com cada um dos atores (PINHO *et al.*, 2014; BEIRÃO *et al.*, 2017; CAIC *et al.*, 2019).

Desta narrativa, foram solicitados os seguintes itens, de acordo com a metodologia proposta por Pinho *et al.* (2014, p.9), Beirão *et al.* (2017, p.231) e Caic *et al.* (2019, p.71-73): Como procedem; Como se relacionam com os pares; A quem se reportam; Seus objetivos; As informações que trocam com outros atores; Classificação e identificação dos atores focais com os quais se relacionam; As informações resultantes trocadas; Benefícios obtidos a partir de sua interação com cada um dos atores e serviços.

Essa metodologia seguiu o Mapa do Ator da Rede de Valores (MARV, ou, em inglês, *VNAM - Value Network Actor Map*). Trata-se de um diagrama que identifica os atores envolvidos no sistema de atendimento (indivíduos e organizações) e sua relação com o cidadão, posicionando no centro do diagrama os atores prioritários e como eles se relacionam, suas interações, informações trocadas e criação de valor para os diversos atores do sistema. Essa metodologia foi aplicada por Pinho *et al.* (2014), Beirão *et al.* (2017) e por Caic *et al.* (2019).

Esse protocolo da entrevista buscou entender como os atores integram, acessam e adaptam recursos em suas atividades de Cocriação de Valor (CCV) dentro do Ecossistema de Saúde (ESS) (BEIRÃO *et al.*, 2017), construindo os mapas de redes e definindo os atores focais com os quais se relacionam (CAIC *et al.*, 2019) e está resumido no Quadro 11. Os resultados desse bloco inicial das entrevistas estão descritos e analisados de acordo com o referencial teórico, no Bloco B – discussão dos resultados.

Quadro 11 – Perfil dos entrevistados, Mapa de Rede e Atores Focais

Blocos	Perfil dos Entrevistados	Autores de Referência
Bloco A Perfil dos entrevistados	Gênero; Idade; Titulação; Área de formação; Tempo de docência no ensino superior; Tempo de docência ou de trabalho na instituição; Tempo de atuação no Serviço de Assistência em Saúde das IES pesquisadas; Tempo como usuário dos serviços.	Del Lama <i>et al.</i> (2020)
Bloco B Mapa de Rede e atores focais	Apresentação de cartões, identificação dos atores focais e formação das redes, para Identificar: <i>Como procedem, como se relacionam com os pares, a quem se reportam, seus objetivos e as informações que trocam com outros atores, classificando e identificando os atores focais com os quais se relacionam, com as informações resultantes trocadas e benefícios obtidos a partir de sua interação com cada um dos atores.</i>	Pinho <i>et al.</i> (2014) Beirão <i>et al.</i> (2017) Caic <i>et al.</i> (2019)
B1 - Questão norteadora	Poderia organizar com esses cartões uma representação de como é o dia a dia e como se organizam os atores em relação ao atendimento ao usuário? E apontar se relaciona com quem?	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

As redes foram classificadas de acordo com Caic *et al.* (2019), que identificaram quatro tipos de rede de prestação de serviços, representadas graficamente (Figura 12):

1. RA - Redes Agrupadas: visualmente, apresentam todos os atores e mostram suas conexões, representando os diferentes fluxos de CCV e na qual o usuário, como ator central, é colocado em destaque, ou seja, identifica como cada usuário percebe e atribui valor aos atores que lhe prestam serviços em geral;

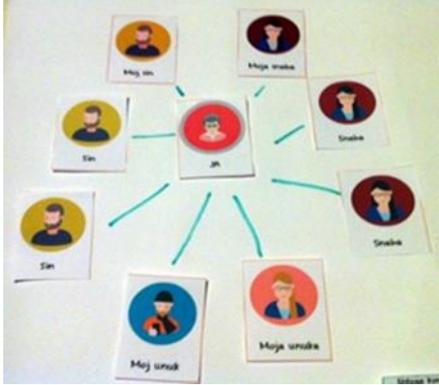
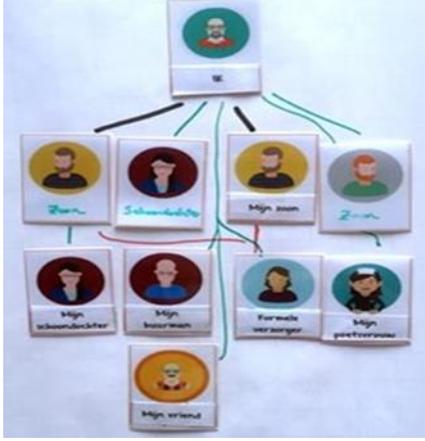
2. RF - Redes Focalizadas: o ator focal se localiza no centro e se conecta com os demais atores da rede por meio de conexões que representam atribuição de valor, como a frequência do contato do usuário com o prestador de serviço;

3. RH - Redes Hierárquicas: o ator focal se localiza no topo, conectado aos outros atores em ordem hierárquica, mais características de redes de cuidado formais, como os serviços prestados aos usuários por funcionários;

4. RHib - Redes Híbridas: características comuns a duas ou três redes.

Para a discussão sobre as redes desenhadas pelos entrevistados foram escolhidas redes representativas de cada tipo classificado por Caic *et al.* (2019).

Figura 12 – Tipos de rede

Tipos de rede	Diagrama de arquétipo de rede
1. RA – Rede Agrupada	
2. RF – Rede Focalizada	
3. RH – Rede Hierárquica	
4. Hib. – Rede Híbrida	

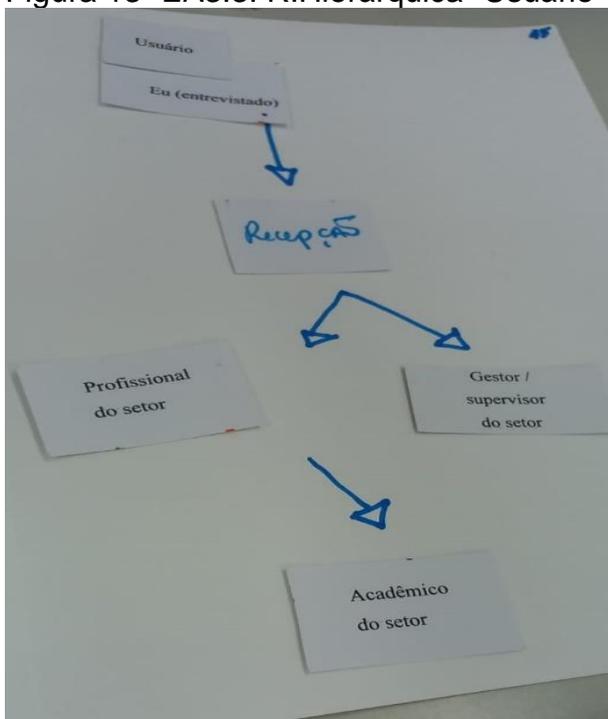
Fonte: Adaptado de Caic *et al.* (2019, p. 78)

4.2.1 Grupo A – Usuários entrevistados

O primeiro grupo de entrevistados foram os usuários dos serviços. Entre os 10 usuários entrevistados, 9 desenharam redes classificadas como hierárquicas (Figura 13) e apenas 1 como rede focalizada (Figura 14), representando o caminho que fazem para receber o atendimento, que podemos considerar como a descrição de um processo: o usuário passa por um médico externo, que o encaminha; então, sozinho ou acompanhado, dirige-se à recepção da IES, por indicação do médico, de amigos ou por já saber que aquela IES presta esse serviço e depois é atendido por alunos, professores e/ou gestores.

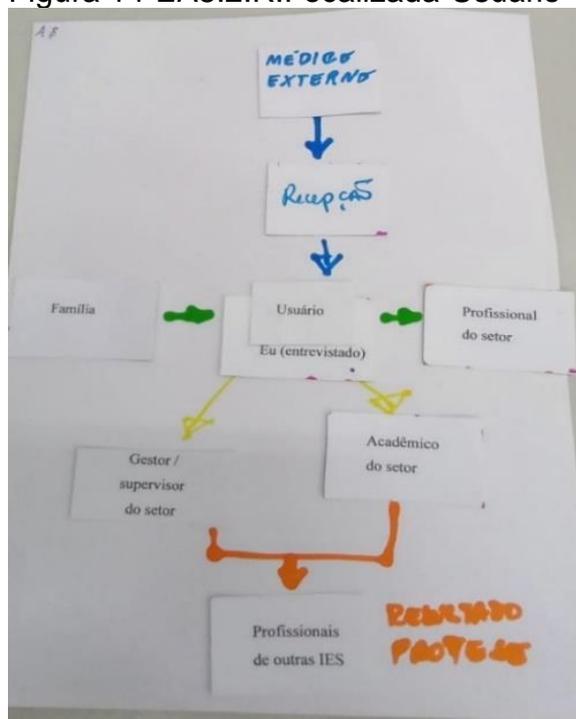
Apenas 1 usuário (entrevista EA8, Figura 14) representou graficamente sua rede de atendimento como focalizada, colocando-se no centro da rede de atendimento, porém, diferentemente do modelo de rede apresentado por Caic *et al.* (2019), esse usuário coloca-se no centro de um processo de atendimento, descrevendo os protocolos de encaminhamento pelo médico, acompanhamento da família, recepção e atendimento que ocorrem rotineiramente nas IES analisadas.

Figura 13- EA3:3. R.Hierárquica- Usuário



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Figura 14-EA8:2.R.Focalizada-Usuário



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

A diferença entre as redes desenhadas pelos usuários entrevistados e as redes desenhadas pelos usuários entrevistados no trabalho de Caic *et al.* (2019) pode ser explicada pelas características do público-alvo das duas pesquisas. Na pesquisa de Caic *et al.* (2019), foram entrevistados idosos atendidos pelo serviço público de saúde de países nórdicos e demonstram que a percepção de atendimento parte dos próprios usuários, os quais, usufruindo de uma estrutura de bem-estar social típica de países desenvolvidos, recebem serviços de saúde como direito e benefício que lhes são prestados diretamente em casa, daí suas redes mostrarem uma rede de serviços em que se sentem como os atores focais que recebem os atendimentos.

Já os usuários entrevistados nesta pesquisa são na maioria usuários do serviço público de saúde brasileiro e dos serviços prestados pelas IES analisadas, necessitando se deslocar até os pontos de atendimento da rede pública brasileira.

Depois de atendidos pelos médicos, encaminham-se para as IES, onde são recepcionados e atendidos pelos alunos e profissionais dessas instituições, razões pelas quais representam sua rede como um processo, no qual se inserem como componentes.

Às vezes se colocam como ponto de partida, refletindo a sua iniciativa, com ou sem a participação dos seus familiares e cuidadores, de buscar atendimento de saúde. Esse atendimento segue então como um processo de serviços que lhes são prestados, tanto pela rede pública, onde se destaca a figura do médico que encaminha para um tratamento, quanto das IES, que prestam esse serviço indicado. Ressalta-se que a prescrição médica é obrigatória para que as IES prestem esses serviços na área da saúde, conforme salientaram os profissionais das IES entrevistados:

R. Bom, **o usuário pode ser encaminhado por algum profissional, que não necessariamente tem vínculo com a instituição.** Então nós temos encaminhamentos externos e internos. A partir dessa informação, **o primeiro contato dele é com a equipe da recepção**, que fica responsável pelo agendamento, para passar com o serviço social [...]. **Fazem a triagem desse paciente**; claro, considerando o motivo pelo qual ele foi encaminhado, identificando as necessidades. A partir desse primeiro momento, dessa triagem, **ele é encaminhado para os setores.** (EB2 - grifo nosso).

As redes desenhadas pelos usuários estão de acordo com o que afirmaram Caic *et al.* (2019): as redes formadas cocriam valor e exercem influência direta na percepção dos serviços prestados. Encontram respaldo em Vargo e Lusch (2016), que consideram as redes como “ecossistemas de serviços autogovernados e autoajustados”: a CCV ocorre nos diversos pontos de intersecção entre os atores e o

processo de compartilhamento de necessidades e recursos. As interações diádicas entre os atores são apenas um dos componentes das redes (que podem ser consideradas como “nós”, cujo propósito é proporcionar meios que garantam as necessidades de bem-estar dos usuários) e são conectadas diretamente ao bem-estar de toda a rede, uma vez que uma rede bem organizada de atendimento configura-se como um ecossistema de bem-estar coletivo, cuja dinamicidade e força vital encontra-se justamente nesse compartilhamento de necessidades, valores e prestação de serviços representados pelos usuários entrevistados.

Diversos relatos dos usuários confirmam essa organização em rede que os levou aos serviços prestados pelas IES, seja por indicação de profissionais de saúde, seja por familiares e amigos, seja pelo motivo de, como munícipes vizinhos das IES, já serem conhecedores de que essas instituições prestam esse tipo de serviços em saúde para a comunidade, sendo referência na região:

R. Fui indicado por uma colega de trabalho que já faz fisioterapia aqui. (EA5).

R. **Quem me indicou foi um médico do SUS [...] Aí eu falei para o meu filho** e ele falou: “aí mãe, eu vou ver se eu consigo lá na faculdade”; ele conseguiu. (EA3 - grifo nosso).

R. **Faço parte** assim do Instituto do Sono em São Paulo, é **da USP**, no genoma humano, faço parte da **pesquisa das células-tronco sobre essa distrofia [...]**. Aí **as pessoas mandaram uma carta da USP** eu acabei apresentei na frente e provavelmente **a professora M. C., que fazia parte, ela acabou me aceitando aqui** e eu estou aqui até hoje. (EA4 - grifo nosso).

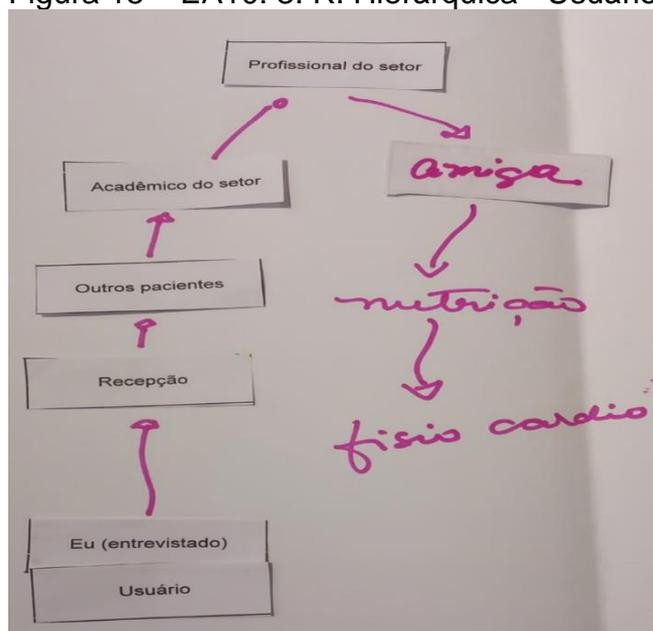
R. Foi isso o que eu fazia, aí quando foi aqui, **a minha colega ela já fazia aqui. Aí ela disse assim: vai lá ver se você consegue**, eu fui e falei com a L. [recepção] e ela falou assim: eu vou ver, eu vou falar com o professor. Aí ela me chamou lá, que era para começar. (EA7 - grifo nosso).

R. **Eu já sabia, trabalhei na administração da Prefeitura [...]**. Eu procurei a IES que entre todas era a melhor, fui bem acolhido. (EA8 - grifo nosso).

A Figura 15, com rede tipo hierárquica, desenhada pela entrevistada EA10, usuária, resume essa rede de indicações, ao colocar a “amiga”, que a indicou para o serviço de nutrição, como uma componente da rede, dentro do processo de serviços que são prestados para a usuária.

R. A minha amiga me encaminhou para a nutrição, que me encaminhou para a cardiopneumologia. (EA10).

Figura 15 – EA10: 3. R. Hierárquica - Usuário



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Concluindo esse grupo, verificou-se que os usuários entrevistados, em sua maioria, desenharam redes hierárquicas, representando o processo que fazem para receber o atendimento nas IES analisadas.

Identificou-se nessas redes uma diferença dos modelos de rede apresentados no trabalho de Caic *et al.* (2019), explicada pelas diferentes características do público-alvo das duas pesquisas: de um lado usuários de serviço público dos países nórdicos, que recebem atendimento domiciliar, onde a maioria se coloca como ponto focal dos serviços em saúde.

Do outro lado, os entrevistados nesta tese, que na maioria são usuários dos serviços públicos de saúde brasileiros, que necessitam se deslocar aos locais onde são prestados os atendimentos diversos e, por esse motivo, identificam suas redes de atendimento como um processo em que são mais um dos atores participantes.

Pontuando-se essa diferença entre as concepções de rede dos usuários, identificaram-se nesse grupo respostas concretas a Caic *et al.* (2019), uma vez que as redes desenhadas pelos usuários demonstram a influência direta que exercem na percepção dos serviços prestados e, por conseguinte, na forma com que os usuários cocriam valor.

Dessa forma, a CCV ocorre diretamente nas interações diádicas entre esses atores, que podem ser consideradas como os “nós” das redes, que, interligadas, configuram-se como um ecossistema de bem-estar coletivo.

Essa conclusão, que foi revelada aqui pela análise das redes desenhadas pelos usuários, está em consonância também com a “1ª característica-chave do bem-estar do ESS”, descrita por Frow *et al.* (2019): “O bem-estar do ESS tem uma multidimensionalidade complexa, envolvendo múltiplos atores e recursos, na perspectiva específica de avaliação por parte do ator”. Ou seja, a avaliação e a percepção de cada ator influenciam diretamente a sua participação na cocriação coletiva de valor que contribui para o bem-estar do ESS.

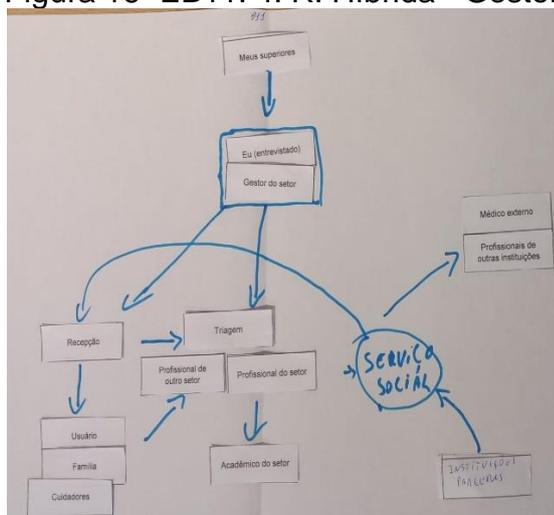
Oferece ainda uma resposta ao 4º Objetivo Específico desta tese, relacionado à PC 7 de Frow *et al.* (2016), ao identificar práticas criadoras de novos relacionamentos que geram oportunidades interativas em ESS, como a prática de indicar os serviços das IES para amigos e conhecidos.

O próximo grupo discutirá as redes formadas pelos gestores entrevistados e as conexões que demonstram uma visão ampla dos ESS pesquisados.

4.2.2 Grupo B – Gestores entrevistados

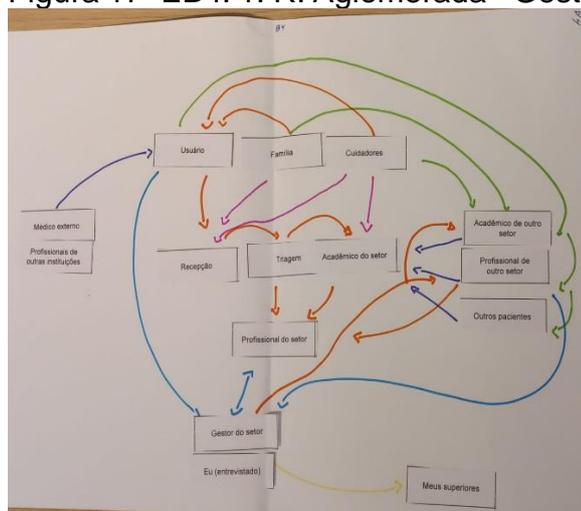
O segundo grupo (B) de entrevistados foram 12 gestores, desde os gestores das Clínicas-escolas aos gestores de cada curso e cada setor específico, dependendo da estrutura interna de cada IES. Três gestores desenharam redes híbridas (Figura 16) e três desenharam redes aglomeradas (Figura 17).

Figura 16- EB11: 4. R. Híbrida - Gestor



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Figura 17- EB4: 1. R. Aglomerada - Gestor

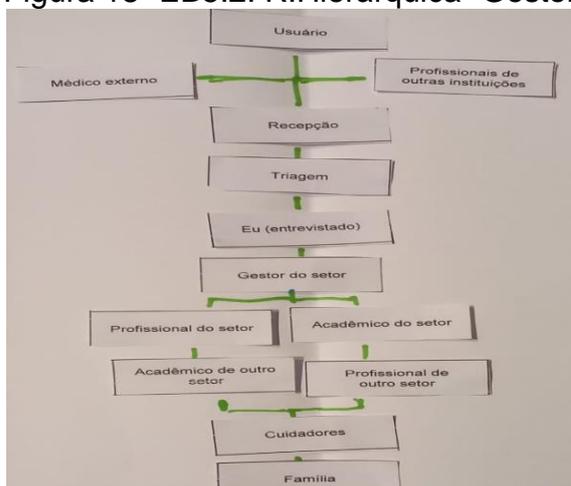


Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

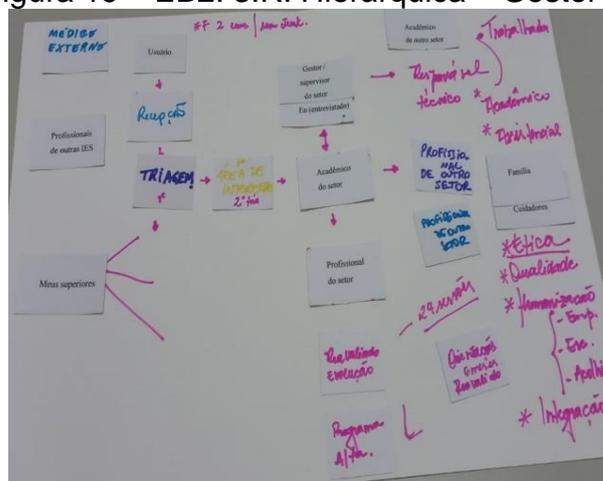
A predominância das redes desenhadas pelos gestores, 6 no total, foram as redes classificadas como hierárquicas, representadas nas Figuras 18 e 19,

salientando que alguns gestores desenharam redes mais detalhadas, com maior número de atores, para além das etiquetas apresentadas, fato decorrente da sua própria função, que envolve um olhar mais amplo para todos os atores envolvidos.

Figura 18- EB5:2. R.Hierárquica- Gestor Figura 19 – EB2: 3.R. Hierárquica – Gestor



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

É importante salientar que os gestores entrevistados, a exemplo dos usuários, descrevem os serviços prestados como um processo, que se organiza em redes, onde o usuário é um dos componentes, não sendo colocado em posição de destaque.

Nesse ponto encontra-se outro diferencial em relação à classificação de Caic *et al.* (2019), que descreveram as redes hierárquicas: “o ator focal se localiza no topo, conectado aos outros atores em ordem hierárquica, mais características de redes de cuidado formais, como os serviços prestados aos usuários por funcionários”.

Em função das características dos serviços prestados pelas Clínicas-escolas das IES analisadas nesta tese, a visão dos gestores envolve a proposta de instituições que são ao mesmo tempo prestadoras de serviço em saúde e instituições de ensino, tendo por esse motivo uma configuração que se assemelha mais a uma rede de trocas de valor.

Cada ator tem importância e as relações estabelecidas nessas trocas podem ser consideradas os nós das redes, enfatizando, porém, os alunos, que estão ali como objetivo das clínicas-escolas e os usuários, que usufruem desses serviços prestados, troca que pode ser caracterizada com um processo de CCV, tanto para o usuário quanto para o aluno.

Essa percepção está caracterizada na resposta da entrevistada EB12 à 1ª questão, sobre quem são os atores que ela considera focais:

R. Então, **aqui no serviço prestado pela Clínica-escola, eu acho que nós temos dois atores principais: o usuário e o aluno.** Eu vejo esses dois como os protagonistas dessa rede, que gira em torno dessas duas peças. Então, o aluno depende desse usuário para aprender e esse usuário depende também deste aluno para prestar o serviço de fisioterapia para ele; então acaba sendo uma troca entre esses dois personagens. (EB12 - grifo nosso).

Essa resposta da entrevistada EB12, gestora, está de acordo com fala do usuário EA6 que, respondendo à questão D6, sobre a relação entre os serviços prestados pela IES para a qualidade de vida da comunidade, salientou a importância desse serviço para a cidade, os usuários e também para os alunos dos cursos:

R. **E o fato de a universidade abrir para os moradores aqui** e tudo; então isso é muito bom, porque se não a gente vai recorrer para onde, não é? Querendo assim **somos dois lados, não é? É um profissional que precisa aprender e do outro lado uma pessoa que precisa de tratamento né? Então é importante para os dois.** (EA6 - grifo nosso).

Essa concepção da gestora EB12, corroborada pelo usuário EA6, está de acordo com Caic *et al.* (2019), segundo os quais o valor atribuído aos atores é identificado pelas experiências diárias de compartilhamento de serviços vivenciadas pelos atores, o que permite identificar os caminhos de valor que cocriam entre si.

A mesma gestora EB12 conclui definindo o papel dos professores em selecionar os usuários, buscando aqueles cujas patologias podem proporcionar maiores oportunidades de aprendizagem para os alunos, que, nesse momento, ela considera como atores principais na realidade de uma Clínica-escola:

R. Nós não temos nenhum vínculo direto com a prefeitura e isso favorece a rede de atendimento dentro desse espaço universitário. Então acho que isso **é um diferencial da Clínica-escola, onde o próprio professor ele pode selecionar o usuário pensando nesse ator principal dentro de uma Clínica-escola que é o aluno.** (EB12 - grifo nosso).

Esse tipo de atendimento que seleciona os usuários de acordo com as possibilidades de aprendizagem que proporcionam aos alunos difere um pouco de Polese *et al.* (2018), que afirmaram que a saúde possui características específicas para estruturar os serviços para o cuidado com o paciente. Esses serviços geram propostas de valor diferenciadas, e cocriadas a partir do compartilhamento de recursos, processos e serviços já institucionalizados na área da saúde, de assegurar a sustentabilidade do ecossistema de serviço e o bem-estar dos seus componentes.

Essa diferença em relação à concepção de Polese *et al.* (2018), que se reportam a processos tradicionais de atendimento aos usuários da saúde, como o atendimento por fila de espera, encontrada na resposta da gestora EB12, pode ser

explicada novamente pelo fato de os autores terem pesquisado hospitais, enquanto a pesquisa realizada nesta tese focou em Clínicas-escolas, onde o aprendizado do aluno é o objetivo do trabalho, sempre associado ao atendimento de qualidade ao público, selecionado e organizado pelos professores, encarregados de administrarem esses serviços com esse olhar mais amplo, acadêmico e assistencial, conforme salientado pela gestora EB12 na continuação da sua resposta à 1ª questão da entrevista:

R. No processo de ensino-aprendizado do meu aluno, ele também precisa ver uma criança, então às vezes um pedido para fisioterapia do idoso que chega até a recepção da Clínica, ele é um pedido que eu tenho lá 10 usuários que querem fazer fisioterapia, mas aí eu tenho uma criança que teve uma fratura, um tipo de queda, que também veio a mãe também veio procurar clínica para fazer o atendimento; e **o docente, como peça organizadora dessa rede, ele consegue gerenciar essa lista de espera** e às vezes chamar essa criança primeiro do que o idoso, que já está nessa lista há muito tempo. Então **essa característica da clínica de não ter vínculo com a prefeitura, obrigatório, de tocar o serviço, de fluxo de atendimentos, mas em pensar num processo ensino-aprendizado do aluno, é algo positivo nessa rede de atendimento.** (EB12 - grifo nosso).

Essa rede de indicação da IES para os usuários, por meio de parentes, amigos e profissionais de outras instituições, porque a IES já é uma referência para essa prestação de serviços em saúde no município, ocorre também pela oferta de um serviço com atendimento diferenciado e individualizado, onde cada paciente é acompanhado por um aluno, sob a supervisão de um professor, fato que é salientado em respostas dos gestores EB5 e EB6:

R. **(o paciente chega aqui) por indicação de outros pacientes, de profissionais que conhecem a gente**, aqui né até porque eu estava faz tempo que estamos aqui, então eles falam: pergunta pelo professor lá! Então o paciente vem conversar comigo; e aí, ou pergunta por outros professores também da casa, que estão aqui há algum tempo também [...]. **Essa procura é porque o atendimento é individualizado; muitas vezes eles falam: é porque aonde eu fui [na rede pública] para ser atendida é muita gente ao mesmo tempo.** [...] então **alguns profissionais, de algumas áreas específicas do SUS do município, que conhecem o serviço daqui; eles mandam [o paciente]** mas não é de um lugar só, eles mandam de vários lugares, de vários postos de saúde e professores também, e pessoas que conhecem a gente aqui, acaba encaminhando para cá. (EB5 - grifo nosso).

R: **Tem algumas [pessoas] que fazem indicação, por me conhecerem, ex-alunos que conhecem o trabalho [...] tem colegas de profissão que por terem a mesma experiência, se precisam indicar alguém por conta da região da moradia também indicam. Mas também tem alguns médicos da região que indicam** pra cá. Nunca tive contato pessoal com eles, mas eu acredito que é mais um conhecimento de que existe uma academia da região que atende a população. (EB6 - grifo nosso).

Concluindo este grupo, verificou-se que, entre os gestores entrevistados, houve mais equilíbrio na representação das redes de atendimento, entre híbridas e aglomeradas, com predominância das redes hierárquicas, salientando-se o fato de que alguns gestores desenharam redes mais detalhadas, com maior número de atores, fato decorrente da sua função, que envolve um olhar mais amplo para todo o ESS (PINHO *et al.*, 2014; BEIRÃO *et al.*, 2017).

Detectou-se aqui outro diferencial em relação à classificação das redes feita por Caic *et al.* (2019), que descreveram as redes hierárquicas como aquelas em que o ator focal se localiza no topo de uma ordem hierárquica entre os atores, identificando uma rede de cuidado formal e convencional nos serviços de saúde tradicionais.

Já as Clínicas-escolas das IES analisadas nesta tese são instituições com duas características básicas: prestar serviços de saúde à população e ser instituições de ensino, configurando-se como redes de trocas de valor.

Nessas redes de troca de valor, cada ator tem importância e as relações e as trocas de serviços entre os atores geram a Cocriação de Valor, assim como identificado por Caic *et al.* (2019) e por Polese *et al.* (2018), porém com o diferencial de que esse valor gerado tem, como atores focais, tanto os usuários quanto os alunos.

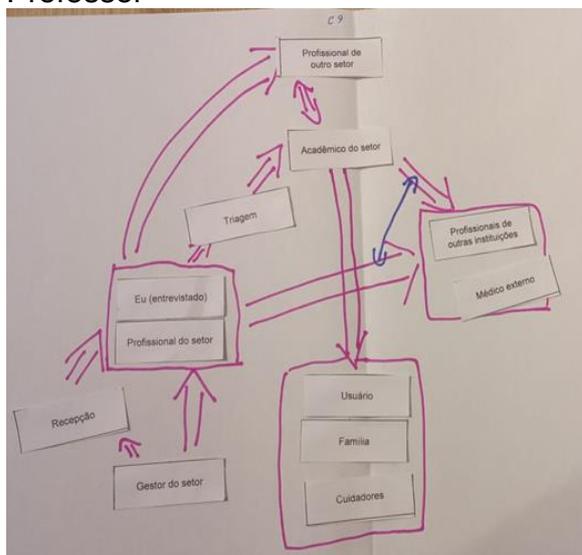
As redes desenhadas pelo gestores permitem então responder aos Objetivos Específicos 1 e 2 desta tese, o 1º relacionado à PC4, de Frow *et al.* (2016), de analisar PPCV que impactam o ESS a partir de suas estruturas e o 2º relacionado à PC 5, de analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS, uma vez que demonstram um serviço estruturado física e conceitualmente, para atender dois objetivos focais: prestar serviços de saúde à população e formar, na vivência prática da aplicação dos conhecimentos acadêmicos, os novos profissionais de saúde.

O próximo grupo analisará as redes desenhadas pelos professores.

4.2.3 Grupo C – Professores entrevistados

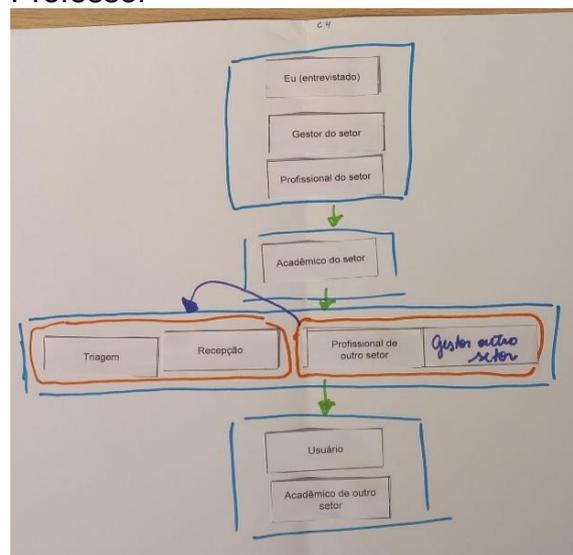
O terceiro grupo (C) de entrevistados corresponde aos professores, 9 ao todo. Destes, 1 desenhou rede híbrida, 3 desenharam redes agrupadas e a rede predominante foi a hierárquica, com 5 respondentes (Figuras 20 e 21).

Figura 20- EC9:1.R.Agrupada-Professor



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Figura 21- EC4:3.R.Hierárquica-Professor



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Observando-se a distribuição dos tipos de redes desenhadas pelos professores, nota-se inicialmente a predominância das redes hierárquicas e indicadoras de um processo de atendimento. À semelhança dos gestores, essa constatação parece indicar a própria estrutura de funcionamento das prestações de serviços nas IES analisadas, porém um detalhe que aparece na rede desenhada pelo entrevistado EC4 (Figura 21) é a configuração dos atores em blocos. Inicialmente, o professor desenhou um bloco onde se encontram ele próprio, o gestor e outros profissionais do setor; depois deixou em um bloco separado os alunos do próprio setor; em seguida, profissionais da triagem, recepção e outros setores, para só depois colocar o usuário, incluindo os alunos de outros setores, o que pode indicar um processo que tem como ponto final o usuário. O aluno de outro setor indica que esses alunos também podem atender ou ao menos conhecer esse usuário e o atendimento que o setor oferece.

Esse entendimento da organização dos grupos de atores em blocos também foi encontrado na rede agrupada desenhada pela entrevistada EC9, que apresentou uma visão mais ampla dos relacionamentos que ocorrem ao longo do processo de prestação de serviços na rede.

Essa configuração em blocos indica uma percepção de pertencimento desses atores ao ecossistema e uma consciência da sua importância como atores que desempenham uma função-chave nos ecossistemas estudados, percepção e consciência que fazem eco a Koestler (1973) que, ao definir as relações internas que

movimentam os sistemas complexos, afirmou que neles a convivência é partilhada por duas tendências: uma é a “consciência da individualidade”, de característica autoafirmativa, onde o indivíduo se percebe como pessoa, portador de unicidade e diferenciabilidade; outra é a “consciência gregária”, de característica integradora, que proporciona essa sensação de pertencimento ao ecossistema.

Wajid *et al.* (2019) complementam essa percepção, ao associarem a Lógica Dominante de Serviço (LDS) à teoria das redes e à Cocriação de Valor (CCV), onde a integração de recursos dos atores está relacionada diretamente à posição que ocupam e à força e ao tipo das relações que estabelecem na rede.

Pode-se inferir que os professores se reconhecem como atores importantes na rede, mediadores das trocas de serviços que ocorrem entre os atores, na dupla função de supervisionar os alunos e de proporcionar atendimento de qualidade para os usuários. Isso foi identificado na resposta do professor EC4, referindo-se à sensação que tem em relação ao trabalho que realiza de atendimento ao público e orientação aos alunos, ressaltando o diferencial de atendimento da IES, que visa uma orientação de saúde geral e não apenas o cuidado com os “músculos e estética”, tradicionais em academias de musculação, que não possuem essa proposta pedagógica:

R. Está sendo bem gratificante. Eu não venho com um fardo nas costas, falando: ‘puxa, vou ter que trabalhar’; não, eu venho com prazer para trabalhar aqui, com desafios diários, não de controle, mas de condução dos exercícios, de poder ajudar os estagiários que estão aí; eu falei [para eles]: ‘pô! Vê! Enxerga diferente! Tem esse mundo diferente do que essa coisa de academia de inflar músculo, tem mais coisas além disso’. (EC4).

A entrevistada EC9, que desenhou uma rede agrupada (Figura 20), reportou uma sensação similar, de satisfação com o trabalho e de pertencimento e reconhecimento do seu valor no ecossistema, reforçando a importância que todos os atores têm para esse compartilhamento de valores, sem destacar um ator que considere focal. Esse comportamento gera adesão do usuário ao tratamento, que é a identificação que esse usuário desenvolve com a proposta de prestação de serviços da IES. Quando não há essa adesão, segundo a professora, o usuário tende a não aderir ao tratamento:

R. Eu, na realidade, **eu não consigo ver um ponto focal, porque nenhum trabalho é sozinho aqui; se eu não tiver usuário eu não vou ter que ter aluno e eu não vou ter que ter professor, porque o aluno precisa aprender, para aprender não adianta ele só ter um professor; o professor pode falar, a gente fala muita coisa, mas ele precisa ter a prática também. O professor, se não tiver alunos, se não tiver paciente,**

não tiver usuário, ele também não ensina [...] e olha, eu me realizo muito atendendo os meus pacientes, eu falo os meus pacientes, mas não são meus, são de todos, não é? **Eu me realizo muito, eu gosto muito do que eu faço, então assim, eu saio 'leve' daqui. [...]** mas eu gosto do que eu faço, eu gosto de ensinar o aluno, eu gosto de atender os pacientes, porque os nossos pacientes também são diferentes, não é? Porque a partir do momento que eles começam a perceber que eles estão servindo para ensinar alguém, para fazer alguém crescer, eles se sentem mais importantes ainda; então isso eu acho que é muito né, tanto que **o paciente que não gosta disso, ele acaba não aderindo ao tratamento.** (EC9 - grifo nosso)

R. **A Farmácia-Escola, então, presta um serviço aos usuários do Sistema de Saúde do nosso município**, disponibilizando a eles alguns medicamentos que a gente acaba manipulando aqui na nossa farmácia. [...] eu sou a profissional que cuida da manipulação lá dentro do laboratório e eu tenho então o auxílio dos alunos do curso de farmácia; [...] preparamos e voltamos com esse medicamento para a recepção; onde a pessoa vai voltar no outro dia para retirar. (EC6 - grifo nosso).

Finalmente, na descrição de quais são os atores focais dessa rede de relacionamentos que ocorre na prestação de serviços em saúde da IES, a entrevistada EC7 apresenta-se também como ator focal, junto aos alunos e usuários, demonstrando consciência do papel de cada ator na rede.

R. [os atores focais são:] o usuário, claro; o profissional que vai atendê-lo, o aluno que vai atendê-lo e nós professores, que vamos instruir esses acadêmicos de como fazer. (EC7).

Concluindo a análise das redes formadas pelo grupo dos professores, identificou-se percepção de pertencimento ao ESS e consciência da sua importância como atores-chaves, mediadores das relações entre os usuários, familiares e cuidadores, os profissionais e alunos, de acordo com os conceitos de “consciência da individualidade” e “consciência gregária”, geradas pelas relações dos atores que dinamizam os ecossistemas (KOESTLER, 1973).

Essa consciência do próprio papel de mediador no ecossistema, identificada nas respostas dos professores, responde ao Objetivo Geral desta tese, ao permitir a associação entre o conceito da LDS, identificada na sensação de “bem-estar”, relatada pelos professores ao prestarem serviços de qualidade aos usuários e alunos e o conceito da CCV, identificado nas PPCV que desenvolvem junto aos alunos e usuários.

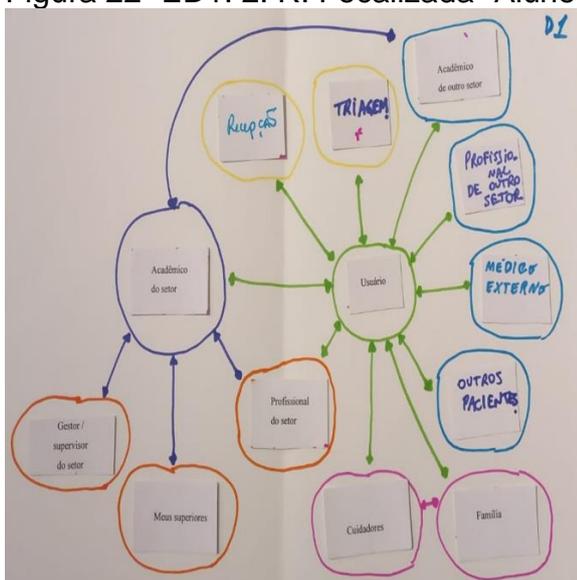
Essas PPCV estimulam a identificação dos usuários à proposta de serviços das IES pesquisadas e a sua consequente adesão ao processo.

O próximo grupo apresenta as redes formadas pelos alunos.

4.2.4 Grupo D – Alunos entrevistados

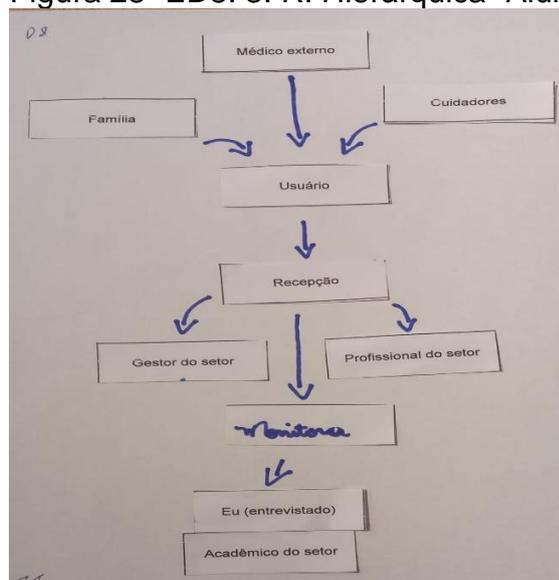
O quarto grupo (D) de entrevistados corresponde aos alunos-estagiários, 10 ao todo. Destes, 1 desenhou rede focalizada, 1 desenhou rede híbrida, 3 desenharam redes agrupadas e a rede predominante também foi a hierárquica, com 5 respondentes (Figuras 22 e 23).

Figura 22- ED1: 2. R. Focalizada- Aluno



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Figura 23- ED8: 3. R. Hierárquica- Aluno



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

O destaque para a rede focalizada (Figura 22), desenhada pela entrevistada ED1, é a existência de 2 atores focais: usuários e alunos. Aponta o usuário como ponto focal de um grupo de muitos atores e a si própria, estagiária, como ponto focal de um grupo mais restrito, composto pelo professor, gestor e “superiores”. Na rede que desenhou, identifica uma relação direta como o usuário, que decorre do fato de trabalhar diretamente com esse ator no dia a dia e com os professores e gestor, que são os que a supervisionam no estágio.

Ao colocar a si e ao usuário como pontos focais da rede, a entrevistada ED1 faz eco ao que apontou a entrevistada EB12, gestora de outro setor, que identifica dois atores focais na Clínica-escola: o usuário e o aluno. Saliencia-se o fato de que a entrevistada ED1 colocou-se em posição de destaque em relação ao professor e gestor do curso, demonstrando consciência do próprio valor, bem definida dentro da rede, explicitada na sua resposta sobre propósitos comuns a todos os atores:

R. A gente é bem alinhado nesse sentido, assim, funciona bem como equipe mesmo, como equipe, não é? Para atender o usuário. (ED1).

Essa consciência demonstrada pela entrevistada ED1 tem suporte na pesquisa de Wajid *et al.* (2019), que consideram a autoconsciência de valor como resultado do engajamento dos atores nas práticas de compartilhamento de recursos dentro da rede e do valor coproduzido ao lado dos demais atores com os quais se relacionam, reportando-se aqui ao conceito de Coprodução de Valor de Ranjan e Read (2016).

Essa consciência da importância do seu papel no ecossistema está diretamente relacionada à PC7 (“Práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais da tipologia”), da tipologia de Frow *et al.* (2016), que Wajid *et al.* (2019) classificam como “incorporação cultural”, onde determinado ator alinha as normas, símbolos e valores do ecossistema ao seu desempenho e à compreensão do seu papel e desenvolve práticas e percepções de pertencimento, lealdade e comprometimento com os serviços prestados, os atores e valores compartilhados.

Essa compreensão do seu próprio papel e lugar na rede como atora focal, demonstrada pela entrevistada ED1, difere da compreensão demonstrada pelos alunos que desenharam redes hierárquicas (Figura 23), aqui exemplificadas pela entrevistada ED8, que se reconhece como o ponto final de um processo hierárquico de organização, colocando o usuário em papel de destaque, seguido da recepção e da monitora que a supervisiona, concepção que reflete o dia a dia vivenciado por essa aluna, que faz um contato com o usuário que é mediado diretamente pela recepção e monitora do setor, com quem interage de forma mais perene no cotidiano da prestação de serviços, sem aparentemente demonstrar uma consciência mais ampla do seu papel na rede.

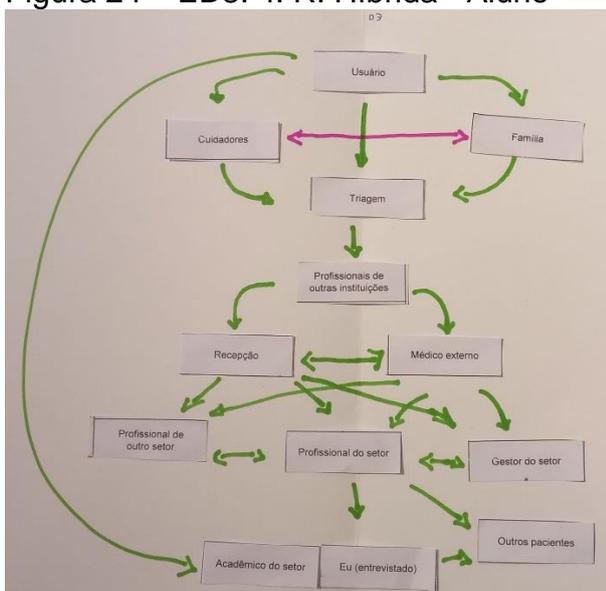
Essas duas concepções também podem ser analisadas por outra perspectiva, se considerarmos que talvez a entrevistada ED1 possa supervalorizar seu papel na rede, ou pelo fato de estar há mais tempo no setor (4 meses), enquanto a entrevistada ED8 parece ter uma visão mais realista, ou menos autovalorizada, da sua posição como estagiária, que também pode se dever ao fato de atuar há apenas 1 mês no setor, não tendo ainda desenvolvido uma sensação de pertencimento e uma autoconsciência do seu papel.

Essa duplicidade de visões pode ser um desdobramento desta pesquisa, como possibilidade de estudos futuros, mais focados nas percepções e consciência do papel que cada ator desempenha nos ecossistemas a serem estudados.

Em outro enfoque, o aluno ED3, com experiência de 6 meses de estágio, desenhou uma rede caracterizada como rede híbrida (Figura 24) e, ao descrevê-la, alertou para as dificuldades que os usuários enfrentam ao percorrerem todas as etapas de atendimento até chegarem aos alunos, para executarem os protocolos de atividades, prescritos para eles, dificuldades que ele caracterizou como “confusão”, demonstrando visão das atribuições diárias na prestação dos serviços em saúde.

R. Então normalmente eles [usuários] chegam aqui sempre por intermediadores; são profissionais de outras instituições; esse profissional de saúde vai encaminhar para o nosso médico externo, ou ligar na recepção, para ver como estão os agendamentos para esse paciente; a partir desse momento e já começa essa “bagunça” que eu relatei aqui, que é onde o médico conversa com a recepção e vice-versa, pra ver se tem como encaixar esse paciente nesses programas; [...] após a recepção, ele vai manter contato com o gestor do setor e com o profissional do setor e junto a esses dois, um profissional de outro setor, para saber qual é a viabilidade de trabalhar com esse método multiprofissional; chegando nesse momento é feito esse filtro total do professor, do gestor do setor e tudo mais, esse paciente chega a nós, ao nosso conhecimento; a primeira sessão é uma sessão mais de avaliação então é ali que você começa a conhecer as particularidades de cada paciente; depois esse paciente vai ter contato com outros, que é onde ele vai entrar no processo de tratamento e aí onde esse usuário vai chegar pra gente, depois de toda essa cadeia. (ED3 - grifo nosso).

Figura 24 – ED3: 4. R. Híbrida - Aluno



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

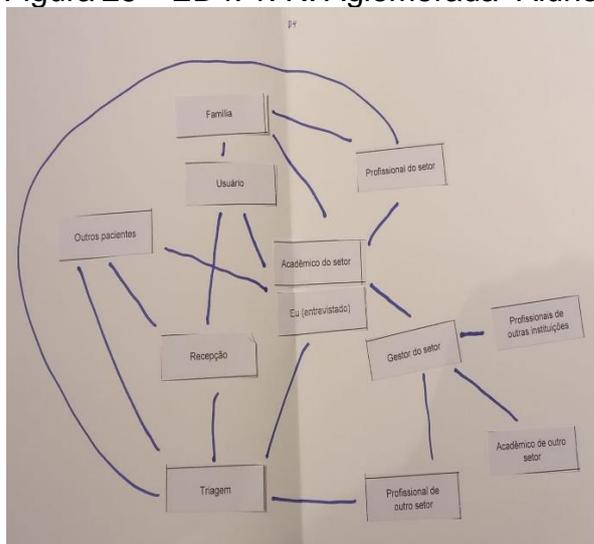
Para outros alunos entrevistados não transpareceu na resposta qualquer desconforto em relação ao atendimento, sinalizando que consideram como parte do protocolo todas as etapas percorridas pelos usuários até receberem o atendimento prescrito. Para esses alunos veio mais em relevo o acolhimento, a evolução e o estreitamento dos laços de relacionamento que desenvolvem com os usuários.

A rede desenhada pelo aluno ED4, aglomerada (Figura 25), apesar ser comparável à parte aglomerada do aluno ED3 (Figura 26), ao ser comentada por ED4, reflete uma percepção menos caótica do processo de atendimento ao usuário, retratando que ED4 está mais confortável com o processo, da mesma forma que a rede hierárquica desenhada por ED5. Ambos, ED4 e ED5, salientaram mais o relacionamento que estabelecem com os usuários.

R. Então, chegou um novo usuário aí, **a gente tem primeiro um momento de avaliação do conhecimento do usuário, com relação às nossas atividades;** e dali para frente **a gente encaminha para os devidos serviços:** uma avaliação ou treino e daí **o relacionamento com usuário começa a se estreitar cada vez mais porque, como você trabalha com o corpo, acaba falando sobre o corpo dele, a forma como ele vai se movimentar e isso vai trazendo o usuário cada vez mais próximo de você;** então você tem um relacionamento bem intenso com o usuário, muitas vezes ele vai desabafar: hoje estou mais cansado, então o relacionamento geralmente é bem próximo. (ED4 - grifo nosso).

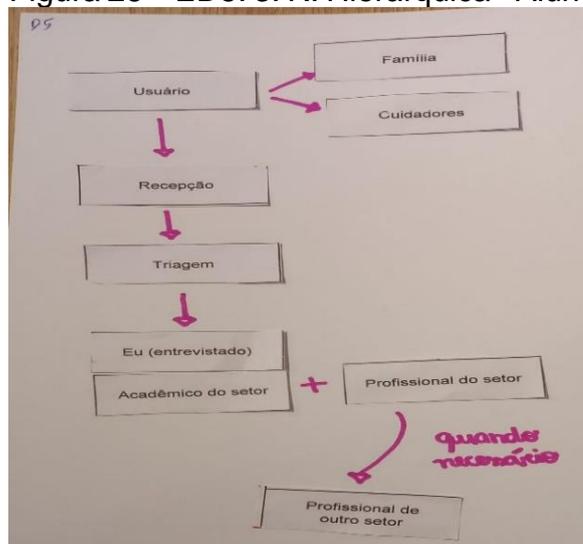
R. **Depende muito da condição do paciente.** [...] assim que ele chega e geralmente costumamos perguntar como ele está, como que ele passou a semana, se está tudo bem, se aconteceu alguma coisa depois dessa sessão, se melhorou ou se piorou; pra eu poder fazer uma triagem “entre aspas” assim como que eu vou conduzir ele naquele dia; se ele está bem vai ser de uma forma, se ele não tiver um bem vai ser de uma outra. (ED5 - grifo nosso).

Figura 25 – ED4: 1. R. Aglomerada- Aluno



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Figura 26 – ED5: 3. R. Hierárquica - Aluno



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Em conclusão à análise das redes desenhadas pelos alunos, inicialmente encontra-se a mesma concepção dos dois atores focais identificada nas repostas dos gestores e professores, ressaltando o caráter de Clínica-escola das IES pesquisadas e o engajamento consciente dos alunos na prestação e recebimento de serviços (o ensino-aprendizagem, no caso).

O engajamento e troca de serviços caracterizam-se como PPCV que geram nesses atores a “incorporação cultural da autoconsciência de valor” e de pertencimento ao ESS como atores focais (WAJID *et al.*, 2019), que coproduzem valor (RANJAN; READ, 2016) e fazem eco à PC7 da tipologia de Frow *et al.* (2016) que trata das PPCV geradoras de novos relacionamentos e interações.

Também foram detectadas respostas de alunos que reconhecem menos essa geração de valor no estágio que praticam e ressaltam mais as dificuldades que os usuários e os próprios alunos encontram durante o desenrolar do processo de atendimento. Essa diferença de percepção indica uma possibilidade de estudos futuros, focados nas percepções e consciência do papel que cada ator desempenha nos ESS.

Porém, todos os alunos reportaram os valores de acolhimento e de estreitamento dos laços de relacionamento que desenvolvem com os usuários, uma vez que são esses atores que acompanham as atividades e exercem a prestação direta dos serviços no dia a dia das IES pesquisadas.

Os valores de acolhimento e pertencimento aos ESS e as dificuldades reportadas pelos alunos apresentam resposta ao Objetivo Específico 1 e à PC4 desta tese, confirmando que as estruturas e os procedimentos que contextualizam os ESS impactam diretamente as PCCV que ocorrem entre os atores.

4.2.5 Grupo E – Funcionários entrevistados

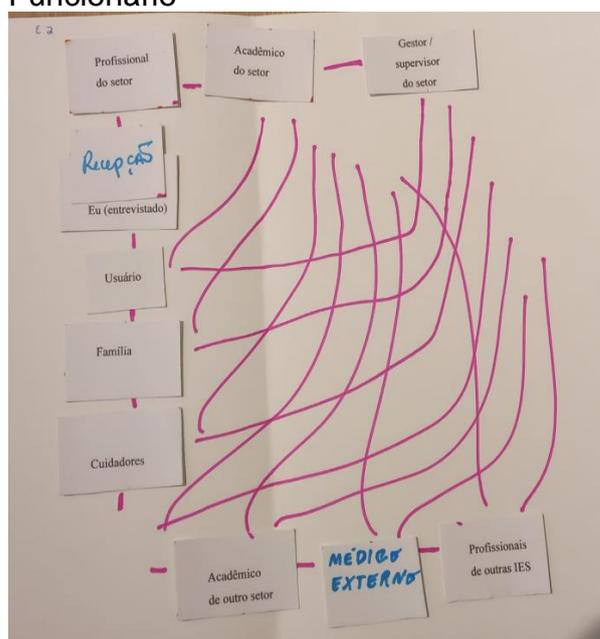
O quinto grupo (E) de entrevistados corresponde aos funcionários, 9 ao todo. Destes, 2 desenharam redes agrupadas, 2 desenharam redes híbridas, e a rede predominante também foi a hierárquica, com 5 respondentes (Figuras 27 e 28).

Tanto na rede hierárquica quanto na agrupada, as funcionárias da recepção, entrevistadas EE2 e EE8 demonstram tanto a sua função de recepção e encaminhamento dos usuários quanto a visão sistêmica que possuem, devido ao fato de que precisam conhecer todos os setores e serviços prestados, bem como os

contatos externos que encaminham os usuários, para, dessa forma, realizar o encaminhamento adequado dos usuários.

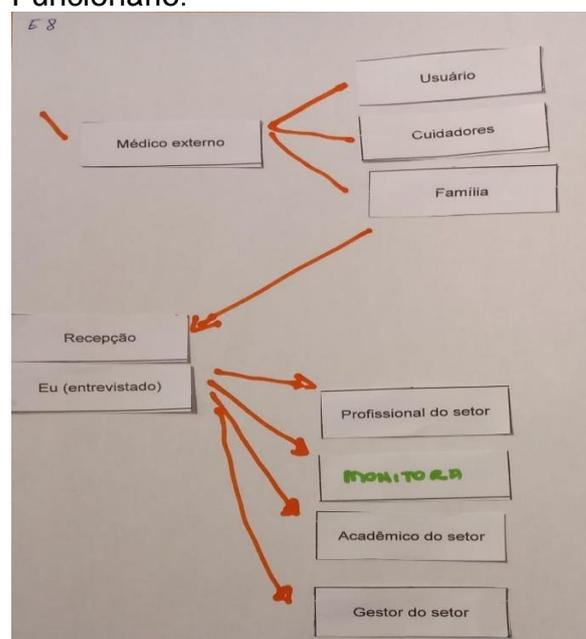
Essa concepção ampla, voltada para os processos de atendimento aos usuários e para os procedimentos internos dos ESS, demonstrada pelas funcionárias da recepção, se coaduna com Hlongwane e Grobbelaar (2022), que tratam do fortalecimento dos níveis de confiança que se estabelecem entre os atores de um ecossistema, como fruto das informações compartilhadas, que se imbricam em redes de aprendizagem e criação perene de valor, edificando e solidificando laços fortes entre os atores, que proporcionam metas e cultura comuns a toda a rede, confirmando a CCV nesses ESS.

Figura 27 – EE2: 1. R. Agrupada - Funcionário



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

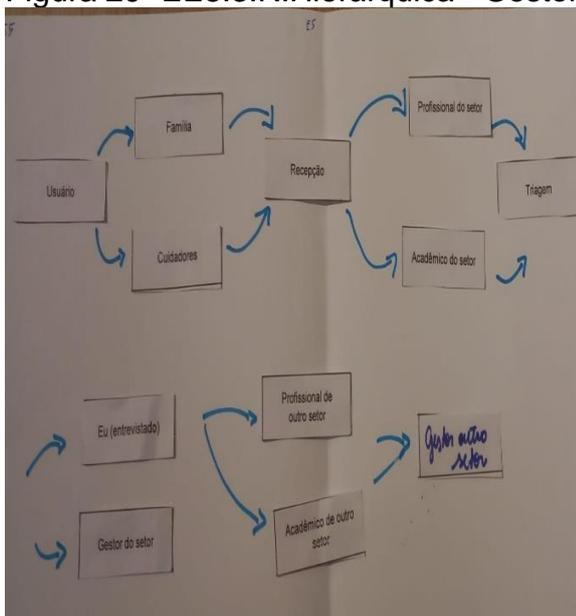
Figura 28 – EE8: 3. R. Hierárquica - Funcionário.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

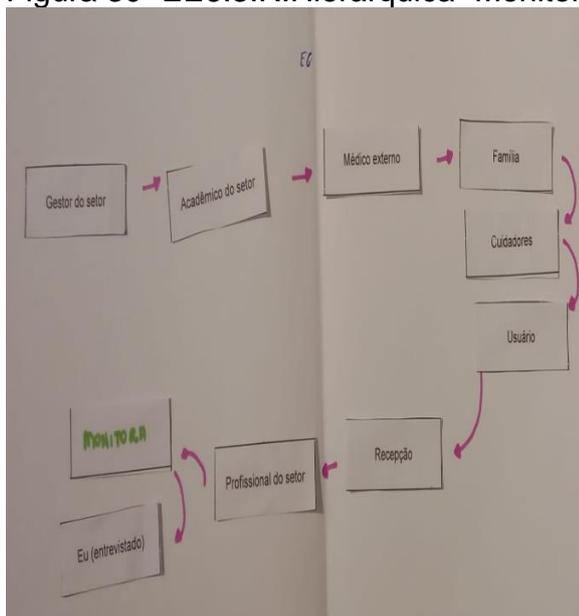
Já os funcionários como gestores de setor e monitores (Figuras 29 e 30) tendem a compreender o ecossistema como rede hierárquica, que segue o processo de atendimento padronizado nas IES, colocando-se com uma peça desse processo.

Figura 29- EE5:3.R.Hierárquica - Gestor



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Figura 30- EE6:3.R.Hierárquica- Monitor



Fonte: Elaborada pelo autor, 2022

Essas duas concepções do processo de atendimento confirmam o que Wajid *et al.* (2019), supracitados, afirmaram: ao se discutir as redes formadas pelos professores, a posição que os atores ocupam na rede e as relações que estabelecem determinam a sua percepção do ecossistema, que está ligada diretamente à Lógica Dominante de Serviço (LDS), uma vez que o tipo de serviço que prestam na rede é fundamental à sua concepção de como essa rede se estrutura.

Conforme identificou-se nas redes desenhadas, a lógica de prestar serviço e gerar valor cocriado, seja ao usuário, seja aos alunos e aos demais atores, é a própria razão de existência e propósito das Clínicas-escolas das IES analisadas, de acordo com a perspectiva dos atores entrevistados, fato que fica bem caracterizado na resposta da entrevistada EE8, que ressaltou a organização do serviço e do relacionamento entre os atores como um grupo que se atua em rede:

R. A gente, nós somos assim um grupo, não é? tem que se ligar um ao outro, tem que funcionar, tem que um tem que estar ligado no outro. (EE8).

Analisando-se as redes formadas pelos funcionários, identifica-se uma resposta ao 3º Objetivo Específico desta tese, relacionado à PC 6 de Frow *et al.* (2016), que diz respeito às práticas que impactam o acesso a recursos em ESS, cujo gerenciamento é realizado operacionalmente tanto pelas funcionárias que atuam na recepção e realizam o encaminhamento quanto pelos monitores e supervisores que coordenam a prestação de serviços por parte dos professores e alunos.

Em função dessa característica do serviço que os funcionários executam, percebe-se o desenvolvimento de uma visão ampla do funcionamento do ESS que, de acordo com Hlongwane e Grobbelaar (2022), ancora-se nos níveis de confiança que se estabelecem entre os atores, fruto das informações que necessitam ser compartilhadas com os funcionários, seja pelos usuários, familiares e cuidadores, seja pelos professores, alunos e gestores, informações que são vitais para o adequado gerenciamento do fluxo de atendimentos e de prestação de serviços dentro dos ESS e que estabelecem laços fortes de relacionamento entre os atores e propiciam a relação entre a lógica de servir (LDS) e a CCV nos ESS, Objetivo Geral desta tese.

4.2.6 Bloco B – Conclusão

Em conclusão à discussão sobre os resultados encontrados no Bloco B desta pesquisa, que analisou os Mapas de Rede e Atores Focais desenhados pelos entrevistados, de acordo com a metodologia do Mapa do Ator da Rede de Valores (MARV), referendada por Pinho *et al.* (2014), Beirão *et al.* (2017) e Caic *et al.* (2019), encontra-se uma primeira resposta que confirma o Objetivo Geral desta tese, que questiona se a percepção dos atores participantes de ESS, identificadas pela tipologia de análise de Ecossistemas de Frow *et al.* (2016), podem descrever a relação entre a LDS e as PCCV que se estabelecem nos relacionamentos e compartilhamento de serviços e valores entre as redes que se estabelecem dentro do ecossistema.

Pode-se concluir que o Objetivo Geral desta tese se confirmou já no primeiro bloco de questões, que solicitou aos entrevistados desenharem a sua concepção de como se estruturam os ecossistemas em que atuam. Ao representar graficamente as redes organizacionais dos ESS, os entrevistados confirmaram que as relações de prestação e recebimento de serviços de saúde nas IES pesquisadas caracterizam-se como PPCV expressas na tipologia aplicada, dão forma e demonstram as relações entre os conceitos de LDS e CCV que ocorrem nesses ecossistemas.

Em conclusão à análise do Bloco B, identificou-se o conceito de “ressonância do serviço” proposto por Caic *et al.* (2019), ao se confirmar que os atores entrevistados atribuíram valores diferenciados ao mesmo serviço que prestam ou recebem, em consonância com os seus próprios modelos mentais, fato que influencia diretamente a CCV que exercem nos ESS analisados.

Esse conceito de Caic *et al.* (2019) permitiu uma análise mais acurada sobre a ressonância diferenciada que cada serviço provoca em cada ator e nas redes formadas pelas conexões que os serviços estabelecem entre eles. Esse foi o ponto de conexão para as respostas que o Bloco B ofereceu para os Objetivos desta tese.

O resumo das conclusões do Bloco B encontra-se no Quadro 12. Em seguida, no Bloco C, será analisado cada item do formulário aplicado, a partir das respostas de cada entrevistado, organizadas em blocos e relacionadas à bibliografia de referência.

Quadro 12 – Bloco B: Quadro resumo

Bloco B resumo	Mapas de Rede e Atores Focais: Identificação dos atores e formação das redes (PINHO <i>et al.</i> , 2014; BEIRÃO <i>et al.</i> , 2017; CAIC <i>et al.</i> , 2019):		
Dados analisados:	Como os atores procedem, como se relacionam com os pares, a quem se reportam nesse trabalho, objetivos e informações que trocam; Classificação e identificação dos atores focais com os quais se relacionam, com as informações resultantes trocadas e benefícios obtidos a partir de sua interação com cada entidade.		
B1 - Questão norteadora:	Poderia organizar com esses cartões uma representação de como é o dia a dia e como se organizam os atores em relação ao atendimento ao usuário? Quem se relaciona com quem?		
Respostas aos Objetivos da tese:	1. Resposta ao Objetivo Geral: As redes desenhadas confirmam que as relações de prestação e recebimento de serviços de saúde nas IES pesquisadas caracterizam-se como PCCV, expressas na tipologia aplicada e moldam e demonstram as relações entre a LDS e a CCV nos ESS.		
	2. Resposta aos Objetivos Específicos: o conceito da Ressonância de Serviço (CAIC <i>et al.</i> , 2019) indica que os atores atribuem valores diferenciados a um mesmo serviço, em consonância com seus próprios modelos mentais. Influência direta na CCV nos ESS e é ponto de conexão entre as repostas e os objetivos desta tese.		
Entrevistados e tipo de rede:	PCCV identificadas e propostas	Respostas aos Objetivos desta tese e conexões com o referencial bibliográfico	Referências
Usuários (10) 9 Redes Hierárquicas. 1 Rede Focalizada.	1. Redes; influência na percepção dos serviços e CCV.	1. Usuários identificam suas redes de atendimento como um processo, em que são atores participantes e não focais.	Caic <i>et al.</i> (2019)
	2. Redes: “ecossistemas de serviços autogovernados e autoajustados”.	2. Resposta ao Objetivo Específico 4 (PC 7): identificar práticas criadoras de novos relacionamentos que geram oportunidades interativas em ESS, como a prática de indicar os serviços das IES para amigos e conhecidos.	Vargo e Lusch (2016)
	3. Redes: CCV por interações diádicas (nós) entre atores; interligadas - ESS - bem-estar	3. “1ª característica-chave do bem-estar do ESS”, onde a avaliação e percepção de cada ator influencia diretamente a sua participação na cocriação coletiva de valor que contribui para o bem-estar do ESS.	Caic <i>et al.</i> (2019)
Gestores (9) 6 Redes Hierárquicas. 3 Redes Híbridas. 3 Redes Aglomeradas.	4. Redes: Equilíbrio nos tipos e mais detalhadas	4. Função, que envolve um olhar mais amplo para todo o ESS.	Pinho (2014); Beirão <i>et al.</i> (2017)
	5. Redes: Gestores em igualdade com os outros atores, mesmo em redes hierárquicas – serviço-processo	5. Diferença da concepção de redes hierárquicas de Caic <i>et al.</i> (2019) e Polese <i>et al.</i> (2018): seu universo de pesquisa são instituições de saúde tradicionais, hierarquizadas, com médico / gestor ou os usuários no topo; ao contrário das IES analisadas: Clínicas-escolas - atores focais: usuários e alunos - todos os atores: peças-chave.	Caic <i>et al.</i> (2019); Polese <i>et al.</i> (2018)

	6. Redes: gestores caracterizam os IES pesquisados como redes de troca de valor entre todos os atores, com 2 objetivos focais	6. Resposta aos Objetivos Específicos 1 (PC 4) e 2 (PC 5): demonstram um serviço estruturado, física e conceitualmente, para atender dois objetivos focais: prestar serviços de saúde à população e formar, na vivência prática da aplicação dos conhecimentos acadêmicos, os novos profissionais de saúde.	Frow <i>et al.</i> , (2016)
Professores (9) 5 Redes Hierárquicas. 3 Redes Agrupadas. 1 Rede Híbrida.	7. Redes: pertencimento ao ESS e consciência da importância: atores-chaves, mediadores.	7. “Consciência da individualidade” e “consciência gregária”, geradas pelas relações dos atores que dinamizam os ecossistemas.	Koestler (1973)
	8. Redes: Relação entre LDS - sensação de “bem-estar” e serviços de qualidade - CCV: PCCV - adesão dos usuários à proposta	8. Resposta ao Objetivo Geral: Relacionar os conceitos de LDS e CCV identificados nas PCCV reveladas pelas redes desenhadas pelos professores do ESS.	Ranjan e Read (2016); Vargo e Lusch (2016)
Alunos (10) 5 Redes Hierárquicas; 3 Redes Agrupadas; 1 Rede Híbrida.	8. Concepção de dois atores focais identificada: gestor - professor. Caráter de Clínica-escola e engajamento alunos.	8. “Incorporação cultural da autoconsciência de valor” e de pertencimento ao ESS como atores focais que coproduzem valor e fazem eco à PC7 da tipologia, que trata das PCCV geradoras de novos relacionamentos e interações sociais.	Wajid <i>et al.</i> (2019); Ranjan e Read (2016); Frow <i>et al.</i> (2016)
	9. Alguns alunos reconhecem menos a geração de valor e identificam mais as dificuldades.	9. Possibilidade de estudos futuros , focados nas percepções e consciência do papel que cada ator desempenha nos ESS.	Frow <i>et al.</i> (2016)
	10. Redes: valores de acolhimento e de estreitamento: laços de relacionamento; atores que prestam os serviços.	10. Resposta ao Objetivo Específico 1 e à PC4 , confirmando que as estruturas e os procedimentos que contextualizam os ESS impactam diretamente as PCCV que ocorrem entre os atores.	Frow <i>et al.</i> (2016)
Funcionários (9) 5 Redes Hierárquicas. 2 Redes Agrupadas; 2 Redes Híbridas.	11. Gerenciamento dos procedimentos.	11. Resposta ao Objetivo Específico 3 (PC 6) , que diz respeito às práticas que impactam o acesso a recursos em ESS	Frow <i>et al.</i> (2016)
	12. Redes: visão ampla do funcionamento do ESS	12. Resposta ao Objetivo Geral: níveis de confiança, informações compartilhadas, gerenciamento do fluxo de atendimentos e serviços - laços fortes entre os atores - relação entre a lógica de servir (LDS) e a CCV nos ESS.	Hlongwane e Grobelaar (2022)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

4.3 Bloco C

Este bloco se refere à Prática de Cocriação 4 (FROW *et al.*, 2016) e ao Objetivo Específico 1 desta tese: Analisar práticas que impactam os ESS, criadas ou constrangidas pelas estruturas que formam seus contextos. Baseado nas narrativas dos entrevistados, aborda as questões de indicação dos usuários, dos procedimentos de acolhida e encaminhamento e propostas de prática de gestão dos ESS, analisando os impactos dessas práticas nos níveis meso (encaminhamento dos usuários) e micro (gestão dos serviços de acolhida).

A discussão deste bloco está referenciada bibliograficamente, tanto pelos autores citados no referencial teórico desta pesquisa quanto pelos autores que abordaram a tipologia de Frow *et al.* (2016), conforme descrito no Quadro 6 (p.134) da metodologia, iniciando-se com os trabalhos de Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017), que analisaram a questão do acesso aos serviços de saúde como um FCCV.

Segue com o trabalho de Dessers e Mohr (2020), que utilizaram a “Perspectiva Ecológica” para o desenvolvimento de 7 lições para o gerenciamento e *design* dos ESS, analisando-se neste bloco a 1ª Lição, que aborda as interdependências, atividades, atores, desafios, estratégias e soluções para a gestão dos ESS e a 2ª lição, a “Segmentação”, que aborda as questões de identificação dos usuários-alvo, da coordenação das ações de cuidado e do equilíbrio entre a capacidade de oferta de serviços e as necessidades dos usuários.

Continua com a pesquisa de Ciasullo *et al.* (2017), que apontam plataformas virtuais de registro e participação dos usuários como uma infraestrutura intangível onde se compartilha o conhecimento, desde o nível micro até o meso do ESS amplo de saúde, fato que contribui para melhorar os procedimentos de cuidado com a saúde dos usuários por meio da integração dos recursos.

Finalmente, referencia-se este bloco com a pesquisa de Davey e Grönroos (2019), que propuseram a ASS como uma nova prática de CCV e, na 2ª proposição da sua pesquisa, apontam a importância da ASS para os usuários, familiares, cuidadores e prestadores serviços, aos quais deve ser oferecida uma capacitação gerenciada sobre as normas institucionais e os processos de serviços que ocorrem nos ESS.

A Questão Norteadora (C1) deste bloco solicita aos entrevistados que descrevam como acontece o acolhimento, seleção e encaminhamento dos usuários

dos serviços de saúde das IES analisadas. Esta questão se desdobra em 6 questões subjacentes, que tiveram a função de auxiliar a condução e o encaminhamento das respostas, começando pela participação dos usuários na elaboração e no aperfeiçoamento das práticas de acolhimento, seleção e encaminhamento (C2), verificando o que poderia ser melhorado na opinião dos entrevistados (C3), se existem práticas que proporcionam interdependência e integração entre os atores e os recursos (C4), se existem práticas de compartilhamento de conhecimento entre os atores (C5) e, concluindo, se existem práticas de capacitação para os prestadores de serviço (C6).

As respostas serão discutidas à luz do referencial teórico e de acordo com a ordem das perguntas no formulário, caracterizando o grupo: usuários (A), gestores (B), professores (C), alunos (D) e funcionários (E).

4.3.1 Bloco C – Questão C1 - Norteadora

C1- Questão Norteadora: Poderia nos descrever como é realizado o acolhimento, seleção e encaminhamento de atendimento dos usuários dos serviços?

As respostas dos entrevistados, em geral, descrevem o procedimento padrão de atendimento nas duas IES pesquisadas: o usuário, de posse de uma prescrição encaminhada por um médico de serviços públicos ou particulares, se dirige à IES, da qual já ouviu falar ou já conhece, porque ela é uma referência na cidade ou na região. Dirige-se à recepção, faz uma triagem e é encaminhado para o atendimento, de acordo com suas necessidades. No atendimento, é recepcionado pelos alunos, que elaboraram e acompanham o trabalho desenvolvido, com a supervisão de um professor e a coordenação dos gestores.

Como primeiro fator observado nas respostas está a sensação de ser “muito bem acolhido” descrita pelos usuários e o acompanhamento personalizado que recebem, com resultados diretos na sua percepção da própria qualidade de vida. Esse ponto de vista dos usuários está de acordo com o conceito de “Cuidado em Saúde”, basilar no Sistema Único de Saúde (SUS) (PINHEIRO, 2008), que, segundo a autora, surge como fruto de uma rede de relacionamentos entre os atores, pessoas e instituições, que compartilham atitudes como tratamento digno e de qualidade,

acolhimento e estabelecimento de vínculos e conecta-se perfeitamente com o modelo de atendimento dos ESS, encontrado nas IES analisadas.

A sensação de acolhimento também foi realçada por Zhang *et al.* (2021) que consideram a “relação de atenção” como um “elo forte” e estável da rede de serviços em saúde na qual, quanto mais forte forem as interações entre os atores, maior será a Cocriação de Valor. Esse fato foi encontrado nas respostas dos usuários, que destacam essa atenção com a qual foram recebidos nas IES.

R. **Sou muito bem atendida, pelos funcionários, pelos alunos que atendem a gente.** [...] eu conversei com a minha amiga L., que trabalha na recepção, uma simpatia, e logo em seguida já vem a aluna fisioterapeuta, que ela vem me atender; depois disso o professor A. sempre está lá também, pronto para observar o que está sendo feito, perguntar como que está, para fazer uma breve avaliação e aí a gente começa os nossos exercícios. (EA1 - grifo nosso).

R. Eu me adaptei muito bem aqui na IES. [...] **aqui sou sempre muito bem recebido e me tratam muito bem.** [...] Quando soube que ela [D., fisioterapeuta] estava ajudando as pessoas que tinham Pós-Covid [programa de recuperação pós-Covid da IES B] eu liguei pra ela e falei com ela... que me perguntou se eu estava me sentindo bem: “olha, eu parei esses 2 anos, peguei síndrome do pânico, então eu tinha medo de sair de casa, não queria fazer exercício, porque eu pensava que eu ia passar mal e depois tem que ir ao hospital e na pandemia não queria sair de casa; aí ela fala assim: eu vou tentar aqui então achar um dia, pelo menos para o senhor vir aqui, fazer algum exercício. Isso foi no final do ano passado; olha eu fiz aqueles dias lá e agora voltou a normalidade, né? de fazer exercício. (EA2 - grifo nosso).

R. Eu sou bem recebida, aí já fico sentada na recepção e aguardo o profissional que vai me atender e aí me leva até a sala onde vou fazer os exercícios junto com ele. (EA3).

R. **A entrada já começa na entrada do prédio, com atendimento dos vigilantes que abrem a porta para a gente,** por a gente não poder passar na catraca, né? **Geralmente super bem recebido.** [...] e **passa 2, 3 minutos vem o responsável, sempre passa, pergunta como a gente está, pergunta se precisa de alguma coisa e deixa a gente super à vontade, deixa os alunos também super à vontade,** porque percebe-se que alguns até ficam um pouco inseguros por estar aprendendo, mas aí logo ele acaba essa insegurança e o atendimento é perfeito. (EA5 - grifo nosso)

R. Mas até aí tudo é tranquilo, **a gente é recebido, pela recepção, depois vem o estagiário, que chama a gente** né? [...] Aí eu caminho até o vestiário para me trocar certo, né? Faço... eles fazem aferição de PA pra tirar o batimento, né? Faz aferição primeiro antes de entrar na piscina; aí passa na ducha e depois vai para piscina para fazer o tratamento com os exercícios, né? (EA6 - grifo nosso).

R. Eu vim aqui, a menina da recepção, falei com ela, aí marcou para mim, eu vim e já comecei a fazer os exercícios, entende? **Eu já conheço A. [professora] da outra vez, eu comecei a fazer as entrevistas e agora estou aí. De cada vez que eu faço eu me sinto melhor, sabe?** (EA9 - grifo nosso).

Entre os gestores, o destaque das respostas está na descrição da rede de encaminhamento, que passa pelo contato com outras instituições de saúde, com a promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde prestados pelas IES e pela rede de acolhimento multiprofissional ao usuário. Esse acesso como parte do processo de acolhimento do usuário está descrito no modelo DART e “se constitui na disponibilidade de meios que permitem ao consumidor a experiência de valor” (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004b, p.6-7, tradução própria):

R. Eu sempre passo para falar um oi para ele e para os familiares; às vezes os familiares têm alguma coisa já pra me falar, ali na recepção [...] **cada aluno pega o seu paciente e leva para o setor e aí é que a gente tem muito... um trabalho multiprofissional**, não é? Então, nossa! eu preciso de alguma coisa do professor da ortopedia. [...] ou então eu acabo chamando a assistente social, sempre auxiliando em relação ao paciente, para pedido de oxigênio, para algum encaminhamento para algum lugar de fora; **a gente faz um trabalho muito junto com a nutricionista, então da nutricionista vem qual é o melhor horário, para não ter que vir outro dia, pra gente tentar colocar no mesmo dia, para o paciente não ter que se deslocar mais uma vez.** (EB1 - grifo nosso).

R. O primeiro contato dele é com a equipe da recepção, não é? Que é quem fica responsável pelo agendamento, para passar com o serviço social que fazem a triagem desse paciente; claro, considerando o motivo pelo qual ele foi encaminhado, não é? identificando as necessidades. Bom, a partir desse primeiro momento, dessa triagem, ele é encaminhado é para os setores. (EB2).

R. **Um usuário fala para o outro.** Eles têm que fazer agendar uma avaliação. E a partir dessa avaliação, é feito um programa de treinamento. [...] **No dia a dia, o contato mais frequente é com os professores e os estagiários, mas eu acabo tendo bastante contato**, principalmente quando tem alguma situação de saúde um pouquinho mais diferente ou mais complicada por conta da minha experiência na área. **Eu acabo supervisionando o treinamento, a prescrição a ser feita.** (EB6 - grifo nosso).

R. Nosso atendimento é gerenciado por lista de espera e então o usuário ele liga ou ele vem até aqui e insere o nome dele, dependendo da especialidade que ele quer, aí gente tem algumas especialidades, **ele deixa o nome dele assim que surge a vaga nessa especialidade dele a gente liga para ele.** (EB7 - grifo nosso).

Entre os professores, destaque para a entrevistada EC1, que mencionou o ambiente “agradável e acolhedor” para o usuário:

R. Acho que uma coisa que faz a diferença quando a gente atende é o espaço físico; então, assim, o espaço físico aqui, é grande, arrumado, bonito, novo, funcional, há preocupação com o acesso dos pacientes e tal; também é um ponto importante, não é? Então **o fato de ser um lugar que tem toda a preocupação, um lugar agradável de as pessoas ficarem faz muita diferença.** (EC1 - grifo nosso).

Entre os alunos, destaque para os procedimentos de acolhimento, avaliação e aplicação dos protocolos de atividades prescritos pelos professores para cada usuário. Os alunos descreveram o seu dia a dia de contato direto com os usuários, porque são eles que executam os serviços, sempre supervisionados e orientados pelos professores.

R. A gente chama os pacientes que estão na sala de espera, que passaram na recepção, e aí **a gente atende eles, entre nós primeiro os nossos colegas mesmo, nós fazemos o exame físico, anamnese e aí a gente chama um preceptor, que é um preceptor da área. [...]** e aí ele conversa, a gente passa o paciente para ele e ele faz novamente o exame físico mais uma vez, se a gente fez primeiro depois ele faz de novo e a gente discute o que está certo, o que é que ele acha de tudo o que a gente fez e como se está a mesma coisa; assim, a gente pensou uma coisa, ele pensou outra, ele dá orientações e aí a gente conversa entre nós, o que poderia ser uma hipótese para aquele paciente e o que a gente direciona como tratamento. (ED2 - grifo nosso).

R. O usuário chega, tem alguns indicados da fisioterapia e da nutrição também. O usuário chega, pergunta como que começa, e tal; a gente explica certinho: primeiro tem que fazer uma avaliação física, ou um treino avaliativo. [...] a gente precisa analisar correto todo o indivíduo e passar um treino específico. (ED7).

R. De uma forma geral, o paciente chega com uma guia de fisioterapia, na qual será solicitado uma avaliação conosco, com o fisioterapeuta, antes a gente faz uma avaliação do setor [...] aí o paciente será integrado na grade de atendimento, de acordo com a gravidade da doença que ele apresenta; depois disso, nós mesmos que somos responsáveis pelo paciente, **a gente começa a elaborar todo um protocolo clínico para ele, de acordo com a queixa funcional do paciente; sempre a questão é melhorar; a gente trabalha sempre a partir do que tem que ser melhorado, a gente trabalha no intuito de melhorar a queixa do paciente; o nosso supervisor nos auxilia [...]** quando o paciente apresenta melhora ou quiçá alta, a gente tem uma prévia reavaliação, então, antes da gente mandar um paciente para a alta, a gente reavalia o paciente; e aí é feita uma discussão do caso com o professor, com o nosso responsável de bateria de estágio; na qual é feita uma reavaliação. (ED10 - grifo nosso).

Entre os funcionários que trabalham na recepção dos usuários, veio em destaque tanto o procedimento de acolhimento e encaminhamento dos usuários para os setores da IES quanto a rede de relacionamentos externos que se estabelece para indicar os usuários para as IES. São geralmente os funcionários da recepção que realizam essa mediação com os serviços de saúde externos que encaminham os usuários. Também são os recepcionistas que fazem a mediação entre as necessidades dos usuários e as demandas de tipos de caso que os professores necessitam para desenvolver os conteúdos pedagógicos previstos para a aprendizagem dos alunos.

R. O usuário chega aqui por indicação da prefeitura, alguns também do Hospital-Escola. [...] Então, primeiro ele passa por uma avaliação, assim que surgir uma vaga ele passa por uma avaliação com o professor e aí em seguida ele é passado para o aluno, depois de uma ~~alta~~-análise do professor ali em conjunto. (EE2).

R. Normalmente é a supervisora ou então até mesmo as enfermeiras, elas solicitam que a gente faça esse agendamento, então normalmente elas passam para a recepção [...] a gente precisa de uma avaliação, então **a gente entra em contato, pode ser com a família ou com o cuidador, dependendo do caso, a gente explica basicamente o que que é a Clínica-escola, como que acontece, os atendimentos são feitos pelos alunos, a gente deixa explicado que é gratuito**, não tem custo nenhum, e que eles vão vir para uma triagem, vão vir para um acompanhamento e que a partir daí, conforme fomos, se eles precisarem de um acompanhamento decorrente, se eles precisarem de um acompanhamento com outras especialidades, a gente consegue esse atendimento [...] **então a gente faz melhor essa questão com o professor; os atendimentos muitos pacientes eles moram longe, mas a gente tenta ao máximo conseguir um horário para que eles possam vir, para que eles não percam esse acompanhamento**, porque realmente tem muitos pacientes que precisam, não é? (EE3 - grifo nosso).

É importante também o trabalho que os funcionários da recepção realizam no sentido de esclarecer as características e quais são os serviços prestados pelas IES, tanto para os usuários quanto para os médicos de instituições externas que os encaminham, porque, mesmo se as Clínicas-escolas das IES analisadas forem referência na sua região, tanto os usuários quanto os médicos têm pouco conhecimento acerca da natureza dos serviços prestados, levando, por exemplo, os médicos externos a indicarem as IES para atendimentos que elas não executam, e fazendo os usuários se deslocarem sem necessidade às IES, quando deveriam procurar outras instituições, por exemplo, serviços de alta complexidade de tratamento, que as IES não executam.

R. A gente sempre pergunta como que eles conheceram a Clínica-escola, para a gente ter uma noção; então muitas das vezes do SUS, às vezes hospital [...] algumas enfermeiras do SUS, também conhecem e encaminham; às vezes pela internet, Instagram, ou então até comunicado pelo WhatsApp, porque às vezes a **gente faz um compartilhamento de um “folderzinho” mesmo, com atendimento; então acaba compartilhando entre as redes sociais, ou então às vezes é paciente que mora aqui no bairro, e aí vê a Clínica-escola e acho que é um hospital e acaba vindo** para realizar exame, e a gente explica que não é exame, que é consulta, a gente explica certinho; ou então **tem assistentes sociais também, que elas vão divulgando para escolas, para outras parcerias nossas**. (EE3 - grifo nosso).

R. O usuário chega aqui, ou por um encaminhamento interno, que passe por outro setor e chega para fisioterapia, ou por uma busca espontânea [...] o paciente quer indicar alguém, aí ele chega até mim e fala: “olha pode colocar na lista de atendimento para minha mãe”? [...] **esse paciente é inserido na grade de atendimento**, aí ele chega para atendimento, ele dá presença na

recepção, **o aluno do dia, ciente de quem ele vai atender, chama esse paciente, leva para o setor, com supervisão do professor nesse paciente avaliado, e aí ele é enquadrado ou não enquadrado no atendimento.** (EE5 - grifo nosso).

As respostas dos funcionários estão em consonância com um trabalho recente de Ranjan e Read (2021), que descreveram cinco características para a “cocriação ecossistêmica”, nomeando a 5ª como “singularidade”, que promove dinamização para ações e trocas de serviços personalizadas, que dão suporte ao direcionamento do atendimento para atender às características e necessidades de cada usuário, a partir das competências e potencialidades de cada ator que presta serviços a esses usuários. Essa característica, segundo os autores, estimula a busca de novas possibilidades de conectar os atores, disponibilizar os recursos, desenvolver, intuitiva e criativamente novas normas e procedimentos, enfim, gerando a CCV.

R. Em relação ao atendimento ao usuário, aqui todo mundo é muito bem articulado, então a gente consegue conversar, dialogar muito bem com eles [...] mas de resto por isso que **a gente não faz muito contato direto com o médico**, em relação ao que eu fiz ali é o que a gente encontra aqui, vem muitos usuários de idade mais avançada, não é? [...] Dentro da farmácia a gente tem a F. [farmacêutica] que fica com a gente na parte da manhã; então a gente tem muita autonomia lá dentro, em relação aos monitores, na maior parte das vezes a gente tenta resolver os problemas que aparecem, quando a gente não consegue, a gente passa para farmacêutica e aí ela acaba orientando a gente e em um caso muito extremo, a gente fala com a C. que é a nossa gestora, no geral o nosso funcionamento é assim, a gente acaba se organizando bem. (EE7 - grifo nosso).

Finalizando o tópico C1 do Bloco C, que tratou do acolhimento e encaminhamento dos usuários aos serviços prestados pelas IES, identificou-se a CCV da forma com que foi conceituada por Prahalad e Ramaswamy (2004a), onde empresa e cliente criam valor de forma conjunta e coconstroem sua própria experiência do serviço, adequada ao contexto e ao ambiente.

As respostas dos entrevistados para esse tópico oferecem, portanto, uma primeira resposta ao Objetivo Específico 1 desta tese e a sua relação direta com PC4 (FROW *et al.*, 2016), ao permitir identificar valores como o acolhimento ao usuário, que lhes proporciona a sensação de serem “bem recebidos” e pelos demais atores, que se mostraram comprometidos com esse “bem receber” e podem ser considerados como uma prática que impacta positivamente os Ecossistemas de Serviços em Saúde das IES analisadas, criadas pelas estruturas que formam seus contextos, ou seja, a forma como se estruturam as IES para acolher os usuários permite gerar esse valor cocriado e percebido pelos atores.

4.3.2 Bloco C – Questão C2

C2: Os usuários participam da elaboração e/ou aperfeiçoamento dessas práticas? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referendada pela pesquisa de Ciasullo *et al.* (2017), que propuseram práticas para melhorar procedimentos de cuidado por integração dos recursos disponibilizados pelos atores nos ESS e encontra reforço nas respostas de alguns usuários que, com a experiência que adquiriram ao longo da sua convivência com as suas condições clínicas, dão feedback para os alunos sobre como estão recebendo os serviços; quais os efeitos que estão sentindo; as dores e os incômodos que os exercícios lhes provocam e a melhor forma de serem conduzidos nos exercícios. Dessa forma, auxiliam na aprendizagem dos alunos, em uma prática característica de CCV.

R. Então assim eu praticamente toda semana eu peço para ela fazer no final a massagem com esse aparelhinho; essa sim é uma dica que eu sempre dou. (EA1).

R. **Então assim, feedback eu tenho com eles; às vezes eu até pergunto, né? Converso com eles:** eu falei: puxa vida na outra vez que você me deu exercício, a outra aluna que me deu esse exercício era assim mesmo para ser feito? Pergunta, não é? Porque é para saber se estou fazendo certo, porque você se você pergunta para a mesma pessoa, então está fazendo tudo certo, da mesma maneira. (EA2 - grifo nosso).

R. Eu acho que eu talvez sou o que mais fala aqui, com todos eles, os alunos eu conversava sempre. [...] e fora isso, os próprios professores assim, mas assim, **eu falo muito com os alunos, por ter essa experiência da fisioterapia, estão aprendendo agora, com a professora; aí eu vou e dou uma opinião minha:** ó! tem um lance com algodão, tem um lance de soprar na água, tem um lance doambu e às vezes eles não têm muita experiência com oambu e eu já tenho; então eu já explico, né? o meio de entrar na piscina, de sair da piscina, entendeu? **Eu explico como eles têm que pegar, como eles têm que me descer [na piscina], como eles têm que sair comigo, lógico, a professora está sempre de olho. Eles dão a opinião deles,** né? Mas como eu já tinha essa experiência, aí eles me deixam mais à vontade; a gente entra e sai tranquilo da piscina. (EA4 - grifo nosso).

Dois usuários (EA3 e EA9) reportaram que não participam desse processo de elaboração dos exercícios, limitando-se a fazer os que os alunos lhes indicam, em uma postura que não indica CCV, porém demonstra fidelidade e lealdade ao conhecimento e serviços prestados pelos alunos:

R. Não. **Eu faço aquilo que ele me manda fazer.** Ele me diz assim: “olha dona S., vamos fazer esse exercício hoje”, então ele manda e eu faço. (EA3 - grifo nosso).

R. Não, não! **O que ela manda fazer eu faço. Eu não mando nada aqui, obedeco só.** Eu vou dizer: agora não, isso aqui não vou fazer porque cansa muito? Não! tem que fazer, tem que fazer, tem que fazer; até me dá também, não é? Até onde eu aguento, né?” (EA9 - grifo nosso).

As respostas dos usuários, tanto os que reportaram uma participação ativa no processo quanto os que reportaram uma participação mais passiva, estão de acordo com o Diálogo (D), primeiro momento do processo de CCV descrito pelo modelo DART, de Prahalad e Ramaswamy (2004b), que consideram o diálogo como “criação de significados compartilhados, embutidos de interatividade e debate entre atores com o mesmo valor”, através do qual é possível compreender melhor os usuários e o seu contexto de vida, que configuram suas experiências e a forma com a qual interagem com os prestadores de serviço.

Entre os gestores, é possível identificar práticas que almejam produzir ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019), para os usuários, familiares e cuidadores, especialmente em ações que visam fornecer aos usuários maiores condições de funcionalidade para as atividades que precisam desempenhar no seu dia a dia.

R: Tem que se levar em conta as condições de saúde, as necessidades e que tipo de treino se aplica a essa condição e aí, diante disso, se faz a ponderação de acordo com o que a pessoa prefere. (EB6).

R. **Aqui a gente tenta, a nossa ideia é muito melhorar a função e a qualidade de vida, então é sempre em cima da queixa deles:** o que que te incomoda? vou dar um exemplo: uma paciente da tarde, que ela se cansa quando vai mexer e para ela, ela fala assim: eu vou pegar um copo, alguma coisa, eu canso, mas tudo bem, mas eu não consigo lavar meu cabelo, minha filha tem que entrar comigo no banho, então: fortalecer, trabalhar mais braços dela para ela conseguir fazer as atividades que ela quer; tem um outro paciente que fala que é rampa, ele não pode ir em nenhum lugar que tem a rampa, então a gente foca o nosso treino aqui em rampa; é fraqueza de perna: então uma que acabou de sair daqui, para ela levantar da cadeira; ela fala: isso me incomoda muito, porque é uma paciente nova, eu preciso das outras pessoas para fazer eu me levantar; então é trabalhar muito e se sentar e levantar dela, faz os músculos envolvidos para a gente fortalecer; a gente trabalha tudo, mas focar naquilo que é a queixa deles, então **eles têm que estar o tempo todo falando para a gente o que que incomoda, para a gente saber o que que eu posso trabalhar para tentar melhorar a qualidade de vida; e os familiares também; então às vezes os familiares falam: nossa, o que incomoda muito ele em casa [...] então o tempo todo a gente está falando com esse familiar.** (EB1- grifo nosso).

R. Sim. Ativamente. Já no momento da segunda triagem que é realizada pela área de interesse, quando ele é sinalizado, nem sempre ele vai ser enquadrado no setor [...] porque às vezes ele não tem os critérios de segurança que a gente estabelece para que ele seja assistido naquele setor, principalmente em setores que lidam com pacientes muito graves, crianças autistas, por exemplo, ou na reabilitação cardiopulmonar e metabólica, ou é idoso com uma fração de ejeção muito baixa; e aí, se a gente for considerar o risco-benefício, acaba que o risco é maior do que o benefício, então nesse

momento **o usuário é orientado em relação a ao próprio quadro clínico, a sua própria condição de saúde; e aí nós damos um leque de possibilidades, de pedir alternativas, para que a gente tome as decisões conjuntamente [...] a gente pede ajuda para a psicologia e fazemos um atendimento compartilhado;** e aí nesse atendimento compartilhado é um momento de dividir as tarefas, não é? Então assim: seu J., olha... tudo bem, a gente não teve evolução; eu estou mostrando aqui pelo teste de caminhada de 6 minutos, qual era nossa meta: caminhar 300m, porque na avaliação o senhor caminhou só 200m, então precisava caminhar 300m, ou de 250m passar para 300m; a gente não atingiu, conversando nós dois, continua fumando escondido à noite! **Eu preciso que o senhor contribua, se responsabilize, que eu vou contribuir tentando propor exercícios que o senhor tenha maior interesse; Então é compartilhado e ele ajuda na tomada de decisão, inclusive no momento da alta.** (EB2 - grifo nosso).

R. É, na teoria a gente entende que ele participa de todo o processo, tanto ele quanto família e cuidador, então a gente costuma sempre pedir para a família vir, ou o cuidador, dependendo ali da vulnerabilidade do paciente, para que eles estejam junto com a gente, para poder direcionar esse tratamento. **O Serviço Social faz um trabalho muito importante aqui, justamente disso, da participação ativa do paciente e familiares no seu tratamento.** (EB7 - grifo nosso).

A gestora EB4 ressaltou que a participação dos usuários, familiares e cuidadores, junto ao profissional de saúde, no processo de elaboração dos protocolos, é a abordagem mais utilizada atualmente da área da nutrição, sendo uma prática clínica que pode ser caracterizada como um FCCV, apontado por Beirão *et al.* (2017) como procedimento que gera CCV em ecossistemas de serviços em saúde.

R. Então, **quando a gente fala em atuação, da prescrição, ciência da nutrição, hoje a clínica de nutrição,** em específico, ela está mais voltada para abordagens não prescritivas; então o nosso primeiro ponto é: entender qual é o objetivo desse paciente e, através de ferramentas, de discussão, de conversa com esse paciente, de acolhimento das suas demandas, a gente propõe algumas atividades, algumas intervenções nutricionais; **então não é algo linear, é propositivo e ele vai participando, vai construindo.** Esse caminho vai sendo construído ao longo dos atendimentos. (EB4 - grifo nosso).

Essa participação ativa dos usuários, como uma abordagem contemporânea das áreas da saúde, também foi ressaltada pela gestora EB12, que destacou as propostas da “Terapia Compartilhada” e do “Prontuário Afetivo”, apresentadas por uma professora, onde a elaboração dos protocolos de atividades está ligada não apenas ao relato dos sintomas que os usuários apresentam, mas também às suas preferências pessoais, por exemplo, determinada música, que poderá ser utilizada em uma atividade de “musicoterapia”, que o aluno realizará com o usuário; ou sobre determinado exercício do qual o usuário não goste e que pode ser substituído por outro, desde que trabalhe o mesmo grupo muscular e tenha objetivos semelhantes aos que são necessários para a recuperação do usuário.

Essa abordagem se soma às observações e feedbacks que os alunos, orientados pelos professores supervisores de estágio, identificam durante a anamnese e avaliação que realizam com os usuários, uma prática clínica contemporânea que se caracteriza como PPCV entre todos os atores envolvidos naquele atendimento e está de acordo com a PC1 (“Práticas que dotam os atores de capital social”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31-33, tradução própria), que aborda o compartilhamento entre o conhecimento e experiência pessoal tanto entre as pessoas que possuem os mesmos quadros clínicos e, nas quais se reforçam laços de proximidade, quanto com os profissionais de saúde, que se ligam aos usuários por relações vinculadas ao serviço que prestam a esses usuários e que, de posse desse recurso compartilhado pelos usuários, podem elaborar protocolos de tratamento mais adequados às necessidades de cada paciente.

R. Nós temos discutido muito isso com os nossos supervisores de estágio; então **hoje, por conta das redes sociais, o paciente às vezes ele chega até aqui na universidade já falando o que ele tem que fazer para o aluno:** “olha, eu estou com uma dor nas costas, eu preciso fortalecer tal músculo, alongar tal músculo”, sem ter nenhum conhecimento técnico para isso, não é? Então **os professores discutem com os alunos essa questão de escutar o paciente, da terapia compartilhada, de planejar uma terapia frente àquele indivíduo; cada indivíduo é único.** Vou dar um exemplo: **nós temos o “Grupo de Prevenção de Quedas”, onde nós usamos uma metodologia chamada de “Dança Circular” e “Musicoterapia” e aí, a escolha da música ela é terapêutica, então o aluno não vai escolher a música,** o professor trabalha muito isso; então o aluno gosta de música eletrônica, e ele diz: “vou colocar o DJ Alok para tocar”; mas o professor questiona: mas qual é o perfil do seu grupo? Qual é a idade? Quais são os gostos do grupo que você vai tocar? Então, **desde a escolha do exercício, a escolha da música, ela é compartilhada [...] então eu comecei com os alunos para eles sentirem o que é esse “Prontuário Afetivo”;** a literatura traz hoje, alguns hospitais já usam esse “Prontuário Afetivo”. Então **o “Prontuário Afetivo” foi construído junto com os alunos;** então: como ele gosta de ser chamado, qual é a cor que ele não gosta, quem é a pessoa mais importante na vida dele, qual o tipo de música que ele gosta; pensando em aproximar cada vez mais o aluno do paciente, numa maneira de aproximação, de participação da terapia. **Mas, até que ponto o paciente pode participar? Até que ponto o usuário pode opinar sobre aquele tratamento? Não é? Então eu vejo que é algo compartilhado, porém, cada ator dentro da sua habilidade,** isso é bem importante também. [...] Então às vezes o aluno fala assim para mim: **“ah!, mas ele não quis fazer exercício, ele quis fazer aquele outro”;** então eu pergunto assim para o aluno: **“é o mesmo grupo muscular? Tem o mesmo objetivo?”** então o aluno desenvolve essa **habilidade de explicar para o paciente,** por exemplo: fazer um exercício de “ponte” é importante para a musculatura abdominal, que ele não pode fazer um exercício de flexão de cotovelo - “ah! Eu gosto mais daquele do cotovelo – Não, mas esse exercício é importante para aquele objetivo”. Então, **o “Prontuário Afetivo” é uma ideia de compartilhamento da terapia entre usuário e o terapeuta, no caso o estudante.** (EB12- grifo nosso).

Entre os professores, a participação dos usuários no tratamento ocorre a partir das necessidades apresentadas pelos mesmos nas avaliações e reavaliações, que ao se elaborar protocolos de atendimento em conjunto com os usuários, familiares e cuidadores, caracterizam esse processo como as Práticas de Cocriação (PC) detalhadas na tipologia de Frow *et al.* (2016) e referendadas por Ciasullo *et al.* (2017), que afirmaram que essas PC, ao gerar ajustes e mudanças compartilhadas entre todos os atores envolvidos no processo de prestação de serviços na saúde, influenciam de forma objetiva e direta os resultados, agora cocriados e reformulados continuamente a partir desse relacionamento com os usuários que, segundo os autores, cada vez mais assumem esse papel de cocriadores com todos os outros atores desses ecossistemas de saúde, desde os profissionais até as instituições.

R. Quando a pessoa vem para a consulta está tudo pronto, mas tem a possibilidade de colaboração sim, com as sugestões, eu vou ter sempre avaliação pós-atendimento. (EC1).

R. A partir do momento que o paciente ele entra para o nosso atendimento, a gente faz a avaliação e junto com ele identifica as necessidades que ele apresenta para o setor; dentro disso a gente propõe as condutas que vão ser tomadas com o caso dele, sempre a gente procura fazer isso em conjunto com o paciente [...] vendo as necessidades de interação, a gente faz essa interação junto com outros setores, como por exemplo: encaixar esse atendimento com a nutrição por exemplo, para ter os ganhos que a gente precisa, fazer os encaminhamentos necessários para a medicina esportiva, ou para outro setor, para que haja uma avaliação e a gente chegue no diagnóstico e feche esse protocolo de tratamento com um prognóstico esperado. (EC3 - grifo nosso).

Entre os alunos, essa visão dos gestores e professores, de participação ativa do usuário na elaboração dos protocolos de atendimento, como fruto de uma prática clínica atual da área da saúde, demonstra estar sendo bem assimilada e aplicada na sua prática clínica, fator indicador de um processo de aprendizagem efetivo que ocorre por meio dos estágios oferecidos pelas IES e está de acordo com a PC5 da tipologia Frow *et al.* (2016) que afirmaram que Práticas benéficas de Assistência Centrada no Paciente (ACP) têm efeito positivo no ecossistema, ao levar os profissionais de saúde a considerarem a opinião dos pacientes e de suas famílias para elaborarem os protocolos de assistência.

R: [o usuário] Participa; às vezes não tão produtivamente, mas participa, porque a gente costuma perguntar o que que ele gosta de fazer, o que ele sabe, se tem algumas habilidades, como por exemplo pular corda, essas coisas que a gente pode colocar no treino, para ficar mais legal, mais diferenciado. (ED1).

R. No primeiro treino, quando eles chegam, a gente os acompanha como se fosse um personal, fica um aluno colado no usuário; e nas outras vezes a gente está disposto, corrigindo. (ED4).

R. **Geralmente, na avaliação, sempre eu costumo perguntar qual é a queixa principal dele, o que ele espera melhorar com a fisioterapia e o que ele gosta de fazer; para a gente tentar relacionar a fisioterapia mais dinâmica, para não ficar maçante;** então eu pergunto: o que você gosta de fazer? O que é que você tem dificuldade para fazer? E o que você fazia antes, que agora você não faz? Geralmente sempre pergunto isso, para poder me basear como fazer o tratamento com ele. (ED5 - grifo nosso).

R. Perguntamos o que eles acharam dos exercícios, dos feedbacks deles, para saber se eles tão conseguindo conduzir, como que está sendo. (ED6).

R. **O usuário pode falar o que ele sente, se sente alguma dor,** até para a gente ter uma recepção, não é? **porque se a gente passa um exercício e a pessoa está com dor no joelho, vai que tem alguma coisa, vai ter algum problema** já aí, eminente, então a pessoa fala: estou com dor aqui, estou com dor ali; tu gostas de fazer um exercício? Gosto de fazer outro; e aí **a gente tenta elaborar um treino adaptado para ela.** (ED7 - grifo nosso).

R. A gente conversa desde a primeira entrevista que a gente tem com o paciente, o cuidador um, familiar que veio junto, também precisa estar a par do tratamento; ao longo do desenvolvimento da fisioterapia, nem tanto, mas **nos primeiros e últimos atendimentos, com certeza, a família e cuidadores participam ativamente em conjunto com a gente.** (ED10 - grifo nosso).

Concluindo o tópico C2 do Bloco C, “*Os usuários participam da elaboração e/ou aperfeiçoamento dessas práticas?*”, que tratou da participação dos usuários na elaboração e aperfeiçoamento das práticas de acolhimento e prescrição de serviços pelas IES, identificou-se claramente Práticas de Cocriação de Valor conforme Ramaswamy (2011), que apontou como necessária a criação de um novo quadro referencial de valor, agregador da experiência, participação e criação humana no processo de prestação de serviços, onde a CCV se estabelece a partir justamente de situações facilitadoras dessas interações entre os atores, conforme identificado nas respostas dos entrevistados.

As respostas dos entrevistados para esse tópico oferecem, portanto, uma segunda resposta ao Objetivo Específico 1 desta tese e a sua relação direta com Prática de Cocriação 4 (FROW *et al.*, 2016), em consonância com a integração de recursos apontada na Premissa Fundamental 9 (PF9), de Vargo e Lusch (2016), e sacramentada pelos autores como axioma da LDS, que identifica como integradores de recursos todos os atores envolvidos no processo e caracteriza-se como uma narrativa de cooperação e coordenação dentro dos ecossistemas.

Essa mesma compreensão é defendida por Polese *et al.* (2018) que defendem que a visão tradicional da abordagem aos pacientes em saúde, focada apenas na

prestação de serviços direcionados para a resolução de um problema específico, deve ser suplantada por uma abordagem que promova os relacionamentos e eleve o usuário ao patamar de parceiro fundamental na elaboração de procedimentos que levem em consideração todos os seus recursos, como fatores basilares para o estabelecimento de uma nova concepção de gestão, que tenha como objetivo central a sustentabilidade do ecossistema, mudança radical que, segundo os autores “só pode ocorrer se a natureza da prestação de serviços saúde for reconhecida como um ecossistema”.

Esse reconhecimento da prestação de serviços em saúde como um ecossistema caracteriza a relação da CCV, gerada por esses serviços prestados, com a LDS, escopo desta pesquisa.

A concepção dos serviços em saúde como um ecossistema foi caracterizada por Polese *et al.* (2018) pelas especificidades da área da saúde, onde os serviços estão direcionados e objetivam cuidar do paciente, fator gerador de originalidade das propostas de valor dessa área, sempre dinamicamente cocriadas, porque suportadas numa lógica já institucionalizada de compartilhamento e troca de serviços, que promove a sustentabilidade e o bem-estar de todos os componentes do ecossistema.

Também Frow *et al.* (2019) apontam a integração de recursos como um dos quatro fundamentos da LDS que suportam a “natureza e a estrutura do bem-estar em um ESS”.

4.3.3 Bloco C – Questão C3

C3 - Na sua opinião, o que pode ser melhorado em relação à identificação e acesso dos usuários, à coordenação das ações de cuidado e da oferta de serviços, em relação às necessidades detectadas? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referendada pela 2ª lição da “Perspectiva Ecológica e as 7 lições para o design do ESS”, de Dessers e Mohr (2020), que propõem a “Segmentação”, entendida como a identificação de usuários-alvo e coordenação de ações de cuidado em consonância com a necessidade de manter o equilíbrio entre a capacidade de oferta de serviços e as necessidades dos usuários. As repostas a esta questão foram agrupadas em subgrupos, por semelhança de temas.

Inicialmente, merece destaque a resposta da gestora EB8, que reforçou a necessidade da figura de um Gestor Geral, para todos os serviços de saúde da IES A, que acompanhasse a questão acadêmica e o relacionamento entre professores, alunos e usuários e não apenas as questões administrativas:

R. Olha, **eu imagino que se a gente tivesse alguém, que fosse um coordenador de todas as clínicas**, que tivesse um trabalho [...] mas seria interessante alguém de um nível superior, aí, não é? **Vamos dizer um gestor, um diretor-geral, não sei, que tivesse essa ligação com todos os cursos, com todas as clínicas e que organizasse isso**, não é? Então eu imagino que **teria que ter essa função, que não existe, nós não temos um diretor pedagógico**. [...] **na verdade tem que ser um gestor que tenha esse olhar multidisciplinar, mas que tenha um foco na parte pedagógica, acadêmica, de pesquisa**, que fomentasse a pesquisa junto com o *Strictu Sensu*, com a Iniciação Científica, **porque a gente tem um banco de dados, não só da farmácia, mas de todas as clínicas, maravilhoso, e material humano, pode-se fazer a pesquisa que quiser**, o que você quiser fazer tem material para fazer pesquisa e tem dados é só fazer! (EB8 - grifo nosso).

Esse ator, gestor geral, pedagógico e administrativo dos serviços de saúde já existe na IES B, estabelecendo pontes de relacionamento entre os diversos atores, a própria instituição e as instituições externas. Exerce função administrativa, porém sob uma perspectiva pedagógica e acadêmica, tendo em vista toda a estrutura e funcionamento do ESS. O entrevistado EB11 descreve como exerce essa função:

R. **Eu sou o gestor aqui da unidade, eu faço um elo em relação aos meus superiores com a unidade, então eu que coloco os projetos institucionais para caminharem dentro da unidade, são projetos geridos, pensados**, [...] pela pro-reitoria acadêmica e a pro-reitoria administrativa, que são meus superiores diretos. **Participo bastante da elaboração desses projetos, muitas vezes, tanto como proponente, tanto quanto uma pessoa que sou consultada, para ver se é viável dentro da unidade, ou não [...] então eu faço o grande elo do nosso objetivo educacional, mas também do bom cuidado com o nosso paciente; então é chegar num equilíbrio, onde todos tenham ganhos nessa relação**; então desses projetos ou são feitos pelos meus superiores e aí eu dou a consultoria, digamos, a validação, se tudo bem ou não; ou do ponto de vista assistencial, quando eu sou proponente, então tem uma necessidade que eu vislumbro dentro da instituição, aqui do setor de saúde e eu levo para eles. [...] então o que acontece é uma via de mão dupla aqui. **Tendo esses projetos, eu sou responsável por dar o andamento, o direcionamento interno; de uma forma geral, assim como a gente cuida aqui de estágios em saúde, então eu faço a gestão da nossa recepção da unidade [...]** esses profissionais dos setores a gente tem dois perfis: eu tenho um perfil do responsável técnico por aquele setor. [...] e além disso eu tenho um profissional que ele, eu costumo falar assim, ele é da coordenação dos cursos e ele vem para ser o professor dos alunos aqui dentro, [...] então esses professores eles não estão sob a minha gestão direta, eles são da gestão do coordenadores de curso, e eles alinham com os coordenadores as necessidades acadêmicas, me consultam se é possível aqui, dentro do ponto de vista assistencial, [...] **mas eu costumo dizer assim: eu não tenho médicos, eu tenho professores; e assim por diante, que é para diferenciar bem que a gestão é acadêmica, tá?** (EB11 - grifo nosso).

Esse gestor, com essas funções descritas na resposta do entrevistado EB11, é indicado por diversos autores referenciais desta pesquisa, discutidos em seguida, como uma das “instituições” que podem surgir em Ecosistema de Serviços em Saúde, de acordo com a nova premissa e axioma PF11 (“A CCV é coordenada por meio de instituições geradas pelos atores e arranjos institucionais”) e ligado diretamente pelos autores à PC7 (“Práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”) (VARGO; LUSCH, 2016, p.8, tradução própria), sendo um ator que possui uma função institucional produtora de impacto positivo no nível micro do ecossistema, *locus* de pesquisa deste trabalho.

Breidbach, Antons e Salge (2016) propuseram essa figura do “orquestrador de serviços” para facilitar a CCV em o que denominaram de “Sistemas de Serviços Centrados em Humanos” (SCCH) e que seriam “atores dedicados, que facilitam e orquestram a integração de recursos e assim valorizam a cocriação entre outros atores interdependentes no SCCH” (BREIDBACH *et al.*, 2016, p.1, tradução própria).

Da mesma forma, Lantos e Simon (2018) propuseram a criação do “Conselheiro de Saúde”, como uma nova profissão, facilitadora da coordenação entre os usuários e os provedores de serviços em saúde, enfatizando que a organização em redes, característica da sociedade contemporânea, oferece novas oportunidades de CCV aos serviços de saúde, notadamente o Atendimento Centrado na Pessoa (ACP), definido pelos autores como “Cocriação do Cuidado”, onde o ecossistema formado pelos pacientes, familiares, cuidadores, profissionais de saúde, espaços e serviços prestados cocria planejamentos de serviços em saúde personalizados, gerenciado pela figura desse “Conselheiro de Saúde” (LANTOS; SIMON, 2018).

Mais recentemente, Hlongwane e Grobbelaar (2022) enfatizaram o papel focalizador desse “Coordenador do Ecosistema”, que teria a função de “orquestrar” e gerenciar as possibilidades de compartilhamento de potencialidades e serviços dos atores, dinamizando e fornecendo coesão e homeostase à rede.

Outro conjunto de necessidades elencadas pelos entrevistados na questão C3 é a realização de contatos institucionalizados com o serviço público externo e com outras instituições, o que muitas vezes é dificultado por entraves institucionais, gerando situações de adversidade, considerada por Ranjan e Read (2021) como a primeira característica de “cocriação ecossistêmica”, porque as situações adversas proporcionam o surgimento de novas demandas e, por conseguinte, de novas tarefas, que exigirão dos atores novos posicionamentos e ações, que ampliam a percepção

ecossistêmica e promovem redistribuição da disponibilização de recursos, estreitando os laços entre os atores e adicionando nova dinâmica à CCV.

Esses novos posicionamentos e ações causados pelas dificuldades e entraves institucionais, que provocam novas ações dos atores, estão bem descritos nas respostas dos entrevistados, que destacam a importância da promoção de ações de compartilhamento de conhecimento e serviços com outras instituições e com o serviço público.

O entrevistado EB10, gestor de setor, pontua, porém, a questão dos custos que seriam gerados para as IES. Já a entrevistada EC7, professora, aponta uma ação específica que poderia ser realizada, de parceria com ONGs que ofereçam serviços que a IES não oferece, mas aponta essa ação institucional para promover esses contatos que, quando ocorrem, são por iniciativa pessoal dos professores e gestores, sem as devidas contrapartidas institucionais, como pagamento de horas extras para os funcionários, por exemplo, suporte para deslocamentos de profissionais e alunos para essas instituições parceiras e suporte para ampliação dos serviços que a própria IES poderia oferecer como resultantes dessas parceiras.

R. Acredito que sim, **acho que é possível [a troca de informações com o Serviço Público externo e o compartilhamento de conhecimento com outras instituições] e seria benéfico para o serviço público, bem como para o curso e para a imagem da instituição.** Entretanto tem a demanda da própria instituição, que é a questão dos custos, do que é viável o que não é; **a demanda que gera internamente no curso, o dispêndio financeiro, acho que isso é talvez o maior entrave hoje,** o fator limitante para materializar isso. (EB10 - grifo nosso).

R. **Eu acho que é uma das coisas que faltam aqui, a gente ter mais contato com outras instituições, outros profissionais. Se você quiser você pode ir, por sua conta, atrás, mas a instituição em si não tem essas parcerias,** sabe? Tem alguns profissionais, agora, que estão começando, por conta própria, com as parcerias e aí a faculdade vai abraçando; mas não a faculdade instituição; a instituição dar uma ajuda; se você quiser você faz fora do seu horário de trabalho. [...] eu, especificamente no setor de hidro, adoro atender gestante e não chega gestante, nunca chegou uma gestante, a não ser eu, quando eu estava gestante e eu que me dei de paciente; então a gente podia ir atrás de um hospital-maternidade, público, para trazer essa gestante. (EC7 - grifo nosso).

Essa necessidade de realizar parceria com outras instituições, na IES A, também é sentida pelo aluno ED4, que demonstra uma visão ampla das potencialidades do compartilhamento de conhecimento, a partir do próprio setor, se expandindo para outros setores da IES e para instituições externas, no nível meso do ecossistema de saúde do município. Esse aluno se refere ao matriciamento, à prática

de estudos de caso que, bem de acordo com o referencial bibliográfico desta pesquisa (VARGO; LUSCH, 2017; PINHEIRO, 2008), é prática corrente no SUS e que, na IES A, é uma necessidade bem sentida pelos atores entrevistados, enquanto na IES B é uma prática já institucionalizada, facilitada pela figura do gestor geral da Clínica-escola, entrevistado EB11 e pela própria instalação física da Clínica-escola, que concentra os serviços de saúde em um único espaço.

R. Eu acho que só essa questão que a gente estava conversando, dos outros setores encaminharem pacientes e não ter essa conversa, o que a gente chamaria no SUS de um matriciamento para conversar sobre o caso, não é? **A gente faz muito estudo de caso, mas internamente, com os olhos do nosso curso, não tem possibilidade de conversar com outros setores.** (ED4 - grifo nosso).

Uma necessidade sentida especialmente pelos funcionários e gestora da Farmácia-escola da IES A, mas que retrata bem uma necessidade de ambas as IES avaliadas, tendo sido apontada em outras entrevistas supracitadas, é a falta de conhecimento de médicos de outras instituições e dos usuários sobre a natureza e o tipo dos serviços de saúde prestados pelas IES, fato que gera muitas dificuldades aos usuários, que chegam à Farmácia-escola com prescrições de medicamentos com dosagens que a IES não tem condições de produzir, ou que levam tempo para serem preparadas, por ser uma farmácia de manipulação e para a maioria dos usuários a dificuldade de se locomover até a IES é muito grande, gerando frustração e inclusive situações conflituosas no momento do atendimento a esses usuários.

Então surge a necessidade de compartilhar o conhecimento com as instituições externas, notadamente o Serviço Público de Saúde, que é a instituição que mais indica usuários para as IES entrevistadas, fazendo eco à PC6 (“Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema”), da tipologia de Frow *et al.* (2016) e que causam impacto negativo, desde o nível mega até o nível micro do ESS.

Essa necessidade de compartilhamento de conhecimento também se coaduna com a 2ª lição da “Perspectiva Ecológica”, de Dessers e Mohr (2020), a “Segmentação”, que ressalta a importância da identificação de usuários-alvo e o necessário equilíbrio da disponibilização de ações de cuidado em saúde com a capacidade de atendimento da IES.

R. **Os pacientes acabam vendo aqui meio como um negócio, que está dispensando; ele nem sabe muito como é, o que é que a instituição oferece, porque eles acham que aqui é da prefeitura, que não é da faculdade, não é? [...]** Então os fitoterápicos, a prefeitura é que manda a verba para a gente poder preparar, mas a vitamina D não é a prefeitura que

dá, é a faculdade; então eles não têm essa noção, **então eles ficam muito bravos, assim, quando a gente fala que não tem como dispensar a quantidade maior para ele não ter que ficar voltando**, então eles acham que tipo, como é da prefeitura, tem que fazer; então eles não entendem essa parte de que não é da prefeitura, é da faculdade (EE6 - grifo nosso).

R. É muito interessante, porque **a gente já tem um comunicado prévio com os médicos de UBS, porque a gente só atende a receita do município, mas existem alguns casos** que eles colocam a prescrição de 1 ano, que a gente não atende; **colocam dosagens que a gente não atende; e o usuário fica muito bravo**, com a gente, como se fosse nossa obrigação avisar o médico, para ele não ter que vir fazer uma viagem à toa, **então eu acho que falta um pouco ainda essa comunicação entre a gente e o médico**, para que o usuário não saia frustrado, porque é o que acontece na maioria das vezes. (EE7- grifo nosso).

R. Ele chega, muitas vezes, você tem que explicar para ele por que ele não está levando o medicamento na hora, porque ele chega já querendo levar o medicamento, então **você tem que explicar que aqui é uma farmácia de manipulação, [...] às vezes tem uns que saem meio chateados, porque eles vão demorar para vir buscar o medicamento**, tem vezes que fica 30 dias o medicamento aqui, que a pessoa é muito idoso que vem aqui, e devido a isso esses eles têm dificuldades para vir aqui. (EE8 - grifo nosso).

Outra necessidade, apontada pelos entrevistados das duas IES, é fornecer maior espaço para ações e discussões multidisciplinares, proposição que encontra respaldo em Prahalad e Ramaswamy (2004a), que afirmam que a resolução conjunta de problemas em ambientes de diálogo, onde os usuários sejam também participantes ativos, é um *locus* privilegiado para a coconstrução de experiências diversificadas, exclusivas e personalizadas para cada ator, em processo de diálogo permanente, que produz inovação e cocriação.

R. Mas, se a gente for pensar em crescer, eu acho que é talvez estimular mais, tem mais espaços para a gente fazer essas discussões interdisciplinares dos pacientes, ter de uma forma organizada e com um acesso fácil. (EC1).

R. Eu acho que o mais urgente seriam essas questões da ação multidisciplinar, e não somente isso, mas também a interdisciplinar; então: as reuniões as discussões de casos e manter um fluxo de atendimento, matriciamento mais adequado entre as clínicas, os ambulatórios, e inserir mais cursos também, nesse fluxo que nós já fazemos. (EB4).

R. Alguns exemplos, da história da academia. **Tem um contato muito próximo com a clínica de fisioterapia. Vários pacientes [ao] terem alta, de ser praticamente um procedimento: Tem alta, vai [é encaminhado] para academia e foi uma grande evolução dessas pessoas, do processo, que é muito importante, porque muitas vezes as pessoas terminam um programa fisioterapêutico e aí ficam sem nada e acaba às vezes até regredindo a função.** O que mais? Acho interessante ver a oportunidade que pessoas de outros serviços, que também têm atendimento limitado por um período específico, que a pessoa tem alta e não tem para onde ir e acaba vindo para cá. Isso é bem importante porque acaba atingindo uma população que tem dificuldade de ir em lugares comuns, digamos assim. **Então acho que acaba sendo um diferencial importante.** (EB6 - grifo nosso).

Em uma das instituições (IES B) todos os serviços estão localizados em um único local, o que facilita os contatos multidisciplinares. Na IES A, há uma pulverização dos atendimentos em dois *campi* distantes entre si e no próprio *campus* que concentra a maioria dos serviços, cada setor atua de forma isolada dos demais, com as interações intersetoriais ocorrendo por iniciativas pessoais dos gestores e professores e não por uma política institucional. Esse fator é apontado pelos entrevistados como limitante, tanto para os contatos interdisciplinares entre os setores quanto para os usuários que, para receberem atendimento completo, necessitam se deslocar de um *campus* para outro, o que dificulta e até impede o seu acesso aos serviços.

R. Eu gostava muito quando a psicologia era o nosso *campus*, era mais fácil para o paciente, se tiver que melhorar alguma coisa, eu gostaria de que a psicologia ficasse próxima, porque eu acho que as áreas da saúde, não só a psicologia como a Educação Física também, a Academia-escola [...] eu acho que a gente perde com isso. [...] O acesso vai existir para o paciente que queira ir lá fazer, ou para a psicologia, mas fica mais difícil; porque ele vem aqui, faz a fisioterapia, pode agendar uma sessão da nutrição, pode agendar uma sessão na psicologia; então eu acho que quando fica tudo junto facilita isso para o paciente, que realmente existe dificuldade de transporte, não têm dinheiro para o transporte, ou ele tem dificuldades mesmo de se locomover. (EE4 - grifo nosso).

Essa proximidade que facilitaria a troca e o compartilhamento de informações também poderia ser estimulada pela implantação de prontuário eletrônico, apontada pela gestora EB8 e pela professora EC8, referendado pela pesquisa recente de Zhang *et al.* (2021), que abordam o contexto da “saúde inteligente”. O advento da “internet das coisas” proporciona e potencializa o valor cocriado pelas interações e compartilhamento de informações, o que impacta e impulsiona diretamente a CCV, sendo a habilidade-chave para diagnósticos e tratamentos mais completos e eficazes.

Esse processo foi denominado por Zhang *et al.* (2021) como “ecossistema de saúde inteligente” e envolve todos os atores que participam do ESS, desde o nível micro até o nível macro, salientando também o valor agregado gerado pelas interações que ocorrem entre os usuários dos serviços.

As IES analisadas possuem muito potencial nesse campo, em função de terem, ao longo dos anos, acumulado um grande banco de dados sobre os procedimentos realizados e os dados dos usuários, mas que ainda são pouco utilizados para gerar trabalhos acadêmicos e de pesquisa, cuja produção precisa ser mais estimulada, pois é ação que geraria mais valor, uma vez que a publicação de pesquisas e a produção acadêmica são pré-requisitos para o reconhecimento e a avaliação das IES.

R. **É, talvez um prontuário eletrônico**, onde a gente tivesse, agora tem tanta coisa on-line, aí que a gente pode, até no próprio Google, colocar no drive ali **um prontuário único desse paciente, que ele chegasse aqui, receberia atendimento inicial e depois fosse encaminhado, se tivesse uma recepção, a triagem inicial, depois já fosse encaminhado para os setores, acho que a gente ganharia muito no atendimento**, com certeza. [...] Não há [ainda] atendimento integral, onde a gente pudesse também ter momentos onde a gente trocasse informações, trabalhasse casos mais graves, ex.: às vezes tem um caso mais grave que merece uma atenção maior e esse caso poderia ser acompanhado aí por todos. (EB8 - grifo nosso).

R. **Eu tenho pouco envolvimento com o atendimento aqui da clínica, mas lá no hospital acho que a gente tem um sistema, organizado, eu acho que o prontuário eletrônico facilita bastante, para organização de dados, de exames realizados, que às vezes a gente perdia** [...] eu não tenho contato lá no hospital, dessa ligação de prontuários, de dentro do hospital com a rede fora, então, por exemplo, quando o paciente chega para a gente lá no hospital, a gente só sabe que ele passou, que ele passava em ambulatório, mas eu não tenho conhecimento do que foi realizado, [...] **se o paciente é muito orientado e sabe de tudo o que ele estava vivendo, facilita muito sim; mas às vezes a gente, até mesmo com o familiar que está que está às vezes junto, ou o paciente não tem condições, ele não sabe muito bem o que estava sendo realizado, ele não tem esse conhecimento, ele é leigo**; nesse sentido então eu acho que se tivesse um sistema que ligasse os prontuários, não só no hospital, mas fora do hospital [...]. (EC8 - grifo nosso).

Em geral os alunos e funcionários entrevistados mostraram-se muito satisfeitos, não apontando necessidades de melhoria, exceto por ampliação dos horários de atendimento e do número de profissionais e estudantes.

R. Só tem uma coisa que eu reclamo que é o horário: que a gente tem 50 minutos de atendimento, então passa muito rápido, quando a gente vê já está dando o horário; eu acho que poderia ser um pouquinho mais, mas também entendo por que se for um pouquinho mais, às vezes não há tempo, não vai conseguir atender todas as pessoas. (ED6).

R. Olha, a princípio não; não tem nada, acho que talvez a gente podia ampliar mais aqui espaço trazer mais profissionais. (EE2)

R. O que é que melhoraria? Ter mais alunos! Eu posso oferecer mais vagas, posso ampliar meu leque de atendimentos, basicamente é isso. Quem me dera ter muito mais alunos! É difícil negar a vaga para os outros centros! Eu chego aí na frente [na recepção], você vê que o cara tá precisando, e pôxa! Não tem vaga porque eu estou com poucos alunos. É ruim demais! (EB5).

R. E assim, nós, aqui da Clínica-escola, gostaríamos de oferecer horários de manhã, de tarde, de noite, para o paciente, mas a gente depende da quantidade de alunos [...] e às vezes a gente tem poucos alunos, então ficamos limitados com essa situação. (EE4).

R. **Aqui precisaria assim de mais pessoas, porque a demanda está ficando muito grande**, muito, muito, tem aumentado demais e eu fico sozinha muitas vezes na recepção e eu não dou conta de fazer tudo, então a gente tem que acionar alguém lá de dentro para ajudar. [...] tem de entregar o medicamento, tem que tomar cuidado na hora de entregar, não entregar errado, porque é um monte de gente junto, tem de prestar bastante atenção nessa parte porque envolve o medicamento da pessoa. (EE8 - grifo nosso).

Uma situação que exemplifica fatores de risco que acontecem no processo de contato com os usuários foi descrita pela entrevistada EE7 e já foi abordada pelo modelo DART de CCV (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004b), que é a redução do risco (R), a partir de ações que apresentem claramente ao usuário a natureza e o tipo dos serviços prestados pelas instituições e demonstrem os potenciais prejuízos ou desvantagens decorrentes da produção e do uso desses serviços.

R. E a gente presencia situações diversas com os pacientes, situações absurdas. Por exemplo, teve uma profissional que se auto prescreveu 30 cápsulas de vitamina D da maior dosagem que a gente tem por dia, e a gente não atende isso; aí ela veio e falou que ia processar, porque a gente não ia dispensar, porque isso é inviável para a gente, a vitamina D quem fornece é a faculdade, então, assim, não teria como e ela ficou muito brava, indignada; e a gente, nessa situação, a gente fica muito assim, a gente não pode fazer, não tem como. E o paciente às vezes não aceita; então são situações absurdas, mas a gente tem que entender. **Outra vez chegou uma aluna da nutrição, sem a receita física; e ela queria, porque queria, se administrar o medicamento e a gente não pode fazer isso aqui, a gente segue tudo conforme mandam as regras e ela queria porque queria, a gente falou não tem como te atender; ela saiu muito frustrada daqui, mas é uma situação que a gente não pode interferir.** (EE7 - grifo nosso).

Na PC8 (“Práticas que são intencionalmente codestrutivas, criando desequilíbrio no ecossistema”), da metodologia de Frow *et al.* (2016), foram apontados pelos autores problemas que podem afetar o transporte público dos usuários para os serviços, uma vez que dependem desse transporte, fornecido pelos órgãos públicos, mas que são afetados por problemas de logística entre o horário de atendimento da IES e o horário do transporte público disponibilizado para os pacientes.

A intencionalidade da codestruição de valor pode ser identificada na necessidade de a política de transporte público de pacientes ser elaborada e gerida em consonância com todas as instituições que prestam esses serviços à população.

Simmonds e Gazley (2021) abordam a mesma questão, ao afirmarem que o processo que cocria o bem-estar do ecossistema de serviços se conecta diretamente às ações dos indivíduos e entidades coletivas, como as cooperativas de transporte de pacientes.

R. Uma outra coisa que a gente tem um problema aqui, que eu vejo como um problema assim: por exemplo, transporte da prefeitura, temos pacientes que dependem do transporte da prefeitura, porém, o nosso atendimento começa às 14:00, nesse horário não tem transporte, então a gente já perdeu o 1º horário; 14:50 tem transporte, aí, das 14:50, aí, 17:10, tem transporte para vir, mas não tem para voltar; então a gente tem 1 horário de fisioterapia em que o paciente pode chegar de transporte público, então é pouco transporte para muita gente. (EE4).

Entre os usuários, a maioria falou que está “tudo muito bem”, que “amam os serviços”, e por esse motivo não têm sugestões para melhorar, a não ser alguns pedidos de novos materiais, que fogem ao escopo desta tese. Essas respostas estão representadas pela usuária EA3, que ressaltou o fato de que a sua melhoria de qualidade de vida se deve tanto ao espaço, bem equipado e acolhedor, quanto à excelência dos protocolos e do atendimento que recebe.

R. Não, não pode [melhorar], não vou falar que tem alguma coisa, porque todos os exercícios, todo o funcionamento aqui, são bons, todos, todos são muito bons, inclusive as pessoas que recebem aqui [...] a gente sair daqui não só aliviado pelo pelos exercícios que faz, estamos nos ajudando, como pelo tratamento, né? Pelo tratamento que a gente tem com as pessoas, não é? Porque está cuidando que está tratando de pessoas, não é? Pessoas. (EA3).

Na questão C3 do Bloco C foram discutidas necessidades de melhoria dos serviços prestados pelas IES apresentadas pelos entrevistados, cada subgrupo de melhorias propostas pôde ser relacionado a uma das seis proposições da pesquisa de Kaartemo e Känstätöski (2018), que associaram atividades de gestão dos ecossistemas de cuidados básicos em saúde à capacitação para autonomia dos pacientes e familiares, destacando a prática de integração do conhecimento como fator primordial para a CCV.

Segundo os autores, a CCV caracteriza-se por mudanças de comportamento em saúde pelos atores participantes, com influência tanto positiva quanto negativa, a Codestruição de Valor, sobre o bem-estar do ecossistema. (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018).

A figura do gestor geral que acompanhe a questão acadêmica e o relacionamento entre os atores e que facilitasse o compartilhamento de informações para os usuários e os médicos que os indicam encontram respaldo na proposição 1: “a coleta completa e precisa das informações dos pacientes influencia a forma como as informações e o conhecimento são utilizados em um sistema de serviços em saúde” (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018, tradução própria).

A necessidade da instalação de um prontuário eletrônico encontra respaldo na proposição 2: “a transferência de informações e o seu armazenamento influenciam como as informações e o conhecimento são utilizados em um sistema de serviços de saúde” (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018, tradução própria).

Já a necessidade de promover contatos institucionalizados com o serviço público externo e com outras instituições e de maior espaço para ações e discussões

multidisciplinares dentro das próprias IES está respaldada pela proposição 3: “a criação e o compartilhamento de conhecimento influenciam a forma como as informações e o conhecimento são utilizados em um sistema de serviços de saúde”. (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018, tradução própria).

A necessidade da diminuição dos fatores de risco causados pela falta de informações mais precisas sobre os serviços em saúde prestados pelas IES e de problemas como a logística do transporte público para os usuários se coaduna com a proposição 4: “o uso da informação e do conhecimento em um sistema de serviços de saúde influencia a CCV, ou também a sua Codestruição, que se manifestam como progresso (ou regressão) na mudança de comportamento em saúde” (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018, tradução própria).

A ampliação dos horários de atendimento e do número de profissionais e estudantes proporcionaria mais motivação aos usuários e familiares, para mudarem comportamentos em relação aos cuidados com sua própria saúde, o que indicaria uma transição da intenção de mudar seus hábitos para ações realmente efetivas de mudança, orientadas por esses profissionais e alunos.

Esse processo está descrito na proposição 5 (“A transição da pré-intenção para a fase de intenções requer o uso de informações e conhecimentos que aumentam a motivação de pacientes e seus familiares para mudar o comportamento de saúde”).

Também está descrito na proposição 6 (“A transição da intenção para a fase de ação requer o uso de informações e conhecimentos que aumentam a capacidade percebida dos pacientes e de seus familiares de mudar o comportamento de saúde”) (KAARTEMO; KÄNSÄKOSKI, 2018, tradução própria).

Concluindo a questão C3 do Bloco C, identificou-se a aplicação prática da 2ª lição para o design do ESS: a “Segmentação” (DESSERS; MOHR, 2020).

Essa aplicação, indicada pelas necessidades de melhorias, se refere à PC4 (FROW *et al.*, 2016) e ao Objetivo Específico 1 desta tese: “Analisar práticas que impactam os ESS, criadas ou estrangidas pelas estruturas que formam seus contextos”.

E ainda, está referenciada pelos trabalhos de Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017), que analisaram a questão do acesso aos serviços de saúde como um FCCV (Ver Quadro 6, p.134).

4.3.4 Bloco C – Questão C4

C4 - Existem práticas que proporcionam interdependência e integração entre os diversos atores e os recursos que podem disponibilizar? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referendada pela 1ª lição da “Perspectiva Ecológica e as 7 lições para o design do ESS”, de Dessers e Mohr (2020), que abordam questões de interdependências entre as atividades, atores, desafios, estratégias e soluções para a composição e manutenção da homeostase do ESS.

Também está relacionada diretamente com a ASS, adicionada por Davey e Grönroos (2019) como uma nova Prática de CCV para a tipologia de Frow *et al.* (2016) e à 1ª proposição dessa prática, que postula que “os papéis de alfabetização dos serviços de saúde dos pacientes são dinâmicos e interdependentes”. Diversas respostas dos usuários apresentam atitudes que demonstram esse processo de “alfabetização” para os serviços que recebem, ou seja, desenvolvem ações conjuntas de ajuda mútua para aplicação das aprendizagens que receberam dos serviços prestados pelas IES.

Essas ações são um exemplo concreto da existência de PCCV entre os usuários e respondem diretamente ao Objetivo Geral da tese de, a partir das perspectivas dos atores, caracterizar as relações entre a LDS e a CCV, uma vez que um dos escopos de atuação das IES pesquisadas é justamente prestar serviços de saúde à comunidade. Esses serviços prestados, por sua vez, estimulam a realização dessas PCCV relatadas pelos usuários, práticas que, de acordo com a tipologia de Frow *et al.* (2016), moldam os ESS.

Também respondem ao Objetivo Específico 4 desta tese: “Analisar práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais em ESS”.

São práticas e oportunidades interativas facilmente identificáveis, como na resposta da entrevistada ED8, que flui como uma conversa com o entrevistador. A usuária reportou a existência de uma rede de pacientes que se organizou de forma totalmente espontânea e informal. Eles compartilham informações e mudança de hábitos, com todos se ajudando a manter os programas de exercícios, em uma prática que se caracteriza como um processo de ASS, de Davey e Grönroos (2019), porém

em uma forma mais ampliada daquela apresentada, uma vez que essa ASS ocorre de forma compartilhada entre os usuários, ação que não é abordada pelos autores e que foi identificada como PCCV na IES analisada nesta tese.

R. A gente acaba fazendo amizade. A minha turma por exemplo é toda antiga, a maioria, não é? os que trocam ficam um pouco e sai. [...] Mas a gente troca ideia: por exemplo: ai eu falo essa [aluna] que está comigo puxa muito, então estou aguentando, porque a gente um dá força para o outro; se ela não fizer assim você vai atrofiar, não reclama! Você tem que andar, você tem que fazer esteira, você tem que...! Então a gente, a ideia que a gente fala é isso, entendeu? No zap [WhatsApp], no telefone; aqui não sabe mexer no WhatsApp, a gente se fala assim.

P. Então tem esse compartilhamento de conhecimento?

R. Tem, tem: “a sua cartilha é igual a minha?” “Você vai fazer exercício para a perna”; “você vai fazer exercício para o braço” [...] A gente marca até a hora para andar: “ó! 6 horas nós vamos fazer a caminhada e liga o telefone que eu quero saber se você está caminhando!

P. Aí faz essa combinação assim juntos! Isso é muito bom!

R. Tem que ser, porque se não ninguém faz nada, velho...

P. E quando sai para caminhar, então pega o WhatsApp e ficam estimulando as amigas?

R. Ó! Nós vamos andar 6 horas da tarde hoje! Não às 6 eu não posso! Meu filho vem jantar! Então nós vamos andar que horas? Porque se escurecer o velho não enxerga, pode tropeçar na rua tem que ser cedo.

P. Mas aí quer dizer que cada uma anda pelo seu caminho, mas vão se comunicando, vão conversando?

R. Olha aí uma fala: liga aí, que faz a vídeo chamada, que eu quero ver se você está na rua mesmo! aí faz a vídeo chamada para mostrar que está caminhando. É tem que ser! [...] Certo! Provocação! Porque um quer fazer mais que o outro, então isso dá certo! Isso ajuda! E aí uma troca o telefone: a gente dá uma sugestão: Ô M.! vem cá! como é que eu faço? Aí a gente ensina: olha J., você tem que apertar aqui, fazer aqui! Saiba que fazendo porque isso, pra quem tem idade, meu Deus, isso é uma bênção, é uma maravilha essa amizade, essa coisa que a gente tem, faz parte da nossa terapia, da nossa fisioterapia. (EA10).

Em um segundo momento, os usuários reportam ações de divulgação dos serviços prestados pelas IES através do “boca a boca” entre conhecidos e parentes da região; também se referem a uma rede informal de ajuda mútua para conseguirem se locomover até as IES, apontando uma rede de relacionamentos e compartilhamento de serviços e informações externa ao nível micro das IES e que se caracterizam como redes que se organizam no nível meso do ESS, considerando-se também os serviços de saúde externos que, por meio da indicação de pacientes para as IES, compõem esse segundo nível do ESS, conforme Frow *et al.* (2016).

R. Para mim está sendo ótimo e para pessoas de fora também que eu indico que venham fazer aqui. (EA1).

R. Na realidade, na época eu passei pelo meu médico e ele falou que precisava fazer a fisioterapia; aí eu falei: está bom! Eu tentei fazer lá na Fundação [serviço público da cidade], mas pensei: nossa eu não conseguir lá. [...]. Aí **conversando com uma amiga minha, que ela tem esclerose múltipla, e ela usava os serviços aqui dessa IES; aí ela falou assim: eu vou ver se eu consigo ter o telefone de lá;** pra você foi uma conversa assim de bate-papo e sem querer ela me falou: “vem aqui”; peguei todos os dados do que eu precisava, dei entrada; acho que **dentro de 2 meses eu tive o resultado, não é? E aí consegui fazer aqui.** (EA2 - grifo nosso).

R. **Então essa ajuda [dos cuidadores] vem a vida inteira** e a gente vai trocando, porque eles vão ficando mais velhos, tem que trabalhar. Graças a Deus, ele sempre vem colocando alguém no meu caminho. E foi indo. Eu não sei até quando ele vai, [...] ele é filho de um inquilino meu, e aí como ele está parado lá, ele gosta de celular, computador, então ele tem em casa e eu vou pagando pra ele. Também a gente não sabe até quando. Isso é uma das coisas que desanima um pouco, porque eu sou ativo, dirijo, trabalho 12h como DJ, e ele também me acompanha montando a aparelhagem, essas coisas assim. (EA4 - grifo nosso).

As respostas das usuárias supracitadas confirmam a prática institucional de estimular a socialização entre os pacientes, o que gera fidelização ao tratamento e foi reportada pela professora EC5:

R. Com relação aos exercícios de grupo, existe uma questão muito importante que é a socialização. Então as pacientes, principalmente do grupo de joelho e do grupo de coluna, que é o maior número de pacientes que nós temos, **percebe-se que elas gostam de estar aqui por conta não só do exercício e na verdade acho que o exercício até secundário, é mais integração entre elas, essa socialização, fazem amizades, então eu percebo que elas gostam de estar aqui pelas amigas.** (EC5 - grifo nosso)

P. Então essa adesão é pelo contato social?

R. Exatamente! então aí faz exercício; tanto é que várias vezes, no meio do exercício, a gente precisa chamar atenção, porque elas param para conversar, é muito engraçado, mas, **assim, existe essa questão, que faz com que elas não falem de jeito nenhum.** (EC5 - grifo nosso).

Ainda na perspectiva da ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019), as respostas dos gestores e professores demonstram ações concretas para formar os usuários, parentes e cuidadores para o necessário acompanhamento diário dos cuidados básicos de saúde, em uma prática de orientação que vai muito além da proposta tradicional dos serviços de saúde, que é o atendimento presencial, a prescrição de exames e medicações e orientações gerais sobre cuidados em casa. Isso quando é um atendimento já de maior qualidade, pois o que escutamos de relato dos nossos entrevistados é um sistema de consulta nos serviços públicos e particulares que se limita a prescrever exames, medicações e tratamentos, de forma impessoal.

Nas IES pesquisadas o que foi encontrado como política de atuação é o acompanhamento e formação para o dia a dia dos usuários, em relação à adoção de hábitos saudáveis e de cuidado diário, tão importante quanto os medicamentos.

Por esse motivo, destacam-se essas ações de ASS das IES pesquisadas, para formação de todos os atores envolvidos nesses ESS de relações que buscam cuidar, tanto dos pacientes quanto de todos os atores envolvidos, que, por proximidade, seja pessoal ou profissional, vivenciam essa necessidade de cuidar do outro e de si próprio, com destaque também para a formação do aluno, que é o primeiro a conversar com os usuários e para ações como a de teleatendimento, quando o usuário não pode se deslocar para a IES ou quando os usuários e a família necessitam de orientações para a realização de práticas em casa.

R. Quando a gente não tem, por exemplo, possibilidade de ter atendimento presencial, ontem mesmo tem uma senhora que começou atendimento conosco, ela se afastou, foi internada, ficou um tempo internada e voltou agora, com uma situação um pouquinho mais delicada de saúde, se recuperando; **a gente fez um teleatendimento: o filho estava lá, depende muito da família, depende muito em como a família se insere no contexto. [...] isso acontece muito com as crianças, porque a corresponsabilidade está no responsável, então meu pequeno ele não vai no meio da cozinha preparar um prato de comida, eu preciso entender como é esse processo [...]** Então dependendo da nuance que o acompanhante ou responsável dá, a gente traz essas participações; a gente já teve muita família que os pais são separados, que a mãe veio pedir ajuda, porque a criança tinha patologia, para falar para os avós e para o pai, que não podia comer determinados alimentos, porque se não ia prejudicar o estado de saúde; **então a gente faz o relatório não só para o médico ou para outro profissional, a gente faz um relatório para a escola, a gente faz relatório para a família, a gente tenta falar para todo mundo: escuta se vocês não abrirem os olhos “o bicho vai pegar”; então por isso que eu falo que a família e os cuidadores estão sempre envolvidos no processo;** a gente diz: eu te orientei aqui como paciente: não é você que faz alimentação, então eu estou mandando uma carta pra sua esposa, falando: me conta isso! Na próxima eu quero conversar com ela também, porque tu não sabe relatar e eu preciso achar quem é a fonte! Para poder ajudar, porque às vezes eu tenho algum impeditivo ali, que não permite que o meu acompanhamento ele seja efetivo, porque depende do outro para fazer. [...] **Então eu falo muito para os nossos alunos: se o paciente veio aqui, mesmo que reativo, mas mandaram.** Outro dia eu peguei um senhorzinho, que estava em retorno; ele chegou aqui e falou assim: não sei por que você me chama aqui, ele estava sentado desse jeito: braço cruzado, e eu só olhando aqui: então o aluno que o atendia falou: “pelo amor de Deus me ajuda!” **E eu falei: fala senhor fulano: e ele: “eu queria saber por que você me chamou aqui, eu venho aqui só passar o meu tempo!” eu falei assim: o senhor quer saber por que eu chamei o senhor aqui? Porque eu estou preocupada com a sua saúde, porque a gente gosta do senhor e a gente estava com saudades! E assim... porque o aluno se assusta, não é? Porque ele não entende o contexto, daí a gente foi tocando, tocando [...]** então eu falo: em tudo ele era dependente da esposa, que não vinha junto, então a gente vai conscientizando o paciente nesse processo; **se a família tiver disponível a gente está aqui para abraçar todo mundo; literalmente a gente bota a família toda no consultório.** (EB3 - grifo nosso).

Entre as respostas à questão C4, identificam-se as práticas que proporcionam interdependência entre os atores, usuários, familiares, cuidadores e alunos que, em função de outro escopo dos serviços prestados pelas IES, o da formação dos futuros profissionais de saúde, também são envolvidos nessa formação e ASS.

R. Então **o estagiário curricular do curso de nutrição faz o atendimento e faz a discussão do caso com o seu superior, que é o professor da instituição; então acontece ali uma discussão para direcionamento do caso à clínica docente-assistencial;** então, a partir do primeiro atendimento, onde há esse acolhimento pela triagem, pelo estudante, a discussão com o supervisor de estágio, com o professor preceptor ali, e todo o acolhimento e atendimento acontece ali dentro. (EB4 - grifo nosso).

R. Bom, **o atendimento na Farmácia-escola ele tem como principal objetivo fornecer um medicamento para o paciente, mas obviamente também prestar uma assistência. Orientar esse paciente; então existe todo um trabalho, vamos dizer assim, de treinamento com esses funcionários, seja com os funcionários, seja com os monitores, com o estagiário, no sentido de que ele esteja preparado para atender pessoas, porque nem sempre o aluno tem esse preparo no dia a dia da sala de aula, não é?** Muitas vezes ele está ali na sala de aula aprendendo sobre medicamentos, sobre fórmula, sobre química, mas pouco sobre pessoas; [...] a gente tem na verdade momentos onde a gente conversa mais individualmente; o que a gente não tem muito são momentos em grupo, de treinamento em grupo; atualmente, como a gente tem WhatsApp, a gente tem grupos de WhatsApp, então, eu vou dar um exemplo de hoje: ontem eu avisei no grupo: olha pessoal teremos na farmácia o professor B., que vai fazer uma pesquisa e tal. Aí todo mundo manda um ok, de que está ciente; então, comunicados gerais; em termos de prepará-los para alguma situação diferente, **a gente costuma usar muito o grupo do WhatsApp, em coisas pontuais [...] então, assim, a gente procura instituir a comunicação interna é de uma maneira também harmoniosa que as pessoas possam falar e de repente expressar algum problema,** não é? (EB8 - grifo nosso).

R. **Dentro da Clínica-escola, os alunos eles passam por seis setores diferentes,** na piscina, na ortopedia, na neurologia e antes dele passar em cada setor, ele tem um treinamento aí de uma semana, ele fala de nivelamento, fazendo um treinamento específico para aquele setor. **Então toda terça e quinta a gente pode chamar de Educação Continuada, de seminários, no último horário de atendimento é reservada para discussões de casos clínicos, de seminários;** essa parte mais teórica, sem o paciente. (EB12 - grifo nosso).

R. Então, **normalmente o usuário é visto pelo acadêmico e aí, dependendo, do ano que o aluno esteja, do momento da competência em que ele esteja, a gente faz a consulta em conjunto com o aluno, ou não; ou o aluno faz a consulta e depois a gente discute o caso na presença do paciente;** então o aluno conta como é que foi o atendimento, os achados dele sobre o aspecto físico, de história, de receitas e aí **a gente chega num diagnóstico conjunto, e aí faz em conjunto a prescrição, do que o paciente precisa, incluindo o paciente na decisão, se aquilo é possível naquele momento. [...] e isso é um pouco da medicina de família,** porque a gente acaba tendo uma amplitude de possibilidades, **porque o paciente não vem para resolver uma coisa pontual, ele vem com múltiplas questões, e cabe então a gente decidir em conjunto o que vai ser naquele momento,** o que vai ser no próximo momento. (EB9 - grifo nosso).

Em relação às práticas que proporcionam interdependência e integração entre os diversos atores e os recursos que podem disponibilizar, a entrevistada EC4, professora, salientou boas relações que vivencia no ambiente de trabalho, que se refletem no bom atendimento aos usuários e na forma de lidar com as intercorrências que fazem parte do dia a dia da prestação de serviços em saúde. Em consonância, a professora EC1 destacou a existência práticas que proporcionam interdependência e integração de recursos dos atores, exemplificando com a política da IES de realizar prescrição de tratamento em função dos recursos do usuário, tratamento que busca se adequar às suas condições financeiras e não apenas prescrever um tratamento que, depois, o usuário vai ter que dificuldades financeiras para conseguir, o que pode levar ao abandono do tratamento.

Essas informações são levantadas a partir de uma prática de anamnese e consulta que incentiva os usuários a falarem mais de si mesmos do que apenas responderem de forma mecânica a uma anamnese padrão, conforme salientou o professor EC2, que trabalha na IES com os princípios da medicina oriental, justamente mais focada na relação que se estabelece entre médico e paciente.

R. São duas coisas que me chamaram a atenção aqui: é um dia a dia que é tranquilo, e é muito bem organizado e eu acho que isso se reverte bem em cuidado para o paciente, também no conforto na hora do trabalho [...] então tem um fluxo muito organizado e que é muito seguido, muito respeitado e as eventualidades são cuidadas de maneira rápida, eficiente; eu acho que por conta das boas relações. (EC1).

R. **A gente tem, dentro da especialidade [medicina de família] essa preocupação tanto da possibilidade, assim, íntima do paciente, dele dar conta de fazer aquilo que está sendo pedido; e também das possibilidades de acesso e financeiro;** exemplo: então a gente tem uma primeira escolha de um tratamento, mas que não está disponível no SUS, então nós vamos usar a segunda escolha, que é uma coisa que está disponível para pegar na UBS, então: olha, a gente não tem isso disponível na rede pública, o senhor tem condição de gastar tanto, durante tanto tempo? (EC1 - grifo nosso).

R. **A gente os estimula [os usuários] a falarem; para nós o mais importante é o sentimento, o que a pessoa está sentindo, especialmente a emoções, você entendeu?** [...] Porque essas questões, na visão da medicina chinesa, são as que levam as pessoas a terem problemas de saúde, então a gente procura sempre estimular a pessoa a falar o que sente no seu eu mais profundo, para a gente interpretar o problema que ele tem, para a gente entender também o que se passa, o que está acontecendo no ponto de vista emocional com ele. (EC2 - grifo nosso).

Essas práticas, que provocam interdependência entre os atores, se refletem também no compartilhamento de conhecimento entre os alunos e professores, conforme salientado pela professora EC1. O compartilhamento de conhecimento

propicia aos alunos uma aprendizagem diferenciada para a sua futura inserção no mercado de trabalho, especialmente em relação ao desenvolvimento do seu senso crítico, conforme salientou a professora EC6.

Essa interdependência e compartilhamento de recursos entre os atores é a proposta focal do trabalho de Hughes e Vafeas (2018), que postularam que os “recursos operantes” dos atores, frutos da aprendizagem que receberam e desenvolveram ao longo da vida, relacionam-se diretamente à LDS, à medida que esses recursos são mobilizados para proporcionar benefícios em forma de prestação de serviços e conhecimentos, tanto aos usuários e suas famílias (níveis micro e meso do ESS) quanto aos responsáveis em formular políticas públicas de saúde (níveis macro e mega do ESS).

Esses benefícios, de acordo com Ranjan e Read (2016), geram o Valor em Uso (ViU), que preconiza que o valor é criado a partir da sua aplicação, sendo atribuído pelo usuário a partir do usufruto de um bem ou serviço, sendo uma das dimensões que os autores consideram como conceituais da CCV, ao lado da Coprodução (Co), que diz respeito ao compartilhamento dos recursos e serviços produzidos em conjunto pelos atores, aos quais cada ator contribui, gerando ou cocriando o valor.

R. Os alunos, a maioria participam de ligas, de grupos de estudo; e na rotina dos atendimentos aqui, a gente atende os pacientes junto com alunos, discute casos, encerra, dispensa o paciente; e no final do período de atendimentos a gente faz uma rodada com a discussão dos casos que foram vistos naquele dia, com todo mundo. (EC1).

R. **Eu acho que é um choque sim [o contato dos alunos com o mercado de trabalho], porque essa não é a realidade da maior parte das farmácias, não é? No mundo real, lá fora; mas a gente conversa também sobre isso, eu tenho experiência em atendimento fora da Farmácia-Escola, então a minha experiência eu também repasso a eles, assim, no sentido de que é importante que eles apliquem o que eles aprendem aqui, lá fora, quando eles tiverem oportunidade, que eu realmente acho que é isso o que precisa, sabe? É preciso humanizar porque lá fora está muito mecânico. [...] eu acho que são os gargalos do sistema, porque são as informações que são difundidas muito difundidas, de fora, e elas se tornam reais dentro de uma farmácia [por exemplo] quando a pessoa vai comprar uma Ivermectina [para Covid] e ela consegue comprar sem orientação; é muito comum e isso para o nosso aluno, que sai daqui da Farmácia-escola, dos nossos serviços daqui da faculdade e eles enfrentam essa realidade, essa dificuldade; mas eu acho que a gente acaba introduzindo um pouco aqui neles, essa questão do senso crítico, sabe? De quando eu sair daqui eu observar essa dificuldade, essa necessidade de modificar o atendimento; e aí eles saem daqui com esse senso crítico: “olha eu preciso fazer alguma coisa, dá para fazer alguma coisa? Eu continuo aqui nesse lugar onde me impõem coisas que não condizem com o que eu acredito? Essa é a ideia. (EC6 - grifo nosso).**

Em relação ao compartilhamento de conhecimento entre os setores sobre os usuários que necessitam de um trabalho multidisciplinar, na IES A, o gestor EB9 reportou que essa é uma prática que já se fazia antes na IES e que deixou de ser realizada, mas que ele considera que seria importante de ser retomada. Já na IES B essa prática de contatos e trabalhos multidisciplinares é mais institucionalizada, conforme reportou o professor EC3.

Porém, ambos os entrevistados e também a entrevistada EC8, da IES A, reportam que o contato pessoal com colegas de outros setores da própria IES é fundamental para o bom encaminhamento e compartilhamento de conhecimento sobre os usuários, suas condições clínicas e necessidades, ressaltando-se que a professora EC8 alertou para o fato de que, para que o compartilhamento de conhecimento e de usuários entre os setores possa ocorrer de forma institucionalizada, faz-se necessário equalizar a capacidade de atendimento de cada setor, para evitar que algum setor com estrutura menor fique sobrecarregado.

R. A gente tem contato com os professores; nos casos mais simples, a gente preenche o papel de encaminhamento e o próprio paciente leva até o setor, a gente encaminha a primeira vez, mas **em casos um pouco mais específicos a gente tem abertura total para conversar com o pessoal da academia, da clínica de nutrição**; sempre foi bem legal. [...] **nós chegamos em uma época as fazer as reuniões clínicas, mas acabamos não fazendo mais; mas era bem interessante, tanto para os supervisores, principalmente para os alunos**; isso era feito há um tempo, e aí nós acabamos parando de fazer, mas era bastante interessante, porque nós tivemos já, então nos acostumamos e vimos o quanto o aluno cresce com essas reuniões clínicas. (EB9 - grifo nosso).

R. Hoje a gente tem um contato mais próximo, pelo fato de que muitas vezes a gente consegue alguns encaixes ou algumas necessidades imediatas, que podem ser resolvidas. [...] **[esse compartilhamento] ocorre nas duas frentes: a gente tem em todo o registro do prontuário, mas também tem esse lado de contato, profissional e pessoal, com outros profissionais aqui dentro**; então alguns que a gente já tem essa ligação de: encaminha para mim, a gente precisa de pacientes com esse perfil, assim, assim, assim, a gente já casa tudo, já faz esse trâmite, mais próximo, não só em um papel ou pedindo a informação depois; tudo isso passa por prontuário, tudo registrado sim. (EC3 - grifo nosso).

R. Olha, **a gente fez um trabalho aqui de Pós-Covid; até saiu, a gente teve algumas entrevistas, foi feito algumas coisas em relação a isso, para expandir um pouco e para demonstrar um trabalho, mas a maioria da comunicação que teve foi intermediada pela gente mesmo**. [...] Então é que, assim, eu acho que também é difícil isso ser colocado, porque, **até pensando em capacidade de atendimento que a gente tem aqui na clínica, é muito pequena, não é? Então eu acho que se todos os pacientes, por exemplo, tivessem acesso para vir aqui, eu acredito que a gente não teria a possibilidade de atender**; então eu acho que esse processo mesmo. (EC8 - grifo nosso).

Ainda em relação às práticas de compartilhamento de conhecimento entre os setores, vem em relevo a prática do matriciamento (estudo de caso) que ocorre também na IES A, ao menos no interno de cada setor e com algumas participações dos outros setores, ainda por convite oriundo de contatos pessoais.

R. A gente faz [estudos de caso], aqui a gente faz! Às vezes envolve outros setores; na verdade isso é feito mais aqui na clínica, mas, por exemplo, sempre, principalmente no final de semestre, até o último paciente que foi escolhido agora, a gente fez na sexta-feira uma apresentação de um caso clínico de um paciente que passou aqui na clínica, com uma síndrome rara, e a gente fez até um evento lá no auditório, que envolveu tanto a atuação da fisioterapia aquática, quanto da fisioterapia neurológica. [...] geralmente a escolha do paciente é justamente esse que consegue agregar todos os as áreas de estágio, e já aconteceu outras vezes a gente agregar outras disciplinas, o trabalho da fonoaudióloga, do psicólogo [...]. (EC8 - grifo nosso).

Identifica-se nessas respostas a existência de um trabalho multidisciplinar que gera valor e integra os usuários como cocriadores desse valor nos ESS, definido por Palumbo *et al.* (2017) como uma comunidade de atores que, interagindo e compartilhando competências e recursos, adaptam-se ao meio e coevoluem, no sentido em que desenvolvem juntos mecanismos e aprendizagens para aplicar à sua vida as aprendizagens que receberam e cocriaram, no processo de prestar e receber os serviços de saúde fornecidos pelas IES analisadas.

Dessa forma, a questão C4 oferece mais uma resposta ao Objetivo Específico 1 desta tese, de verificar práticas que impactam os ESS, com ênfase nas práticas cuja cocriação, realizada por todos os atores, é dinamizada pelo ordenamento das estruturas de atendimento e prestação de serviço encontradas nas IES, que está bem caracterizada em várias respostas dos alunos a esta questão, salientando que os alunos apresentam consciência da importância do trabalho multidisciplinar e do valor compartilhado para o funcionamento homeostático do ESS.

P. Com certeza! [esse processo multidisciplinar gera valor para o usuário] há muitos exemplos: às vezes o paciente ele chega aqui procurando, focado em um tratamento, mas chegando aqui conversando com essa equipe multiprofissional, ele percebe que ele tem muito mais a ganhar utilizando, por exemplo, uma nutrição, o pessoal da enfermagem, psicologia, nós da fisioterapia, junto com o médico, que tem um tratamento mais amplo, um tratamento mais correto. (ED3).

R. Assim, a gente faz muito mais do que o que está escrito no papel. Então, realmente esse “approach” com público vai mais da experiência de cada um dos alunos e do professor. Então muda muito esse tipo de “approach”, dependendo do professor e até dos alunos; tem uma formação específica? Tem na formação [do curso], mas não muito. (ED4).

R. Todos os dias [tem reunião de estudo com os professores]; às vezes é uma discussão sobre como é que foi o dia a dia, como é que foi o paciente, tirar uma dúvida; às vezes é uma reunião, às vezes é apresentação de seminário, que são predefinidos para apresentar; depende muito do professor, mas a gente tem que sempre ter esse contato com o professor, todos os dias. (ED5).

Entre os funcionários das IES, tanto os que trabalham na recepção aos usuários quanto os que trabalham na supervisão dos alunos, é bem destacada a questão da ASS e o direcionamento dos serviços prestados para desenvolver a autonomia, tanto do usuário quanto dos alunos, reforçando sempre que são Clínicas-escola, que têm a função de formar os futuros profissionais de saúde.

Essa autonomia desenvolvida fornece uma resposta direta à questão-problema desta tese, de verificar os componentes que caracterizam PCCV que moldam e explicam as relações que se estabelecem no processo de prestação de serviços e relacionam a LDS, expressa na missão de servir aos usuários, com a CCV, expressa na aprendizagem recíproca para a utilização e prestação de serviços em saúde.

Essa resposta à questão-problema desta tese, identificada nas respostas dos funcionários à questão C4, está referendada por Palumbo *et al.* (2017), que previram uma mudança radical do modelo assistencial tradicional de assistência em saúde, para a ACP, que propicie a participação cocriadora de todos os atores, reordenando os arranjos institucionais que moldam os ESS ao valorizar os processos de CCV.

R. Esse é o objetivo, não é? [desenvolver a autonomia dos usuários] Esse é o objetivo maior! Quando o usuário, o paciente, chega no serviço é porque ele está buscando uma autonomia, sendo ela de uma reabilitação, ou sendo ela de saúde; então **esse processo que é realizado com uma equipe multi-interdisciplinar, é para que esse paciente tenha um mínimo de autonomia e uma qualidade de vida, então é um processo;** então o trabalho da enfermagem, da medicina, da nutrição, da psicologia, da fisioterapia, é para que esse usuário e familiar ou cuidador possa desenvolver uma autonomia dentro da situação que eles se encontram de reabilitação, na vulnerabilidade em que ele se encontra. (EE1 - grifo nosso).

R. Com os professores e a gente não tem tanto contato. [...] mas com os alunos, os alunos quando o paciente está passando em consultório, quando acaba esse atendimento, o aluno acompanha o paciente até a recepção, para que a gente possa orientar a questão do retorno, a questão dos exames, medicamento; então o aluno acaba vindo junto com o paciente, então com o aluno a gente tem até um pouco de maior contato, não é? [...] **normalmente, como tem alunos assim novos, novatos, então às vezes eles não entendem muito, então quando eles vêm, é bom, porque a gente sempre dá aquela olhada, verifica se tá tudo certinho, se está assinado, carimbado pelo médico;** e aí, se a gente acaba verificando algum erro, algum detalhe que faltou, a gente já verifica: “ó, faltou o carimbo do médico, por exemplo, no pedido de exame é a gente entrega para o aluno, explica, e aí a gente pede para que ele volte ao consultório, fale com o professor para carimbar e aí depois ele devolve. (EE3 - grifo nosso).

R. Outra coisa: **a importância também da clínica de fisioterapia para o aluno, é que, é assim; olha, aqui dentro da clínica nós temos como garantir a qualidade do aprendizado, a qualidade.** O aluno entra aqui e a gente tem certeza de que ele vai aprender o certo, a gente tem essa certeza, porque ele está sendo acompanhado pelo supervisor de estágio, porque ele está preenchendo todos os formulários, ele tem evoluído pacientes, nós estamos acompanhando cada um, mesmo a gente da recepção, a gente percebe, tem como a gente perceber que ele está aprendendo, que ele está crescendo. **Então, uma das vantagens, da importância, eu acho que para o aluno do nosso curso, eu acho que é muito vantajoso você ter o estágio dentro da universidade, porque você não tem como garantir a qualidade, por exemplo pega esses alunos aqui que cursaram tudo isso, manda para uma clínica aí, sei lá, particular, que para eles o interesse é atender 20 pacientes por hora, cada uma tem, vamos dizer assim, fazendo uma suposição: olha, a gente só recebe R\$ 1,99 por sessão, então a gente tem que atender aqui de baciada. Então o que é que esse aluno vai aprender, que profissional que ele vai se formar?** Então assim, o aluno, quando ele sai dessa universidade, ele sai com a capacidade de saber o que é certo, como tem que atender, o que ele tem que fazer e por quê. Se ele fizer errado, se ele de repente entrar numa empresa que atende de baciada, ele entra aí no bolo e quer atender, é porque ele optou por isso, não porque ele não sabe o que é certo e o que é errado. [...] **mas assim a Clínica-escola é importante para garantir isso para os alunos, a qualidade do aprendizado deles, valores éticos, valores, não é? Que eu acho que os nossos professores são exemplos, não é? São os ouvidos.** Até hoje eu tenho os meus professores como exemplo, eu gosto muito deles, tenho contato com eles ainda; e assim é legal, quando você carrega com você os seus mestres e fala: “olha essa aqui foi uma professora e tem orgulho não é?” então **eu acho muito importante a Clínica-escola por isso, para o paciente, porque tem um atendimento para a população da cidade, para o aluno, porque ele tem um estágio, ele tem a segurança de sair daqui muito bem formado, tem essa segurança: “eu estou nessa IES e vou sair bem formado”.** Vai sair sim! (EE4 - grifo nosso).

Concluindo a análise de respostas à questão C4, encontraram-se diversas respostas ao Objetivo Específico 4 e à questão-problema desta tese, com ênfase na comprovação da existência, nos ESS, de práticas que criam novos relacionamentos e geram novas oportunidades de CCV.

Foi identificada a existência de redes informais de compartilhamento de conhecimento, de divulgação dos serviços e de ajuda mútua entre os usuários, não só caracterizando a utilização prática nos ensinamentos recebidos durante a prestação dos serviços, ou seja, a ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019), quanto uma versão mais ampliada desse conceito, porque, nessas redes, o conhecimento é compartilhado entre usuários, sem atuação direta dos profissionais e alunos das IES que os atendem.

A atuação dos prestadores de serviço das IES é no sentido de estimular essa socialização entre os pacientes, fato que gera fidelização ao tratamento e traz embutida a prática institucional de formar os usuários, parentes e cuidadores nos cuidados básicos de saúde que devem aplicar no seu dia a dia, prática de orientação

que vai muito além da proposta tradicional dos serviços de saúde, como exemplificam também a prática de anamnese das IES que incentiva mais os usuários a falarem de si mesmos, do que apenas responderem de forma mecânica a questionários, elaborando-se protocolos de atendimento que levem em conta as reais necessidades de deslocamento, financeiras e de adesão ao tratamento por parte dos usuários.

Identificou-se também que as práticas que proporcionam interdependência entre os atores têm foco especial nos alunos, futuros profissionais de saúde, cuja formação é escopo dos serviços prestados pelas IES e ocorrem pelo compartilhamento de conhecimento entre os alunos, professores, funcionários e estagiários, que propicia aos alunos uma aprendizagem diferenciada e desenvolvimento do senso crítico.

Finalizando, destaca-se nas repostas à questão C4 o ambiente de boas relações nos ESS que se refletem na qualidade de atendimento aos usuários e na tranquilidade para lidar com as intercorrências comuns nos serviços de saúde.

Identifica-se, portanto, nessas repostas, a existência de um trabalho multidisciplinar, exercido de forma consciente pelos atores, que gera equilíbrio e CCV nos ESS e integra os usuários como cocriadores desse valor, confirmando os conceitos do ViU e da Co de Ranjan e Read (2016).

As repostas também abordam a terceira característica de “cocriação ecossistêmica”, a complementaridade, apresentada por esses mesmos autores em trabalho recente (2021), característica que destaca que uma atividade realizada por um ator estimula outra atividade que, por sua vez, retroalimenta e estimula a cadeia de recursos e serviços disponibilizados reciprocamente pelos atores (RANJAN; READ, 2021).

Em conclusão a esta questão, identificou-se a concretização da Lição de Perspectiva do Ecossistema de Dessers e Mohr (2020), da ASS de Davey e Grönroos (2019) e as relações entre a LDS e CCV, expressas nas PCCV identificadas.

4.3.5 Bloco C – Questão C5

C5. Existem práticas de aperfeiçoamento dos procedimentos e que promovem o compartilhamento de conhecimento dos profissionais com os usuários e com outras instituições? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referenciada por Ciasullo *et al.* (2017), e se refere às diversas práticas de compartilhamento de conhecimento no ESS, desde o nível micro até o nível meso, seja por ferramentas de registro virtual, seja pelas ações de troca de bens e serviços entre os atores. Essas práticas, que cocriam valor, criam novas estruturas e instituições, intangíveis, porém se estabelecem como fruto e intermediadoras das ações de compartilhamento de conhecimento entre os atores.

As diversas respostas a esta questão oferecem ao Objetivo Específico 4 e à questão problema desta tese outro tipo de práticas criadoras de novos relacionamentos e geradoras de CCV, que são as práticas e instituições intangíveis, como os fóruns virtuais de aprendizagem e compartilhamento de conhecimento, seja entre os prestadores de serviço, seja como material virtual de divulgação dos serviços, registro on-line dos usuários e práticas virtuais de ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019).

Na resposta do usuário EA4, portador de uma distrofia muscular rara (Distrofia Muscular Fascioescapuloumeral; <https://id.nlm.nih.gov/mesh/D020391>), identifica-se compartilhamento de conhecimento que Cocria Valor. Esse usuário ministra palestras aos profissionais de saúde e alunos, sobre a sua condição rara de saúde. Após mais de 14 anos como portador, tornou-se “especialista”, autodidata sobre essa distrofia específica e por esse motivo a apresenta para os profissionais e alunos. Ele é fundador de uma associação de portadores dessa patologia (apenas três pessoas no estado de São Paulo, segundo relato do próprio usuário), além de fazer parte do Laboratório de Estudos do Genoma Humano da USP.

É importante salientar que a prática de um paciente, leigo, ministrar palestras sobre uma condição clínica para profissionais de saúde em instituições de ensino superior é pouco comum, prevista em parte na PC1 (“Práticas que dotam os atores de capital social”), da tipologia de Frow *et al.* (2016, p.31), que cita a participação dos pacientes em fóruns on-line, onde compartilham o conhecimento adquirido sobre sua condição de saúde com outras pessoas portadoras de condições semelhantes, afirmando que a credibilidade desses usuários advém da sua própria experiência de convívio com a patologia, com os tratamentos e contatos com os profissionais.

A unicidade do relato do usuário EA4 consiste no fato de esse usuário falar da sua patologia para profissionais de saúde e não apenas para outros usuários como ele, constituindo-se em uma prática de compartilhamento de conhecimento que parte do usuário para profissionais, prática bem rara nesse meio, daí a preciosidade deste relato, tanto para esta tese quanto para futuros trabalhos que abordem essa temática.

R. **Sim, eu converso bastante; eu deixo eles bem à vontade. Justamente eu falo assim pra eles: tudo o que vocês quiserem perguntar sobre a distrofia muscular, principalmente a que eu tenho, pode me perguntar tudo, porque eu vou explicar pra vocês e vai ser melhor pra vocês** e é onde vários alunos me perguntam. Outros já são mais sossegados, mas muito me perguntam e eu vou falando. **Eu dou palestras também sobre essa distrofia, eu dou palestra em algumas faculdades, como eu já dei aqui também. Porque eu estudo ela desde o começo**, quando ela apareceu em mim; então ela mudou muito, mutações, essas coisas todas, então ela mudou muito, do começo pra hoje. **(grifo nosso)**

P. Então é uma coparticipação, por que a universidade também ganha muito com o Sr.? E essa formação que o Sr. teve, que o Sr. dá palestras, o Sr. aprendeu sozinho ou a universidade lhe ajudou, lhe deu cursos, lhe ensinou?

R. **Então desde lá, daquele começo que eu comecei a aprender, com ele já. No começo chamava Miopatia, a doença**; hoje, com o tempo, é que se veio falar de Distrofia Fascioescapuloumeral. Então lá no começo, como eu falei, era uma coisa, hoje mudou. Então eu fui aprendendo com ele, como **na USP, quando eles fazem palestras, eles sempre me convidam, aí eu estou sempre por perto e nós fizemos uma Associação. Eu, com o Dr. A., e mais uns 4 médicos e 2 pais, que tem filhos com distrofia**, que são donos de fábricas de remédio. (EA4 - grifo nosso).

Em relação ao compartilhamento de conhecimento sobre os serviços prestados pelas IES analisadas, essa Prática de Cocriação de Valor (PCCV) está bem caracterizada pela resposta da usuária EA3, que foi indicada para a IES por uma médica de um hospital externo (nível meso do ESS) porque já conhecia o serviço prestado pela IES, e pelo usuário EA6, indicado por um médico da IES, que também trabalha em um serviço público municipal de saúde.

R. Tem uma médica, ela era da Fundação e inclusive ela falou para mim que ela ia vim dar aula aqui quando eu vim para cá. Doutora M., que ela era pneumologista da Fundação e ela tinha falado pra mim: “dona S., eu vou dar aula lá na nessa faculdade”. [...] eu vim para cá. (EA3).

R. Porque eu fiz uma fisioterapia, mesmo com ele, num local que é grande, tipo... o clube da prefeitura, não é? Que tem um espaço, não é? E ele que me encaminhou e falou que vai para a [IES A] que lá é que é bom. (EA6).

Essa rede de contatos com profissionais de outras instituições, que indicam os pacientes, é cultivada pelos gestores das IES, porque faz parte da sua função e já é um indicador de uma PCCV que faz a conexão entre o nível micro do ESS, representado pelos serviços prestados pelas IES, com o nível meso do ESS, representado aqui pelos médicos de Serviços Públicos de Saúde que encaminham os pacientes para as IES.

Salienta-se que essa conexão ocorre mais pela emissão de guias e laudos de tratamento, sem um contato mais próximo entre os profissionais, o que poderia melhorar o atendimento prestado aos usuários, tanto pela elaboração de

procedimentos mais precisos quanto pela troca de conhecimentos entre os profissionais que tratam do mesmo usuário, fato que aproximaria mais os serviços de saúde do conceito de ESS (FROW *et al.*, 2016).

R. Então como é que eles [os usuários] vêm para a gente: **ele vem indicado por profissionais de outras instituições**, que aí entra o mesmo que o médico externo ou profissional de outro setor, ou eles acabam conhecendo muito pelos nossos próprios pacientes; então alguém comenta: nossa, me mandaram para a reabilitação pulmonar ou para fisioterapia respiratória; e eles falam: nossa, o meu pai faz lá na instituição, então eu acho que a chegada deles aqui também; **e ele já ele já tem um pedido médico, só não sabem aonde procurar e quem acaba indicando são os nossos próprios pacientes** e eles acabam indicando e tenho pedido médico como a gente acaba até... passa pela triagem aqui, às vezes passa até pelo médico, para ver se ele vai ter a liberação mesmo, para chegar na gente. (EB1 - grifo nosso).

R. Eu estou coordenadora da clínica, tenho a professora de apoio que é nutricionista também, **nós 2 somos professoras preceptoras dos alunos, então fazemos o apoio ao atendimento e a tutoria de todas as atividades realizadas**; alguns casos: acabei de chegar de uma reunião com a gestora, que ela teve contato com a paciente por uma discussão no curso de fisioterapia, uma participação numa discussão técnica, então eu também discuto o caso com ela, e ela me dá essa abertura para saber como que a gente pode ajudar da melhor forma [...]. (EB3 - grifo nosso).

R. **Acontece por conhecimento interpessoal dos profissionais da IES com médicos de outras instituições. Então nós temos aqui a professora que faz atendimento na UBS, as especialidades que a gente não tem aqui e que são fundamentais para o nosso atendimento e tratamento, como fonoaudiologia, a gente acaba tendo um apoio dela para os encaminhamentos externos. Eu faço muito, como a grande maioria dos pacientes aqui vêm da Fundação, do Centro ou do posto de saúde daqui de perto, eu conheço os médicos de lá e eu acabo mandando o relatório nutricional para os médicos e eles acabam dando o retorno**, dependendo do contexto; ou mesmo para médico externo, a gente faz relatório, falando: olha estamos tratando dessa forma, qual é o melhor caminho? como vocês acham que a gente deve processar, a gente está cuidando da alimentação, verifica a medicação. (EB3 - grifo nosso).

R. **Esses municípios, eles eram encaminhados tanto pelo Sistema Público de Saúde (SUS), quanto pela boca a boca entre eles**. Tinha uma demanda interna vinda das outras clínicas, dos outros cursos, mas basicamente a gente percebeu que era muito por conta do próprio contato dos usuários, que faziam a propaganda entre eles. [...] mas sei de relatos que **tinham médicos específicos da rede aqui de São Caetano, que encaminhavam para o serviço, do ponto de vista que era um serviço de excelência**, um serviço muito bem-feito. (EB10- grifo nosso).

Entre os professores verificam-se ainda mais dificuldades para compartilhar conhecimento com profissionais de outras instituições, o que dificulta a prescrição dos tratamentos, que poderia ser mais precisa, caso houvesse esse contato entre os médicos que prescrevem os tratamentos e os profissionais de saúde que os aplicam aos usuários, conforme salientaram as entrevistadas EC3 e EC5.

R. **Olha, no meu setor é bem difícil, é difícil ter esse contato [com médicos externos];** a gente até tenta fazer os contatos com os médicos de fora, a maioria dos encaminhamentos são de profissionais médicos; a gente tenta fazer esse contato ou se colocar à disposição para fazer esse contato, mas raramente a gente consegue essa abertura; eu já mandei meu telefone para médicos de pacientes, eu já pedi o telefone ou uma forma de contato específica, mas o insucesso é mais frequente do que o sucesso para esse contato. [...] Com certeza [seria importante o compartilhamento de conhecimento com outras instituições]. **Eu acho que cada instituição tem os seus trâmites internos ou a suas formas de lidar com os usuários ou com a forma de ensinar; e essa troca seria importante para todo mundo, para agregar valor, agregar mais peso e conhecimento para todos** não é? tanto para os profissionais quanto para os seus alunos. (EC3 - grifo nosso).

P. *Você faz contato também com o médico externo, ou é só a gestora que faz?*

R. **Às vezes, porém não necessariamente, com o médico; mas às vezes com algum profissional do meu posto de saúde, ou com as próprias farmacêuticas lá da coordenação farmacêutica e a gestora também faz esse contato com esses profissionais, que são os coordenadores da Assistência Farmacêutica do nosso município.** (EC5 - grifo nosso).

Em relação à importância desse contato com profissionais das instituições públicas de saúde que enviam os pacientes para IES, a entrevistada EC6, professora, funcionária municipal de saúde que presta serviço em uma das IES analisadas, afirmou que não sente necessidade de procedimentos formais de contato com instituições públicas externas. Porém, reconhece a dificuldade de compartilhar informações, especificamente o tipo de medicamentos produzidos na IES e disponibilizados para o público.

No entanto, a importância da realização desse compartilhamento de conhecimentos, tem implicações diretas na condução e reformulação dos tratamentos, conforme relatou o usuário EA5, cujo tratamento realizado na IES A ajudou o médico do serviço público que o indicou a decidir não fazer uma cirurgia prevista para ele, em função do bom resultado do tratamento. Contudo, esse contato se deu mais por relatos do próprio usuário, aluno de curso superior de Educação Física, área da saúde, que possui, portanto, formação para relatar ao médico mais detalhes do tratamento que recebeu na IES, demonstrando também uma ASS (DAVEY; GRÖNROSS, 2019) já mais robusta, em função da sua própria formação superior.

P. *Seria importante que tivesse um contato desse médico diretamente com a universidade, acha que ajudaria?*

R. *Acho que ajudaria bastante. Eu tento fazer essa intermediação, tanto que eu passei na consulta segunda-feira e ele [o médico] estava na dúvida se iria fazer outra cirurgia, ou não; e dada a evolução que eu tive graças à fisioterapia aqui, ele optou por não fazer a cirurgia, para continuar nesse tratamento mais conservador e continuar observando.* (EA5).

R. **É pouco [o contato com o médico externo]. Uma vez ou outra, para alinhar alguma demanda que venha aqui para a Farmácia-escola**, porque a gente atende medicamentos bem específicos, que são manipulados, então é diferente daquele medicamento que é atendido lá na UBS, os medicamentos prontos. **Às vezes para alinhar alguma coisa, também tem um programa de farmácia em casa, da Assistência Farmacêutica do Município, que nós também atendemos; então eles encaminham as receitas para cá, a gente separa os medicamentos e devolve então para o medicamento em casa; então a gente que se comunica às vezes por essa questão também, mas não é diário, é bem esporádico.** [...] Eu acho que, para esse momento nosso, nessa demanda que a gente tem, funciona muito bem, a gente não tem problemas, a gente consegue se comunicar em uma necessidade, é bem estabelecido esse fluxo então não faz essa falta nesse momento. [...] Eu vejo assim: **a gestora do curso tem um contato de informar muito a Assistência Farmacêutica do município; o que nós manipulamos, como a gente atende. E eu não sei em que parte do caminho aí essa informação se perde, mas eu vejo muito um contato da gestora com a Assistência e divulgando muito nosso trabalho e esclarecendo o fluxograma de atendimento, mas em algum momento isso se perde**, porque vem muita gente com receita que a gente não atende então acaba perdendo uma viagem aqui no nosso serviço, porque em algum momento essa informação se dissipou. (EC6 - grifo nosso).

Esses protocolos de encaminhamento de usuários, procedimento padrão da medicina, de certa forma suprem a necessidade de um contato direto com os profissionais de outros setores e instituições que encaminham os usuários.

Mas tem o problema de que trazem poucas informações, daí a necessidade, sentida e apontada pelos entrevistados, como a professora EC8 e a funcionária EE1, assistente social, de se criar mecanismos que propiciem contatos mais próximos e mais institucionalizados com profissionais de outras instituições, para além dos contatos pessoais esporádicos e feitos por iniciativa dos próprios profissionais, que serviriam para compartilhar conhecimento, seja sobre usuários específicos e suas necessidades de tratamento, seja sobre a profissão em geral, fato que poderia gerar a elaboração de diagnósticos e tratamentos mais precisos e eficazes.

R. Olha, **já teve já alguns pacientes que eu encaminhei, na verdade, que eu encaminhei e acompanhei mais de perto, mas por opção mesmo da gente, que às vezes a gente quer saber como que está o processo de evolução desse paciente**, mas não existe nada, por exemplo, o paciente foi encaminhado lá do hospital que eles entram em contato, porque, na verdade, o paciente ele vem com um relatório de alta, ele vem com os exames, então acredito que isso já seja o suficiente [...] Então, na verdade eu não sei se, por exemplo, o profissional, ele tem acesso a como foi o atendimento desse paciente lá no hospital, em relação à fisioterapia, por exemplo, não é? Eu não sei, porque eu, como eu não fico aqui na clínica, mas eu acho que se ele pudesse, não ter o contato direto com o profissional, mas **se pudesse ter um relatório, por exemplo, que eu sei que isso não tem, eu acho que isso facilitaria bastante, porque às vezes eu percebo que a gente perde muitos dados, não é? Por exemplo: um paciente foi entubado: quanto tempo? Pra saber realmente qual o déficit real dele, em relação à capacidade respiratória, função, essas coisas.** (EC8 - grifo nosso).

R. [O contato com os médicos externos é feito] por laudos e relatórios. **Nós, por sermos uma Clínica-escola, nós temos vínculo com o SUS; então esse paciente quando ele sabe dessa Clínica-escola, ele sabe por conta de um encaminhamento, ou de alguma mobilização que teve externa: “olha, existe uma clínica que tem um atendimento de saúde”; busca espontânea é de amigo para amigo: “vai lá! que pode colocar o nome na lista!”. Muitas vezes nós temos contatos com a área da saúde, porque o Serviço Social busca isso, busca uma parceria. Por exemplo: “olha veio da FUNSAI, que é um serviço que tem aqui próximo, olha, eu quero saber como que está esse adolescente, por que que foi encaminhado, por que ele foi encaminhado para a medicina do adolescente? Ah! porque ele tem crises de ansiedade, porque ele tem isso”; então a gente tem essa troca quando é de parceria, mas quando eu entro no SUS é muito complicado, porque o profissional não é o mesmo.** (EE1 - grifo nosso).

A questão C5 também permitiu aos entrevistados discorrerem sobre a formação dos alunos nas IES analisadas, que faz parte dos Projetos Pedagógicos dos cursos da área da saúde e que, conforme identificado nas respostas, está vinculada à rede de prestação de serviços e compartilhamento de conhecimento que se estabelece entre os atores nas IES, conforme relataram os alunos ED2 e ED5.

R. **Para mim sempre foi muito bom [a formação que recebe no estágio], eu sinto que a evolução que eu tive de quando eu entrei aqui não tive estágio, para hoje em dia é muito grande, a gente aprende desde o início a fazer o prontuário, com a maior perfeição que a gente pode [...].** Para mim sempre foi muito bom, acho que o contato com o paciente também sempre foi muito bom; e a gente aprende a fazer receita, a gente já sabe hoje, ok? [...] depende da área, mas **a gente faz reuniões multidisciplinares, [...]** em que a gente chama o pessoal da fisioterapia, da enfermagem, geriatria; a gente fez isso esse semestre, a gente tem aula depois, normalmente algumas especialidades a gente tem aula, e a gente conversa entre nós mesmos; depois **também para discutir o caso com os professores, eles no geral são bem solícitos,** a grande maioria acha muito bom. (ED2 - grifo nosso).

R. **No estágio de Geriatria, a professora chama de equipe multiprofissional, então a gente tem um atendimento de um paciente, da medicina, e participam nutrição e fisioterapia, então engloba todo tipo de avaliação:** a medicina avalia da forma deles, a gente participa com a parte da avaliação da fisioterapia, dos testes; e a parte de nutrição, então há um contato muito legal, porque tem sido bastante explorado no dia a dia ou até fora daqui; então é um contato que a gente tem aqui dentro que a gente vai ter lá fora, e às vezes nem tem lá fora. (ED5 - grifo nosso).

Entre os gestores e professores entrevistados, vem em relevo essa formação dos alunos com um dos escopos e razão de ser dos serviços prestados pelas IES, ao lado do atendimento ao público. Discorreram sobre como essa formação se processa, seja no conteúdo previsto e repassado pelas grades curriculares, seja no aprendizado que a prática do estágio proporciona. Essas práticas de formação compartilhada geram aperfeiçoamento dos procedimentos entre professores e alunos, em um processo de construção coletiva do conhecimento, conforme salientaram a gestora EB7 e a professora EC3.

R. **Todo atendimento é realizado por alunos, sempre com acompanhamento de um supervisor**, tirando os atendimentos de terapia ocupacional e serviço social, que como a gente não tem alunos e docentes na casa, são os profissionais que atuam mesmo aqui com a gente. [...] Então pode ser um paciente um pouco mais simples, que ele pede alguns exames, passa um medicamento, de repente, identifica ali a necessidade das sessões de fisioterapia ou do acompanhamento com a nutrição e ele faz esse acompanhamento; **às vezes envolve toda a equipe multidisciplinar. Então aí o docente ou um profissional, sinaliza para equipe e aí todo mundo acaba interagindo e conversando sobre esse caso.** [...] se a gente não tiver o serviço a gente encaminha pra fora, quantos aos exames a gente tem uma parceria com o hospital S.C., então uma grande parte dos exames eles são realizados no hospital, gratuito para os pacientes, então passou na medicina, a medicina pediu o exame no hospital [...] (EB7- grifo nosso).

R. Tem algumas reuniões, por exemplo, como o estudo de caso. A gente faz algumas ou agenda algumas reuniões clínicas, e aí as áreas estudam e trazem as informações desses casos, para que todos os profissionais envolvidos e os alunos das suas áreas possam entrar nessa discussão, para enriquecer também essas informações e **algumas vezes também essa discussão acaba sendo entre nós, profissionais, e depois a gente direciona para os alunos o resultado que teve, dentro de cada setor que ele foi avaliado.** (EC3 - grifo nosso).

O programa de treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e alunos das IES analisadas obedecem a um padrão bem estabelecido, como os Procedimentos Operacionais Padrão (POPS), conforme relatou a professora EC6, da Farmácia-escola, que salientou a importância dessa formação para os alunos.

Normalmente os setores estabelecem 1 semana de treinamento antes de se iniciarem as baterias de atendimento (por unidade, semestrais ou anuais), conforme relatou o professor EC4 e foi confirmado pelo aluno ED7, da Academia-escola, e a funcionária EE2, da recepção da Clínica-escola de Fisioterapia.

Depois, uma formação que se desenvolve na prática diária, conforme a professora EC5, da Clínica-escola de fisioterapia, onde se destacam as reuniões multidisciplinares, intra e intersetoriais, para estudo de caso e compartilhamento do conhecimento, além da própria troca de conhecimento entre os atores, incluindo aqui os funcionários da IES, os usuários, familiares e cuidadores.

R. **Tem os POPS, que existem na Farmácia-Escola, que eles [os alunos] leem, a gente conversa muito, tira muita dúvida; então eles são orientados, bem orientados assim.** Durante o dia a dia. [...] Eu vejo como muito importante [o estágio para os alunos] e a gente aqui na Farmácia-escola, **faz de tudo para que realmente a farmácia seja um ambiente onde eles possam se desenvolver e bem próximo do que eles vão encontrar lá fora**, que é a minha maior preocupação, como farmacêutica que mantém contato diário com eles, eu quero que eles se desenvolvam, tenham a oportunidade de se desenvolver aqui na farmácia para enfrentar o mercado competitivo de trabalho. [...] Entre nós aqui sim, esse compartilhamento é muito, muito, muito grande. E a busca de informação também; muitas vezes, a gente não sabe tudo, não é? e **a gente precisa buscar informações e o**

compartilhamento entre nós, ele é muito grande e muito estimulado pela gestora. Ele surge às vezes de uma aula, onde a demanda vem da aula; muitas vezes vem pra cá e aí a gente busca em literatura, conversa com a gestora e até mesmo com os professores e isso é comum também; e inclusive, às vezes vem receitas de fora, a gente atende homeopatia, e então as dúvidas surgem e aí a gente também tem um contato com a professora C. que dá a disciplina de homeopatia para eles, então a gente busca com eles também. (EC6 - grifo nosso).

R. **Tem [treinamento específico para os estagiários] no comecinho do ano, que é quando trocam os estagiários; a gente faz um “turismo” aqui pelo setor, o que está em cada setor, como é que funciona o dia a dia [...] eu procurei mostrar para eles, com os equipamentos que a gente tem, todas as possibilidades de trabalhar, para sair daquela mesmice de só aparelho, só anilha de barras; então tem uma série de aparelhos e equipamentos que a academia tem. Então** propicia um trabalho mais amplo nesse caso; então eu tento nessa semana, quatro ou cinco dias, mostrar qual seria o procedimento: a gente discute, vê se é fácil essa questão que eu coloquei de ora avaliação, ora o treino avaliativo; e a ordem foi feita entre nós 3 [professor e dois alunos], nós decidimos ali na hora. (EC4 - grifo nosso).

R. Nós fizemos um treinamento de uma semana com o professor responsável, antes de abrir a academia. Ele mostrou alguns treinos diferentes como que iria elaborar, tudo certinho. (ED7).

R. Sim, quando eu entrei aqui, por exemplo, eu tive um treinamento, principalmente para conseguir lidar com a recepção, ser um pouco ágil, saber responder ali as coisas, então a gente passa por um treinamento, até mesmo para lidar com o público; feito pelo gestor da clínica e os professores, que geralmente falam para você ligar para determinado paciente; então eles sempre auxiliam a gente. (EE2).

R. **Então, de terça e quinta-feira, no último horário, nós fazemos discussões de casos; então, até a metade da bateria são seminários práticos, então a gente discute alguma prática.** [...] então a gente faz esse seminários até metade do estágio, focando mesmo na parte prática e aí, depois, na outra metade, a gente vai fazer estudo de caso, **então os alunos escolhem o paciente e apresentam esse paciente e aí a gente discute; então toda terça e quinta, desde o início do estágio, onde a bateria dura cerca de 6 semanas, a gente tem uma semana de treinamento**, que é uma semana onde a gente vai abordar as principais fichas de avaliação, rever várias questões e distribuir os pacientes; e aí nas outras 6 semanas são os atendimentos, junto com essas discussões todas as 3as e 5as feiras. Então parece que é simples, mas não é, [...] é bem pauleira. (EC5 - grifo nosso).

Esse processo de formação também compreende a capacitação dos usuários, seus familiares e cuidadores, como parte do protocolo de alta desses pacientes e da necessidade de continuação do atendimento em domicílio.

Ou seja, nas IES analisadas há o cuidado para que o usuário receba alta não só em função do resultado do tratamento, mas também em função dele, ou seus familiares e cuidadores estarem devidamente preparados para dar continuidade aos tratamentos e procedimentos que os usuários precisarem aprender para realizar em domicílio. Essa atenção é bem característica da AAS, preconizada por Davey e Grönross (2019), conforme relatou a professora EC8.

R. Muitas vezes, principalmente nesse paciente quando a gente pega na fase final, ali na pré alta hospitalar, mesmo a gente fazendo não só o atendimento, mas a gente realiza orientações; [...] **imagina que eu peguei esse paciente e que está sendo realizado um trabalho de orientação ou de treinamento do familiar, para, sei lá, aspiração desse paciente em casa, qualquer cuidado dele em casa; eu, como supervisora, e o meu aluno continua esse trabalho, então de uma forma geral acho que a gente também acaba entrando nessa orientação**, às vezes de um cuidado mais final, ou destinado não só ao usuário [...]. (EC8 - grifo nosso).

A questão C5 do Bloco C apresentou PCCV entre os atores dos ESS analisados e, especificamente, apontou uma prática de compartilhamento de conhecimento de um usuário para profissionais de saúde, pouco corriqueira na área, onde normalmente são os profissionais que compartilham seu conhecimento com os usuários.

As respostas a esta questão também identificaram práticas de indicação de usuários, formação e compartilhamento de conhecimento entre professores, alunos, funcionários, usuários, familiares e cuidadores, e apontaram a necessidade e as dificuldades, institucionais e conjunturais, de trabalhar em sintonia com profissionais de instituições externas à IES, no nível meso do ecossistema.

Esta questão também apresenta resposta à PC4 (FROW *et al.*, 2016), que consideram o nível micro como o espaço onde ocorre a comunicação direta e o compartilhamento de recursos de conhecimento e capacidades entre pacientes e cuidadores de saúde, fato que cria valor e no qual a valorização e a formação do paciente propiciam a ativação dos seus recursos, engajando-o em práticas de proteção e promoção de seu próprio estado de saúde.

Dessa forma, a questão C5 responde ao Objetivo Específico 1 desta tese, de verificar a existência de PCCV que provocam impacto nos ESS, criadas ou constrangidas pelas estruturas que formam seus contextos.

O referencial bibliográfico que dá suporte a esta questão encontra-se também em Palumbo *et al.* (2017), que apontaram as interações ecossistêmicas que propiciam a CCV por meio da troca de recursos, entre pacientes, familiares, cuidadores e prestadores de cuidados de saúde, concretamente identificada nesta questão C5 do Bloco C, como requisitos para a implementação de um ESS, no nível micro.

Já no nível meso, de acordo com Palumbo *et al.* (2017), caracteriza-se o local das instituições de saúde (unidades de saúde, hospitais e clínicas), onde ocorrem a maioria do compartilhamento de conhecimento entre os pacientes e os prestadores de serviços, fazendo-se mister uma capacitação contínua e promotora da CCV para todos os atores, a fim de manter a eficácia das redes de troca de relações entre eles.

4.3.6 Bloco C – Questão C6

Existem práticas de capacitação sobre normas e processos para os prestadores de serviços? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referenciada pela 2ª proposição da ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019) que abordam o gerenciamento da capacitação para os prestadores serviços em saúde, regidas pelas normas institucionais e pelos processos organizadores e facilitadores dos serviços.

Em continuidade ao processo de formação dos alunos, enfocando normas e processos, encontra-se a prática de selecionar os usuários para receberem atendimento a partir das suas necessidades, porém buscando usuários cujas patologias proporcionam maiores leques de experiências e conhecimento para os alunos, conforme salientou a gestora EB2 e ressaltou o gestor EB11, reforçando o DNA aluno das IES e confirmada pela resposta do aluno ED3:

R. Eu estou continuamente acompanhando, por meio do aluno do setor, qual é o perfil do usuário para que ele tenha uma diversidade, porque eu tenho que pensar na assistência, mas também tenho que pensar num aluno. [...] para que o meu aluno tenha condições de ter uma visão mais generalista e consiga entender de que maneira as outras condições estão influenciando diretamente na saúde do usuário; e aí, é nesse momento que o aluno troca figurinha com os profissionais [...], com o responsável técnico da área, para que ajude ele [...] principalmente a garantir o outro interesse aluno, que é a diversidade. (EB2 - grifo nosso).

R. Tudo o que a gente faz aqui é acadêmico, a gente é sempre pautado nos objetivos educacionais, então a gente faz justamente esse elo do objetivo educacional com a assistência e os alunos [...] quando eles chegam, [...] a gente faz momentos de acolhida, onde a gente explica, muitas vezes é o primeiro contato daquela pessoa com o serviço de saúde. A gente explica sobre o serviço, o perfil de atendimento que nós fazemos, o que é que a nossa clínica proporciona para o paciente; [...] ele vai aprender quando começa o estágio, daquela logística ali específica. [...] **Todo atendimento é feito por alunos, auxiliado por um professor** (EB11 - grifo nosso).

R. No setor de fisioterapia a gente passa quatro anos dentro de sala de aula, com matérias teóricas e também um pouco de prática, praticando nos próprios colegas e tudo mais; quando a gente chega aqui no estágio, como a gente tem 4 horas e pouquinho de duração, a gente faz três atendimentos; e **sempre no último horário a gente faz uma discussão ou sobre uma técnica nova ou sobre um paciente específico, algumas particularidades que a gente pode encontrar, aquelas que são mais fáceis, aquelas que são mais difíceis; e tudo é adaptado conforme o paciente chega a nós.** Às vezes o paciente chega com uma patologia que é bem rara, que a gente não vê no dia a dia, não é tão comum; então esse horário a gente pega para saber mais sobre o paciente, conversar mais, tirar as dúvidas e tudo mais; então é uma cadeia de conhecimento. (ED3 - grifo nosso).

Essa formação diferenciada garante o empoderamento dos alunos e foi detalhada pela gestora EB3, que citou retornos positivos dos alunos, salientando a sua própria satisfação pessoal e profissional por exercer esse cargo que lhe permite prestar um serviço de qualidade tanto à população quanto aos alunos.

R. **Então eu falo que aqui eu sou muito feliz**, porque é um lugar que quando eu conto para meus outros alunos das minhas outras faculdades: gente, olha, eu tenho uma sala que é “aquário”, que eu vejo meu paciente. Eles falam: “nossa professora! Que bacana”. [...] **tanto que a gente tem pacientes de longo prazo de acompanhamento, mesmo com as pausas acontecendo, para saber como eles estão, quantas melhoras a gente tem! Então eu brinco, não é? Vira a chavinha do paciente, quantas as chavinhas são viradas!** Eu brinco muito com eles, quando eles começam a consulta comigo, eles ficam nesse consultório e daqui eu tiro foto deles; **aí eu falo: você não sabe como você chegou aqui, com tanto medo e ansiedade para atender, e como você sai! O quanto eles crescem nesse processo, porque eles estão lá, mas não estão comigo do lado da orelha: vai! Faz assim! Não! Gente! Eles estão lá, tocando o barco deles, eu estou só fazendo o direcionamento, não é?** Eles acham que eu estou aqui né conversando com você, mas eu sei o que eles estão falando, eu sei como eles estão se portando, se eles estão dando uma nuance de imposição ou não; **daí quando eles terminam a consulta eles vêm para cá e eu falo: e aí? Como é que foi para você? Me conta essa sensação; vai respirar, vai tomar uma água, porque não é fácil lidar com atendimento ou entender todo esse processo; então eu falo para eles que a gente toca muito na horizontal aqui, porque a parte técnica a faculdade ensina, eu estou aqui para lembrar; eu falo: não sabe? Eu estou para lembrar esse caminho, esse protocolo, mas a gente está aqui para te falar como é que você vai fazer essa comunicação em saúde, a gente dá muita aula disso para eles: como é que você vai se portar com sua paciente nesse entendimento de acolhimento, entendimento das necessidades desse paciente, o olhar para o entorno, que não é isolado, principalmente na nutrição, jamais a gente consegue fazer isso de forma isolada; então eu falo que é mais um preparo de como ele lida com todo esse processo; quando eles chegam aqui “chorando”: “ai, o que eu vou fazer nesse caso?”; eu falo: calma, vamos respirar e vamos avaliar não é? **Vai apresentar um estudo de caso: “ai, eu não sei!”** Eu falo: olha, veja o que você escreveu, olha o quanto você escreveu e não percebeu, não é? O quanto você estudou para contar sobre esse caso, sobre essa história, e não é sobre o paciente “JWL” ele é o paciente “JWL” que tem uma história de vida, que tem netos! Pergunta o nome do cachorro, registra no prontuário... porque aqui a gente tem muito esse retorno do paciente; quando a gente está em finalização de ciclo, a gente faz uma avaliação prévia por comportamentos, e eu falo: verbos diferenciados! Como “motivado”, a gente dá alguns tons de verbos em cima de um dos protocolos de fechamento que a gente, e aí esse paciente ele expressa isso para nós: “puxa vida! me aponte o que você acha que mudou, o que é que você consegue enxergar e refletir sobre esse processo de mudança, se ele aconteceu, não aconteceu; alguns fazem isso escrito e alguns fazem isso em relato no WhatsApp para a gente, para que a gente tenha [...] Mas, se esse paciente chega para mim e fala: puxa! Obrigado por me escutar, eu consegui um tomar um pouco mais de água, que era uma vírgula! Que bom! Você mudou um comportamento de 30, 40, 50 anos na sua vida! Então para nós é muito positivo! **Então é isso que a gente tenta mostrar para os alunos, porque também eles vêm com algumas percepções, às vezes da graduação; eu sou professora da graduação, e a gente tenta falar: calma, baixa a ansiedade que tudo vai dar certo.** (EB3 - grifo nosso).**

Essa capacitação dos alunos ocorre em duas vias, por um lado pelo contato com professores, funcionários e os procedimentos e, pelo outro lado, pelo contato com usuários, suas famílias e cuidadores, ou seja, pela interação entre os atores e os serviços e conhecimentos por eles disponibilizados no ESS.

Também é importante o matriciamento de casos, que é realizado de forma intersetorial, conforme salientou a gestora EB3 e que faz parte da grade curricular, conforme a gestora EB4:

R. Eu coloquei a família e os cuidadores do lado do aluno, porque essa é uma situação que o aluno precisa começar a se ambientar, como que ele vai lidar com o cuidador daquele paciente, com o responsável pela criança [...] então eu falo que assim: ninguém está sozinho, embora eu tenha feito uma vertical, eu não gosto muito, eu gosto mais de trabalhar todo mundo na horizontal [...] mas está todo mundo junto, eu não sou ninguém sem a minha equipe e o que eu recebo de paciente é para olhar para ele e falar: estou aqui para te ajudar nesse contexto. [...] essas parcerias, na verdade os SNAPS, como a gente chama, são eles que apresentam, eles que estão na linha de frente, eles estão tipo... pegando estudo de caso, falando: professora, dá uma olhadinha no meu material; [...] hoje a gente tem as discussões e dos rounds clínicos, que estamos ampliando para os outros cursos, eles têm cursos on-line, que são obrigados a fazer para se atualizar, dentro da clínica, eles têm apresentação periódica de artigo; eles têm todo um olhar técnico de atualização, para poder caminhar com um atendimento. (EB3 - grifo nosso)

R. Então eu falo: nós tivemos o “Circuito Saúde” no domingo [ação externa da IES], todo mundo foi para a avenida Kennedy no domingo; então foram todos treinados sobre o que iria acontecer, então... aqui não é o professor, aqui é equipe! Eu falo: gente! Aqui você está falando com quem? Não é com a P., é com a equipe! Eu falo que é aqui, quem chega, tanto que eles têm possibilidade de voltar para estágio no final do ano, para fazer uma complementação de estágio; já passaram, acho que com essa turma acho que foram uns onze... dez querem voltar! Eu falei: que ótimo! Então vamos voltar todo mundo! (EB3).

R. Quando o estudante faz o atendimento, ele já é um estagiário curricular, ou seja, toda a base teórica e algumas atividades práticas já foram desenvolvidas ao longo do processo, porque é um aluno que está nos últimos semestres da graduação, entende-se que ele já tenha uma base sólida para tocar esse atendimento, claro que sempre com o auxílio do docente. (EB4).

Entre os professores, a formação dos alunos merece o mesmo destaque apontado pelos gestores, com maior enfoque às práticas cotidianas de formação, onde a vivência dos procedimentos diários de atendimento garante aos alunos a devida segurança e experiência para sua atuação como futuros profissionais da saúde, conforme salientaram os professores EC5 e EC7 e confirmaram os alunos ED4, ED5, ED6 e ED10.

R. Recebemos o encaminhamento médico, eu faço agendamento; quem vai fazer a recepção desse paciente é o aluno; e geralmente nas primeiras semanas de estágio eu faço acompanhamento junto com aluno, da avaliação, quando esse aluno já está na metade do estágio, indo pro final do estágio, se tiver novas avaliações, eu já deixo ele fazer toda avaliação sozinho, **que a ideia justamente é essa, que esse aluno consiga fazer avaliação, consiga descrever um diagnóstico morfofuncional, consiga traçar objetivos e conduta para esse paciente, depois ele vai ser responsável para montar as terapias, seja em grupo, seja individual (EC5).**

R. [...] **eu sempre deixo esse aluno em dupla ou em trio, para conseguir fazer uma boa assistência para o paciente; enquanto um está ensinando os exercícios, os outros estão dando suporte; no atendimento individual,** o aluno vai seguir com esse paciente sozinho também [...] e eu vou direcionando, conforme vão passando as semanas [...] Então quando começa a bateria de estágio, eu percebo que eu preciso estar muito presente; mas depois quando eles conseguem entender a dinâmica do estágio, aí evoluem bem. (EC5 - grifo nosso).

R. Sim, porque o fisioterapeuta ele quer dar autonomia para o paciente, para que ele receba uma alta e tenha uma vida ativa, fora das sessões, então a gente tem que ensinar isso para os alunos. (EC7).

R. **Foi no início do ano; a gente conversou para ver como seriam feitas as avaliações os treinos, de que forma a gente atenderia o público;** e também a gente o tempo inteiro troca informações, para ver como é que vai mudar, se vai continuar do jeito que está, alguns procedimentos que a gente tem, da avaliação, quando chega, agenda treino, ou de repente tem que mudar, de quanto tempo a gente muda o treino; **a gente tem reuniões bem frequentes aí, para tratar dos assuntos internos.** (ED4 - grifo nosso).

R. **E no primeiro dia, quando a gente chega, eles sempre explicam como que eles direcionam os pacientes, como que funciona no setor; então a gente tem uma base para como fazer uma avaliação,** como que funciona em cada local; durante a graduação mesmo, então quando chega num estágio a gente já está um pouco preparado, claro que não completamente, porque é uma experiência totalmente diferente, mas a gente tem uma base. (ED5 - grifo nosso).

R. **Todo o final de atendimento a gente tem 40 minutos para discutir alguns procedimentos; o professor dá um tema, a gente tem que estudar e aí a gente discute sobre aquele tema que eles passaram; funciona como um seminário,** então a gente conversa com eles e se estiver faltando alguma coisa eles perguntam, ou eles acabam fazendo mais colocações, sobre aquilo que a gente pesquisou; e é assim que a gente vai fazendo. (ED6 - grifo nosso).

R. [É muito importante para o nosso aprendizado], uns mais e outros menos, não que eu esteja menosprezando, mas se a gente olhar em relação às baterias, a cardiovascular, em relação às outras sua intensidade e necessidade de estudar é um pouco maior, vamos falar assim, a necessidade de pensar com o raciocínio rápido que a clínica exige, então cada um exige ou mais ou menos estudo; **as baterias que a gente tem ali na Clínica-escola também tem que estudar bastante, cada uma com o seu grau de intensidade, a gente tem apresentações, tem seminários, nos quais a gente discute.** (ED10 - grifo nosso)

R. [...] **já teve vários pacientes meus que eu apresentei em uma das baterias e a gente pode usar isso como um caso real; fora isso a gente tem estudos de casos, pode discutir um caso de um paciente y, x, z, a**

gente pode discutir o caso com um colega a gente pode discutir com um professor porque pode existir alguma patologia que a gente não viu, que não é tão comum; então a gente acaba agregando em conjunto na bateria, seja uns três ou quatro estudantes da fisioterapia; a gente sempre discute com o professor ele sempre nos auxilia, [...] vai ligando isso e que naquela semana de pré-estágio, ele delega para a gente quais os temas que a gente vai ter que apresentar, e depois disso abre o diálogo, todo mundo estuda uma bateria, podendo ou não aplicar no paciente, ou não. (ED10 - grifo nosso).

Também para os funcionários é oferecida uma formação inicial, conforme relatou a funcionária EE6, da Farmácia-escola:

R. A farmacêutica e a moça da recepção orientaram a gente, como a gente faz o cadastro, como que a gente aborda o cliente, com educação, tudo mais, e como que a gente deve orientar; além dessa orientação que nós tivemos aqui, a gente teve dos professores, dentro da sala de aula, nas matérias de ética, a própria professora C. [gestora da Farmácia-escola] numa matéria que ela dá, ao professor M., em atendimento farmacêutico e tudo mais. (EE6).

As respostas à questão C6 confirmaram a 2ª proposição da ASS, de Davey e Grönroos (2019), ao identificarem práticas institucionalizadas de gerenciamento da formação em procedimentos para os prestadores de serviços em saúde das IES analisadas, a partir do compartilhamento e interações entre os atores.

Essas interações detectadas nas entrevistas são consideradas por Zhang *et al.* (2021) como a “unidade-básica” da CCV, que permite que usuários e prestadores de serviços cocriem suas próprias experiências e compartilhem seus recursos e informações, coconstruindo uma rede de valor, que determina a qualidade da experiência vivenciada nos ESS analisados.

4.3.7 Bloco C – Conclusão

Ao todo, no Bloco C, foram identificados 28 pontos, entre PCCV e propostas para aperfeiçoamento dos serviços de saúde das IES (Quadro 13 - Bloco C: Resumo).

Essas PCCV e propostas identificadas, ao serem analisadas sob a Perspectiva Ecológica, de Dessers e Mohr, (2020), relacionaram a PC4 de Frow *et al.* (2016) ao Objetivo Específico 1 desta tese: Analisar práticas que impactam os ESS, criadas ou constringidas pelas estruturas que formam seus contextos.

A partir dessas PCCV identificadas, foi possível estabelecer as conexões entre as Perspectiva Ecológica de Dessers e Mohr (2020), a ASS de Davey e Grönroos (2019), a LDS e a CCV, Objetivo Geral desta tese.

Quadro 13 – Bloco C: Quadro resumo

Bloco C	Referente à PC4 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 1 desta tese: Analisar práticas que impactam os Ecossistemas de Serviços em Saúde, criadas ou constrangidas pelas estruturas que formam seus contextos.			
Dados a serem analisados:	a) Indicação dos usuários - impacto: níveis meso (encaminhamento); e micro (gestão dos serviços)	b) Análise: acolhida e encaminhamento dos pacientes	c) Propostas de prática de gestão dos ESS	
PCCV identificadas e propostas para os serviços:		Respostas ao Objetivo 1 em relação à PC4:	Referencial Bibliográfico:	
C1 - Questão norteadora	Poderia nos descrever como é realizado o acolhimento, seleção e encaminhamento de atendimento dos usuários dos serviços de saúde?	1. Práticas que promovem e facilitam o Acesso dos usuários às IES	Acesso; Modelo DART	Pralhad e Ramaswamy (2004b)
		2. Acolhimento e Cuidado com o usuário	Práticas que impactam o ESS - estruturas que facilitam a interação	Pinheiro (2008)
		3. Direcionamento do atendimento: características e necessidades - cada usuário	5ª: Cocriação ecossistêmica: singularidade”	Ranjan e Read (2021)
		4. Terapia Compartilhada e Prontuário afetivo;	Diálogo, Modelo DART;	Pralhad e Ramaswamy (2004b).
		5. Compartilhamento de conhecimento e experiência: usuários / prestadores serviço	PC1 - Práticas que dotam os atores de capital social	Frow <i>et al.</i> (2016)
		6. Participação ativa do usuário na elaboração dos protocolos de atendimento, assimilada pelos alunos	PC5 - Práticas benéficas ACP - Assistência Centrada no Paciente	Frow <i>et al.</i> (2016)
C2	Os usuários participam da elaboração e/ou aperfeiçoamento dessas práticas? Poderia nos dar algum exemplo?	7. Compartilhamento de recursos entre os atores	PF9 - Axioma da LDS: Atores: integradores de recursos	Vargo e Lusch (2016)
		8. Usuários: feedback sobre como estão recebendo os serviços - auxiliam na aprendizagem dos alunos	Melhorar cuidado: procedimentos de integração - recursos disponibilizados	Ciasullo <i>et al.</i> (2017)
		9. Participação dos usuários na elaboração dos protocolos de tratamento - Relação entre LDS, CCV e ESS	Relacionamentos: promovem o usuário a parceiro e os serviços de saúde a ESS	Polese <i>et al.</i> (2016)
C3 (parte 1)	Na sua opinião, o que pode ser melhorado em relação à identificação e acesso dos usuários, à coordenação das ações de cuidado e da oferta de serviços, em relação às necessidades detectadas? Poderia nos dar algum exemplo?	10. Proposta: Gestor Geral – ESS	Questão acadêmica; relacionamentos; compartilhar informações	Kaatermo e Käsäkoski (2018); Lantos e Simon (2018).
		11. Entraves Institucionais - novas ações de CCV	1ª: cocriação ecossistêmica:	Ranjan e Read (2021)
		12. Necessidade: informações mais precisas; ampliar o atendimento	Prática de integração do conhecimento: fator primordial p/ CCV	Kaatermo e Käsäkoski (2018)
		13. Aperfeiçoamento dos processos de Acesso aos serviços	2ª Lição-ESS: Segmentação; Acesso aos serviços de saúde - Fator CCV	Dessers e Mohr (2020); Beirão <i>et al.</i> (2017)

C3 (parte 2)	Na sua opinião, o que pode ser melhorado em relação à identificação e acesso dos usuários, à coordenação das ações de cuidado e da oferta de serviços, em relação às necessidades detectadas?	14. Promover mais estudos multidisciplinares de casos	Matriciamento	Pinheiro (2008)
		15. Fornecer maior espaço para ações e discussões multidisciplinares	Resolução conjunta de problemas - ambientes de diálogo: coconstruir experiências	Prahalad e Ramaswamy (2004a)
		16. Compartilhar conhecimento com as instituições externas, Serviço Público de Saúde	PC6:Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema	Frow <i>et al.</i> (2016)
		17. Protocolo eletrônico compartilhado / Banco de dados p/ produção	Ecossistema de Saúde inteligente	Zhang <i>et al.</i> (2021)
	Poderia nos dar algum exemplo?	18. Sincronizar: horário das IES - transporte público	PC8: práticas codestrutivas, desequilíbrio - ESS	Frow <i>et al.</i> (2016)
		19. Necessidades gerais de melhoria dos serviços	Seis proposições para gestão dos ESS	Kaatermo (2018)
C4	Existem práticas que proporcionam interdependência e integração entre os diversos atores e os recursos que podem disponibilizar? Poderia nos dar algum exemplo?	20. Redes informais de compartilhamento e ajuda mútua entre os usuários; interdependência	Alfabetização para os Serviços de Saúde (ASS) e Fidelização ao tratamento;	Davey e Grönroos (2019); Hughes e Vafeas(2018)
		21. Multidisciplinaridade: equilíbrio e CCV; integração dos usuários como Cocriadores	Valor em Uso (ViU) e Coprodução de Valor (Co); 3ª cocriação ecossistêmica: complementaridade	Ranjan e Read (2016; 2021)
		22. Práticas: interdependência - atores: foco nos alunos - escopo dos serviços das IES.	Formação a partir dos "recursos operantes" dos atores - LDS.	Hughes e Vafeas (2018)
		23. PCCV: Redes de compartilhamento; ASS; multidisciplinar - equilíbrio	Relações: LDS / CCV - PCCV identificadas	Davey e Grönroos (2019)
C5	Existem práticas aperfeiçoamento procedimentos e que promovem o compartilhamento de conhecimento: profissionais; usuários; outras instituições? Exemplo?	24. Usuário que compartilha conhecimento com profissionais de Saúde	Interações ecossistêmicas- CCV - troca de recursos	Palumbo <i>et al.</i> (2017)
		25. Compartilhamento de conhecimento no ESS	Práticas, CCV – novas: estruturas -instituições	Ciasullo <i>et al.</i> (2017)
		26. Usuário, cujo tratamento realizado na IES ajudou o médico a decidir não fazer uma cirurgia prevista	ASS - retorno que o usuário apresentou ao médico	Davey e Grönroos (2019)
C6	Existem práticas de capacitação: prestadores de serviços? Exemplo?	27. Formação dos prestadores de serviço: interações entre os atores.	2ª proposição ASS: formação - prestadores serviços.	Davey e Grönroos (2019)
		28. Interação entre os atores nas práticas diárias de Acolhimento	Interações: CCV – compartilhamento: recursos - qualidade	Zhang <i>et al.</i> (2021)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

4.4 Bloco D

Este bloco se refere à PC5 (FROW *et al.*, 2016) e ao Objetivo Específico 2 desta tese: Analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS (Ver Quadro 7, p. 136), analisando os impactos dessas práticas nos níveis meso (prescrição de serviços para os usuários) e micro (CCV na moldagem do ESS e na gestão dos recursos e serviços).

A Questão Norteadora (C1) deste bloco (D1 – *Como é feita a prescrição dos serviços e a comunicação?*) analisou três pontos: Como o ESS é moldado pelas ações de múltiplos atores, pela integração de recursos e pela inovação; Proposta de gerenciamento unificado dos ESS; Utilização da CCV como modelo de gestão.

Esta questão foi complementada por sete questões, que auxiliaram os entrevistados a discorrerem sobre o tema, começando por perguntar sobre a existência de formação dos usuários e seus familiares, no sentido de conhecerem melhor os serviços que lhes são oferecidos, seus protocolos e resultados (D2); se acreditam que essas práticas geram valor para os usuários e atores dos serviços prestados (D3); quais os propósitos que consideram comuns a todos os atores (D4); quem apontam como gerador de valor e para quem esse valor é gerado (D5); se acreditam que o desempenho dos serviços prestados pela instituição é realmente efetivo para a melhoria da qualidade do cuidado dispensado à população (D6); em um cenário de ambientes complexos e mudanças em todos os níveis, como se sentem em relação às mudanças que ocorrem nos procedimentos, processos e relações entre os atores (D7); e, concluindo o bloco, se sentem que a formação para a utilização dos serviços prestados pela instituição proporciona relações de empoderamento, respeito, confiança e lealdade entre os atores (D8).

A discussão deste bloco está embasada pelo referencial teórico e, especificamente, por Beirão *et al.* (2017) e Pinho *et al.* (2014), que analisaram a “Recombinação” como fator de CCV.

Em seguida vem a “Perspectiva Ecológica das 7 lições para o design do ESS” de Dessers e Mohr (2020), no que tange à 3ª, 4ª e 5ª lições. A 3ª Lição, “Enquadramento”, trata dos propósitos comuns dos atores no ESS, verificando “quem agrega valor para quem”, e busca entender como reduzir a complexidade de gestão desses processos de geração de valor. A 4ª Lição discorre sobre o “Engajamento”, ou seja, envolver os atores em diálogos que conduzam processos avaliativos e

propositivos para a melhoria de saúde e equilíbrio do ESS, reduzir a resistência às mudanças e promover novas relações interpessoais e intersetoriais. A 5ª Lição, “Otimização Conjunta” aborda as questões de desempenho do ESS (custo-efetividade, qualidade do cuidado para a saúde da população) e a habilidade de as organizações apresentarem resiliência a ambientes complexos e em processos de mudança, desde o nível micro até o nível macro do ESS.

Complementa o referencial o trabalho de Ciasullo *et al.* (2017), que analisaram as novas relações geradas entre os atores, promovidas pelas inovações tecnológicas do ESS, que levam a compartilhar recursos de forma mais ampla, auxiliando os gestores a desenvolverem novas estratégias, baseadas em valor e não em custos.

Concluindo o referencial teórico deste bloco, vem a 3ª proposição para ASS, (DAVEY; GRÖNROOS, 2019): “papéis complementares de alfabetização de serviços provocam respeito, confiança, empoderamento e lealdade entre os atores”.

As respostas foram discutidas à luz do referencial teórico, de acordo com a ordem das perguntas no formulário e caracterizando o grupo: usuários (A), gestores (B), professores (C), alunos (D) e funcionários (E).

4.4.1 Bloco D – Questão D1 – Norteadora

D1 – Como é feita a prescrição dos serviços e a comunicação?

A prática da avaliação inicial (anamnese) e reavaliação contínua, detectada no processo de prescrição de serviços das IES pesquisadas, possibilita aos usuários, familiares e cuidadores terem a compreensão dos serviços que lhe serão prestados e acompanharem seu desenvolvimento, desenvolvendo neles a ASS necessária para o seu empoderamento, conforme relatam os gestores EB5, EB6 e EB9, em consonância com a PF7 de Vargo e Lusch (2016), que postula que a participação dos atores na CCV ocorre na criação e oferta de propostas de valor.

R. O usuário procura os setores e às vezes ele tira uma dúvida, por exemplo: [ele pergunta] vocês têm esse tipo de tratamento? E nós respondemos, sim, temos esse tipo de tratamento, informamos com uma certa prévia, não é? E depois, é claro, ao longo do atendimento do paciente, nós vamos recheando de informações, tirando as dúvidas do paciente, não é? Basicamente é isso. [...] **na primeira avaliação esse paciente é orientado como é o atendimento.** (EB5 - grifo nosso).

R: A partir da primeira avaliação já há uma previsão do período da próxima avaliação [...] Porque quando a gente dá os resultados acaba estimulando não só a frequência, mas a própria prática, porque o usuário vê a diferença do que ele está fazendo. A gente tem formas de tentar o máximo possível de controlar que eles façam essa avaliação na data prevista na época. (EB6 - grifo nosso).

R. Quando o usuário é chamado para atendimento durante a avaliação dele, ele também vai se orientado de acordo com todos os procedimentos da clínica, ele é orientado com relação todas as regras [...] então, a gente tem uma ficha de evolução, que ela tem que ser preenchida todo dia dentro do prontuário do paciente e a partir dessa ficha de evolução é que são feitas reavaliações, para ver se o paciente está evoluindo, ou não; às vezes ele não está evoluindo e aí a gente pede para retornar ao médico, ou se ele está evoluindo a gente vai mudando de fase, ou passa ele para a academia, ou para a clínica de nutrição [...] (EB9 - grifo nosso).

Essa prática de formação contínua para os atores, que visa prepará-los para compreenderem os aspectos dos serviços de saúde, é fundamental para melhor usufruto dos serviços oferecidos, aos quais podem tanto aderir quanto não aderir. Configura-se como a proposição de Davey e Grönroos (2019) para incluir a ASS, exercida pelos atores, como nova PC (PC9) para a tipologia de Frow *et al.* (2016).

Essa formação também se enquadra nas três razões que Davey e Grönroos (2019) apresentaram para referendarem essa tipologia, como as propostas que fazem no sentido de incluir, para análise dos ESS, tanto de práticas benéficas como de práticas destrutivas; a aplicação da tipologia a todos os atores participantes e não apenas aos usuários; e, finalmente, a relevância da sua especificidade para analisar o contexto complexo da atenção à saúde, porque a ASS é uma prática que está presente em todas as outras práticas da tipologia e influencia a sua compreensão.

4.4.2 Bloco D – Questão D2

Existe alguma formação dos usuários e seus familiares/acompanhantes no sentido de conhecerem melhor os serviços que lhe são oferecidos, seus protocolos e resultados? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referenciada pela 4ª Lição de Dessers e Mohr (2020), o “Engajamento”, que significa envolver atores em diálogos e processos avaliativos-propositivos e à ASS de Davey e Grönroos (2019), que se concretiza em ações simples, do cotidiano, como identificado na resposta da usuária EA7, que descreveu como foi orientada a adquirir um equipamento simples e a praticar exercícios em casa.

R. Eles falaram assim: para mim está fazendo em casa, principalmente do elástico, para ele comprar. Até o médico tinha pedido para mim comprar o elástico. Né? Para fazer lá em casa. (EA7).

A resposta da gestora EB1, da Clínica-escola de Fisioterapia, permite identificar o protocolo de avaliação e reavaliação como instrumentos de empoderamento e autonomia dos usuários, em função do fato de receberem os resultados, serem orientados sobre como foram obtidos e como prosseguir com o tratamento.

R. Certeza, certeza! E até em relação aos testes sabe? **A gente faz os testes e fala: olha qual foi o resultado do seu teste hoje, olha qual foi da última vez! Vamos comparar? Melhorou! Você viu que legal? Então vamos continuar assim! Nossa! Não mudou nada! Vamos pensar em mais alguma coisa? Será que não vale a pena em casa você me ajudar também, fazendo exercício?** Talvez essas 2x/semana não está sendo bom. Então a gente tenta mostrar números para eles também, através dos testes para mostrar: olha que bom você está melhorando! **E o mostrar que eles estão melhorando é um estímulo muito bom para eles.** (EB1 - grifo nosso).

Essa mesma gestora, EB1, discorreu sobre a ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019), que é promovida para os usuários por meio de cartilhas e material formativo, ressaltando a atitude de usuários que guardam consigo todo esse material; prática confirmada pela gestora EB2, também da Clínica-escola de Fisioterapia, que ressaltou que o plano de alta dos usuários está condicionado aos resultados do trabalho, explicitados nos protocolos de reavaliação e, sobretudo, discutidos com os usuários.

Essa prática se destaca como um procedimento de CCV e oferece resposta à PC5 (FROW *et al.*, 2016) e ao Objetivo Específico 2 desta tese: Analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS. A prática de alta discutida com os usuários e vinculada à continuidade do tratamento é diferenciada do modelo padrão da saúde, porque o tratamento não é finalizado após o término do número de sessões previstas, o que obriga o usuário a retornar ao médico para solicitar uma nova guia de tratamento e, na maioria das vezes, interrompe o tratamento por períodos extensos, até que o usuário consiga remarcar uma consulta de retorno, fato que pode até fazer regredir os resultados já alcançados pelo tratamento realizado.

R. [...] Eu costumo dar mais na última bateria dos alunos, que é em junho e a outra em novembro, para eles conseguirem ir fazendo em casa [...] **a gente costuma entregar cartilha, fotos, ou a gente faz vídeos de nós mesmos fazendo o exercício, porque para eles, às vezes, é melhor seguir o vídeo.** Então tem pai que fala: faz um vídeo que daí eu mostro e ele faz junto; assim é de um de pacientes com síndrome, que às vezes precisa desse estímulo visual, para ver ali fazendo e eles acabam fazendo em casa então a gente dá sim para eles poderem acompanhar. [...] (EB1 - grifo nosso).

R. **E aí, nesse momento da reavaliação, caso ele atinja os critérios que a gente estabelece como plano de alta. [...] então ele é conscientizado em relação ao processo da alta e aí, no momento da alta, ele recebe orientações**, essas orientações elas deverão ser seguidas e aí ele passa a realizar toda a fase de reabilitação de uma maneira não supervisionada e após 6 meses ele é reavaliado, para que a gente tenha condições de verificar se ele deve novamente ser incluso no programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. (EB2 - grifo nosso).

A resposta da gestora EB3 demonstra que a participação ativa dos usuários é parte do protocolo diferenciado de atendimento identificado nas IES analisadas, atendimento que implica contato contínuo e ASS, para que os usuários desenvolvam autonomia para manter seus protocolos de tratamento mesmo em períodos em que não ocorre o atendimento nas IES, como nos períodos de férias e de festejos, como festas juninas e de final do ano, nos quais os usuários tendem a se desviar do foco do protocolo que lhes foi indicado.

Essa PPCV identificada corresponde à 4ª lição de Dessers e Mohr (2020), que fala do “Engajamento”, de envolver os atores em diálogos que conduzam processos avaliativos e propositivos, como ocorre tanto na alta discutida com o usuário, demonstrada na resposta anterior (processo avaliativo), quanto na proposição de novas posturas dos usuários no sentido de manter as prescrições durante períodos em que não ocorre o atendimento nas IES pesquisadas.

R. **Exemplo: nós acabamos de atender uma paciente, que já está na terceira consulta, que veio contar como é que está sendo, quais são as dificuldades, porque a gente não está aqui para cobrança, a gente está aqui para uma troca, para fazer as verificações e quais são os devidos apoios**; e aí esse paciente ele fica no ciclo de atendimento conosco, nessa regularidade que é colocada pelo aluno e discutida com o preceptor, se faz a pausa para a troca do ciclo, e a partir daí, se a gente tem por exemplo o calendário de férias, como vai acontecer agora as férias escolares; **Agora nessa metade de junho, está preparando os nossos pacientes para as Festas Juninas, como que eles vão lidar com todo esse processo de alimentação na Festa Junina, até que eu possa voltar em agosto e captá-lo novamente; quando isso acontece em novembro e dezembro, a gente faz todo um olhar e orientação sobre Natal, Ano-Novo, Carnaval e férias escolares**; então a gente deixa esse paciente munido de informações. [...] então, a gente tem esse feedback dos pacientes também; a gente tenta fazer essa coleta de informação, investigação, ao longo, e em fechamento na última consulta para o próximo ciclo caso ele continue; ele é convidado a continuar, dependendo do contexto de tratamento, ou então a gente fala: olha vamos dar uma pausa, um respiro um pouco maior para você caminhar, ou ele fala eu preciso de mais tempo, eu posso ligar depois ou você me liga em tal período? Eu falo: ligo! Então a gente retoma, ele volta; **então é uma logística que é um pouquinho mais complicada, mas a gente tem as monitoras que nos ajudam nesse processo; os próprios alunos, a gente tem uma linha de celular nossa, que a gente comprou, e faz esse contato com os pacientes, tem esse feedback**, então é bem bacana. (EB3 - grifo nosso).

A resposta da gestora EB2 indica a existência de um processo de ASS direcionado também para os familiares e cuidadores dos usuários, não só no sentido de prepará-los para ministrarem protocolos de atividades para os usuários (serviço em casa, por exemplo) e para monitorarem os processos de cuidados diários, mas também uma formação para o cuidado com a saúde dos próprios cuidadores, porque a dedicação aos usuários é um processo desgastante e, se os cuidadores não se cuidarem, também desenvolverão problemas de saúde e estresse psicológico.

R. Então por exemplo: **vou falar da reabilitação cardiopulmonar e metabólica, que a gente tem que trocar muita figurinha com a nutrição e além da nutrição a gente identifica que ele precisa ser acompanhado pela psicologia, então aí nós vamos formando uma rede de apoio para esse usuário e que muitas vezes só é possível com a presença dos cuidadores.** Eles são orientados, não somente sobre a condição de saúde, porque na grande maioria são cuidadores informais, não é? Então **pela condição de saúde do doente querido, mas também em relação à própria saúde, então os cuidados que ele deve considerar para continuar prestando assistência para esse familiar, que na grande maioria das vezes são as mães das crianças, ou os filhos dos idosos,** na grande maioria das vezes são essas pessoas. [...] o pessoal da farmácia faz de tempos em tempos assim como o pessoal da enfermagem, **eles aproveitam, principalmente com os cuidadores, no intervalo ali entre as sessões, para a as aulas educativas, então são aulas sempre muito interessantes, que despertam curiosidade; e o pessoal da nutrição sempre acaba ensinando algumas receitas alternativas,** que podem contribuir para a saúde e ao mesmo tempo ser prazeroso, por conta do alimento, não é? Mas eles participam sim. (EB2 - grifo nosso).

A prática de ASS para os usuários, que se estende para as famílias e cuidadores, foi também salientada pelos professores EC1 e EC2. No momento do 1º atendimento, são apresentados à Clínica-Escola (IES B) e geralmente familiares e cuidadores se inscrevem para os serviços, conforme a funcionária EE3, em uma prática que corrobora a PF11 de Vargo e Lusch (2016), que fala das instituições geradas pelos atores e pelos arranjos institucionais, geradores de novos relacionamentos e oportunidades interativas, como a PCCV identificada na atuação das recepcionistas, quando introduzem os usuários na estrutura de serviços oferecida.

R. Os pacientes vêm com alguém da família ou um cuidador e uma parte que vem sozinha; mas é esse que está com um familiar ou um cuidador junto, a gente também inclui na discussão, nas decisões, ou faz um uma recapitulação, de se o que a gente combinou está ok, se todo mundo entendeu, se é possível. (EC1).

R. Eu acredito que sim; **isso é um aspecto importante, porque eu vou dizer que quando os pacientes melhoram é por conta da própria, da pessoa,** porque a gente não coloca nada dentro dele, entendeu? [...] na verdade os estímulos que a gente faz com acupuntura são estímulos para a própria natureza da pessoa, que está sendo trabalhada, então eles se sentem mais

capazes, porque **nossa finalidade principal é desenvolver o autocuidado, as pessoas aprenderem a se reconhecer e entender o que se passa com a pessoa**; se a pessoa consegue fazer isso já é muito importante, porque você nunca vai voltar a ser o que você era. (EC2 - grifo nosso).

R. Normalmente o paciente, quando é a primeira vez na unidade, [...] eles sempre vêm acompanhados; então às vezes por um familiar, por um parente ou por um cuidador. [...] **o familiar acaba conhecendo a clínica, se interessa e aí até ele gostaria de passar, então a gente já faz essa inscrição dele aqui na clínica é já apresenta a clínica** toda e aí acaba em divulgação, que vai divulgando para os familiares. (EE3 - grifo nosso).

O processo de formação dos usuários (seja para utilizar corretamente o medicamento, conforme relatou a funcionária EE8, gestora de setor na Farmácia-escola, seja nas ações contínuas de formação geral, para utilizar os equipamentos, executar exercícios autonomamente e de participação dos usuários na elaboração dos protocolos, feedback durante o atendimento e na reavaliação) encontra ressonância nas respostas dos usuários EA2, EA5, EA6 e EA8, que relatam como percebem, ou não, as práticas de ASS que são perpetradas pelas IES pesquisadas.

Esses relatos estão de acordo com Hlongwane e Grobbelaar (2022), que salientam a intencionalidade de participação e usufruto dos serviços como fator basilar para que a CCV ocorra nos ESS, onde o envolvimento dos atores é uma característica definidora da sua existência, ocorrendo o contrário quando existe a falta de compartilhamento de informações e conhecimento, chegando, inclusive, a prejudicar o sucesso do sistema de saúde, defendendo por esse motivo os sistemas de transparência e informação como potencializadores da qualidade dos serviços.

R. E a gente vai controlando tudo com carimbo, que a gente vai colocando na receita do paciente; ele tem um tempo de tratamento, que seja 3 meses, 4 meses, 6 meses; então a gente vai acompanhando isso com esse carimbo, é isso. Quando acaba, acaba. E quando a receita acaba a validade não adianta querer vir buscar, e às vezes eles voltam: “não! Mas eu tenho que tomar mais, é de uso contínuo”; tem todas essas coisas aí, **que a gente tem que explicar para ele, que o tratamento dele tem um tempo certo pra tomar, não é para sempre, por seu uso contínuo, pode até ser, mas ele tem que renovar a receita para continuar tomando**, então nós temos um limite para atender essa receita, é esse o nosso trabalho. (EE8 - grifo nosso).

R. Sempre, sempre [recebi formação das IES]. Teve uma época que ia começar a pandemia, não é? **Que estava começando a pandemia, que diziam para procurar a professora e ela me deu uma sequência de exercícios para fazer em casa**: então continua fazendo, só que sua carga aqui, quando você vem a gente usa bastante; lá na sua casa você não vai fazer 1 hora direto de exercício, então você faz isso: exercício, daquele tipo explicativo mesmo, com figuras, passou uma configuração do que deveria ser feito, não é? **E ela passou um vídeo uma vez para mim também** de uma pessoa que fazia, para perceber o que ela estava fazendo. (EA2 - grifo nosso).

R. Tem essa interação com a pessoa que está me atendendo. Não que algum setor me chamou, mas a pessoa que está me atendendo pergunta: o que você sente, você acha que dá para forçar um pouco mais, um pouco menos? Ele sempre tem esse questionamento. (EA5).

R. Não, não cheguei e passar por esse processo não, mas já teve um: **na semana retrasada eu cheguei a falar, no caso com o estagiário, que [tem um] é um disco que fica no fundo da piscina, que é para dar equilíbrio.** Eu falei que não gosto desse aparelho, é, na brincadeira, mas é verdade, não é? Porque é chato botar um pé e ficar ali, ainda na mais na água, ela deixa já né meio [desequilibrado] né? **Então eu falei: não gosto desse aparelho: aí ela falou: mas é bom fazer!** Eu falei, tudo bem, a gente faz né? Mas que eu não gosto dele eu não gosto! [...] Mas foi assim, bem na brincadeira também, porque ela falou tem que fazer porque não gosta dela, às vezes justamente por não gostar que é melhor para você. (EA6 - grifo nosso).

R. Eles [os alunos] falam: vai fazer isso para melhorar tal parte, eu tenho uma diminuição aqui na perna. Então eles falam que eu preciso fazer isso, que é para melhorar a sua elasticidade, então eles vão falando, dando o resultado, precisa melhorar aqui, aqui está bom. (EA8).

De acordo com Ciasullo *et al.* (2017) a moldagem do ESS é fruto da interação entre todos os atores, processo de compartilhamento contínuo e criação de novos recursos, por exemplo, conforme o relato da gestora EB7 sobre a atuação do setor de nutrição da IES B, no ensino de receitas saudáveis para complementar o tratamento dos usuários e familiares, prática que se caracteriza como PCCV.

Essa PCCV também é identificada nas reavaliações, que apresentam para os usuários e familiares os resultados obtidos, conforme relatou a gestora EB9 e confirmaram os usuários EA8, EA9 e EA10; e para professores e alunos, dão feedback seguro, sendo um diferencial dos serviços prestados pelas IES pesquisadas, com procedimentos mais eficientes e eficazes de tratamento.

R. **Sim, a gente faz ações educativas, normalmente pelos cursos.** Então, o curso que está atendendo identifica uma demanda; identificamos nesse semestre muitos pacientes com diabetes mellitus, então a gente vai fazer uma ação educativa para esses pacientes com diabetes. Então eles fazem ou uma apresentação ou um teatro, ou um folder. Aí cada um trabalha do jeito que acha melhor e acaba convocando esses pacientes ou simplesmente pega na sala de espera naquele dia, naquele momento, quem está ali e faz uma capacitação dali. E aí nas oficinas culinárias, também a gente acaba ensinando algumas coisas e tem gente que depois até usa para vender um pão de mel mais saudável, alguma coisa assim. (EB7 - grifo nosso).

R. **O que nós utilizamos muito lá na clínica são cartilhas; então o aluno desde as disciplinas de saúde pública, de saúde coletiva, ele aprende a montar cartilhas de exercício;** [...] a gente tem cartilha para exercícios, para a coluna, de orientação postural, de exercício para incontinência urinária... então a gente tem muito folder de informação para passar para esses pacientes e todo o período de férias acadêmicas, julho, janeiro, todo o aluno monta uma cartilha de exercícios para o seu paciente, entrega, o paciente assina que ele recebeu e a gente evolui que entregou uma cartilha de exercícios para o paciente (EB9 - grifo nosso).

R. Sim, às vezes [meus familiares] entram comigo, e o profissional lá ele fala para eles também, olha, está acontecendo isso, eles acompanham junto. Eu recebo assim informação. Por exemplo, tem um período em que eles param o treinamento e vem outra turma [de estagiários]. **Então nesse tempo em que para eu recebo em casa essa orientação, tipo um material feito no computador. E eu andei fazendo também uma *live*, porque não podia vir aqui na academia (parada pela pandemia)** (EA8 - grifo nosso).

R. Na outra vez que eu estive aqui eu tive duas reuniões desse tipo, não me dava nada para escrever, nada; só falando. (EA9).

R. **Na pandemia fizeram um vídeo, ligavam lá em casa 2 vezes por semana; eu lá no tapete da sala e eles no celular; Não abandonaram, não abandonaram!** O que eu tenho para falar daqui é só bom! O que há de melhor, é muito bom! É muito bom! E a preocupação deles com outras coisas que não tem nada a ver com a área deles. **Eles vivem olhando a gente assim de cabo a rabo; eles dão cartilha para a gente, falam aquilo que eles acham que deve ser feito; por exemplo: vá para o mercado de carro se tiver que pegar peso; se é para comprar um pãozinho vai a pé.** Essa parte eles pegam muito no pé da gente, mas tudo o que tem eles chamam para participar, **quando tem alguma oficina, que vai falar de diabetes, mesmo que você não tenha, eles chamam para participar;** eles chamam, chamam sempre; quem pode vem. É muito entrosado, é uma coisa bem entrosada é um relacionamento que a preocupação que eles têm com a gente é muito grande. (EA10 - grifo nosso).

Esse procedimento de formação contínua dos usuários e cuidadores, identificado na IES B, encontra ressonância em um projeto da Clínica-escola de Fisioterapia da IES A, denominado “Olhando para o cuidador”, relatado pela gestora EB12. Tem como objetivos não só formar, mas também tratar dos cuidadores e familiares, porque necessitam de tantos cuidados de saúde quanto os usuários, desgastados com a preocupação de cuidar dos seus entes queridos, esquecendo de cuidar de si mesmos, em mais uma prática identificada como estimuladora de CCV.

Esse projeto da IES A se coaduna com a proposição de Hlongwane e Grobbelaar (2022) sobre a importância de o ESS aprender mais sobre os atores que na verdade são parte do ESS e necessitam também ser compreendidos em seu contexto, histórias individuais, desejos e necessidades, as quais às vezes sequer reconhecem, para que desenvolvam a intenção de também contribuir com o ESS, propiciando uma ampliação do olhar dos gestores para os atores externos, que fornece mais eficácia à gestão, ao estimular e promover as interações que fortalecem os laços da rede, com reflexos em todo o processo, gerando PCCV que são consequência da credibilidade, importância e garantia dos esforços empenhados, sendo fundamentais as ações de feedback, como procedimentos rigorosos de reavaliação, que permitam mensuração fidedigna do valor que foi criado.

R. E aí, **uma pessoa bem importante também, junto com o usuário, tem uma pessoa bem fundamental que são os cuidadores; eu digo que eles são usuários secundários da clínica; até temos um projeto que queremos desenvolver agora, que é “Olhando para o cuidador”;** então eu vejo que o cuidador ele também é usuário da Clínica-escola porque se ele não se dispõe a trazer o paciente, a acompanhar o paciente. [...] O projeto, hoje, vamos pensar: um idoso vem para a Clínica-escola por uma fratura de fêmur, ele não consegue se locomover, então ele vem com um cuidador, o cuidador traz ele e fica sentadinho ali na recepção, esperando; esse paciente entra para a fisioterapia, realiza o seu atendimento de 40 a 50 minutos de fisioterapia, depois ele sai; aí esse cuidador pega ele e vai embora; **muitas vezes é uma pessoa que está fragilizada, que está precisando de cuidados de saúde, mas ele não tem tempo de realizar esse autocuidado, porque ele cuida de alguém; então nós estamos montando o projeto que é desse cuidador se tornar usuário da clínica, frequente;** então, por exemplo, enquanto o paciente está fazendo a reabilitação, esse cuidador ele passa em um grupo de alongamento, de orientação de postura, de promoção à saúde; então, será que esse cuidador ele é um hipertenso descontrolado? Muitas vezes ele não sabe que ele é hipertenso, porque ele não vai a uma consulta médica; ele tem alguma queixa? Ele sente dores? Ele tem alguma preocupação? **Então, olhar para o cuidador; os profissionais da Clínica-escola, os professores, estamos vendo cada vez mais a necessidade de olhar para o cuidador que traz esse paciente, então eu falo que quando a gente fala de usuário é um usuário duplo, a gente tem o usuário e o cuidador.** [...] Muitas vezes eu falo assim: “gente! O cuidador está pior que o paciente!” – o paciente vem limpo, o paciente vem alimentado, o paciente tem um problema de saúde, mas ele está sendo bem cuidado, mas o cuidador ele não olha para si, ele sempre olha para aquela pessoa que está precisando. E às vezes ele esquece de olhar para si. (EB12 - grifo nosso).

Finalizando, confirmaram-se as práticas de formação contínua dos usuários, tanto para utilizar os medicamentos quanto por cartilhas com atividades para fazer em casa, elaboradas pelos alunos com a supervisão dos professores, conforme relataram os alunos ED7 e ED10 e os funcionários EE4, EE6 e EE9.

R. Nós falamos diretamente com ele, a gente vê se ele está fazendo certinho, se ele vem todo dia; depois de um certo tempo a gente faz outra avaliação física, vê se melhorou isso, melhorou aquilo, perdeu percentagem de gordura e ganhou massa muscular. (ED7).

R. **Por livre e espontânea vontade, nós estamos sempre auxiliando o professor do estágio; a gente sempre visa para o nosso paciente o bem-estar, a qualidade independência e autonomia. Eu sempre monto cartilhas, a gente tem essa liberdade de poder levar mais nosso paciente;** de expressar esse cuidado com os pacientes, os professores sempre nos auxiliam; então eu sempre monto cartilhas que o paciente possa levar para casa, que possa agregar para ele, que possa ser bom para ele, porque a gente tem 1 mês em que ele ficam de férias e quase que acaba não tendo auxílio na terapia da gente, porque é uma Clínica-escola; **então assim sempre tomei essa prática de fazer cartilhas, para que possam continuar fazendo em casa.** (ED10 - grifo nosso).

R. Geralmente os pacientes neurológicos, com dificuldade de deambulação, que não consegue andar, vêm com acompanhante; ou quando é idoso, que não tem aqui mais aquela autonomia, **então ele vem acompanhado por um familiar e na avaliação, o familiar, ele entra nessa primeira avaliação, ele**

entra junto com o paciente e muitas vezes ele participa da avaliação, porque, em caso de problemas de déficit cognitivo, ou às vezes para ajudar a lembrar datas “quando foi seu acidente?”; nessa avaliação é explicado para ele tudo o que vai ser feito, de que forma que vai ser feito, tanto para o paciente como para o familiar ou acompanhante; geralmente a gente pede para vir o familiar, mas em alguns casos as vezes vem o cuidador. (EE4 - grifo nosso).

R. Eu entro às 8:00 da manhã, abro a Farmácia-escola, na parte que a gente manipula os medicamentos; a gente chega, pega a temperatura do setores, faz as manipulações dos medicamentos e separa a medicação para o paciente; todo o paciente que chega aqui com a receita do Posto de Saúde, a gente abre uma ficha na recepção e essa receita entra para a farmácia, a gente faz a manipulação do medicamento que o médico solicitou e faz a dispensação para o paciente; aí, no dia seguinte ele volta, com a requisição de retirada, e a gente entrega o medicamento para ele e comunica como que ele tem que fazer para tomar o medicamento corretamente, a posologia e como que o médico prescreveu (EE6 - grifo nosso).

R. Na hora de pegar a receita a gente fala como é o medicamento que ele vai tomar, pede para ele retornar no dia seguinte e na hora da dispensação eu sempre procuro explicar a posologia, falar de quanto tempo ele precisa para voltar para cá, quanto tempo vai durar a receita, porque a validade da receita para a gente é 6 meses. Então a gente sempre avisa; se o tratamento estiver completo também aviso ele e procuro, por exemplo: a gente teve um exemplo de vitamina D em gotas: normalmente o frasquinho dura 2 meses, mas o paciente estava indo buscar sempre todo mês e falando estava acabando; eu procurei saber como ele tomava, porque é importante você saber como que ele toma, por que que o medicamento está acabando, ele avisou que ele pingava direto na boca; aí eu orientei ele a pingar na colher a prescrição correta, do jeito certinho para tomar, para o tratamento ser eficaz. (EE9 - grifo nosso).

A questão D2 tratou da formação dos usuários e seus familiares e cuidadores sobre os serviços, protocolos e resultados oferecidos pelas IES, e fornece uma resposta direta à PC5 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 2 desta tese, ao propiciarem a análise de práticas que modelam e inspiram novas proposições de valor, identificando PCCV na orientação para os usuários adquirirem equipamentos e realizarem atividades em domicílio, de forma autônoma; na formação para utilização correta dos medicamentos; nas práticas de apresentação dos serviços, avaliação, reavaliação e acompanhamentos contínuos; e, em destaque, os programas desenvolvidos pelas IES para formação e cuidado com os usuários e familiares.

4.4.3 Bloco D – Questão D3

Você acredita que essas práticas geram valor para os usuários e atores dos serviços prestados? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referendada pela 3ª Lição de Dessers e Mohr (2020), que trata de “enquadrar” o ESS em termos de identificar quem agrega valor para quem e quais são os propósitos comuns, reduzindo a complexidade inerente aos serviços de saúde e se relacionando diretamente ao impacto previsto pela PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”), de Frow *et al.* (2016).

Também se relaciona diretamente com a LDS, conforme foi descrita por Ballantyne e Aitken (2007), como uma lógica carregada de potencial para o compartilhamento de competências entre os atores dos ESS, onde os usuários desempenham papel de avaliadores das relações de interação.

Essa avaliação de valor e compartilhamento de recursos é desencadeada como resposta às “propostas de valor” que proporcionam benefícios para o bem-estar de cada ator e, em consequência, para todo o ESS (FROW *et al.*, 2016).

As repostas dos usuários EA3 e EA5 exemplificam esse processo de atribuição e reconhecimento de valor que os atores identificam nos serviços prestados, reforçando a importância da prática para o aprendizado dos alunos, valor que os usuários reconhecem e que se sentem “orgulhosos” em contribuir, além de ressaltar a diferença de qualidade de atendimento fora das IES, onde não se identificam o acompanhamento e a formação contínuos exercidos nas IES pesquisadas, conforme reforçou a usuária EA10.

R. Sim muito contente [com o atendimento], os profissionais daqui são muito dedicados, muito atenciosos, os alunos, os professores; eu já conheço alguns professores, então são todos muito gentil. (EA3).

R. Eu acredito que colabore muito né? Inclusive eu conversei com um, quando vem a troca da bateria [mudança de grupo de estagiários] né? **Eu conversei com o rapaz que me atendeu na bateria anterior e tipo, na despedida foi eu falar isso: espero que eu tenha contribuído e tal... com seu aprendizado. E ele falou: cara você me ajudou em muito**, porque o meu caso é um caso de disfunção do quadril, disjunção pélvica, então é uma coisa que eles não vêm com muita frequência; então eles trabalharam bastante em cima disso aí. **Eu acredito que não só o meu caso, mas que todos aí ajuda bastante na formação do aluno.** (EA5 - grifo nosso).

R. **É importantíssimo [para mim e para os alunos]! Eu acho que se eu não voltei a fumar eu devo a eles. Porque eu saí do hospital enfartada, aí acabou! Ali eu ia no cardiologista de 6 em 6 meses e fim de conversa! [...] eles mostram para a gente o quanto aquilo aquela vida nociva, aquela coisa invasiva do cigarro, que fazia mal. Por eles eu não voltei a fumar. Eu hoje não sinto falta das comidas que eu fui abandonando; ninguém me mandou parar de comer nada, o que eu parei de comer foi por minha conta**, por exemplo o bacon, a gordura, o torresmo; eu falo: a gente não tem necessidade, eu posso por uma calabresa que vai dar o mesmo efeito e é menos nociva. Ele que me ensinaram, eles ensinaram tudo isso é bom! Mas que tem a ver comida com a fisioterapia? Então você foi

na nutrição? Não! Aqui mesmo na esteira, porque era tudo isso! A gente estava conversando: nossa! Eu estou com mais fôlego, estou numa... claro, eu ia perdendo peso, eu ia seguindo a caminhada que eles mandaram fazer, ou algum exercício. **E eu procurei não faltar nunca, que era para aproveitar o máximo. Tirando isso, acho que só mãe e Deus, tem melhor que isso aqui.** (EA10 - grifo nosso).

Entre os gestores, professores, alunos e funcionários, a percepção da geração de valor para os usuários é unânime, com todos relatando a satisfação de prestar esse serviço diferenciado e de qualidade à população, conforme se identifica nas repostas dos gestores EB5, EB6 e EB11.

R. **Olha, eu traria facilmente a minha família para cá, é realmente maravilhoso, você escuta os pacientes falando, eles só têm que agradecer. [...] Aqui tem um clima muito bom, uma vibração muito boa sabe?** [Os usuários] chegam aqui de cadeira de rodas, depois de um tempo já não usam mais esse dispositivo. Porque ele veio hoje a atingir o seu objetivo, andar, que é o principal, a maior parte das pessoas querem isso, ou ficar sem dor e voltar ao trabalho, estar fazendo as coisas em casa, de forma mais independente. (EB5 - grifo nosso).

R: Acho que sim [que gera valor para o usuário], porque ele vê o resultado que ele está conseguindo. Ele se sente observado, acolhido, porque ele vê que está sendo feito um acompanhamento constante, que é diferente em geral do que acontece em outros lugares. (EB6).

R. Essa é uma discussão da literatura mesmo, não é? **Hoje o que a gente fala é que o nosso foco é assistência, a gente quer que o paciente seja bem assistido, se a gente garante uma boa assistência, com certeza a gente está garantindo uma boa educação, a gente está garantido que, mostrando ao aluno o que é a boa assistência, e é esse aluno, que vai estar sozinho daqui a pouco, atendendo na rede; então o nosso foco é uma boa assistência, e a gente linka com os objetivos educacionais,** mas essa é uma discussão da literatura mesmo, tem local que fala: não, o foco é o aprendizado do aluno, mas eu te diria hoje, que o nosso foco é a assistência. (EB11 - grifo nosso).

O professor EC3 pôs em relevo a admiração e o orgulho que sente com todo o processo de criação e desenvolvimento da Clínica-escola, desde quando ele era aluno da IES, depois se tornou responsável técnico e finalmente professor.

R. **Eu sinceramente sou meio suspeito para dizer, porque eu fui aluno daqui; então eu vivenciei isso lá no começo,** quando a clínica ainda tinha pouco tempo de atuação, então **vivenciei uma construção dos atendimentos e das rotinas aqui dentro, depois eu passei a ser responsável técnico do setor, hoje eu sou docente e formo os alunos; então eu vi essa evolução, essa construção toda desses processos, é motivo para mim de muito orgulho, de fazer parte disso desde lá de trás;** mas acho que muitas coisas, como a evolução com tecnologia, podem melhorar, nesse objetivo que a gente comentou não é? De trazer o atendimento de qualidade para a população e o ensino atrelado a isso; então acho que é motivo de muito orgulho mesmo, passar por todo esse processo, de ver toda essa evolução, desde quando era tanto da parte física do espaço arquitetônico mesmo, que era tudo diferente, o crescimento a evolução que teve, de tudo que a gente pode produzir hoje. (EC3 - grifo nosso).

O professor EC5 enfatizou a “dificuldade de dar alta” aos usuários, porque se sentem tão bem acolhidos e tratados que não desejam sair, mesmo tendo concluído o período de tratamento, diferentemente do que normalmente se vê em serviços de saúde, onde o maior desejo dos usuários é concluir logo o tratamento. O professor salientou, porém, que o setor dele é um setor “mais leve”, que trabalha com problemas mais crônicos dos usuários, com menos episódios de dor intensa, sendo esse um fator que ele considera como importante para essa adesão e lealdade dos usuários.

Essa percepção encontra consonância na resposta da professora EC7, que reportou a satisfação de proporcionar um atendimento de saúde integral aos usuários e formação humanista para os alunos, fazendo eco ao que Hlongwane e Grobbelaar (2022) afirmaram sobre o desenvolvimento do desempenho, relacionado a metas que promovam sincronicidade de interesses e criem valor entre atores focais de cada ESS.

R. Sim, é difícil dar alta para esses pacientes; eu não sei se é a característica da minha bateria, que é mais leve; então, é como eu falei, eu tenho tanto aquele paciente que chega encaminhado pelo o médico, como eu tenho paciente que teve alta de outros setores e veio para a Saúde Coletiva; então, assim, **quando eu preciso dar alta, o paciente melhorou, não tem mais o que fazer, é assim, parece que o paciente começa a mentir, dizendo que piorou; aí você fala: “e aí? Você está bem? E o paciente: Ah! Não! Eu piorei! Porque ele parece que vai sentindo que a gente quer dar alta, não é?** Em alguns casos, né. Porque alguns casos, quando não vai para os grupos, eu preciso realmente dar alta. No caso das pacientes com incontinência, elas acabam recebendo alta e sim, eu tive pacientes, por conta da pandemia, porque a faixa etária de pacientes que eu tenho na lá no setor são os idosos. **Então, na pandemia, eu não pude chamar ninguém acima de 60 anos, eu só consegui chamar três pacientes, que era dois adolescentes e uma senhora de 58 anos; os demais eu não pude chamar ninguém, então eles estavam assim, sedentos para o retorno, quando a gente começou a chamar aos pouquinhos os idosos, depois da vacinação e tudo mais, elas vieram felizes, porque elas queriam voltar!** Então é a característica da Saúde Coletiva, ela é um estágio mais leve, mais gostoso, diferente lá da fisioterapia, onde paciente está com dor; o nosso paciente a dor é crônica, então, assim, ele já tá acostumado com aquele tipo de dor; na neuropsicologia, são pacientes neurológicos, que às vezes demora para conseguir um ganho, é outro perfil; os alunos que estão no estágio do hospital ou da cardiorrespiratória, que também é outro perfil de paciente; **então o meu estágio é um estágio feliz, porque os pacientes são felizes, eles são animados, o pessoal adora, eu também; eu particularmente amo meu estágio por conta disso, porque é gostoso estar ali. Então existe essa lealdade, essa fidelidade.** (EC5 - grifo nosso).

R. Eu gosto muito, eu me sinto assim... muito feliz com o que eu consigo passar para o meu aluno, eu acho que aqui é um dos diferenciais aqui dessa instituição; a gente tenta colocar na cabeça do aluno que a gente trabalha com pacientes, com pessoas, a gente tem para abranger queixa funcional do paciente; e não tratar a doença, a patologia; isso me traz uma satisfação pessoal, assim, que é uma das coisas que eu gosto de ser supervisora, acho que é pra isso que eu sou supervisora. (EC7 - grifo nosso).

Entre os alunos encontrou-se a mesma percepção notada nos gestores e professores, de geração de valor e da lealdade que esse valor proporciona aos usuários, fato que também gera satisfação em cumprir o estágio, ressaltando as práticas de debater e elaborar os tratamentos junto com os professores, o que valoriza a sua aprendizagem, conforme relataram os alunos ED4, ED5, ED7 e ED10, em uma confirmação do que Ranjan e Read (2021) consideram como “valor direto”, relacionado a um objetivo do ator, alcançado em função do serviço usufruído a partir da cocriação e como “valor indireto”, o relacionamento estabelecido, que gera atitudes de lealdade nos atores.

R. **No caso do dos alunos há uma mudança sensível, assim, é notável no início de um aluno no estágio**, até, sei lá, dois, três meses, como é que muda! Isso então é realmente fundamental. **No caso dos usuários, eles têm experiências aqui que eles não têm em nenhuma das instituições convencionais de academia, então, assim, gera muito valor**, tem pessoas que tem condição de fazer academia em outro lugar muito melhor, mas preferem vir aqui, pelo atendimento. (ED4 - grifo nosso).

R. Eu não tenho nada a reclamar, **eu acho que o contato com os professores eles são muito próximos da gente, não é aquele professor distante, que fica sentado na mesa e que a gente que se vira, assim para fazer as coisas, mas então tem uma retomar o contato é bem próximo**, tanto do paciente quanto do professor, a gente tem essa ajuda, porque a gente está se formando agora, não é? Então é tudo muito novo, não tenho nada a reclamar. (ED5 - grifo nosso).

R. Desde que eu entrei aqui eu mudei bastante os hábitos, antes de eu não fazia alguns exercícios que hoje eu aprendi a fazer; é muito legal acho que sem o estágio aqui seria bem difícil; **eu aprendi bastante coisas para a minha atuação como profissional, eu tinha algum conhecimento da musculação, mas aqui engloba bem mais.** (ED7 - grifo nosso).

R. Com certeza, porque a gente trabalha, todos os setores que a gente tem na fisioterapia, **a gente trabalha muito com o modelo de fisioterapia social que é o modelo CIF [Classificação Internacional de Funcionalidade]; então a gente sempre se preocupa em manter o paciente em máximo de funcionalidade e um máximo de autonomia, esse é o nosso compromisso primário**; além da queixa funcional dele, que é o que tem que persistir, por que ele deixou de fazer, porque ele não está conseguindo fazer mais; então aplicamos a CIF em qualquer paciente, de qualquer área da fisioterapia que a gente atua. **É extremamente enriquecedor; cada um acho que vai ter a sua opinião**, mas eu acho que o conhecimento sempre para a gente nunca é demais; então qualquer professor tem a sua função de ensinar para gente e trazer sempre o melhor que possa, porque ela ganhou experiência etc. para a vida da gente, não é? **Para mim eu não tenho nada contra, só a agradecer, só gratidão por quanto eles conseguiram passar para a gente, tanta informação, tanta riqueza de conhecimento ou experiência** etc. que eles conseguiram passar para a gente, em cada setor; e cada um se aprofundou em cada setor e cada um realmente tem uma paixão por cada área da fisioterapia, que é bem extensa, enquanto nesse quesito, posso falar que foi muito grande, que só agregou, só somou. (ED10 - grifo nosso).

A estagiária ED10 salientou necessidades de melhoria no ESS, enfatizando a questão da comunicação entre os atores do setor, afirmação que encontra respaldo em Hlongwane e Grobbelaar (2022), que afirmaram que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são fundamentais para a complexidade da prestação de cuidados nessa área, onde o valor cocriado abrange e promove a integração dos interesses de todos os atores.

R. Não, nada demais; eu acho que eu entendo a complexidade do atendimento clínico, porque eu sei que não é fácil; e sempre existe um lapso no sentido da comunicação, não é? Tipo o atendimento primário ao paciente, até chegar ao fisioterapeuta e que pode melhorar nessa comunicação; a base sempre é a comunicação e às vezes pode haver uma falha que pode fazer falhar todo o percurso; e isso, qualquer um pode errar, isso é fato, mas o que pode sempre melhorar, se puder melhorar, eu penso que é a comunicação, porque comunicar não é tão fácil; é uma arte extremamente habilidosa, e pode sempre melhorar a comunicação entre ambas as partes, juntar uma equipe multidisciplinar e dessa equipe também faz parte a recepção, então que todo mundo aqui consiga se comunicar, para ficar mais agradável, acho que é só isso. (ED10).

A alfabetização para a autonomia, que gera valor para os usuários e para os alunos, também é sentida pelos funcionários, que reportaram a mesma sensação dos demais atores, de satisfação e “orgulho” pelo serviço prestado e por pertencer à IES, conforme relataram as funcionárias EE1, EE2 EE3 e EE4.

R. Sim, sim. Porque, a partir do momento, é o que eu falo em entrevista social, quando nós temos que fazer alguma entrevista social; o tempo que eles ficam na Clínica-escola é mínimo, é pouco, mas muito bom; vai, se eles vierem aqui uma vez por semana, duas vezes por semana; ou ficarem aqui duas horas, três horas, é o mínimo. **Eu fazer uma conscientização, um trabalho, uma mobilização com o cuidado e a reprodução que eles necessitam, externo, isso é um ganho de autonomia, eu vou ensinar como ele necessita se reabilitar, a fisioterapia vai fazer todo o trabalho de reabilitação física, cardiológica, motora, aqui, num momento mínimo, para que ele possa fazer isso na residência dele, junto com a família; então não é a Clínica-Escola, os profissionais da Clínica-Escola, que realizam esse trabalho; o trabalho que ele realiza aqui é mínimo, de orientação, de mobilização, de conscientização, de trabalho mútuo e contínuo;** mas aqui é pouco, que ele fica. Então, para ele gerar essa autonomia externa, medicina: necessita todo dia tomar o remédio da pressão, se ele vem para uma próxima consulta e fez um monitoramento e viu que ele não está tomando remédio da pressão, estou dando um exemplo muito básico, ele vai saber que os profissionais verificaram que alguma coisa está errada, porque ele não tomou remédio; e eles vão perguntar por que, “mas por que você não tomou?” – “não tomei porque eu não sei ler; eu não tomei porque eu não sei buscar o remédio; eu não estou bem porque eu não tinha dinheiro para comprar”; **então, se a se aciona toda uma equipe, para que façam e deem um suporte para que ele possa fazer isso na casa dele.** “não sabe ler?, então vou pedir uma orientação para o serviço de Farmácia, que ele vai saber: olha aqui de dia faz o sol, na hora do almoço faz um prato; ah!, então esse remédio colorido, com a etiqueta vermelha, você vai tomar na hora do almoço; o remédio da flor amarela você vai tomar de manhã, o

remédio roxo é à noite”; então criam-se estratégias para que esse usuário tem uma atividade de vida diária e uma qualidade de vida. [...] Porque muitos pacientes voltam, ou encaminham outros pacientes, ou (fazem) parceria; “olha, está bem, está conseguindo”. [...] **Aqui a gente que tem uma “hashtag” que fala que é orgulho de ser Camiliano, eu gosto, no entanto eu estou aqui há muito tempo, estou aqui há 9 anos. Eu acho que é uma construção de trabalho; todo dia a gente tem uma construção de trabalho; é o que valoriza o fato de eu ser Assistente Social, o trabalho que eu estou fazendo enquanto Assistente Social é gratificante.** Tem dia que a gente tem esse sentimento de impotência, fala assim: huuumm, eu podia ter feito mais alguma coisa para aquela família, mas a instituição ela te dá um suporte de trabalho. (EE1 - grifo nosso).

R. **Olha, para mim ele representa assim, não tem o que falar; é um ambiente em que eu me sinto extremamente agradável,** a convivência minha tanto com a gestora da Clínica tanto quanto minha colega, são pessoas que me acolheram muito bem aqui e não tenho o que falar, os professores também excelentes, se eu precisar falar qualquer coisa eles são acessíveis a todo momento para a gente. (EE2 - grifo nosso).

R. Com certeza, com certeza. **Porque muitos dos pacientes que acabam procurando a gente aqui na Clínica-escola, comentam de que eles já estão pelo SUS, eles já estão procurando atendimento há mais de 1 ano a mais de meses e não conseguem; e às vezes aqui, dependendo da especialidade, nós já temos vagas em aberto;** por exemplo, pediatria é uma especialidade que a gente está em busca de pacientes, porque a gente sempre tem vaga em aberto; então, se a mãe liga e fala: “eu estou na lista do SUS há um ano e eu não consigo atendimento para o meu filho”, aqui ela vai conseguir atendimento, por exemplo, para amanhã e muitos dos pacientes adoram, porque, querendo ou não, a gente tem convênio com o Hospital-escola, então eles realizam essa questão dos exames, nós temos Assistente Social, onde ela pode tentar orientar, se é um caso mais específico, se é um caso cirúrgico, e **muitos dos pacientes mesmo adoram, passam por todas as especialidades possíveis, eles gostam muito de fazer esse acompanhamento aqui conosco; os alunos, os professores, são muito acolhedores** não é? Não é aquele atendimento que você vai ficar 5 minutos na sala e vai embora; então, e tem pacientes que gostam muito de uma atenção, não é? **Então o que a gente sempre tenta oferecer ao paciente aqui é esse acolhimento.** (EE3 - grifo nosso).

R. Olha, **para o aluno é essencial esse trabalho, porque ele cursa toda a parte teórica e ele fica muito ansioso, porque depois ele vai para a prática, ele vai colocar a mão no paciente; porque, olha, a teoria, você vai ensinar tudo para o seu aluno, como funciona a fisiologia, a anatomia, as técnicas de cinesioterapia, de cinesiologia, você vai ensinar para o seu aluno, mas como é que você vai ensinar para o seu aluno, por exemplo, que pressão que você vai colocar na mão dele, com que pressão, com que força você vai utilizar para poder colocar uma resistência, que tipo de resistência você vai colocar? Que força é essa? Como você vai tocar o paciente para sentir algum ponto, algum gatilho nele? Para você sentir o músculo dele, para você sentir como ele está? E isso só é possível no estágio, não é?** Então ele, no estágio, tem a oportunidade de colocar em prática tudo o que ele aprendeu e muito mais que isso, na minha opinião, ele vai descobrir um monte de coisa, ele vai descobrir que cada paciente é um indivíduo diferente de outro, que ora, muito embora nós tenhamos aí as práticas baseadas em evidências, que nós temos milhões e milhões de artigos hoje em dia, graças a Deus, quando eu me formei tinha que ir na Bireme [Biblioteca da medicina da USP] esperar na fila, para pegar uma revistinha lá, mas hoje tem tudo aí, nas bases de dados, de pesquisa; e muito embora a gente tenha muitos trabalhos com amostras grandes,

amostras menores, com comprovação científica, mas **no estágio o aluno consegue perceber que: “poxa, mas está comprovado cientificamente que se eu fizer determinado aparelho vai melhorar não é? É por aí o caminho, mas por que será que as vezes eu faço e ele não melhora? Porque ele é um ser único, um indivíduo único”**; e a gente, muito embora a gente tenha que se basear nas evidências, na ciência para tratar uma pessoa, mas a gente não pode esquecer o ser humano como um ser único e às vezes aquilo não vai dar certo naquele paciente; e aí como você percebe? Tocando, sentindo, conversando e estando presente ali no atendimento do paciente, não simplesmente abandonando ele aí num box qualquer, largando ele lá; por isso que muitas vezes, você já deve ter ouvido essa frase, que fisioterapia não funciona, porque não é feito da maneira correta, não é feita com exclusividade, não é levada em consideração que cada pessoa é uma pessoa diferente da outra; e muitas vezes também não é baseado nas pesquisas e nas evidências, que também isso é muito importante e precisa disso. (EE4 - grifo nosso).

As funcionárias EE4, EE5 e EE7 ressaltaram o “bom espaço de trabalho” (com instalações completas e bem montadas) como fator importante para geração de valor para os alunos e elogiaram os professores.

R. Então nós, assim, **eu acho que aqui na clínica nós temos professores maravilhosos, de verdade! Eu não estou falando para puxar o saco, não! [...] eles são muito bons entendeu? E isso é fundamental para o desenvolvimento do aluno**; e nós temos também aqui na clínica, a parte física, não é? A clínica é uma clínica muito bem montada, tem equipamentos, nós temos lasers, nós temos equipamentos bons, novos, que funcionam, que são, sabe, de excelência. **Então a clínica, a IES, ela é muito bem-preparada**, os laboratórios, nosso laboratório de anatomia; então os nossos laboratórios, nossas clínicas, eu acho que são muito boas, assim, sabe, muito equipadas, com tudo. Você sabe que quando eu me formei, há muitos anos eu não tinha, assim, a clínica em que eu fiz estágio não tinha todo esse espaço físico, sabe? Não tinha tudo isso que a gente tem: material, aparelhos, não tinha; era uma coisinha ou outra e a gente tinha que se virar, não é? **Mas aqui a gente tem, eu acho que o aluno, ele gosta, ele fica feliz e ele progride, não é? E consegue crescer por causa disso.** (EE4 - grifo nosso).

R. Ah! Eu me sinto muito satisfeita, eu gosto muito daqui; a gente vê a gratidão dos pacientes isso é muito muito importante, estimula a gente a continuar fazendo o que a gente faz; e eu sou muito feliz aqui por poder ajudar, poder colaborar. (EE5).

R. Com certeza. Surgiram algumas oportunidades de iniciação científica, eu não peguei nesse momento porque eu não me encontrei neste momento para fazer isso, **mas aqui a gente trabalha com muitas coisas, a gente trabalha interligado, por exemplo, com o LAC, que é o Laboratório de Análises Clínicas e eu acredito que aqui, se você souber explorar, você encontra muita oportunidade legal.** (EE7 - grifo nosso).

Concluindo o referencial teórico da questão D3, discutem-se as duas concepções do modelo de ESS para analisar a prestação de serviços em saúde (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022): inicialmente o ESS concebido como “afiliação” de uma comunidade de tecnologias e instituições, conectadas em redes e plataformas de relacionamento, ampliadas pelos SIS. Em seguida vem o ESS como estrutura, que

engloba as interdependências típicas da CCV, que promovem sustentabilidade e soluções de longo prazo para todos os atores, em um ESS que se apoia nas propostas de valor concretizadas em cada interação desenvolvidas e vivenciadas em seu contexto.

Dessa forma, a questão D3 do Bloco D oferece respostas ao Objetivo Específico 2 e à PC5 de Frow *et al.* (2016), ao identificar PCCV que moldam e estimulam novas proposições de valor, como as práticas de serviço das quais os atores participam e avaliam, fazendo conexão com a LDS, da forma que é abordada por Ballantyne e Aitken (2007), a partir da identificação do compartilhamento de competências entre os atores, dinamizada pela prestação de serviços mútuos entre os prestadores de serviço das IES e os usuários, familiares e cuidadores.

Essas propostas de valor, que demonstram sincronicidade de interesses e relações de lealdade entre os atores focais (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022), foram identificadas tanto nos prestadores de serviço quanto nos usuários, que relataram “orgulho e bem-estar” em poder contribuir em práticas de CCV como a formação dos alunos, ao contributo pessoal para a construção, estruturação e evolução das Clínicas-escola, a ASS que faz parte da prestação de serviços de qualidade aos usuários e ao bem-estar geral do EES, caracterizando tanto o “valor direto”, relacionado aos serviços usufruídos e cocriados, quanto o “valor indireto”, relacionado aos relacionamento entre os atores, que compõem as PCCV nos ESS, conforme Ranjan e Read (2021).

Esse bem-estar geral dos ESS se coaduna com a perspectiva ecossistêmica de Dessers e Mohr (2020) à qual Hlongwane e Grobbelaar (2022) recorreram para comparar as relações simbióticas dos habitantes dos ecossistemas naturais com as interações entre os atores dos ESS, que perpetuam a homeostase dos ecossistemas e, em mecanismos de retroalimentação, propiciam bem-estar também para os atores, simbiose associada ao conceito da coevolução, onde a especialização das competências e potencialidades compartilhadas pelos atores solidificam, robustecem, modelam e remodelam todo o ecossistema, a partir dos valores cocriados e compartilhados (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022).

4.4.4 Bloco D – Questão D4

Quais os propósitos que você consideraria comuns a todos os atores?

Esta questão está referendada pelo conceito da “constelação dos atores ecossistêmicos”, essencial para uma concepção ampla de um ESS a ser estudado, tendo como escopo seu objetivo comum, construído a partir da perspectiva e objetivos individuais e coletivos dos seus atores, que fornece a esse ecossistema a razão do seu funcionamento, em função do valor que cria para esses atores e ao qual fornecem retroalimentação ao cocriarem valor, caracterizando a 4ª Lição, que trata do “Engajamento” dos atores nas PCCV (DESSERS; MOHR, 2020).

De acordo com Frow *et al.* (2016), esse valor cocriado e a natureza do processo dependem justamente do conjunto de objetivos pessoais de cada ator e do envolvimento dos mesmos no ESS, configurando a cooperação como postulado que orienta o relacionamento entre os atores, processo que permite ao ESS, dinamicamente, refinar e potencializar sua eficiência e eficácia, por exemplo, segundo os autores, a adoção, espontânea ou estimulada, de ações que promovem a cooperação entre os usuários e agilizam os serviços prestados.

Esse valor cocriado se encontra na resposta da funcionária EE9, monitora da Farmácia-escola, que relata que já faz parte da proposta curricular do curso e que continua durante o estágio e os serviços prestados aos usuários, reforçando a característica de ESS dos serviços de saúde das IES pesquisadas e é confirmado pela resposta da gestora EB2, da Clínica-escola de fisioterapia, que aponta esses valores de humanização do atendimento na formação dos alunos e funcionários.

R. Às vezes o usuário só aparece, pega a receita, pega o medicamento e vai embora; tem muito idoso que vem aqui, que não consegue ler, a letra é pequenininha, **então é importante a gente orientar eles, não é? Eu sempre penso que o paciente não é alguém da minha família, mas alguém querido de alguém, então é importante eu tratar como que é o jeito que eu quero que as pessoas da minha família sejam tratadas.** [...] A gente tem a matéria de prescrição, então é assim que a farmacêutica fala para a gente que está se formando: somos humanos, antes de tudo somos humanos, então a gente tem que saber tratar o outro, porque é a nossa responsabilidade; [...] (EE9 - grifo nosso).

R. [...] **para que a gente consiga garantir algumas premissas, como por exemplo: qualidade, aspectos fundamentais da humanização; aqui na humanização eu abro uma chave que é: empatia, escuta ativa e acolhimento; e por fim, integração, essa é palavra de ordem para o trabalho multiprofissional, acompanhado pelos meus superiores. Nesses aspectos eles devem considerar, não somente o interesse aluno, ou seja, todos os envolvidos devem considerar esses aspectos, independente da hierarquia em que ele está ou que local do fluxo ele ocupa. E aqui sem esquecer do trabalhador, o colaborador, inclusive é algo que é cobrado deles, é uma exigência muito alta em relação ao conhecimento do fluxo [...].** (EB2 - grifo nosso).

Os propósitos comuns e as relações de lealdade que compõem a “constelação dos atores ecossistêmicos” são identificados também no valor que é gerado pelo atendimento diferenciado que os usuários recebem e reconhecem, respondendo com práticas cooperativas espontâneas que acontecem entre os atores, como a troca de receitas culinárias, conforme relatou a usuária EA10.

R. É pena que as baterias são curtas, porque os alunos têm que estar sempre trocando e quando a gente estava acostumando-se com um, já troca né? Já troca, mas **de todos até hoje não peguei ninguém que tivesse má vontade, que tivesse assim, ou que faltasse isso ou aquilo. Eles são muito dedicados, muito dedicados. As professoras então! Nem se fala! Eu nunca vi! A gente não pode transpirar uma gotinha mais, que elas se preocupam, elas correm e ainda mais nós que temos idade e comorbidade. [...] Aqui brota um negócio, a gente... eu não sei explicar, mas eles têm assim: eles se doam muito!** Então brota uma coisa assim... que se a gente não aproveitar aquilo então não fica aqui ocupando espaço! Vai embora! **Eu tenho muito respeito por esse lugar, porque isso aqui me devolveu a vida! Eu, quando eu vim para cá, eu já não fazia mais nada, eu não varria minha casa mais, eu vivia com falta de ar, vivia com... e o cardiologista falava: vida nova! Já está consertado! O que você quer mais? Mas o medo, tudo... e aqui não, aqui ajuda a superar esses medos! A gente troca, a italiana faz a pizza, traz; a outra faz a bolacha e traz. É... aqui virou uma casa de mãe que não tem tamanho.** (EA10 - grifo nosso).

Todo o processo de capacitação, geração e CCV para todos os atores, desde professores, alunos e funcionários, baseado nesses valores comuns de prestar serviço como cultura organizacional, permite a relação da questão D4 com o conceito da LDS (VARGO; LUSCH, 2016) e confirma o Objetivo Geral desta tese.

Encontra respaldo também em McColl-Kennedy *et al.* (2020) e o conceito da “lógica da equipe” para configurar os ESS, que congrega as concepções de mundo de todos os atores e faz consonância com a PC2 (FROW *et al.*, 2016), que trata do desenvolvimento de uma “linguagem compartilhada” no ESS, destacando, porém, que a pesquisa dos autores ocorreu na realidade de hospitais e clínicas tradicionais, onde o usuário ocupa o lugar central com receptor do atendimento.

Já na pesquisa realizada por esta tese, conforme explanado anteriormente, os *loci* analisados são instituições de ensino, onde existem dois atores focais: os usuários e os alunos, mas todos os outros atores já estão envolvidos nesse processo. Por esse motivo, detecta-se essa diferença no enfoque que a “linguagem compartilhada” recebe na tipologia de Frow *et al.* (2016) e nesta tese.

Confirmando essa diferença, encontra-se nas respostas à pesquisa de McColl-Kennedy *et al.* (2020), práticas que envolveram tentativas, por parte dos médicos entrevistados, de “negociar”, “convencer”, “educar” e “influenciar” os usuários, no

sentido de aderirem aos protocolos de tratamento, ressaltando a dificuldade que os entrevistados encontraram nessa tarefa, com os autores, sugerindo então uma abordagem “de equipe”, que envolvesse os demais atores dos ESS que pesquisaram, apresentando, como “chave de leitura”, a centralidade dos pacientes na rede e recomendando o compartilhamento dos recursos e competências dos outros atores para atingir esse objetivo de fidelização dos pacientes aos protocolos de tratamento.

Já nas IES pesquisadas nesta tese, em função da sua dupla característica de instituições de ensino multidisciplinares e de prestadoras de serviços, essa atuação “de equipe”, que proporciona aos atores valores de realização pessoal e profissional, já é práxis diária, reforçando seu caráter ecossistêmico e a redução da complexidade inerente aos serviços de saúde, ressaltando a 3ª lição de Dessers e Mohr (2020), ao confirmar o “enquadramento” dos atores na geração de valores comuns, conforme relataram os gestores EB2, EB7, EB8, EB11 e a professora EC9.

R. Eu só acho que todo mundo vai conversar com as pessoas e às vezes nas redes as pessoas se tornam amigos da gente no Instagram, no Facebook, e talvez as pessoas recebam a informação como mercadológica, mas **a gente realmente tem um amor pela instituição: as pessoas amam trabalhar aqui, as pessoas têm um vínculo emocional muito forte e aí, por conta desse vínculo, desse amor em poder contribuir, tanto para a assistência, como para formar as pessoas com essa pontinha de amor, faz toda a diferença!** Então, por mais que é a técnica é necessária, a habilidade é necessária, o embasamento teórico é necessário. Mas essa questão, que talvez esteja diretamente relacionada a esses fatores de humanização, fazem a diferença, dão tempero entendeu? Então o que eu gostaria de te dizer é que é muito espontânea, é muito transparente, é de coração sabe? Não é forçado! **O usuário ele não é acolhido, da maneira como ele é acolhido, porque existe um protocolo; as pessoas não ensinam a ser humanos, os alunos a terem uma atitude humanizada; a gente, é claro que a gente alerta, mas isso é espontâneo e isso é, é mágico, dá possibilidade. É uma cultura organizacional; então assim: é muito interessante que, de uma maneira intuitiva, eu sei que uma palavra, um gesto, a forma como eu lhe trato, eu vou influenciar diretamente na sua vida. Então isso é muito gratificante.** (EB2 - grifo nosso).

R. Tá, eu sou um pouco suspeita, eu sou muito suspeita! **É, eu gosto muito do que eu faço eu gosto muito da instituição eu acho que é uma instituição que abraça as nossas ideias, que fornece tudo o que a gente precisa para a gente poder trabalhar, a equipe é muito boa, uma equipe comprometida, que gosta do que faz; a gente fala que [ser essa instituição] é ter coração nas mãos. E tem a missão [da IES],** então a gente é... eu acho que a gente tem muito disso, não é? A gente abraça mesmo a ideia: ex: tem um caso de um paciente, a gente não sossega enquanto a gente não resolve [...]. E eu acho que a tendência é só melhorar, a gente cresceu muito, nós éramos pequenininhos, então a gente cresceu 300% aí em atendimentos, logo depois da pandemia, [...] a gente está em uma média de 4000 atendimentos no mês então está bem, está bem legal, bem produtivo. (EB7 - grifo nosso).

R. Sim, você fala minha sensação, não é? Em relação a participar disso? **Eu sou uma pessoa apaixonada pela profissão que eu escolhi, então eu falo que eu tenho muita sorte de trabalhar com aquilo que eu gosto e então para mim é uma satisfação muito grande, eu vejo que a área da saúde ela tem um propósito nato, porque todo mundo tem essa: ai, vamos buscar para o nosso propósito de vida não é? Profissional da saúde salva-vidas, então nós temos um propósito no nosso dia a dia, de atender bem essas pessoas,** de fazer com que elas façam o tratamento e elas possam buscar uma recuperação de um problema de saúde ou até prevenir um problema de saúde; então para mim é uma satisfação, assim, que não tem preço, poder trabalhar na área da saúde para mim traz uma satisfação pessoal, profissional, muito grande, muito bom é muito bom. [...] Eu acho que essa sensação é de todos, mesmo, porque a gente fala isso na sala de aula para aluno e não faz, então é importante mesmo, então é isso aí: a gente fala para os alunos de um mundo ideal e a gente às vezes não proporciona. (EB8 - grifo nosso).

R. É a minha percepção; eu comecei aqui como um professor e eu era muito feliz, desde quando eu vinha como um professor, atender uma vez por semana, e é por isso que, quando foram aparecendo as possibilidades de gestão eu fui ficando. **Pôxa é, um local muito bom, as pessoas se sentem felizes, gostam de trabalhar aqui. Essa sua percepção ela é real, as pessoas são muito felizes aqui dentro, a gente tem um clima organizacional muito bom, e isso não é só da Clínica-escola, isso é de toda a nossa Instituição,** então essa percepção é legal, que vocês trabalham felizes aqui e isso chega para o nosso paciente e para o nosso aluno também. (EB11 - grifo nosso).

P. Então é o aluno que atende o usuário, que vai fazer para ele, quer dizer que o paciente recebe desse aluno assim personalizado mesmo, **é um aluno para cada paciente e para o aluno então vai gerar também muito valor, não é? Todo esse trabalho ele consegue ver na prática, aquele conhecimento todo ele consegue ver na prática, de uma forma assim muito próxima ao paciente.** Porque eles reportam que vão em outros locais para fazer estágio, chegam lá e tem 20 pacientes. Aqui a gente fala que é que nem mãe e filho: então é um professor para 3, 4, 5 alunos, já ficamos com mais também; mas a gente consegue direcionar bem esse aluno, dar uma devolutiva muito até em tempo real para ele. (EC9 - grifo nosso).

Esses propósitos comuns e geração de valor para todos os atores são ressaltados pela atuação e consciência do papel de usuários e professores como geradores de valor para os alunos, em seu processo de formação para futura atuação profissional, ressaltando o ESS com dois atores focais, conforme desenhado pela aluna ED1 (Ver Figura 22, p. 156), ao desenhar a rede com dois atores focais: os usuários e os alunos e conforme relataram a gestora EB12, o professor EB3 e, de forma simples e sintética, resumiu a aluna ED2.

R. **Eu acho que os valores e as trocas de saber eles são ricos,** não é? Então eu tenho um aluno que tem muito medo de ir para um determinado setor, ex: neurologia; ele vai com uma apreensão, porque ele acha que o professor é muito exigente, que os pacientes, os casos são complexos; então ele vai com um certo receio para aquela bateria de estágio. **E eu vejo que o usuário, o paciente, ele é transformador na vida do aluno; então muitas vezes é aquele caso complexo, mas o paciente ele contou, se abriu com o aluno, contou um sonho ou contou uma fragilidade, contou um**

pouquinho da sua vida para aquele aluno; e eu vejo que ele se transforma, então eu vejo que é um aluno que ele busca mais, ele quer estudar mais sobre aquela doença, ele se identificou com aquele caso, ele se emocionou com aquele paciente; então eu acho que essa troca de valores ela impulsiona muitas vezes o aluno para buscar uma teoria melhor, para estimular a voltar para a clínica; e ao mesmo tempo, pensando numa fragilidade, então às vezes, tem um aluno que ele vai atender um paciente, que acontece que ele não se sente tão à vontade não é? Então assim, que ele tem uma dificuldade de criar um vínculo com o paciente, ou ele não quer criar um vínculo, tudo bem, mas ele tem um bloqueio nessa aproximação, nessa afetividade! Acho que essa é a palavra correta, não é? **Esse aluno ele vem discutir com o professor, então ele fala assim: “nossa, mas o fulano de tal, ele não queria fazer o exercício, mas ele não colabora com a terapia, ele me olhou de uma maneira que eu não gostei, ele fez uma piada comigo”;** então eu vejo que o professor do final do atendimento, ele precisa estar aberto, não numa escuta técnica, mas numa escuta mais afetiva, de valores, até pela sua experiência, não é? Pelos seus anos de docência, dar um suporte para esse aluno, mostrando que nem sempre ele vai atender pacientes, que ele gosta, que vão ser amigos dele, que o difícil existe, que a muitas vezes a gente vai atender alguém que a gente não gosta; então essas trocas de valores, mas trazendo a questão da ética, do código de conduta da fisioterapia. Então, olha, você precisa ser ético, você precisa propor o tratamento, discutir isso com o seu paciente; então eu acho que neste momento o professor tem uma função importante para o aluno, nessas fragilidades com o paciente; então eu acho que o paciente pode trazer valores afetivo-positivos, e valores, não digo negativos, mas algumas fragilidades que o aluno se fortalece nessa troca, que o aluno se fortalece também. (EB12 - grifo nosso).

R. O propósito inicial acredito que seja a partir de educação, porque os nossos alunos estão aqui para ter esse contato, para aprender e trocar esse momento com uma população, que não teria condição de atender ou de ser atendido em um serviço particular, ou que não tem condição de ter um plano de saúde que garanta minimamente uma qualidade de atendimento para eles; **então acho que essa sempre foi a proposta, de dar atendimento de qualidade para a população que necessita, atrelado ao conhecimento e ao agregar valor para o ensino dos nossos alunos.** (EC3 - grifo nosso).

R. Eu adoro, é bem legal. Sente que tem um clima de assim, de atender bem o paciente voltado para esse atendimento, é o clima geral entre todos, não é? Todo mundo ama fazer esse trabalho, não é? (ED2).

Entre os funcionários, encontrou-se essa mesma percepção, de todo um ESS que proporciona valor para os alunos, principalmente pelo contato direto com o paciente, de acordo com a 2ª característica de “cocriação ecossistêmica”, a compatibilidade que, segundo Ranjan e Read (2021), representa as ações que geram os valores compartilhados entre os atores e confere dinamicidade ao ESS, partindo da diversidade dos objetivos, que estimula os atores a buscarem, de forma cocriada, novas estratégias de gestão e a desenvolverem e aprimorarem novos procedimentos que deem homogeneidade às ações e papéis dos atores, criando entre eles laços de compatibilização e aprimorando os processos e resultados da CCV, conforme relataram as funcionárias EE4 e EE7.

R. Sim, eles gostam, eles gostam desse envolvimento com o paciente. No começo eles têm medo, eles vem ansiosos; **na semana de treinamento, se você chegar aqui, você vai ver os alunos todos preocupados, assustados, mas depois eles vão percebendo como que é, que o que ele tem na mão não é nada diferente daquilo que eles aprenderam, que eles têm que colocar em prática; e eles têm todo o respaldo do supervisor deles, não estão sozinhos, mas eles têm que entender que depois eles vão ficar sozinhos, quando se formarem e é para isso que eles fazem o estágio**, tem 1 ano de estágio para eles se prepararem, para tirarem todas as dúvidas não é? Então por isso que a segurança que a gente tem para o paciente é a segurança também para o aluno, quando ele está iniciando, que ele não sabe, **quando ele entra aqui ele não sabe direito como vai ser o estágio, mas aí ele percebe: “antes de eu fazer a terapia em um paciente, meu professor vai olhar, ele vai ver o que eu vou fazer, então eu tenho alguém que está por trás de mim, eu estou seguro, então eu posso fazer com tranquilidade, eu posso observar como meu paciente vai reagir com aquele tratamento”**; então é bem legal por isso, então eles chegam nervosos, mas depois é só alegria! E eles vão gostando; em cada ciclo, porque a gente faz um rodízio aqui, então fica em torno de 2 meses em cada bateria e cada bateria e cada área é para eles é bem, é tão engraçado que temos alunos que falam assim: “odeio hospital!”, depois vem fazer estágio no hospital e depois eles voltam e dizem: “vou me especializar em hospital”. É engraçado! Assim, sabe? “você não falou que odiava?” “é, mas eu gostei de estar lá! A professora P. é ótima!” (EE4 - grifo nosso).

R. [...] Acho que são aprendizados muito, variam de cada orientador, não é? E graças a Deus a gente tem a C. (gestora), que é um exemplo de profissional e a gente tem a F. (responsável do setor) também, que é outro exemplo de profissional, muito ética; assim, **a gente tem aula com professores incríveis, que ensinam a gente sobre assistência farmacêutica, então a gente entende que se a gente está nessa profissão, que é para promover a saúde, e para tentar fazer o usuário ter o melhor uso possível do medicamento; então a gente sabe, a gente convive com o mundo, sabe que não são todos os atendimentos que são assim, mas aqui dentro a gente tenta fazer a nossa melhor parte.** (EE7 - grifo nosso).

A questão D4 do Bloco D discorreu sobre os propósitos comuns aos atores, que proporciona aos ESS sua razão de funcionamento. Ancorou-se nos conceitos da “constelação dos atores ecossistêmicos” e do “enquadramento” da 3ª lição para o Ecossistema, de Dessers e Mohr (2020). Também faz eco à “Lógica da Equipe”, de McColl-Kennedy *et al.* (2020) e à PC2, de Frow *et al.* (2016), da “linguagem compartilhada” de propósitos, valores, potencialidades e recursos dos atores do ESS.

Em resposta direta e ampliação do Objetivo Geral desta tese, as respostas congregam os conceitos supracitados à lógica de prestar serviço de forma cocriada para usuários e alunos, os dois atores focais identificados, ou seja, relaciona a LDS à CCV nos ESS, ressaltando que, de forma diferenciada das instituições tradicionais, o médico é o ator focal e o usuário é o destinatário dos serviços.

As IES pesquisadas, em função da característica de prestadoras de serviço e instituições de ensino, já possuem uma cultura institucional que se revela como ecossistêmica, ao envolverem todos os atores como cocriadores de valor, em uma

constatação desta tese, respaldada pela 2ª característica de “cocriação ecossistêmica”, a compatibilidade, de Ranjan e Read (2021), que congrega os valores compartilhados pelos atores, na busca por ações cocriadas de novas estratégias gerenciais, do aprimoramento e da criação de novos procedimentos e instituições e confere dinamicidade aos ESS.

4.4.5 Bloco D – Questão D5

Dentro do ESS, quem você apontaria como gerador de valor e para quem esse valor é gerado? Poderia citar exemplos desse valor gerado?

Esta questão está direcionada para as novas relações que se estabelecem entre os atores durante o compartilhamento, institucional ou espontâneo dos recursos, que, de acordo com Ciasullo *et al.* (2017), proporciona aos ESS novas estratégias de dinamicidade interna, baseadas em valores cocriados e não em custos.

Aborda também o conceito de “ressonância do serviço” (CAIC *et al.*, 2019), que postula que o modelo mental determina como os serviços compartilhados nos ESS impactam cada ator, uma vez que as respostas dos entrevistados para a pesquisa desta tese demonstram afinidade entre as percepções dos atores sobre o impacto que os serviços lhes causam, uma vez que participam ativamente dos valores cocriados nas relações que vivenciam nos ESS pesquisados.

Essas relações cocriadas, geradoras de novas estratégias, que impactam diferenciadamente cada ator, são uma aplicação concreta do Diálogo (D) , primeiro componente do modelo DART, de Prahalad e Ramaswamy (2004b), que trata justamente da criação de significados compartilhados, embutidos de interatividade e troca de mensagens entre atores que possuem o mesmo valor nos ESS, permitindo que as instituições contextualizem de forma mais acurada o universo emocional, cultural e social dos atores, que fornecem as ferramentas com que esses atores configuram suas experiências e percepções de valor.

Também se coadunam com a proposta de “práticas benéficas de Assistência Centrada no Paciente (ACP)”, que, de acordo com Frow *et al.* (2016) têm efeito positivo no nível meso, levando profissionais de saúde a valorizarem os posicionamentos dos pacientes, familiares e cuidadores ao elaborarem os protocolos de assistência, prática de compartilhamento de recursos de conhecimento que

emerge do diálogo entre esses atores e gera novas proposições de valor, sendo exemplificado pela usuária EA1, que relatou que o protocolo de atendimento é sempre readequado às suas repostas quanto à dor e sintomas que sente durante o tratamento e pelo usuário EA4, que ressaltou o diálogo que mantém com os alunos e a atenção que recebe.

R. Sim! Muito mesmo, porque dependendo dessa resposta, eles fazem um tipo de tratamento no meu pé, assim, se eu falo que está a dor 10 e eles me forçam a fazer exercício vai piorar, então quando eu falo que está muito forte e eles diminuem o exercício, não é? Para melhorar. (EA1).

R. Bom, na verdade assim eu venho para cá e chego sempre no horário certo; às vezes eu venho um pouco deprimido, porque a (minha) distrofia está um pouco mais dificultoso, mas quando eu venho aqui, que eu começo a fazer a fisioterapia com as meninas, com os rapazes, é, eu me sinto bem, porque a gente conversa bastante; então quando o término da fisioterapia que eu faço aqui, eu vou para casa tanto assim fisicamente melhor, como a mente também, unicamente por a gente conversar com os alunos e aí você se sente melhor e ali eu vou mais animado; porque eu que sou um cara muito ativo, ainda trabalho como DJ, eu dirijo ainda o carro né? Dirijo bem até, mas assim devido que vai ficando mais velho, agora com a friagem que está, o frio todo, eu fico um pouquinho mais travado, não é? Mas eu estou indo. E eles é assim, o que eles podem fazer por mim, sempre fizeram. Qualquer coisa que eu falo, mesmo com o M. (coordenador) mesmo com ela que já me conhece, a secretária aí, e os professores sempre me trataram muito bem, então eu sou, eu estou acredito, que eu sou um dos mais velhos aqui. Deve ter gente mais velho, mas eles me tratam muito bem, por isso que eu mantive aqui. (EA4 - grifo nosso).

Reforçando a geração de valores, humanos e educacionais, que o contato direto com os usuários representa para os alunos, reencontrou-se a consciência, por parte dos usuários EA8, EA9 e EA10, de que o atendimento que recebem é importante para a formação dos futuros profissionais de saúde, percepção confirmada pelo gestor EB11 e confirma a diferenciação que o conceito de “ressonância de serviço” encontra entre o trabalho de Caic *et al.* (2019) e esta tese.

R. Sim. Aprende bastante. Isso para ele é alguma coisa nova, ele só sabe lá na teoria né? Na prática é diferente, né? (EA8).

R. Eles aprendem, se não aprendessem eles não usariam, porque estariam fazendo uma coisa que não tem futuro, então eles aprendem sim. (EA9).

R. Muito, muito! E dependendo da pessoa que eles atendem, pra eles é mais importante ainda, porque: que nem eu estava com uma dor no joelho essa menina que tá comigo tá fazendo cardiorrespiratória; ela quando viu eu mancar, falar da dor, ela foi lá, fez a parte de ortopedia, fez uma massagem e eu saí andando. Olha só, eles estão preocupados, para eles é importante mostrar serviço né? Eles estão aí pra aprender né? E pra mostrar serviço. [Agora, a gente deve muito aos professores, não é? Eu nem vou dizer que é ao reverendo, que também é uma figura maravilhosa, eu nem vou dizer que é pessoal da recepção, que recebe a gente super bem, mas as professoras... porque são elas que bota a

rédea nos alunos, são elas que estão ensinando os meninos a nos tratar. não é? [...] Elas (as professoras) são diferentes: uma gosta de esteira, outra gosta de peso e não sei o que. Então abrange tudo, a gente acaba fazendo de tudo. O senhor pega uma professora que é direcionada: não, vai fazer caminhada vai fazer o chão, vai fazer não sei o que... o senhor não sai daquilo; agora, se eu pegar uma que faz assim, e a outra aí faz de outro jeito, não! Vai subir degrau! Vai carregar o peso! **Nossa! Me sinto uma atleta de crossfit. Me sinto uma menina de 15 anos!** (EA10 - grifo nosso).

R. **Sim, eles (os usuários) se sentem importantes com isso**, é isso mesmo que acontece, a gente vê isso na prática no dia a dia, eles ficam muito felizes, apesar de que a consulta do aluno ela é bem demorada e aí depois ainda vem o professor da rede interna, então muitas vezes o paciente fica muito tempo no consultório, mas o que poderia chateá-lo, **de uma forma geral não chateia, de uma forma geral ele gosta e se sente bem assistido, se sente valorizado, se sente importante contribuindo com a educação**; no dia a dia é esse feedback a gente tem, eles adoram. (EB11 - grifo nosso).

A resposta a essa percepção diferenciada do valor que os usuários das duas pesquisas atribuem aos serviços que recebem está, conforme já citado anteriormente, na característica diferente do público-alvo de cada pesquisa, sendo o público da pesquisa de Caic *et al.* (2019) idosos de países nórdicos, que recebem atendimento público gratuito em domicílio e por esse motivo se consideram atores focais ou parte de uma hierarquia de funcionamento dos ESS e os usuários da pesquisa desta tese, que, em função do modelo de saúde brasileiro, necessitam se deslocar aos locais em que estão os serviços de saúde e, no caso das IES aqui pesquisadas, se consideram como parte de um processo de atendimento, em que se sentem valorizados ao participarem das PCCV e ao contribuírem com a formação profissional dos alunos, conforme relatou o professor EC9 e confirmou o aluno ED6.

R. Eu, na realidade, eu não consigo ver um ponto focal, porque nenhum trabalho é sozinho aqui; se eu não tiver usuário eu não vou ter que ter aluno e eu não vou ter que ter professor, porque o aluno precisa aprender, para aprender não adianta ele só ter um professor; o professor pode falar, a gente fala muita coisa, mas ele precisa ter a prática também. O professor, se não tiver alunos, se não tiver paciente, não tiver usuário, ele também não ensina; **então a gente precisa, na realidade aqui eu acho que um depende do outro, não tem “eu sou importante”, “o gestor é importante”;** **acho que todo mundo aqui precisa do outro** porque a gente estar aqui, é porque é o gestor que está por trás, resolvendo muitas coisas burocráticas, não é? Que se a gente tivesse que resolver, a gente não ia conseguir dar conta. [...] **mas eu gosto do que eu faço, eu gosto de ensinar o aluno, eu gosto de atender os pacientes, porque os nossos pacientes também são diferentes não é? Porque a partir do momento que eles começam a perceber que eles estão servindo para ensinar alguém, para fazer alguém crescer, eles se sentem mais importantes; então isso eu acho que é muito né, tanto que o paciente que não gosta disso, ele acaba não aderindo ao tratamento, acaba indo embora.** (EC9 - grifo nosso).

R. Bastante, porque os usuários não só ajudam a gente, mas como a gente também ajuda eles; então um vai ajudando o outro e a gente percebe que eles acabam criando um carinho enorme pela gente, porque **a gente procura**

sempre dar o nosso melhor, a gente está aqui para dar o nosso melhor, então tem paciente que chega aqui, que fala que vai receber alta, eles não querem nem receber alta: “eu quero estar aqui pra sempre”, para exemplificar, arrumando desculpa para continuar aqui. (ED6 - grifo nosso).

Caic *et al.* (2019), ao apresentarem a “ressonância de serviço”, recorreram ao exemplo de valor que um idoso atribui a um profissional de saúde que o atende, no caso de um serviço prestado em domicílio, ligado a uma afeição pessoal e a uma supervalorização do serviço que esse profissional lhe presta, enquanto, segundo os autores, para o profissional, aquele serviço é um ato de rotina do seu trabalho. Em consequência, os serviços prestados nesse modelo confirmam essa proposição dos autores, de que o modelo mental de cada ator influencia a CCV gerada no ESS.

A diferença encontrada, nesta tese, está localizada, então, no modelo de serviço prestado pelas IES analisadas, educacionais e prestadoras de serviços de saúde à população, onde o conceito de ESS se faz presente como uma percepção positiva geral dos atores, ainda que não explicitada, pelo fato de ser um conceito acadêmico recente, ainda pouco disseminado, mesmo entre o meio acadêmico da área, mas que é palpável nas respostas dos atores e na “satisfação” que reportaram ao prestar e receber serviços e ao mesmo contribuir para a formação dos alunos. Ou seja, os atores entrevistados nesta tese percebem-se parte cocriadoras de valor dos ESS pesquisados, uma vez que as Premissas Fundamentais da CCV, conforme o trabalho seminal de Vargo e Lusch (2016), encontram-se presentes.

Essa integração de recursos é comparada por Frow *et al.* (2016) a uma “constelação de práticas ecossistêmicas”, onde a rede de relacionamentos interconectados concretiza a CCV e fornece equilíbrio entre os serviços que são compartilhados entre os atores, em uma ação retroalimentada de compartilhar e receber valores que, por sua vez, aperfeiçoa as práticas de cada ator e estimula a disseminação e integração de novos recursos, que dinamizam o bem-estar do ESS e moldam sua composição e as relações que geram valor.

Todo esse processo de geração de valor para os atores e prestação de serviços à comunidade se reflete também como diferencial dos cursos e potencial para compartilhar conhecimento com serviços públicos de saúde, que se situam no nível meso do ESS amplo, conforme ressaltou a professora EC6 e foi confirmado pela funcionária EE4, que afirmou que a aderência e resultado do tratamento oferecido pela IES geram valor para o paciente e definem o tempo de tratamento dele, que será

o necessário para que ele se reabilite, diferencial de serviço, em relação ao modelo do serviço público e particular, que só atendem por um período de 10 sessões e depois os usuários precisam de nova solicitação do médico, fato que provoca descontinuidade e não adesão aos tratamentos, ao contrário das IES pesquisadas, em que essa aderência ocorre de forma robusta, conforme salientou o professor EC2.

R. A minha sensação é que é uma prestação de serviço essencial, primordial; e que de alguma maneira a gente se sente fazendo a diferença na vida de uma pessoa; então eu entendo como sendo um serviço primordial; é essencial prestar serviços de extensão à comunidade! [...] Eu gosto de atuar na Farmácia-Escola, eu gosto de atender usuário, de orientar o usuário; eu gosto muito de passar essa importância para os alunos, gosto desse contato com os alunos e, assim, é óbvio que a gente sempre pode melhorar, não é? Sempre tem algo a se fazer para melhorar, tem um outro usuário às vezes um pouquinho mais difícil, mas eu acredito que no geral eles estão saindo bem satisfeitos; o nosso medicamento é um medicamento de qualidade, produzido e manipulado com muito critério sabe? E eu gosto de dizer que a gente é bem correto aqui, nessa manipulação, nesse atendimento. (EC6 - grifo nosso).

P. E realmente é um diferencial e seria bom também que esse modelo de atendimento pudesse ser expandido para o serviço público em geral?

R. Sim! Excelente! Seria excelente se isso fosse possível, não é? **E até mesmo para a nossa IES também, o curso, ele se destaca, o curso de Farmácia e tantos outros, não é? Como modelos de clínicas para os outros cursos também;** mas a gente não vê, inclusive em outros cursos fora daqui, em outras universidades; então eu acho que é um modelo a ser seguido sim. (EC6 - grifo nosso).

R. Todo paciente ele tem um destino, não é? Não existe um padrão, tipo assim: então todos os pacientes vão chegar, vão fazer 10 sessões; com o convênio médico geralmente pedem 10 sessões porque ele paga de 10 em 10 não é? Quando é feito outro em alguma clínica particular, mas aqui não existe isso de 10 sessões, ou vinte ou trinta ou 50, 200; não é? **Então tudo depende do paciente. Muito isso é bem legal, porque isso torna o serviço exclusivo, é um serviço muito benéfico para o paciente, porque ele não está contando com nenhum tipo de recebimento ou de pagamento, ou então você só vai fazer 10 sessões porque seu convênio só pagou 10 não é? Não existe isso aqui, a gente preza mesmo a melhora do paciente, que ele saia um pouco melhor daqui, que ele consiga retomar as atividades de vida diária dele.** (EE4 - grifo nosso).

R. **O usuário aqui costuma gostar muito, tanto que é muito raro uma pessoa que eu atendo deixar de vir; então ele valoriza esse espaço, pelo que tem,** acontece que pessoas começavam a fazer acupuntura, nem sabem direito o que é, estranham um pouco, não gosta de agulha, entendeu? Então não vou mais, mas isso não é a regra, é a exceção, e a gente, os pacientes, eu tenho que dar alta depois de um ciclo, um período, porque tem uma fila pra você abrir, eu não tenho espaço, o espaço é limitado; então eles lamentam: ah! Eu queria... então isso significa que eles gostam e pra mim, é um retorno positivo. [...] **Realmente acaba fazendo uma amizade, por conta da gente toda a semana estar vendo o paciente.** (EC2 - grifo nosso).

Concluindo a questão D5, confirmou-se o valor que os atores atribuem ao seu trabalho e a satisfação em participar das PCCV que ocorrem nesses ESS analisados

R. [...] eu costumo dizer que a gente, tudo que a gente vê na teoria é muito diferente na prática; a teoria é boa para a gente ter uma base do que o que pode acontecer, mas aqui é totalmente diferente, como a gente vai lidar com as coisas; então para mim agrega bastante. (ED6).

R. Nossa, quem é da área da fisioterapia, acho que é o momento mais esperado, em que ele pode ter contato com o paciente, viver realmente o que é o dia a dia do fisioterapeuta. Eles ficam bastante contentes. (EE2).

R. Quando eu fui convocada, quando num emprego para cá, até então eu não conhecia a Clínica-escola, então eu descobri que já estava aqui desde 2002 e eu falei: “gente, eu moro literalmente aqui no bairro, como eu não conheço esse trabalho? Não é? E aí eu fiz parte, comecei a entender como é que funcionava e, querendo ou não, eu quero trabalhar na área da saúde; então aqui eu posso ter esse contato com os alunos, então eu sendo aluna, eu vejo todo esse processo, essa caminhada, eu tenho contato com as enfermeiras, então elas me ajudam bastante nessa questão dos estudos, de aconselhamento; os professores também estão sempre ali, eles são muito acolhedores, então tudo que a gente precisa a gente pode conversar com eles, que eles vão ajudar, vão orientar a gente, **e essa Clínica-escola é uma unidade pequena e todo mundo se conhece, todo mundo tem esse contato; então aqui realmente é uma família, a gente tenta sempre ajudar um outro e faz com que a unidade seja muito reconhecida; então, quando o paciente vem, ele não quer ir embora, então a gente tenta sempre ao máximo estar ali junto, todo mundo é atencioso, todo mundo querendo ajudar o próximo**, e quando eu fui aceita, ainda mais morando perto, tem a faculdade perto, então pra mim, quando eu comecei a conhecer todo esse trabalho, assim, foi maravilhoso. (EE3 - grifo nosso).

R. **Sim! Eles gostam, não é? Infelizmente nós tivemos aí dois anos de pandemia tivemos os atendimentos aí que foram feitos via internet, chamada de vídeo e tal; e eles muito tristes: “poxa, mas quando vai voltar?** Porque nós ainda não voltamos totalmente, com a parte de saúde coletiva, que a gente tinha um trabalho muito grande aqui de saúde coletiva, com os idosos, que eles faziam “Dança Sênior” que é uma dança que é terapêutica na verdade, que faz parte da reabilitação, que trabalha e equilíbrio a coordenação; era um clima bem festivo, eles gostavam muito; e a gente ainda pretende voltar a isso, mas como agora estão parecendo de novos casos de Covid, então temos que ficar segurando, por serem idosos e terem outras comorbidades. Mas tirando essa parte também de saúde coletiva, os pacientes eles gostam e se sentem muito bem atendidos, a gente percebe isso. (EE4 - grifo nosso).

R. Tem alguns pacientes que gostam; ver que é uma coisa benéfica para eles, mas tem outros pacientes que vêm aqui como se fosse: “ai, eu estou pegando um medicamento de graça, então para mim está ótimo, eu não preciso gastar na drogaria”; e quando nós não conseguimos dispensar aquilo que eles precisam, porque não é aquela dosagem que o médico solicitou, é outra, e eles ficam bravos, porque eles têm que ir à farmácia. **Mas o papel nosso como profissional aqui para mim é muito válido, não é? Apesar de eu já ser formada na área da saúde há algum tempo, então esse atendimento com o paciente, com o cliente, eu acho muito, muito bom, porque a gente ganha mais experiência e a gente acaba aprendendo mais coisas com o próximo, não é? Então eu acho muito válido.** (EE6 - grifo nosso).

R. Eu acho que não; **eu gosto muito do ambiente da Farmácia-escola, a gente tenta fazer da experiência de todos os estagiários que passam por aqui a melhor possível, com maior área de aprendizado, a gente está sempre disposta a tirar dúvidas, a orientar no que for preciso e eu acho que é isso, a gente faz um trabalho legal.** [...] Como eu faço o estágio simultâneo com a monitoria, às vezes eu acabo ficando aqui um pouco mais além da hora, por eu querer mesmo por ajudar as meninas, assim, eu aprendo muito porque eu fico o dia inteiro aqui. (EE7 - grifo nosso).

R. **Sim, acredito que sim, porque eles ficam um tempo na recepção e então eles prestam atenção em como você está fazendo, eles começam a acompanhar o que você está fazendo; então isso daí é uma contribuição para a aprendizagem deles e a gente aprende muito com eles também.** Eles vão fazer tem que ter paciência, porque são pessoas de idade, são pessoas que às vezes não tem muito entendimento, nem sabem o que eles estão pegando, para que que serve o que eles estão tomando, então tudo tem que ter muita paciência e tem que saber explicar bem para eles o que eles vão tomar, não é? E eles tiram de letra; as mais tímidas demoram um pouquinho, mas também depois entram no ritmo. (EE8 - grifo nosso).

Concluindo o referencial teórico da questão D5, McColl-Kennedy *et al.* (2020) apontam a abordagem multidisciplinar como um novo postulador orientador dos serviços de saúde, superando a relação diádica e hierárquica tradicional entre médico e paciente, com os demais profissionais atuando como coadjuvantes do processo. Segundo os autores, a partir do fato de uma equipe mais ampla de profissionais posicionar-se também como atores focais dos ESS ocorre um redimensionamento do papel que usuários, cuidadores e familiares desempenham nos ESS, “especialistas” que são das suas próprias condições de saúde e de seus familiares, para as quais, no exercício diário de convivência, desenvolvem competências específicas e diferenciadas que, uma vez valorizadas pelos profissionais de saúde, aumentam a eficiência e eficácia dos serviços prestados, contribuindo para o bem-estar de todo o ESS e propiciando novas compreensões sobre a natureza em rede da CCV.

Essas novas compreensões, estimuladoras de novas pesquisas que avaliem o seu potencial de influência nos ESS, relacionam-se à nova premissa/axioma (PF11) (VARGO; LUSCH, 2016): “A CCV é coordenada por meio de instituições geradas por atores e arranjos institucionais”, que leva os atores a administrarem as suas expectativas de papéis exercidos nos ESS de acordo com os papéis exercidos pelos outros atores, propiciando o surgimento de novas instituições, que são a quarta característica da “cocriação ecossistêmica” (RANJAN; READ, 2021), como fruto dessa ação cocriativa, dinamizadora do envolvimento e aperfeiçoadora dos processos CCV.

Em conclusão, a questão D5 do Bloco B tratou das novas relações entre os atores, que propiciam novas dinamicidades aos ESS, baseadas em valores cocriados;

discutiu a “ressonância de serviço”, ao demonstrar que a diferença do público-alvo das pesquisas produziu formas diferenciadas de compreender a sua aplicabilidade.

Esta questão também encontrou aplicações concretas do conceito de Diálogo, do modelo DART (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004b), que confirmou a valorização dos atores como cocriadores de valor nos ESS pesquisados e confirmou a existência, nesses ESS, do modelo ACP de serviços em saúde, conforme Frow *et al.* (2016).

Outro aspecto evidenciado pela questão D5 foi a existência, nos ESS pesquisados, da “constelação de práticas ecossistêmicas” (FROW *et al.*, 2016) que concretiza a CCV e retroalimenta e equilibra os processos de compartilhamento de valores entre os atores, dinamizador e modelador do bem-estar desses ESS. O processo de geração de valor se constitui em diferencial para os cursos das IES e tem potencial para o compartilhamento de conhecimento com outras instituições de saúde.

Concluindo, verificou-se, nos atores, satisfação e consciência do seu papel como cocriadores de valor para os ESS, em aplicação concreta da abordagem multidisciplinar para os serviços de saúde (McCOLL-KENNEDY *et al.*, 2020) que redimensiona e valoriza o papel de usuários, familiares e cuidadores como “especialistas” que agregam valor aos serviços e geram novas instituições e arranjos, cocriadores de valor (VARGO; LUSCH, 2016), que se organizam como oportunidades, 4ª característica da “cocriação ecossistêmica” (RANJAN; READ, 2021).

A conclusão das contribuições da questão D5 a esta tese oferece resposta à PC 5 (FROW *et al.*, 2016) e ao Objetivo Específico 2, ao confirmar a existência de práticas modeladoras e de novas proposições de valor, que impactam tanto a prescrição de serviços para os usuários quanto as PCCV que dão forma à gestão dos recursos e serviços dos ESS.

4.4.6 Bloco D – Questão D6

Você acredita que o desempenho dos serviços prestados pela instituição é realmente efetivo para a melhoria da qualidade do cuidado dispensado à população? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está referenciada pela 5ª Lição da “Perspectiva Ecossistêmica para design do ESS” (DESSERS; MOHR, 2020) que postula a “Otimização Conjunta” como dinamizadora do desempenho do ESS em relação ao custo-efetividade e

qualidade do cuidado em saúde destinado à população, enfocando a habilidade das organizações para atuarem em ambientes complexos, estando diretamente relacionada com a PC5 (“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016).

Em destaque, verifica-se nas respostas dos entrevistados o reconhecimento da relevância para a população dos serviços em saúde prestados pelas IES pesquisadas, e o diferencial do atendimento em relação ao serviço público, especialmente pelo atendimento praticamente individualizado, acompanhado de perto pelos alunos e supervisionado passo a passo pelos professores, conforme relataram os usuários EA3, EA5 e EA7 e confirmou o gestor EB11.

R. Muito! Muito professor. Muito muito importante! O Sr. Não sabe como é importante esse trabalho aqui nessa faculdade para todos que moram aqui. Eu não sou daqui, não é? Mas eu graças a Deus consegui aqui; então é muito importante professor, muito importante. [...] não conheço nenhum (trabalho parecido com esse fora daqui), se eu falar foi mentindo, não conheço. (EA3).

R. [...] o SUS, você sabe, o que existe é toda uma demora para ser chamado. O atendimento lá não é, vamos dizer assim, você não é atendido da forma adequada vamos dizer assim, porque é muita gente, entendeu? A fisioterapeuta atende 15 pessoas ao mesmo tempo, então é difícil. **E aqui não, aqui você tem um atendimento meio que personalizado, é literalmente é personalizado, então, qualquer queixa que você tem, você já fala, já resolve. Então a evolução que eu tive foi graças ao atendimento aqui.** (EA5 - grifo nosso).

R. Pra mim foi muito bom. Eu sempre comentava com as minhas colegas: para mim é muito bom, melhor do que onde eu fazia, mesmo com os enfermeiros (no serviço público). [...] **Porque, assim: quando eu fazia, eu me sentia bem entendeu? Eu não sentia dor. Eles (os alunos) estavam sempre junto. Quando eu fazia, lá (em outra instituição), ele (o enfermeiro) deixava eu sozinha lá né? Aí ele põe um elástico lá e aí era só explicar como é que eu ia fazer, depois me dava na mão aqueles pesos e eu ficava sozinha,** ele dizia: vai fazer 10 desse lado, 10 desse outro. Eu ficava lá (sozinha). E os alunos aqui, não, eles sempre ficavam juntos, né? Vai contando é às vezes até esquecia. Se eu fizesse 10 fazer doze, ou menos não e aqui eles estão juntos. Eles explicam direitinho para que é cada movimento. (EA7 - grifo nosso).

R. Sim. Por exemplo: eu, além de estar na gestão da Clínica-escola, eu dou aula também, então eu fico com alunos, eu atendo pacientes junto com os alunos, então tem paciente que eu atendo há 5 anos, desde que eu cheguei aqui, não é? **E você vai cada vez conversando mais e eles falam isso, infelizmente tem um SUS que é bem precário, então quando eles vêm a um local onde há hospitalidade, onde a infraestrutura é boa, é um local organizado, isso já chama atenção;** [...] Porque o parâmetro que se tem de comparação é um parâmetro que muitas vezes não é o ideal, muitas vezes não é bom; **e a gente tem até mesmo pacientes que têm plano de saúde, mas preferem ficar no nosso atendimento filantrópico e falam para gente: olha, eu tenho um plano, mas eu gosto de vir aqui, eu gosto do atendimento de vocês.** (EB11 - grifo nosso).

Esse serviço diferenciado é uma contribuição dos serviços prestados pelas IES pesquisadas para o serviço público, no que tange ao aspecto de diminuição de gastos com planos e serviços de saúde, tanto dos usuários quanto dos serviços públicos e tem potencial para ser modelo de prestação de serviços e compartilhamento de conhecimento para outras IES, conforme relatou, com muita percepção e consciência, a usuária EA10 e confirmou a gestora EB1.

R. Nossa! Se todo mundo tivesse acesso... que benção, que coisa! Eu acho que as outras faculdades deviam seguir esse exemplo, não é? [...] Suponhamos que eu tivesse (plano de saúde) quando eu entrei aqui eu tinha; hoje desde quando eu comecei isso tudo eu parei de pagar porque era um absurdo (o preço) eu falei: para que que eu vou pagar convênio? Exemplo: se o médico me mandava fazer fisioterapia, era um desses de 15 dias, aí tinha que parar, porque o convênio não cobre. Então... a academia eu não podia fazer pelo seguinte: eu tomo beta bloqueador, então eu não posso fazer nada sem que alguém fique monitorando, porque é mascarado (a minha pressão), então não dava para confiar, - numa academia não tem esse atendimento – não dá para confiar! **Aqui a gente confia porque eles estão... bota o oxímetro, fica, então é diferente. [...] Nossa! Me curou! Eu já não fazia mais nada depois de enfartada eu não conseguia fazer feira, carregar uma sacola, eu conseguia fazer nada! Eu agora eu faço a minha vida normal, normal! (EA10 - grifo nosso).**

R. Olha, eu sou suspeita para falar, mas eles adoram. Eu acabo sendo amiga de todos eles, assim... eles adoram, eles falam que não existe serviço igual ao atendimento que eles têm aqui nessa Clínica-escola, sabe? É história das filas de espera lá fora, de não conseguir médico e de chegar e às vezes não tem médico, o médico foi para uma intercorrência, eles têm que voltar outro dia sabe? E aqui é muito estruturado, eles se sentem muito bem. (EB1 - grifo nosso).

Os gestores EB6, EB7 e EB9 enfatizaram a importância do retorno dos serviços prestados pelas IES para a qualidade de vida da população, do reconhecimento que as IES já possuem na comunidade e dos efeitos positivos que parcerias com o serviço público podem proporcionar para os usuários.

R. Sim, porque a atividade física é um hábito de saúde fundamental. É importante e acaba contribuindo, [...] para a vida de uma forma geral. É isso, acaba refletindo na melhoria de qualidade de vida da população [...] e principalmente um serviço bem controlado e bem orientado. Se isso não acontece, a pessoa não tem esse benefício. [...] (EB6 - grifo nosso).

R. Sim a gente tem um retorno bem positivo da comunidade em geral, dos pacientes, familiares. Há algum tempo a gente tinha um vínculo mais próximo com SUS, esse vínculo acabou, mesmo assim os pacientes eles quiseram continuar com a gente e até tem pacientes que possuem convênio, mas eles gostam de passar aqui com gente por causa desse cuidado integral que a gente dá, justamente ainda o aprendizado dos alunos, eles olham da cabeça aos pés, então os pacientes gostam bastante e a gente costuma fazer essa integração mesmo de atendimento. Então o paciente está passando na nutrição, mas o atendimento da nutrição não vai ser tão efetivo se ele não passar também

na psicologia e fazer um acompanhamento, então a gente gosta de casar [esse atendimento], mas a mãe precisa passar e se a mãe não passar, esse paciente também não vai atingir ali onde a gente quer, então a gente convoca a família também então a gente gosta desse atendimento integral. (EB7 - grifo nosso).

R. Ah! sim! **Considera que desde que nós montamos a clínica de clínica de fisioterapia, ela tem um nome, a gente tem usuários aqui do município que preferem fazer aqui na clínica, mesmo sendo uma clínica-escola do que fazer o serviço pela prefeitura, com fisioterapeutas já formadas, o usuário prefere vir aqui a gente.** A gente preza muito aqui na questão da humanização, de como você atende a pessoa, como você trata a pessoa não é um número, é um nome, cada paciente é um, um acolhimento; tudo isso faz com que a gente trate diferente o paciente e muitas vezes diferente do que ele vê aí fora, nos serviços do município. [...] então por isso que a gente tem uma procura grande um nome a zelar. (EB9 - grifo nosso).

Essas repostas acima enfatizam a importância da aplicação do conceito da CCV à prestação de serviços, conforme postulado por Prahalad e Ramaswamy (2004a), que, há mais de uma década, identificaram um processo mundial, onde o valor é fruto de PCCV entre fornecedores, prestadores de serviços e usuários, cada vez mais conectados, melhor informados, mais capacitados e mais ativos, participando, por exemplo, com maior aderência e consciência, dos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde, uma vez que o desenvolveram conjuntamente e de forma esclarecida, direcionado e ajustado às suas especificidades pessoais.

Ou seja, cocria-se uma experiência única e personalizada, permeada de valor, que pressupõe novos quadros referenciais para os processos de prestação de serviços, que englobem a experiência humana e a sua capacidade de cocriar valor, de acordo com novos desdobramentos de conhecimento sobre a CCV, apresentados por Ramaswamy em 2011, que ampliaram a consciência sobre a importância das interações humanas, colaborativas, dinâmicas e geradoras de valor, que proporcionem experiências produtivas e significativas de cocriação.

R. Acho que não, eles são ativos, se interessam, perguntam, às vezes, até querem fazer alguma coisa que não pode fazer, não é? É, então, acho que eles participam. Eu acho que só que é tudo de uma forma... espontânea, subjetiva, sem nenhuma previsão, sem nenhum controle. Poderia ser organizar melhor. (EB6).

Entre os professores também veio em relevo a geração de valor para a comunidade que os serviços prestados pelas IES pesquisadas proporcionam, de acordo com as respostas dos professores EC1, que relatou os benefícios de ações em parceria com o serviço público, e EC7, que enfatizou o diferencial do tratamento dispensado aos usuários dos serviços de saúde das IES.

R. **Eu acho que é super importante para a comunidade, eu acho que aqui é um diferencial**, que para mim faz realmente a diferença é esse apoio nos exames complementares, por exemplo, de **a Clínica-escola incluir dentro do hospital, dentro da rede, um pouquinho do SUS, então assim os pacientes conseguem acesso aos exames, sem uma cobrança extra; então isso é fundamental, faz muita diferença.** Eu já estive em outros serviços, de outras universidades que tinham o mesmo perfil, mas que não tinham essa possibilidade e aí era muito complicado e os pacientes precisavam voltar na UBS e às vezes o nosso pedido não valia e eles tinham que passar em outra consulta e aí você acabava gerando um novo serviço, um novo trabalho, então eu acho que é fundamental. (EC1 - grifo nosso).

R. **Eu acho que o nosso diferencial é tratar o usuário como prioridade, porque eu já trabalhei no serviço público e eu entendo que é mais um número no serviço público do que tratar a pessoa; aqui a gente tenta colocar pelo menos essa visão para o aluno, que nós estamos tratando a pessoa e não um número, acho que isso é o nosso diferencial.** [...] outra questão é o horário; normalmente a APAE, por exemplo, que também é um serviço público que oferece hidroterapia; é só 30 minutos. Nós aqui oferecemos por 45 minutos, com um estagiário para um paciente, então essa quantidade também faz um diferencial. (EC7 - grifo nosso).

Entre os alunos, veio em relevo a questão de a IES ser uma referência para a comunidade, o que facilita o acesso aos medicamentos disponibilizados pela Farmácia-escola, conforme relatou o aluno ED10 e reforçaram as funcionárias EE1, EE2 e EE4.

R. Com certeza. Além do medicamento, que muitas vezes só é feito aqui, entregue aqui, o medicamento é manipulado aqui e ele só é dispensado aqui; por exemplo: você vê na própria receita do paciente, o médico mesmo escreve (o nome da IES), porque só dá para ser retirado aqui; então, **se por exemplo se não tivesse esse serviço, muitas vezes o paciente ia ficar perdido, ou ia ter que comprar, ou ia ter que ser localizar, porque muitas vezes alguns medicamentos eles só estão em pontos específicos;** assim, como aqui é um ponto específico já conhecido e bem localizado, perto de estação, perto de tudo o paciente ele tem mais é facilidade de fazer o seu tratamento certinho; eu acho que faria falta se não tivesse esse serviço. (ED10 - grifo nosso).

R. Para os usuários é muito relevante, não é? É muito bom, muito. Se você pensar que hoje em dia a demanda reprimida do SUS a gente não consegue atender 2%, então realmente então faz toda uma diferença, faz você dar um suporte de saúde para um mínimo de usuários, aí pelo menos em 2% tem, não é? Eu penso eu penso assim, é muito bom. (EE1).

R. **Olha eu acho muito importante, porque ter uma universidade que abre as portas para receber as pessoas, porque, como você pode ver, a demanda é muito grande; então a gente tem uma lista de espera enorme e eu acho que, nossa, é essencial, porque muita gente não tem condições, então agrega muito.** É muito importante, porque a maioria da população, pelo que eu vejo, que eu vivencio aqui, não tem condições de pagar uma fisioterapeuta por fora, então precisa do serviço daqui; a universidade abre as portas, trata bem as pessoas; assim, me faltam palavras **e a gente vê nas pessoas a alegria de quando você termina o tratamento, ou o agradecimento ter tido a oportunidade de fazer uma fisioterapia.** (EE2 - grifo nosso).

R. Geralmente o pessoal conhece o trabalho da universidade, não é? São Caetano é uma cidade muito pequena e assim, geralmente, acho que sempre, 100% dos casos, alguém da prefeitura, de algum postinho diz: “olha vai dar entrada na IES, porque tem o serviço de fisioterapia”; então assim, já é de conhecimento da população da cidade que a gente tem esse atendimento, não só de fisioterapia, mas em outras áreas também; às vezes eles vêm aqui perguntar da academia e de outras áreas, serviços jurídicos, não é? **Então assim, a cidade de São Caetano tem esse benefício de morar perto de uma universidade. [...] É muito bom morar perto de uma universidade! Quantos serviços que a gente oferece, além da pesquisa; a gente tem jovens progredindo, a gente tem todo o atendimento que a universidade ela tenta disponibilizar para a população. Nossa! É maravilhoso para a população! É muito bom! É um privilégio morar perto de uma universidade.** (EE4 - grifo nosso).

As funcionárias EE7 e EE8 ressaltaram que a importância dos serviços prestados pelas IES está relacionada também à qualidade da informação fornecida aos usuários, em uma prática que remete à ASS de Davey e Grönroos (2019). Ainda reforçaram o potencial dos serviços em oferecer contribuições aos serviços públicos, em boas práticas que podem ser compartilhadas.

R. Muito, muito. Fazer a orientação correta do medicamento, o objetivo do medicamento, porque é comum (o paciente) sair do médico se perguntando: “ai, para que que serve essa vitamina?” então a gente tem que estar com as informações ali, para poder explicar para eles não é? (EE7).

R. **É importante, é importante. É um atendimento que eles não têm em outros lugares, eles gostam muito de vir aqui; assim, a gente procura tratar super bem o paciente; Não é só entregar o medicamento, tem muitos que são idosos, então ficam conversando, você dá atenção para eles 2 minutos, pronto! Ele senta e vai contar a história da vida dele; então eles gostam muito desse, desse, aconchego, esse acolhimento que eles têm aqui.** [...] não é só chegar “dá aqui, toma lá, dá cá e acabou”, não é? Então tem que ter um pouco mais de acolhimento, principalmente para os idosos, eles chegam muito debilitados, muito carentes; e aí eles vêm que se dá atenção para eles e eles saem todo feliz, é bom. [...] porque a universidade busca ajudar a população, não é? Porque nem todo mundo tem condições para comprar um medicamento e acaba que a vitamina D é um medicamento muito caro, então ele tem acesso aqui gratuito, ele se sente mais acolhido sabe? Se tem alguém ali para fornecer isso para ele; tem muitos casos aqui, idosos, até um senhor que tem um problema de visão, ele sempre vem aqui, porque ele sabe que aqui ele vai encontrar, ele não vai precisar pagar, pois um grande problema da população hoje em dia é isso, não é? Precisar de um medicamento e não ter condições de comprar. (EE8 - grifo nosso).

A questão D6 do Bloco D discorreu sobre a “lição de otimização conjunta” de Dessers e Mohr (2020), na qual a qualidade e o diferencial dos serviços prestados pelas IES pesquisadas proporciona melhorias na qualidade de vida da população e fornece subsídios importantes que proporcionam melhorias nos serviços públicos.

O diferencial do atendimento, fruto da missão institucional das IES pesquisadas e detectado nas respostas dos entrevistados desta tese, está associado ao conceito da LDS (VARGO; LUSCH, 2004), que preconiza que os serviços são “início, meio e fim” de todas as ações das empresas prestadoras de serviço, cujas ações e produtos, em todos os ramos e setores, são serviços.

Ao detectar a CCV e a LDS na qualidade dos serviços prestados pelas IES e na sua relevância para a qualidade de vida da população, a questão D6 responde ao Objetivo Geral desta tese, permitindo relacionar esses conceitos à visão ecossistêmica.

Essa constatação está ancorada em Borgonovi *et al.* (2018), que afirmaram ser essencial equalizar as diferenças entre a sustentabilidade financeira e a sustentabilidade social do ecossistema, que, para ser viável, pressupõe propósitos comuns, pactuados entre os atores, que se fundamentem na otimização da capacidade de as instituições de saúde gerarem valores de real significância para a comunidade, sem desequilibrar o ecossistema amplo, ou seja, pressupõe uma responsabilidade socialmente assumida em conjunto pelos indivíduos e instituições, em uma dinâmica social que promova seu engajamento como cocriadores de valor para todo o ecossistema, de acordo com PC5 da tipologia de Frow *et al.* (2016).

4.4.7 Bloco D – Questão D7

Em um cenário de ambientes complexos e mudanças em todos os níveis, como você se sente em relação às mudanças que ocorrem nos procedimentos, processos e relações entre os atores?

Esta questão está respaldada pela 4ª Lição para design do ecossistema, de Dessers e Mohr (2020), que aborda o “Engajamento” dos atores nos processos de redução da resistência às mudanças, ancorados em diálogos e processos avaliativo-propositivos e do estabelecimento das novas relações interpessoais e intersetoriais, decorrentes das modificações estabelecidas.

Também se coaduna com Frow *et al.* (2019), que elencam quatro fundamentos da LDS como pilares do bem-estar em um ESS: a integração de recursos; a densidade; as práticas e as instituições, pilares que se relacionam diretamente à PC5

(“Práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas práticas”), da tipologia de Frow *et al.* (2016).

Inicialmente, verificou-se a importância da atuação dos gestores nos processos de mudanças, sempre desencadeados pelas necessidades de atendimento da população e, concomitantemente, pelas necessidades dos atores e demandas institucionais, que muitas vezes dependem das iniciativas pessoais dos gestores, conforme relataram a gestora EB3 e o gestor EB10.

R. Antigamente antes da minha entrada, o paciente entrava, fazia a primeira consulta, 15 dias, um mês, 3 meses, alta; independente do que acontecesse. Quando eu entrei eu falei: olha podemos mudar? E aí esse atendimento à população veio por conta da necessidade de entendimento deles sobre o tratamento, que não é tão simples do ponto de vista nutricional, cada uma lida de uma forma; Então nós temos o primeiro atendimento, 15 dias para o retorno, por conta dessa orientação toda, e a partir daí elaboramos um planejamento estratégico de retornos, que podem ser semanais, 10 dias, 15 dias; nunca tão longe, porque a gente tem um ciclo do estágio, para que até a finalização desse estágio com esse aluno esse paciente possa estar conosco. [...] É iniciativa minha! Nós já tentamos, antigamente, quando eu vim, convidada para trabalhar aqui, nós tínhamos a triagem interna, nós tínhamos um médico, antes da medicina existir na IES, nós tínhamos todos os profissionais e nós discutíamos interprofissional, todo mundo junto com o paciente, isso é uma coisa que eu e a professora da fisioterapia estamos tentando retomar, puxando um pouquinho de cada vez, dentro das nossas possibilidades de pandemia, restrição de número de professores na clínica, do número de alunos, uma série de detalhes institucionais. (EB3 - grifo nosso).

R. Eu acho que tem coisas, muitos pontos a melhorar. É... eu acho que mudar, acho que uma coisa que teria que acontecer hoje, no nosso setor, a academia especificamente, é retomar a consciência do papel dessa academia escola, a missão, os valores, retomar o que o que tinha há um tempo. [...] é uma função também da gestão! Me coloco aí também; hoje, como gestor do curso, que responde pelo ambiente, também reconheço que cabe a mim essa conversa, de mudança da missão, de mudança da Figura, compete, compete, sem dúvida. (EB10 - grifo nosso).

O gestor EB5 relatou sobre a complexidade dos processos de mudança, mas ressaltou que professores, alunos e funcionários já estão habituados a esse dinamismo interno da IES, citando o exemplo da rotatividade dos alunos, que entram e saem a cada semestre de estágio cumprido, levando os demais atores a se readequarem ao perfil desses novos estagiários e reiniciarem todo o processo de formação necessário.

R. Toda mudança gera um pouco de insegurança, alguma coisa assim, não é? Mas nada que não foi superado, assim, se adaptado, e a gente sempre se moldou muito assim, as ideias boas sempre são muito bem-vindas e ruins também, e a gente não faz as ruins, a gente tenta melhorar, para tornar essas ideias ruins ideias boas. [...] a gente está hoje

em um projeto de qualidade, então a gente está buscando a acreditação aqui na clínica, então está sendo um processo, não difícil, mas trabalhoso, vamos dizer assim, envolver toda a equipe e por ser uma Clínica-escola então a gente tem uma rotatividade muito grande de alunos. Então é um processo um pouquinho mais trabalhoso, mas gente está nesse trabalho, **a gente tem um esquema, vamos dizer assim, de trabalho, onde cada um da equipe técnica fala um pouco sobre o seu trabalho e promove o conhecimento de algumas áreas que têm mais vínculo, que tem mais afinidade com os demais da equipe; então a gente gosta de fazer essa troca de informações de conhecimento; então isso a gente faz bastante.** [...] mas a gente tem a questão da rotatividade, então para a nossa equipe é um pouco mais fácil, mas para a questão de docentes, alunos, que é uma quantidade maior, só de docentes da medicina são 70 então, fora todos os outros, então é um pouquinho mais complicado, atingir que ele colabore, que ele participe daquele processo é um pouquinho mais difícil, mais trabalhoso. (EB5 - grifo nosso).

O gestor EB12 discorreu sobre os sentimentos positivos dos atores em relação às mudanças, ressaltando a facilidade de a nova geração de alunos e professores aderir a mudanças, reforçando o papel fundamental do gestor em promover diálogos propositivos com os atores, escutar e promover a concretização das propostas, de acordo com o que preconiza a lição do “Engajamento” de Dessers e Mohr (2020).

R. Eu acredito que essa geração tem uma facilidade ao novo; e os próprios professores, nessa mudança de gestão, então eles não podem me ver que já falam: “nossa, a L. já vai mudar alguma coisa!” Porque a Clínica-escola já existe há 17 anos, desde 2005; então são muitos anos prestando esse atendimento; Então eu acho que a proposta do novo ela tem muito a ver com o time que está ali, liderando; **Então eu acho que é o papel da gestão da clínica, trazer novas ideias, melhorar; pensando em tecnologia, por exemplo, nós estamos conhecendo, um setor já está fazendo isso, de digitalizar o prontuário, do aluno usar o celular para o atendimento; então todas essas questões a gente está trazendo essa tecnologia e propondo inovações.** Então o que acontece: nós temos uma norma reguladora, que é o manual do estágio, então ele é apresentado no início do ano e ele vale até o fim do ano. Então se um professor quer apresentar alguma proposta de mudança teórica, ela só pode ocorrer no próximo ano, após ela ser aprovada no Conselho de Curso; Mas **a proposta que o aluno traz, a gente consegue desenvolver, então, por exemplo, é mudar uma bobina de lugar, as vezes é montar um grupo de pacientes; então o aluno traz essas propostas de melhorias, muitas vezes no final da bateria, que é implantada na próxima bateria.** (EB12 - grifo nosso).

O professor EC3 ressaltou que resistências iniciais às mudanças são comuns, mas o tempo se encarrega de aplainar essas resistências, ao permitir que os atores se adaptem e as façam fluir. Já as professoras EC8 e EC9 enfatizaram que dentro do próprio setor é mais fácil, pela própria dinâmica do dia a dia de atendimento ao público, mas é difícil quando se trata de mudanças estruturais e que mexem na rotina de trabalho e de vida dos profissionais, alunos, usuários e da própria instituição.

Os relatos dos professores EC3, EC8 e EC9 se relacionam com McColl-Kennedy *et al.* (2020), que destacaram a importância da adoção de uma visão de

mundo compartilhada entre os atores e os arranjos institucionais aos quais precisam gerar de forma cocriada e aderir, para promover o bem-estar do ecossistema diante da dinâmica ininterrupta de mudanças, característica da área da saúde.

McColl-Kennedy *et al.* (2020) alertam para o fato de que nem sempre existe esse alinhamento nas diferentes visões de mundo e procedimentos dos atores, o que provoca desalinhamento dos propósitos comuns e tensões significativas, que influenciam os papéis e práticas dos atores, defendendo que, em função da sua própria sobrevivência, os ESS necessitam promover mecanismos de gerenciamento e negociação desses conflitos. Quando não gerenciados, acarretam efeitos negativos em todo o ESS, conforme apontado nas respostas abaixo, salientando, porém, que todos os entrevistados relataram que, mesmo após um período de resistência inicial às mudanças, com o tempo os atores das IES pesquisadas se adaptam às mudanças, fato que sinaliza que são ESS saudáveis e bem ajustados na sua dinâmica interna.

R. Em relação a equipamentos e procedimentos o grupo está sempre aberto, mas quando muda alguma rotina, ou muda alguma coisa aqui, mexe um pouco com a turma na questão da saída da zona de conforto, sempre gera um impacto maior, até que ocorra a adaptação àquele novo processo; isso é um pouquinho turbulento, mas depois que o negócio encaixa mesmo, aí vai tranquilo, mas sempre tem essa, às vezes uma resistência inicial, depois que acostuma o processo flui, ou aqueles que encaram tudo de frente e vai, não é? Mas sempre tem esses dois lados e acaba tendo esse bloqueio inicial, mas no final todos vão entrando e vai (EC3 - grifo nosso).

R. Mas eu acho que tem muito entrave burocrático e hoje a gente tem uma coisa que acontece muito, tanto do lado da administração das empresas, das escolas, como do lado dos profissionais dos professores e funcionários em geral, não é? Ninguém quer abrir mão de nada, ninguém quer ser maleável; então é tudo engessado, não é? Eu sou professora, então eu vou trabalhar só aquelas horas que eu ganho, eu não vou sair disso e a faculdade também, aquilo eu não pago; eu o pago para trabalhar esse tanto, ele tem que trabalhar esse tanto, não interessa o que está acontecendo nessa semana. Eu acho que isso é muito engessado, isso precisava ser mais maleável dos dois lados, não é? Do lado institucional e do lado dos profissionais, para a gente crescer junto, porque só assim cresceria junto; se não a gente não cresce. (EC9 - grifo nosso).

R. [...] Mudança é sempre um processo meio complicado, não é? Mas eu acredito que, principalmente no ambiente hospitalar, por mais que a gente tenha protocolos institucionalizados, eu acho que, principalmente no ambiente de emergência, dentro da UTI, a gente não tem muita rotina, não é? Tudo é muito dinâmico, então eu acredito que esses profissionais eles encarem de uma maneira diferente mudanças. [...] Às vezes a mudança não depende só da profissional e sim do usuário, não é? Que a gente sabe que o idoso, às vezes ele está tão acostumado, daquele jeito, tudo certinho, ele acha que se mudar não vai dar certo. Então eu acredito que do ambiente que eu trabalho, não existe muita dificuldade nessa mudança, eu não vejo muita dificuldade não. (EC8 - grifo nosso).

A questão D7 tratou dos ajustes que os atores necessitam fazer em suas próprias rotinas de trabalho, principalmente quando são procedimentos já institucionalizados e tradicionais na área da saúde.

As respostas apresentadas estão de acordo com o Objetivo Específico 2 e a PC5 de FROW *et al.* (2016), que fala da visão de mundo compartilhada e com o trabalho mais recente de FROW *et al.* (2019), que, ao associarem a LDS ao bem-estar de um ESS, identificaram características associadas aos processos adaptativos necessários para a absorção, pelos atores, das mudanças contínuas que garantem a dinamicidade do ESS, ressaltando que ele não é estático (2ª característica), que depende da sua resiliência interna para lidar com fatores estressores, por meio de processos adaptativos e ajuda mútua entre os atores (3ª característica), uma vez que os atores estão engajados nas práticas e atividades que promovem a integração (4ª característica). As mudanças implantadas, com o tempo, resultam em práticas rotinizadas e intencionalmente guiadas pela visão de mundo compartilhada e moldada pelas interações entre os atores.

4.4.8 Bloco D – Questão D8

Você sente que a formação para a utilização dos serviços prestados pela instituição proporciona relações de empoderamento, respeito, confiança e lealdade entre os atores? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está relacionada com 3ª proposição do trabalho de Davey e Grönroos (2019), que aborda a função dos papéis complementares de ASS em provocar sentimentos de respeito, confiança, empoderamento e lealdade entre os atores e os conhecimentos e serviços compartilhados.

Os usuários EA1 e EA10 reportaram que o ambiente de acolhimento e o atendimento impacta positivamente o bem-estar que sentem ao receberem os serviços, que os impulsiona a desenvolverem relações de lealdade aos ESS.

R. Tem sim ó: eu já fiz fisioterapia fora daqui eu vou ser bem sincera é se eu tivesse que dar uma nota de 1 a 10 fora, eu daria nota 3 e aqui eu dou nota 11, sincera não é porque eu trabalho aqui não, porque aqui o trabalho, pelo menos a fisioterapia que eu sempre usei, não é a primeira vez, já é terceira vez que eu faço por é tipos diferentes de problema e aqui para mim foi sensacional, o atendimento aqui é maravilhoso, o trabalho que eles fazem também é maravilhoso.[...] mas eu gosto do

atendimento, sempre me trataram muito bem. É certo que sempre tem um aluno ou outro que você vê que está ali fazendo “por fazer”, você percebe isso em todas as faculdades que eu passei, mas assim, eu gostei muito daqui porque eles realmente me tratam muito bem, como os professores também, eles têm muito carinho por mim, entendeu? [...] (EA1 - grifo nosso).

R. Isso aqui é pouco para o meu dia a dia, porque aqui é muito caloroso, tem muita coisa que é muito bom. Representa pelo menos o meu relacionamento aqui, o meu relacionamento. (EA10).

Os gestores EB2 e EB6 ressaltaram que as relações de lealdade geradas nos atores, especialmente nos usuários, extrapolam a própria característica efêmera do tipo de serviço prestados pelas IES. Na maioria são tratamentos que devem ocorrer por um período específico, terminam quando o usuário recebe a alta prevista nos protocolos, exceto quando se trata de problemas crônicos, que exigem tratamentos contínuos. Porém, em função do atendimento qualificado dispensado pelas IES pesquisadas, os usuários desenvolvem relações de lealdade aos demais atores e aos serviços e tendem a querer permanecer sendo atendidos.

R. E como acontece: no primeiro dia de estágio eles são recepcionados por meio de uma acolhida; então essa acolhida é realizada pelos responsáveis técnicos e aí os responsáveis técnicos, ensinam, orientam e informam todas as recomendações institucionais e sinalizam como acontece o fluxo; então: como é que o usuário chega aqui, como que o usuário é continuamente assistido. **Então às vezes eles falam: “Nossa, eu vou de alta” e eles ficam tristes, por conta do vínculo emocional. Até eles entenderem que na verdade ele está de alta daquele setor, ele não perde o vínculo completamente com a instituição. [...] Em sua grande maioria o descontentamento é quando esses vão receber alta, porque aí tem uma interação social muito grande com os outros pacientes, existe uma identificação, não é? Tem essa questão da humanização, da empatia, da comparação, não é? Então são vários outros fatores e que na minha percepção são tão importantes quanto, que acabam contribuindo para a adesão, a adesão aqui é muito alta.** (EB2 - grifo nosso).

R: **Os usuários? Sim acredito que sim. Mesmo com os estagiários que são pessoas em geral, bem mais novas, eles sentem esse respeito e eles (os usuários) acabam respeitando também o trabalho que vai sendo desenvolvido.** [...] É uma medida um pouco mais difícil, mas acredito que eles valorizem a prática; às vezes eles veem efeitos bem objetivos, como na redução de dor, por exemplo, e acabam valorizando ainda mais a prática. É, além disso, a gente percebe um pouco esse valor quando a gente retorna de férias, porque eles relatam bastante a falta que fez, não é? A frequência, então acho que eles acabam sentindo essa diferença, esse valor, na prática, como ela é feita. (EB6 - grifo nosso).

A gestora EB2 relatou as dificuldades para envolver a família nos cuidados aos usuários, que busca superar pelo contato direto com esses familiares e cuidadores. A gestora EB8 salientou que esse atendimento personalizado gera relações de confiança e empoderamento nos usuários, com reflexos diretos na eficácia dos tratamentos, fato confirmado pelos alunos ED4 e ED5.

R. **A gente tenta fazer essa relação, não é? Tem paciente que tem super o pé no chão, para o entendimento de todo o processo do cuidado que a gente oferta e que a família não dá o apoio, por exemplo: tem pacientes um pouco mais idosos, que chegam aqui e falam que os familiares trancam a comida no armário, não deixam eles comerem; então tem dinâmicas familiares muito difíceis. Em alguns casos, quando a gente tem abertura, eu tento chegar nesses familiares, mas às vezes é um pouquinho mais delicado;** eu vejo até onde o paciente se sente confortável, quando o familiar, que é importante estar, não está. Então eu faço uma chamada, eu falo: eu preciso falar com essa pessoa, será que você pode me ajudar? Por exemplo: eu estou com um caso de um adolescente, com sua mãe, que eu ponho adolescente com um aluno e a mãe com outro aluno; aí, quando eu preciso falar com a mãe, ela quer ir embora, aí eu falo: não, nós precisamos conversar, é a saúde do seu filho! (EB2 - grifo nosso).

R. Sim, com certeza, eu acho que é, são os diferenciais, não é? Hoje você pode ter uma loja, uma sei lá uma cafeteria, uma padaria, que tem produtos maravilhosos, mas se você não tiver um bom atendimento, acho que o usuário, o cliente, acaba não se sentindo à vontade; **na área de medicamentos, eu diria na área da saúde, eu diria que esse bom atendimento ele envolve um conceito, que eu acho que é fundamental, que é confiança então se você tem uma boa conexão com esse paciente você orienta, você fornece as informações necessárias, você está instituindo ali uma relação de confiança com esse paciente, então o paciente ele passa a ter uma confiança maior na farmácia, tem inclusive pesquisas que falam isso: quando o paciente tem um atendimento de confiança, ele se dedica melhor ao tratamento.** [...] Então ele começa a tomar aquele medicamento com mais confiança, porque ele sabe que ele tem um local que fez e que cuida dele; e aí, quando ele toma da maneira correta, o tratamento surte efeito. Um resultado tem de aparecer. (EB8 - grifo nosso).

R. Muita confiança! Não é incomum dividirem situações muito particulares da vida deles com a gente, porque realmente confiam, não é? E às vezes também influencia na questão do exercício. (ED4).

R. Eu acho muito importante, eu acho que colabora até muito para a parte, não só física, quanto mental, não é? Acho que melhora 100% a qualidade de vida dele, é um olhar mais direcionado para eles, acho quanto o tratamento acaba ficando mais eficaz. (ED5).

O gestor EB10 alertou que, diante do pouco tempo que ficou à frente da Academia-escola, sentia dificuldade em separar o fato do ambiente agradável e acolhedor dos serviços da IES, diferenciado de uma academia tradicional, do fato de ser um serviço gratuito que, com certeza, influencia a lealdade dos usuários. Essa lealdade foi confirmada pelo professor EC2, cujo tempo de atuação na IES lhe propicia afirmar com mais segurança que o diferencial dos serviços prestados pelas IES pesquisadas impacta positivamente a lealdade dos usuários.

R. Olha eu tive pouco tempo, não é? De novo, eu não sei responder de verdade se eles tiveram se eles se desenvolveram a esse ponto. Eu não sei especificar se aquela fidelidade que eles desenvolveram, que era nítido isso, tanto que eles sentiram muito quando a universidade precisou fechar por conta da pandemia. Eu não sei se aquela fidelidade era por conta de entender que era um serviço de excelência, ou se era porque era um serviço gratuito e um ambiente agradável, diferente de uma academia convencional. (EB10).

R. Sim, porque eles vêm toda a semana comigo; é diferente das outras clínicas, onde às vezes você prescreve e pede para ele voltar daqui 2 meses, e aqui não, é semanal, então eles vão criando um vínculo diferente, não é? Vão se abrindo mais, conversando mais, é uma outra coisa. (EC2).

Em uma percepção diferente, a aluna EC7 reportou que muitos usuários não aderem às propostas de realizar atividades autonomamente em seus domicílios, relacionando essa baixa adesão à “preguiça”. Nessa mesma linha, porém, demonstrando uma intervenção acadêmica para reverter essa baixa adesão, o professor EC4 apresenta uma impressão mais de acordo com o gestor EB10, citando como exemplo o projeto interdisciplinar de reabilitação Pós-Covid, desenvolvido pela IES A que, segundo relatou, não gerou relações de lealdade e permanência. Os pacientes apenas se interessaram em recuperar sua condição física básica após terem sofrido os efeitos da Covid, mas, depois de recuperada essa condição básica, não se fidelizaram ao programa de exercícios continuado da Academia-escola.

Essa constatação de pouca fidelização ao atendimento levou os professores e alunos a reavaliarem e desenvolverem novos protocolos de atendimento, que objetivem primeiro detectar a real intenção de permanência dos usuários e a sua disposição de aderir à proposta da Academia-escola, incluindo nos protocolos um período de treinos avaliativos e adaptativos com essa finalidade para, só a partir desse breve período, o usuário decidir aderir, de fato, ao modelo de exercícios.

Essa reconfiguração dos protocolos de atendimento, realizada em conjunto pelo professor e alunos, que encampou as solicitações e expectativas dos usuários, encontra respaldo em Brodie *et al.* (2021) que, ao se manter um equilíbrio entre as práticas de valor cocriadas e disponibilizadas pelos atores e as normas e preceitos institucionalizados nos serviços de saúde, propicia-se flexibilidade e agilidade para agregar aos ESS novos protocolos e normatizações, facilitando a adaptação dos atores e dos ESS a essas mudanças, em uma dinâmica relacional que se remete ao ViU, postulado por Ranjan e Read (2016), como um dos componentes basilares da CCV, que proporciona bem-estar e resiliência ao ESS.

R. **Na verdade, eles não aderem ao exercício em casa, em domicílio: preguiça**, “em casa eu tenho muita coisa para fazer, então deixo minha saúde de lado”; “não tem quem fique me supervisionando, então eu deixo de lado”; preferem ser aderentes aqui, no setor, com alguém olhando, tudo mais que é um horário que eles tiram para eles; mas em casa normalmente, não, a não ser que seja muito necessário, não tem adesão ao exercício domiciliar. (EC7 - grifo nosso).

R. Teve um projeto de atendimento para recuperação Pós-Covid no ano passado, tivemos pacientes encaminhados pelo pessoal da fisioterapia, aí gente abriu essa sessão para esse pessoal fazer parte como aluno regular da academia, mas nem todos ficaram; [...] enquanto o tratamento, como a gente expunha, então vocês vão fazer esse programa da Covid, os caras não faltavam, não faltavam; Quando a gente falava: a partir de agora você é aluno regular, aí eles não vinham mais, mesmo com grandes melhoras que eles sentiram nesse mês, eles ficavam um mês com a gente, mas não houve adesão. [...] Quando no projeto, no programa, a gente ficava mais no pé, ficava mais em cima; a partir dali, supostamente a pessoa sabe o que vai fazer; a gente mudou pouco o treino, só deu uma adequada, deu uma melhoradinha ali e tal, mas manteve o programa, mas a vinda deles era muito rara, eles mantinham; quem manteve, manteve por um mês, não mais do que isso, infelizmente não mais que isso; mesmo, de novo. **Com as melhoras “absurdas” que aconteceram nesse mês de projeto. [...] Pelo que eu entendi, eles abriram mão de algumas tarefas que eles faziam fora, para vir aqui fazer parte do programa; a partir do momento em que “Vá! Melhorei, bacana, legal! Eles voltavam a fazer essa atividade ou não fazia mais nada; mas por preguiça ou por dificuldade de locomoção, de transporte para vir para cá, então eles abriram mão de fazer aqui. [...] São prioridades que a pessoa põe, eu acho. Na hora que eles estavam com medo da Covid aí correram para fazer exercício; Aí, na hora em que perderam o medo [...] Hoje a gente tem 2 abordagens: quando o usuário chega interessado em fazer parte da academia, ou a gente faz uma avaliação e prescreve e avalia ele em 4 treinos para avaliar a postura, corrigir alguns detalhes dessa postura e saber se esse aluno vai ter uma continuidade; ou a gente faz o contrário: começa com esses 4 treinos básicos e depois faz avaliação.** Feito esses 2 procedimentos, independente da ordem, a gente prescreve o treinamento para esse aluno, de acordo com o interesse dele, com o que ele precisa, que foi levantado nessas avaliações, tanto físicas quanto funcionais, é quanto ao interesse dele em termos de objetivo, e aí esse aluno nos diz quantos dias ele pretende vir, e a partir daí a gente monta 2 ou até 3 treinos para ele fazer durante a semana. [...] **o treino, a sessão de treino, o programa de treino é todo individualizado.** (EC4 - grifo nosso).

Essa dificuldade de adesão aos protocolos também foi salientada pela professora EC5, da Clínica-escola de fisioterapia, que recorreu a uma estratégia de fidelização similar à da Academia-escola, desenvolvendo um programa de tratamento ligado às queixas, possibilidades, preferências e necessidades dos usuários.

Essas práticas, confirmadas pelo aluno ED3, se coadunam aos objetivos desta tese, e são confirmadas pela afirmação de Simmonds e Gazley (2021) de que a relação entre a LDS e a CCV que ocorre nos ESS gera processos interativos, contínuos, compartilhados e criativos, desenvolvendo um valor cocriado que amplia as concepções tradicionais dos serviços de saúde e fornece novas práticas de atendimento e prescrição de serviços, que influenciam os resultados.

Essa constatação tem potencial para desenvolver uma linha de pesquisa que procure mensurar os resultados obtidos em função da característica dos serviços prestados pelas IES pesquisadas, de unir a lógica de serviço à geração de valor cocriado em ESS robustos e dinamicamente saudáveis.

R. É assim: **eles geralmente fazem um cadastro na recepção, e aí é encaminhado para a gente o encaminhamento médico; a avaliação, a gente tem vários tipos de avaliações já prontas, onde a gente vai colhendo a história e fazendo avaliações específicas.** Às vezes esse paciente ele já veio de um outro serviço, então a gente pergunta como é que foi a fisioterapia no outro serviço, se ele tem dificuldade de fazer exercícios, ou não; mas a maioria das vezes ele não fala muito sobre o que ele gosta ou o que ele não gosta de fazer na fisioterapia; **quando eu percebo que o paciente tá muito resistente a fisioterapia, eu percebo que vai ser mais difícil ele aderir ao tratamento ele acaba às vezes desistindo no meio do caminho, mas a maioria das vezes o paciente da clínica ele gosta dos nossos atendimentos, eles aderem aos exercícios; o que às vezes eu tenho dificuldade é fazer com que esse paciente entenda que ele deveria continuar com a prática de exercícios que eles aprendem na fisioterapia, continuar em casa;** então, por exemplo, para incontinência urinária, não adianta vir uma duas três vezes na semana com a gente, tem que manter a prática de exercícios diários e nem sempre as mulheres fazem, então demora às vezes para essa paciente perceber a melhora do quadro e ter alta. Resumindo: normalmente não; o que acontece é que o usuário vem e a gente orienta os exercícios, que eles vão fazer, a partir da queixa principal a gente elabora os exercícios, baseados na queixa deles, então a única participação que ele tem é a queixa dele, mas na execução e familiares não; a gente faz as orientações para eles fazerem em casa. (EC5 - grifo nosso).

R. **Exatamente! A gente sempre procura o que o paciente necessita naquele momento as vezes a única coisa que está precisando naquele momento são informações, então a gente, em comum acordo com o paciente, lógico, nada que a gente faz é contra o consentimento do paciente, é encaminhado para a assistente social, para o psicólogo, para a nutricionista; então a gente faz perguntas norteadoras, para saber o que esse paciente precisa,** um exemplo: o paciente chega para gente obeso, se você chegar de cara e falar que ele precisa de nutricionista, às vezes é um pouco impactante, então a gente pergunta pra ele qual é o hábito alimentar, se ele tem um interesse de mudar, o que ele acha, como que foi que ele ganhou esse peso; para poder meio que não ser um impacto de primeira, não chegar e falar: você precisa disso! Não: você quer fazer isso? Então se você quer a gente vai te ajudar, a gente tem todas as ferramentas para poder te auxiliar. (ED3 - grifo nosso).

Os professores EC7, EC9 e o aluno ED1 enfatizaram que a adesão dos usuários aos protocolos de tratamento está relacionada ao cuidado que recebem para além dos exercícios e tratamento proporcionados, estando relacionada também à orientação para autonomia, com indicações de exercícios para fazer em domicílio, disponibilizadas por meio de cartilhas, prática que proporciona empoderamento e permite aos usuários a continuidade do seu tratamento, aumentando sua eficácia e garantindo resultados mais consistentes, de acordo com o que Davey e Grönroos (2019) afirmam sobre os resultados benéficos de uma ASS eficiente.

R. **Eu diria que a metade, que adere ao que a gente fala mesmo, as orientações seguir certinho as orientações, depende muito da adesão deles.[...] mas lá, eu especificamente, todo o período pré férias eu faço meus alunos fazerem uma cartilha de exercícios específicos para aquela patologia; a gente entrega no último dia, antes das férias e em agosto a gente vê quem realmente fez;** o grupo de pacientes com fibromialgia,

normalmente eles são mais aderentes, porque eles precisam do exercício para sentir menos dor, então elas fazem os alongamentos que a gente orienta, tudo em casa. (EC7 - grifo nosso).

R. Principalmente nesse período de afastamento, de férias, ou na alta, na clínica ambulatorial, a gente costuma fazer uma cartilha, para ele dar continuidade aos exercícios em casa, a gente encaminha ele para academia, encaminha para os outros setores ou orienta, se ele não quer fazer aqui, para que ele faça fora daqui também; mas a gente costuma, agora nas férias, a gente sempre dá uma cartilha para ele fazer nas férias, aqueles exercícios. Não é para 100% dos pacientes, porque tem pacientes que a gente sabe que não vai fazer, não é? Então, assim, tem pacientes que nós não damos a cartilha, ou porque ele não quer, ou porque ele não mostra essa vontade; mas os pacientes que a gente sabe que mostram a vontade, que a gente oferece e fala que quer, nós fazemos uma cartilha personalizada, é sempre para aquele paciente. (EC9 - grifo nosso).

R. Olha, eu acredito que sim, especialmente com as pessoas da terceira idade que a gente atende, acho que é muito importante para eles; até para alguns alunos, a gente percebe a importância desses exercícios. Alguns, por exemplo eles já explicam que eles não vão conseguir vir tantas vezes, por isso eles vão tentar fazer em casa, porque tem um espaço onde eles moram que tem acesso a alguns equipamentos, até **já fazemos o treino já pensando em coisas que ele pode fazer em casa, também que são de fácil adaptação.** (ED1 - grifo nosso).

Em se tratando dos alunos, a relação de lealdade aos valores dos ESS estão relacionadas ao contato mais próximo e direto com os professores que é proporcionado pelo estágio, que garante uma formação consistente, que complementa e solidifica a teoria aprendida nas salas de aula e laboratórios, conforme relataram os alunos ED3 e ED5.

R. Então, os professores eles são bem próximos dos alunos, não é? Como somos turmas pequenas, a gente acaba sendo apenas 5 alunos por turma, no máximo; então fica bem viável essa comunicação com o professor, você fica muito mais próximo, você passa praticamente todos os dias com o mesmo professor, então você pega uma intimidade e uma relação bem mais agradável, para você perguntar uma dúvida, para você trazer um caso novo, perguntar de uma técnica; e os professores são muito bem preparados nesse quesito: eu sei, eu te respondo; eu não sei, eu vou pesquisar, vou aprender para te responder, ponto. [...] quando você chega no estágio, no último horário, nesse momento e durante as aulas. Durante esses 4 anos a gente trabalha muito em função das evidências, em função do que está acontecendo; então eu imagino que, por exemplo, a pandemia de Covid é um caso que está sendo bem tratado na faculdade, que é algo que você vai pegar por muito tempo; na minha época, assim não pode dizer não é muito tempo, mas o que a gente vê, são muitas as lesões neurológicas que estavam vindo devido à demência, Alzheimer; e a gente discutia muito sobre isso, sobre as novas saídas que estavam aparecendo; então para que a gente chegasse aqui no estágio bem preparado e bem engajado, com uma bagagem bem ampla para poder atender os pacientes da melhor forma possível, no caso às vezes o mecanismo de influenciar você a pesquisar: então na próxima aula a gente vai falar sobre demência; eu quero que vocês tragam artigos relacionados a demência, que estão na atualidade, para poder amenizar esse quadro. (ED3 - grifo nosso).

R. Eu acho que está fazendo total diferença, uma completa diferença; eu acho que aqui a gente tem um contato bem próximo com o paciente; e os professores ajudam muito a direcionar; como que está, a gente tem uma avaliação, a gente tem no meio do estágio, mais no final, mas tem uma devolutiva, uma avaliação para ver como que a gente está se comportando, se é um estágio que está dentro do esperado, o que a gente pode melhorar, como está o nosso desempenho. **Tem colaborado muito para minha formação, acho que fez total diferença fazer aqui.** (ED5 - grifo nosso).

O aluno ED6 e a funcionária EE1 reforçaram a questão de o atendimento diferenciado e multidisciplinar fornecido pelas IES gerar adesão e lealdade aos serviços por parte dos usuários, confirmando a pesquisa de Davey e Grönroos (2019), que demonstrou que os recursos de conhecimento e competências disponibilizados pelos atores nos ESS permitem a CCV e tornam-se fonte de valor para todos os atores, em uma combinação de práticas que dinamizam o processo integrativo.

R. Eu acho que sim, porque **é muito a questão de atendimento;** porque ontem eu estava conversando com um paciente meu, que ele foi no hospital X, e ele comentou que não foi atendido da forma como queria ser atendido, que o médico nem olhou na cara dele e ele ficou muito chateado, falou que era muito diferente daqui; ou **vocês são estudantes, e era um médico estudante também que estava atendendo ele, mas a forma como vocês atendem é que é totalmente diferente; então [...] eles acabam criando um carinho pelo trabalho aqui.** (ED6 - grifo nosso).

R. Sim. Tem pacientes aqui, já teve caso de paciente estar enfartando, não ir ao Pronto-Socorro e vir para cá; e a gente: “não, não é aqui, pelo amor de Deus! Você tem que se direcionar ao Pronto-Socorro!”; no entanto o que a gente deixa muito claro é que aqui é uma Clínica-escola; **tem paciente, por exemplo, da psiquiatria tem paciente psicologia, olha, infelizmente a gente tem que negar o atendimento, porque o paciente ele vai se beneficiar no atendimento contínuo, que não tem essa quebra de vínculo e muitas vezes ele fala: “não, pra mim não tem problema”; ele não entende que muitas vezes, por ser uma Clínica-escola, tem a pausa dos períodos e tem paciente que não se beneficia com isso; ele tem essa necessidade “não, eu espero! Eu não tenho problema!” mas não dá! Isso em função do atendimento que ele recebe aqui.** (EE1 - grifo nosso).

R. **Tem, a gente tem bastante essa troca: “olha, estou programando uma alta, ou chegou mesmo no limite de atendimento; não dá! O paciente não adere, ela não está aderindo”; então, por que que ela não está aderindo? Então a Geriatria me traz uma demanda: “olha, nós já fizemos todas as orientações possíveis e essa paciente, essa família, não está aderindo! Como que a gente pode orientar? O que que é que se pode fazer? Vamos pensar juntos! Vamos levar para discussão de casos! Tanto é que nós temos discussões, nós temos várias discussões de casos aqui, de equipe multidisciplinar, que pega um caso do paciente, todo mundo fala sua visão, enquanto seu âmbito de trabalho, de área e cada um fala;** mas eu acho que era bom essa paciente ir na farmácia, para encaminhá-la para o serviço de farmácia, que vai orientar, não adianta ela tomar 5 remédios de manhã que não vai surtir efeito; muitas vezes esse controle que ela precisa, porque está descompensada, é porque ela tem esse tipo de comportamento; se ela não fizer isso, a nutrição não tem um ganho, a reabilitação da fisioterapia também, então essa discussão é bem bacana, de, “olha, eu consegui aqui”; e eles entendem isso, e é legal porque o usuário ele tenta falar uma coisa para um profissional e tenta falar uma coisa para o outro;

na hora que ele percebe que a gente se fala, “mas espera aí! A fulana lá me falou que o senhor toma tal coisa” e ele: “como você sabe?” **então a gente fecha, a equipe fala a mesma língua, a gente consegue manter o mesmo padrão de trabalho, de atendimento; então eu sei da forma que a enfermagem vai trabalhar, a enfermagem sabe como o serviço social vai trabalhar, a fisioterapia, a nutrição, a psicologia; até aqui eu consigo ir, daqui pra lá eu não consigo; então como que a gente vai trabalhar? E usuários e as famílias entendem isso, bastante.** (EE1 - grifo nosso).

R. Na maioria das vezes sim, não é? Porque eles vêm todo mês e a gente acaba que tem alguns pacientes que a gente lembra, alguns que lembram da gente; nesse caso é mais com a L., não é? Porque ela é que fica mais na recepção; a gente já fica lá dentro e tem um ou outro paciente que lembra da gente, mas é mais com a L. sim. **Porque a gente se reveza aqui na frente e quem sempre está aqui é ela; então o paciente acaba perguntando: “cadê a moça do cabelo enroladinho? Chama ela! Ela consegue me ajudar!”** é mais como ela mesmo. (EE9 - grifo nosso).

Peng *et al.* (2022) reforçam que os cuidados de saúde baseados na CCV estão diretamente ligados à escuta ativa e ao levar em conta as necessidades dos usuários, enfatizando dois tipos de comportamento desses usuários que geram CCV: o “comportamento de participação”, que decorre da busca e compartilhamento de informações, que produz Coprodução de Valor (Co), o 2º componente basilar da CCV (RANJAN; READ, 2016), dinamizando as relações interpessoais, que se concretizam nos relatos de usuários que “gostam” de passar tempo nas instituição de saúde.

O outro comportamento é o que Peng *et al.* (2022) denominaram como o “valor do paciente”, relacionado a bons resultados nas condições de saúde e bem-estar dos pacientes, indicadores que determinam tanto a eficácia quanto a qualidade dos serviços prestados, objetivo final da CCV, que se reflete na satisfação do paciente, no boca a boca positivo que divulga os serviços, na fidelização e no engajamento dos usuários nos ESS e, para os profissionais de saúde, a CCV gerada por esse valor que os usuários compartilham resulta em melhoria de todos os procedimentos e indicadores de resultados que configuram o bem-estar e o sucesso dos ESS.

Esse comportamento de cidadania responsável do paciente engloba a aquisição de novos comportamentos, associados a ações bem-sucedidas de ASS, como decisão de seguir as orientações dos profissionais de saúde, desenvolvendo uma eficácia de comportamento, que inclui desde o uso correto de diversos instrumentos e aplicativos digitais até a pesquisa na internet de informações sobre a sua condição de saúde, orientadas não só pelos médicos, como indicam Peng *et al.*, (2022), mas por todos os profissionais de saúde que atuam nos ESS pesquisados, em função do atendimento diferenciado que oferecem, conforme relatado pelo usuário EA2 e pela gestora EB12.

R. Então, esse médico é do convênio; eu saí fora dele porque eu peguei uma ele me deu uma esperança de vida muito grande, não é? Que fazer? Esse é um médico particular, porque na prevenção sempre tenho que reservar um dia, na hora que você vai lá e aí não é mais o mesmo sabe? Eu queria outro, isso, queria o que me acompanhasse e eu fui nesse daí que a minha amiga me indicou, eu fui conversar com ele e deu várias esperanças, só que aí veio uma exacerbação, com uma tosse violenta mesmo na pandemia; aí eu falei: ele falou assim para mim: “olha você vai tomar antibiótico por uma semana”; não adiantou nada. E aí ele falou: então você toma mais 15 dias e faz o tanque de oxigênio para você ser reabilitado; novamente quando eu estava terminando de tomar antibiótico, ele pediu pra mim fazer algum exame de função pulmonar, só que eu não estava bem ainda, **eu falei para ele: puxa, mas eu acho que eu deveria esperar um pouco mais não é? Que se dá a eu me sentir melhor para fazer, se faz agora me dá um resultado bem baixo, do que eu tinha feito há pouco tempo; daí ele falou: então você continua usando esse remédio e continua usando oxigênio 8 horas por dia; mas eu não quero ficar mal que se o oxigênio faltar; agora eu só uso ele quando eu estou muito cansado, para dar uma descansada, não é?** (EA2 - grifo nosso).

R. Eles reclamam porque, como em média são dois meses e meio em cada setor, então o paciente ele continua sendo atendido na neurologia, só que mudam os alunos; **E na primeira semana é uma semana muito difícil, porque o aluno, é a primeira vez que ele vai para aquele setor, ele não conhece o paciente e o paciente é apegado ao outro aluno, então eu falo que a primeira semana é uma semana de meditação, é uma semana de acolhimento dos alunos, porque sempre acontece dessa maneira, não é?** Então muitas vezes o paciente fala: “mas a J. não vai me atender? mas ela é ótima!”; mas aí que está atendendo é a B. e o paciente: “não! Mas eu prefiro ela! Nossa, ela já sabia me atender” – então também essa troca ela já começa difícil, aí eu falo para os alunos: agora vocês precisam criar vínculos com o paciente, e falo para o paciente: “olha a sua nova fisioterapeuta é essa, você precisa criar vínculo com ela também, para que o resultado seja melhor. [...] E com certeza sim, **nós temos pacientes na clínica que são atendidos há mais de 10 anos; Nós temos um paciente que chegou aqui ainda criança, com uma doença neurodegenerativa, que hoje é um adolescente, já está na faculdade; então tem alguns pacientes que necessitam de um atendimento mais prolongado. E não é só o paciente que cria um vínculo, o cuidador também. E os cuidadores perguntam: “Olha! E o fulano, já se formou? Eu o encontrei no hospital, trabalhando! Nossa! Fiquei tão feliz!”** então realmente os vínculos afetivos acontecem. (EB12 - grifo nosso).

Finalizando as respostas à questão D8, confirmou-se que o atendimento diferenciado proporcionado pelas IES gera sentimentos de lealdade e confiança nos usuários que, ao contrário do que acontece em outros espaços de serviços em saúde, não querem ter alta, porque se sentem bem e melhoram significativamente sua qualidade de vida, desenvolvendo competências para voltar a executar ações do cotidiano, conforme as respostas dos alunos ED7, ED10 e a funcionária EE4 e EE5.

R. Sim, sim. Tem pessoas aqui que dizem: “ah! Antes eu não fazia nada; hoje já estou subindo a rampa, não venho mais de elevador, já começou a praticar atividade física no dia a dia. (ED7).

R. **Então, eu acho que um usuário quando ele é instruído a como tomar um medicamento e muitas vezes ele tira aquela questão, aquela pergunta, aquela dúvida que o usuário tem do que que ele está tomando, que muita gente toma alguma coisa e nem sabe o que está tomando; quando o técnico ele explica e tira as dúvidas do usuário, gera muito mais autonomia do usuário ter mais segurança, muitas vezes em confiar no técnico, confiar no médico, saber o que ele está tomando, para saber o que ele está tomando e para onde aquilo vai agir; então eu acho que isso dá para o usuário mais confiança de que ele vai fazer um tratamento, que ele vai se curar por exemplo, porque é desestimulante a gente ir atrás de alguma coisa e saber que aquilo pode talvez nem funcionar a gente sabendo que a posologia está sendo cumprida e usuário entendendo que aquilo precisa ser cumprido de maneira certa, faz ele ter mais responsabilidade sobre a parte da saúde dele não é? E eu acho que faz ele ter mais autonomia, também não precisa de ajuda para tomar um comprimido, porque muitos usuários tomam 4 vezes no dia comprimidos, quando eles entendem o que estão tomando, quando tem que tomar e para que que é cada coisa, eles sabem é muito mais provável deles não se confundirem; às vezes eles sentem um sintoma, por exemplo usuário que tem hipertensão e sente dor de cabeça, aí ele vai lá e lembra que ele não tomou o remédio de hipertensão; se ele não soubesse que a dor de cabeça é um sintoma da hipertensão ele não ia tomar remédio para hipertensão, ia tomar uma dipirona, ia tomar qualquer outra coisa que não ia ajudar na cabeça dele; [...] Isso, porque a automedicação não é um problema, o problema é ele fazer de forma errada. A pessoa, quando ela sabe com consciência o que está fazendo, aí tudo bem; o problema é quando ela só acha que está fazendo certo e aí as vezes e onde está]. [...] É assim mesmo! **Eu falo do meu ponto de vista como fisioterapeuta, pela questão que a gente tem uma proximidade tão grande, não é? Que o paciente se sente sempre muito à vontade, que a fisioterapia acaba sendo uma extensão da casa dele; então existem vários pacientes que dizem para a gente que não querem ir embora: “não quero ficar de alta” – “poxa, mas já melhorou, não tem porque continuar aqui”, mas eles não querem ir embora. (ED10 - grifo nosso).****

R. **O atendimento é um atendimento individual de cada paciente, tirando o setor que é a Saúde Coletiva, que a gente agora não tem mais esses grupos como a gente tinha antes, por causa da pandemia, mas temos grupos sênior de “dança sênior”, “escola da coluna” e alguns outros; mas os outros atendimentos eles são feitos assim, 45 minutos o paciente e o fisioterapeuta, bem legal por isso, porque é um atendimento exclusivo não é? e por isso que muita gente vem procurar também, muitas vezes a pessoa que tem convênio médico também vem procurar o serviço; a gente descobre que tem um convênio médico porque a gente vê a guia da pessoa que veio de um convênio médico e eles vêm procurar o que muitas vezes eles não encontram um convênio, que o atendimento às vezes do convênio é: eles põem a pessoa no aparelho, vai lá põe outro no outro aparelho e larga lá, depois tira, troca tudo. Então é com atendimento modelo rodízio, linha de produção; então, assim, esse é o diferencial que faz muita gente procurar aqui, atletas, por exemplo o professor gestor tem atletas que ele atende. (EE4 - grifo nosso).**

R. **Os pacientes relatam muitas vezes que adoram a Clínica-escola, são muito agradecidos, porque aqui eles têm todo um amparo de todas as áreas; então, se ele está na fisioterapia, surgiu uma demanda que ele precisa de nutrição, então ele é encaminhado, ele tem ciência de que ele vai ser encaminhado, ele concorda que ele precisa do serviço, e a maioria, todos assim são muito gratos, muito agradecidos por estarem aqui, por ter toda essa assistência. [...] Então assim é desde a nossa**

acolhida com o aluno, quando ele vem para o estágio aqui, a gente frisa muito isso do encaminhamento; **então assim, o paciente não é só um braço, uma perna, que precisa de cuidado de fisioterapia não é? ele é um todo e cada serviço ajuda o outro, colabora com alguma coisa, para o bem-estar desse paciente; então a gente acha muito importante isso: o paciente toma muito medicamento, então o aluno já sabe isso: “vamos indicar para a farmácia”, encaminha para a farmácia, para ele ter uma orientação melhor e os pacientes precisam estar cientes do encaminhamento que vai surgir; então aí é conversado com o paciente: “olha, achei interessante você passar por exemplo, pela psicologia” não é? e aí a gente consegue.** (EE5 - grifo nosso).

A questão D8 abordou a formação para a utilização dos serviços prestados pelas IES como geradora de relações de empoderamento, confiança e lealdade entre os atores, relacionando essa formação à 3ª proposição de Davey e Grönroos (2019) sobre os papéis complementares à ASS.

Destacou-se o ambiente de acolhimento e atendimento diferenciados proporcionados pelas IES pesquisadas, que geram essas relações de lealdade por parte dos atores e propiciam a CCV, gerando novas abordagens e procedimentos disponibilizados nos ESS.

Essas abordagens diferenciadas provocam resultados diretos na eficiência e eficácia dos tratamentos e na qualidade de vida dos usuários, além de incrementar as relações de lealdade, facilitando a adaptação às mudanças.

Esse processo de adaptação às mudanças gera o ViU e a Co, postulados da CCV, segundo Ranjan e Read (2016), unindo a LDS à CCV nos ESS e oferecendo uma resposta direta ao Objetivo Geral desta tese.

Essa resposta tem potencial para gerar nova linha de pesquisa, que busque mensurar os resultados de qualidade de vida obtidos a partir dessa perspectiva ecossistêmica, detectada nas IES pesquisadas.

Em discordância aos relatos de adesão às ações de ASS promovidas pelas IES pesquisadas, no sentido de capacitar os usuários para realizar atividades complementares e de continuidade dos tratamentos e exercícios propostos, seja em domicílio, seja nas próprias IES, alguns entrevistados reportaram que houve baixa adesão.

Essa adesão mais baixa ocorre seja por atitude interior, seja pelo fato de uma concepção de saúde tradicional, que associa a condição de “estar com uma doença ou problema de saúde” à ida a um médico ou hospital, receber o diagnóstico e a prescrição de medicamentos ou tratamentos e, depois do tempo previsto, “ficar

curado”; enquanto saúde envolve o conceito mais amplo de qualidade de vida, de manutenção de hábitos saudáveis.

Essa constatação reforça a necessidade de as IES incrementarem seus programas de ASS, enfatizando a busca da qualidade de vida e aquisição de hábitos saudáveis, abrindo mais uma área de pesquisa a partir desta tese.

Essa área de pesquisa buscaria reforçando que ações cocriadas de valor – que levem em conta os desejos, preferências, necessidades e universo cultural dos usuários e mantenham o equilíbrio com os objetivos e valores dos ESS – são efetivas para ressignificar as abordagens e protocolos de atendimento e promover a fidelização dos usuários aos tratamentos.

Em relação aos alunos, a lealdade aos valores e propostas das IES veio em relevo a partir do contato próximo com os professores e com a prática clínica, que permite fazer a conexão da teoria aprendida nos cursos, proposta acadêmico-curricular dos estágios que propicia uma formação de qualidade percebida pelos alunos e reforçadas pelos demais atores entrevistados.

Quanto ao valor percebido pelos usuários, em função do atendimento diferenciado que recebem nas IES pesquisadas, verificou-se a concretização dos comportamentos de adesão, lealdade e participação dos usuários como cocriadores ativos de valor nos ESS e de cidadania responsável.

Essas ações de CCV e cidadania estão relacionadas à adoção de atitudes de qualidade de vida e divulgação positiva dos serviços das IES.

Esses comportamentos positivos em relação à saúde foram propostos por Peng *et al.* (2022), em outra constatação que emergiu das respostas à questão D8 que se conecta diretamente ao Víu e à Co, de Ranjan e Read (2016) e ao VI, de Simmonds e Gazley (2021).

4.4.9 Bloco D – Conclusão

As respostas ao Bloco D proporcionaram 42 tópicos, entre PCCV identificadas, sugestões e novas linhas de pesquisa, com destaque para a identificação de diferenças no significado de conceitos apresentados pela bibliografia e por esta tese, em função da diferença entre os públicos-alvo das pesquisas elaboradas pelos autores pesquisados e por esta tese.

Foram identificadas respostas ao Objetivo Geral e ao Objetivo Específico 2 desta tese, referentes à PC5 (FROW *et al.*, 2016), ao se analisar a existência, na percepção dos atores, de práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS, permitindo analisar os impactos dessas práticas nos níveis meso (prescrição de serviços) e micro (CCV na moldagem do ESS e na gestão dos recursos e serviços).

Os resultados desse bloco foram referendados pelas proposições de Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017), ao propiciar compreensão mais detalhada da natureza e da dinâmica da CCV nos ESS, analisados em perspectiva multinível, que considera que os FCCV, apesar de diferir entre os vários níveis do ESS, também são parte constituinte e interdependente.

Verificou-se o FCCV “recombinação” (PINHO *et al.*, 2014; BEIRÃO *et al.*, 2017), que, pela integração dos recursos, propicia interações dinâmicas e de CCV, que influenciam tanto o bem-estar e qualidade de vida da população quanto a sustentabilidade do ecossistema.

As respostas às questões do Bloco D também encontraram respaldo na “Perspectiva Ecosistêmica das 7 lições para o design do ESS”, de Dessers e Mohr (2020), especificamente as 3ª, 4ª e 5ª lições: “Enquadramento”, “Engajamento” e “Otimização Conjunta”.

Da mesma forma, verificou-se a aplicação dos conceitos de Ciasullo *et al.* (2017), sobre a função da tecnologia em promover novas proposições de valor aos ESS e às redes de relacionamento entre os autores.

Essa verificação da aplicação dos conceitos de Ciasullo *et al.* (2017) faz eco à 3ª proposição para ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019) sobre “papéis complementares de alfabetização de serviços, que provocam respeito, confiança, empoderamento e lealdade entre os atores”.

Recorreu-se também a autores recentes, como Hlongwane e Grobbelaar (2022) e Peng *et al.* (2022), além de diversos autores seminais citados no referencial teórico, que forneceram embasamento para as respostas dos entrevistados apresentadas nesse bloco responderem ao objetivo geral e ao Objetivo Específico 2 desta tese.

Um resumo das conclusões e do referencial bibliográfico deste bloco está disponibilizado logo abaixo, no Quadro 14.

Quadro 14 – Bloco D: Quadro resumo

Bloco D	Referente à PC5 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 2 desta tese: Analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS.			
Dados a serem analisados:	d) ESS: moldado pelas ações de múltiplos atores; recursos integrados e inovação;	e) gerenciamento unificado dos ESS;	f) CCV como modelo de gestão.	
	PCCV identificadas e propostas	Respostas: Objetivo 2 - PC5	Referencial Bibliográfico:	
D1 - Questão norteadora	Como é feita: prescrição dos serviços e comunicação?	1. Avaliação (anamnese) e reavaliação contínua: ASS e empoderamento	PPCV - PF7	Vargo e Lusch (2016); Davey e Grönroos (2019)
		2. ASS contínua dos usuários	PC9 - nova PCCV.	Davey e Grönroos (2019); Frow <i>et al.</i> (2016)
		3. ASS que gera lealdade e adesão aos serviços	3ª: ASS- respeito, confiança, lealdade	Davey e Grönroos (2019)
D2	Existe formação dos usuários e seus familiares/acompanhantes para conhecer melhor os serviços, protocolo, resultados ?	4. Envolver usuários: avaliações e proposições - práticas saudáveis	4ª Lição: Engajamento	Dessers e Mohr (2020)
		5. PCCV e serviço diferenciado: Alta condicionada aos resultados.	PC5 e objetivo 2	Frow <i>et al.</i> (2016)
		6. ASS: formar usuários para atividades e hábitos saudáveis, em períodos sem atendimento.	4ª Lição: Engajamento	Dessers e Mohr (2020)
		7. ASS: "Olhando para o Cuidador" - Formação e prestação de serviços - familiares e cuidadores.	PF11-Objetivo 2-PC5	Vargo e Lusch (2016); Hlongwane; Grobbelaar (2022)
		8. PCCV: Formação e participação - usuários e cuidadores – adesão	Intencionalidade de participação	Hlongwane e Grobbelaar (2022)
		9. PCCV: Reavaliações – melhorias ASS: hábitos saudáveis: novas receitas - produção de alimentos saudáveis	Moldagem - ESS fruto da interação entre os atores	Ciasullo <i>et al.</i> (2017)
D3	Você acredita que essas práticas geram valor para os usuários e atores dos serviços prestados ? Poderia nos dar algum exemplo?	10. PCCV e LDS: Usuários: valorizados ao contribuir: formação dos alunos	CCV: Usuários: avaliam relações	Ballantyne e Aitken (2007); Frow <i>et al.</i> (2016)
		11. Relações de lealdade: usuários não querem receber alta, porque "gostam" do ambiente - CCV	Desempenho ESS: sincronicidade	Hlongwane e Grobbelaar (2022)
		12. PPCV - Alunos - satisfação: debater e elaborar os tratamentos com os professores, valoriza e diferencia a aprendizagem.	Valor direto / indireto: objetivos/serviço; relacionamento	Ranjan e Read (2021)
		13. Sugestão de melhora nos processos comunicacionais internos dos setores - SIS	Complexidade-saúde CCV - integração	Hlongwane e Grobbelaar (2022)
		14. Perspectiva ecossistêmica: "bom espaço de trabalho", com instalações completas e bem montadas, e "bons profissionais" - importante para geração de valor e bem-estar geral dos ESS a partir dos valores cocriados e compartilhados	ESS/CCV - afiliação: comunidades conectadas: redes de relacionamento SIS. sustentabilidade	Dessers e Mohr (2020); Hlongwane e Grobbelaar (2022)
D4		15. PCCV: Valor cocriado proposta curricular que se concretiza nos valores	ESS - 4ª Lição - Engajamento:	Dessers e Mohr (2020); Frow <i>et al.</i> (2016)

		de humanização do atendimento na formação-constelação dos atores	valor cocriado - atores	
	Quais os propósitos que você consideraria comuns a todos os atores?	16. Propósitos comuns e relações de lealdade - valor gerado - atendimento diferenciado: respostas cooperativas e espontâneas.	Objetivo Geral: LDS - CCV - cultura organizacional	Vargo e Lusch (2016)
		17. Diferença no enfoque que a "linguagem compartilhada" recebe na tipologia de Frow <i>et al.</i> , (2016) e nesta tese / Lógica da equipe: ESS relacionada à PC2	Instituições de saúde: usuário: focal; Esta tese: IES: atores focais: usuários, alunos, outros atores.	McCull-Kennedy <i>et al.</i> (2020); Frow <i>et al.</i> (2016)
		18. Atuação "de equipe": valores de realização pessoal e profissional - prática diária nas ESS, reforçando seu caráter ecossistêmico.	3ª lição - atores valores comuns - IES: servir e educar	Dessers e Mohr (2020)
		19. Percepção: ESS que proporciona valor para os alunos e usuários: contato direto entre os atores, mediado pelos outros atores	2ª CCV - ESS Compatibilidade: valores comuns	Ranjan e Read (2021)
D5	Dentro do ESS, quem você aponta como gerador de valor	20. Protocolo de atendimento readequado às repostas dos usuários	DART - Diálogo: ferramenta CCV	Prahalad e Ramaswamy (2004b)
		21. Ressonância de serviço: Diferença de percepção: público Caic <i>et al.</i> (2019) e esta tese.	Modelo mental - percepção do ESS	Caic <i>et al.</i> (2019)
		22. Usuários: consciência e "satisfação" valores que o contato direto representa para alunos.	Atores: cocriadores ESS: Premissas CCV	Vargo e Lusch (2016)
	e para quem esse valor é gerado?	23. Diferencial das IES: geração de valor para os atores e prestação de serviços à comunidade; potencial para compartilhar conhecimento.	ESS: rede de relacionamentos CCV e equilíbrio	Frow <i>et al.</i> (2016)
		24. Abordagem multidisciplinar: papel que os usuários, cuidadores e familiares desempenham nos ESS, "especialistas" que são das suas próprias condições de saúde e dos familiares.	Redimensionamento de papéis: usuários valorizados: eficácia e bem-estar do ESS.	McCull-Kennedy <i>et al.</i> (2020)
	Poderia citar exemplos ?	25. Novas compreensões da natureza em rede da CCV nos ESS: novas pesquisas que avaliem o seu potencial de influência nos ESS	F11 / 4ª característica novos arranjos e instituições - CCV	Vargo e Lusch (2016); Ranjan e Read (2021)
		26. Práticas modeladoras e novas proposições: impactam CCV - gestão dos recursos e serviços	PC5 e Objetivo específico 2	Frow <i>et al.</i> (2016)
D6	Você acredita que o desempenho dos serviços prestados pela instituição	27. Reconhecimento da relevância para a população dos serviços em saúde prestados pelas IES e do diferencial do atendimento.	5ª Lição - PC5: ESS custo-efetividade e qualidade do cuidado	Dessers e Mohr (2020); Frow <i>et al.</i> (2016)
		28. Serviço diferenciado das IES - contribuição para o serviço público: Diminuição de gastos Potencial: modelo de prestação de serviços	PC5 e 5ª Lição da Perspectiva Ecossistêmica.	Dessers e Mohr (2020); Frow <i>et al.</i> (2016)

	é realmente efetivo para a melhoria da qualidade do cuidado dispensado à população? Poderia nos dar algum exemplo?	29. Associação da CCV à prestação de serviços - formação de usuários mais conectados e informados, e dispostos a aderir aos protocolos	Consciência da importância das interações - CCV.	Prahalad e Ramaswamy (2004a); (2011)
		30. IES: referências de qualidade de serviços e compartilhamento de conhecimento para as populações locais e parcerias - serviço público	5ª Lição: práticas compartilhadas com outras instituições.	Dessers e Mohr (2020); Davey e Grönroos (2019)
		31. Diferencial do atendimento como fruto da missão institucional das IES: respostas dos entrevistados.	Objetivo: CCV - LDS qualidade de serviços	Vargo e Lusch (2004)
		32. Propósitos comuns entre os atores e os valores das IES - responsabilidade recíproca socialmente assumida; PC5 e Objetivo Geral	Dinâmica social: engajamento das IES e seus atores - CCV	Borgonovi <i>et al.</i> (2018); Frow <i>et al.</i> (2016)
D7	Como você se sente em relação às mudanças procedimentos, processos e relações?	33. Importância dos gestores nas mudanças: necessidades de atendimento da população, dos atores e demandas institucionais.	Fundamentos LDS: bem-estar; recursos integração.	Frow <i>et al.</i> (2016; 2019)
		34. Sentimentos positivos dos atores em relação às mudanças, facilidade de alunos e professores em aderir	4ª lição: Gestores diálogos propositivos.	Dessers e Mohr (2020)
		35. Processos adaptativos necessários mudanças contínuas e complexas, que garantem a dinamicidade do ESS.	Objetivo Geral: LDS / CCV / ESS dinamicidade	Frow <i>et al.</i> (2019)
D8	A formação para utilização dos serviços, proporcionando a empoderamento, respeito, confiança e lealdade?	36. Ambiente de acolhimento e o atendimento de qualidade impacto no bem-estar e lealdade: ESS.	3ª proposição de ASS para o ESS	Davey e Grönroos (2019)
		37. Adesão e lealdade dos usuários em função dos serviços das IES serem gratuitos; casos de baixa adesão e fidelidade – readequação- protocolos.	Dinâmica relacional: ViU-bem-estar e resiliência - ESS.	Brodie <i>et al.</i> (2021); Ranjan e Read (2016)
		38. Linha de pesquisa que mensure os resultados obtidos em função dos serviços das IES: unir a LDS à CCV em ESS robustos e dinamicamente saudáveis – Objetivo desta tese	Novas práticas de atendimento e serviços - influência nos resultados	Simmonds e Gazley (2021)
		39. Adesão dos usuários relacionada ao cuidado que recebem - além dos exercícios e tratamento - orientação para autonomia.	ASS eficiente: empoderamento e continuidade-eficácia	Davey e Grönroos (2019)
		40. Alunos: relações de lealdade - valores dos ESS - contato mais próximo e direto com os professores	Estágio: formação que solidifica a teoria	Peng <i>et al.</i> (2022)
		41. Cuidados de saúde - CCV - escuta ativa e ao levar em conta as necessidades dos usuários. Co - Comportamento de participação: compartilhamento de informações.	VI - bons resultados: saúde e bem-estar - eficácia e qualidade	Peng <i>et al.</i> (2022) Ranjan e Read (2016); Simmonds e Gazley (2021)
		42. Decisão de seguir as orientações dos médicos e profissionais: eficácia de comportamento.	ASS - Cidadania responsável: novos hábitos	Peng <i>et al.</i> (2022)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

4.5 Bloco E

Este bloco se refere à PC6 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 3 desta tese: Analisar práticas que impactam o acesso a recursos em ESS. Os recursos compreendem a formação contínua dos usuários, familiares e cuidadores, o conhecimento compartilhado entre todos os atores e a potencialidade desse compartilhamento para proporcionar melhorias e gerar novos modelos de governança para os serviços de saúde, tanto no nível micro do ESS, as próprias IES pesquisadas, quanto no nível meso do ESS mais amplo, que inclui os serviços públicos de saúde.

A questão norteadora (E1) deste bloco (“Os usuários e/ou seus parentes e/ou responsáveis participam de alguma forma da elaboração dos protocolos de atendimento e serviços que serão prestados? Poderia nos dar algum exemplo?”) analisou a participação dos usuários, familiares e cuidadores na elaboração dos protocolos, buscando analisar práticas correntes nos ESS pesquisados que produzam impacto, positivo ou negativo, no acesso aos recursos e serviços.

Esta questão foi complementada por 3 questões: inicialmente buscou-se saber se existem práticas de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais que prestam o atendimento e os pacientes, parentes e/ou responsáveis (E2); em seguida buscou-se entender se existe e como funciona o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e usuários e se, a partir do ponto de vista dos atores, pode gerar aperfeiçoamento dos serviços prestados e novos modelos de governança e instituições (E3). Concluiu-se indagando se existem práticas contínuas de formação dos usuários para a utilização dos serviços que lhes são prestados (E4).

A discussão deste bloco está referenciada bibliograficamente por autores discutidos no referencial teórico e, especificamente, por Simmonds e Gazley (2021), que apresentaram o conceito de Valor de Impacto (VI) para o ESS; Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017), que discutiram o “compartilhamento” como FCCV que promove a integração dinâmica dos recursos entre os atores; por Dessers e Mohr (2020), com a 6ª Lição da Perspectiva Ecológica para o ESS, que analisa a proporção entre os desafios enfrentados pela gestão dos ESS e as possibilidades de agir de forma adequada, defendendo que as possibilidades de inovação na gestão dos ESS têm potencial para superar as complexidades e dificuldades inerentes à área da saúde; por Ciasullo *et al.* (2017), que afirmam que todos os atores, ao interagirem, moldam o

ESS, em ações de compartilhamento contínuo e criação de novos recursos, que se concretizam como PCCV.

Concluiu-se este referencial com a 1ª e a 4ª proposição de Davey e Grönroos (2019) para análise das PCCV nos ESS.

A 1ª proposição defende que os papéis de ASS dos pacientes são dinâmicos e interdependentes.

A 4ª proposição analisa problemas que impactam negativamente os ESS, gerando resultados de descrédito, frustração, resistência e saída, provocados por integrações malsucedidas de recursos.

As respostas foram discutidas de acordo com a ordem das perguntas no formulário e caracterizando cada grupo: usuários (A), gestores (B), professores (C), alunos (D) e funcionários (E).

4.5.1 Bloco E – Questão E1 – Norteadora

Os usuários e/ou seus parentes e/ou responsáveis participam de alguma forma da elaboração dos protocolos de atendimento e serviços que serão prestados? Poderia nos dar algum exemplo?

A questão norteadora deste bloco está em consonância com Ballantyne e Aitken (2007), que pesquisaram as interações contínuas entre usuários e entre usuários e instituições que, ao serem consideradas como prioridade, mudam o foco estratégico das ações de marketing, que passam a incluir a lógica de serviço (LDS) como ponto central da sua atuação, gerando experiências cocriadas de valor.

Esse valor cocriado pelos diversos atores envolvidos nesses processos em que a LDS é o paradigma relaciona-se diretamente à Premissa Fundamental (PF) e axioma PF6, de Vargo e Lusch (2016), que confirma que “O valor é cocriado por vários atores, inclusive sempre pelo beneficiário”, e à PF10, que consolida o usuário como determinador do valor que emerge do processo de integração dos recursos e serviços compartilhados nos ESS.

Esta questão norteou as respostas dos entrevistados às subquestões E2, E3 e E4, apresentadas a seguir.

4.5.2 Bloco E – Questão E2

Existem práticas de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais que prestam o atendimento e os pacientes, parentes e/ou responsáveis? Poderia nos dar um exemplo?

Esta questão se apoia no “compartilhamento”, FCCV que Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017) consideram como a integração dinâmica dos recursos entre os atores, identificada na resposta do gestor EB7, que fala da prática de reuniões e atividades multidisciplinares entre os prestadores de serviço das IES pesquisadas e os atores, como oficinas de formação elaboradas a partir das demandas trazidas pelos usuários e na resposta do gestor EB9, que apresenta os termos de compromisso que os usuários assinam para aderir aos serviços, termos que os conscientizam acerca dos procedimentos e natureza dos serviços que lhes serão prestados.

R. A gente tem reunião multidisciplinar, justamente para discutir esses casos e a gente tem também atividades multi-interdisciplinares para com os pacientes, por exemplo alguma oficina que vai ter a equipe toda multidisciplinar e vai ter os pacientes então um grupo de 8, 9, 10 pacientes e a equipe multidisciplinar atua tudo em cima desse grupo de pacientes, dependendo da demanda que eles estão trazendo, então é bem legal. (EB7 - grifo nosso)

R. Lá na clínica de fisioterapia, primeiro o usuário vai assinar um termo de consentimento, que fica um para a clínica e um para ele, dizendo que a gente pode estar usando a imagem, se ele concorda estar sendo usado o prontuário; em um outro ele assina um termo que ele está ciente de todas as regras da clínica, em relação à falta, o horário, vestimenta, então ele volta para casa com os dois termos assinados; Então ele passa por uma triagem, a gente passa para o supervisor o caso do paciente, o supervisor marca uma triagem com um dos nossos alunos, de sétimo ou oitavo semestre, ele faz a avaliação e feita a avaliação ele vai iniciar o atendimento, com o aluno supervisionado pelo professor. (EB9 - grifo nosso).

Os entrevistados EC7 e EC9, professores, discorreram sobre os protocolos formais para compartilhar conhecimento com outros setores, como guias de encaminhamento e o fluxo de recepção e atendimento de usuários. Também discorrem sobre relacionamentos informais entre os professores dos setores, para discutir os casos dos pacientes indicados.

Essas respostas se relacionam diretamente ao Objetivo Específico 3 desta tese, ao demonstrarem as duas categorias de FCCV que Pinho *et al.* (2014) identificaram: a primeira categoria, que trata da integração diádica (ator – ator) de recursos de uso e confiabilidade das informações compartilhadas entre os atores e a

segunda, composta pelos FCCV que dão suporte a essa integração dos recursos, que promove a interdependência entre os atores e a CCV que emerge dessa LDS que permeia essas trocas entre os atores.

R. Nós temos essa possibilidade [de discutir casos com os professores de outros setores], mas para ficar mais rápido a gente tem uma guia de encaminhamento e a gente coloca, em 2 linhas apenas, o caso do paciente; então é bem sucinto e aí a gente consegue que eles façam uma triagem e ver se ver se eles aceitam o caso ou não. (EC7).

R. Então, na realidade esse paciente vai chegar pela recepção [...] a recepção vai direcionar ele para o setor [...] **eu vou selecionar esses pacientes de acordo com ordem de chegada, diagnósticos que são interessantes para a evolução dos alunos em relação ao aprendizado e aí eu vou direcionar esse paciente para uma triagem [...]. De acordo com essa triagem feita pelo aluno, nós vamos envolver ou não outro profissional de outros setores; então nós temos vários pacientes que são pacientes em comum, [...]** da fisioterapia cardiorrespiratória, neurologia, hidroterapia; nutrição, educação física. [...] **uma outra coisa é que eu sempre tento ter uma relação direta com esses profissionais, para a gente poder discutir o caso, conversar sobre o paciente, ver qual que seria a melhor saída, o melhor horário para ele, para que ele possa fazer o atendimento no meu setor e nos outros setores, são profissionais da instituição.** (EC9 - grifo nosso).

Um caso específico de uma demanda de atendimento aos usuários, que gerou compartilhamento de conhecimento e de protocolos de tratamento entre os setores, foi o programa “Pós-Covid”, ocorrido de forma intersetorial e multidisciplinar entre os setores da IES A, que proporcionou ações de reabilitação para usuários acometidos pela Covid-19, conforme relatou a professora EC9, a qual também discorreu sobre práticas informais de compartilhamento de conhecimento entre os professores de diversos setores, que dão suporte a essa integração de recursos, conforme Pinho *et al.* (2014) e ainda defendeu que essas práticas informais ocorram de forma sistemática, como programa de formação para os alunos e de aprimoramento dos serviços prestados pela IES.

R. Assim, olha, **os pacientes do Programa Pós-Covid agora, nós conversamos com o professor da academia, o P. e aí a gente fez um fluxo, de quando esse paciente tivesse alta do ambulatório, porque, de acordo com as nossas condições, ele não teria mais como evoluir e ele já fosse um caso de atividade física, aí a gente encaminharia para ele [...]** como ele fez o contrário também, nós tivemos paciente que foi para ele, [...] **mas que não estava em condições de continuar na academia, então ele fez o fluxo contrário e veio conversar comigo para mandar o paciente de volta; e a nutrição também,** a gente sempre se encontra na sala dos professores, no corredor, ou às vezes eu ligo para a clínica de nutrição, para conversar sobre algum paciente; a gente tem os dois extremos dentro do ambulatório de cardiorrespiratória; nós temos tanto os obesos, que precisam perder peso, mas também precisam de uma alimentação mais equilibrada, mais saudável; **como nós temos aqueles que precisam**

ganhar peso e por conta da própria patologia não tem esse ganho de peso, então, se eles não tiverem uma ajuda da nutrição para ganhar massa e tudo mais, o nosso trabalho acaba ficando, não evolui, a gente fica patinando; tem que ter o trabalho de equipe multidisciplinar, não é? (EC9 - grifo nosso).

P. E se esse trabalho acontecesse de uma forma mais sistemática, com reuniões periódicas, seria mais proveitoso, ou funciona bem assim, com esse contato pessoal?

R. Ah! Eu acho que, para o aluno, ele seria mais muito mais proveitoso se ele fosse de forma sistemática, com reuniões com a participação dos alunos de todas essas áreas; porque eu faço esse meio de campo, mas nem sempre eu consigo carregar o aluno junto comigo, às vezes eu levo: vamos lá! Que a gente vai conversar com a nutricionista! Não é? Mas às vezes não dá, ou porque o aluno tem uma outra atividade ou porque eu encontro a professora da nutrição no corredor, ou na sala dos professores, entre uma aula e outra; então a gente acaba conversando informalmente. Então para os alunos, para o ensino, seria sem dúvida nenhuma muito mais proveitoso. (EC9 - grifo nosso).

As funcionárias EE4, EE5 e EE6 também apontam como primordial, para o aprimoramento dos serviços prestados pelas IES, a necessidade de compartilhar conhecimento sobre os usuários com os outros setores, de forma sistemática e institucionalizada, onde se pode identificar a “interdependência dinâmica do papel” que, de acordo com Pinho *et al.* (2014), promove a CCV de forma interativa, onde os papéis exercidos pelo atores variam em função da “interdependência temporal”, oriundos das diversas solicitações e demandas de cada momento nos ESS.

Um exemplo são as trocas de conhecimento entre os prestadores de serviço, como uma recepcionista que utiliza seu conhecimento profissional e experiência de atendimento para informar a um professor ou aluno sobre determinada condição de saúde de um usuário, ou vice-versa; e por esse mesmo usuário, ao informar sobre a sua condição e necessidades, ou seja, nesse compartilhamento de conhecimento, a recepcionista e o usuário assumem o papel de formadores para professores e alunos, confirmando a natureza dinâmica da CCV que, conforme Pinho *et al.* (2014), gera valor para todos os atores.

R. Olha, eu acho assim, que o trabalho multidisciplinar é uma coisa, é aquilo que funciona, na verdade, não é? Quanto mais nós tivermos esse contato e essa troca entre os os setores, por exemplo no caso aqui a psicologia, nutrição, fisioterapia, nós até fazemos encaminhamento, às vezes um paciente muito obeso, que tenha artrose no joelho fêmur, vamos encaminhar para a nutrição, não é? [...] nem sempre o paciente adere, mas é legal, a gente encaminha, encaminhamos também para a psicologia. (EE4 - grifo nosso).

R. Em alguns dos setores acontece uma reunião clínica multidisciplinar e aí a gente participa também, como responsável técnico fisioterapeuta; a gente

participa para colaborar com alguma coisa que a gente sabe, que possa acrescentar para o bem do paciente. (EE5).

R. Nós não temos contato com o médico, depende assim de algumas coisas, às vezes, tipo, a receita tem alguma coisa que nós não entendemos direito e tudo mais, aí a gestora ou a farmacêutica entra em contato com esse médico, para saber o que ele está pedindo, mas **normalmente quem acaba ajudando muito a gente é a farmacêutica responsável dos Postos de Saúde do município, que cuida dos postos e aí as meninas as responsáveis ligam para elas e elas falam mais ou menos o que está descrito na receita que ela dizer se tem algumas receitas que a letra do médico não dá para entender, então elas acabam orientando a gente como proceder.** (EE6 - grifo nosso).

A questão E2, responde dessa forma ao Objetivo Específico 3 e à PC6 de Frow *et al.* (2016), ao associar os conceitos de CCV e de formação dos ESS, gerando um processo de integração de recursos que envolve todos os atores e que se consolida quando as proposições comuns de valor, disponibilizadas nos ESS, estimulam os atores a compartilharem seus recursos, dentro da LDS para os usuários e alunos, que é o valor básico da proposta dos serviços prestados pelas IES pesquisadas.

4.5.3 Bloco E – Questão E3

Na sua opinião, esse compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e usuários pode gerar novos modelos de governança e novas instituições dentro do próprio ESS, que possam levar à melhoria e aperfeiçoamento do desempenho do ESS e dos serviços prestados? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão se ancora em Ciasullo *et al.* (2017) que, ao analisarem a plataforma de compartilhamento virtual do ICHOM, identificaram que todos os atores, ao interagirem, moldam o ESS, por meio do compartilhamento contínuo e criação de novos recursos, propiciados como PCCV que emergem das contribuições e de todos os atores da plataforma que se dispõem a participar desse processo criativo, em concomitância com a disponibilidade das instituições, por meio de seus gestores e profissionais, acolherem essas contribuições, mesmo diante dos entraves institucionais e burocráticos, que fazem eco à 6ª Lição de Dessers e Mohr (2020), que analisam a proporção entre os desafios e potencialidades dos ESS, conforme relatou a gestora EB3.

R. **Eu acho que seria bárbaro, porque a gente está dando pequenos passos, dentro das limitações de atendimento que a gente tem, que é a**

minha agenda, é, desculpa falar, é literalmente a carga horária com a faculdade me paga para estar aqui, não é? É o quanto ela me dispõe de possibilidades; então, dentro do meu atendimento, eu falo: vamos parar e fechar agenda como a fisioterapia fez e vamos discutir caso; a gente parou de atender para discutir caso, para poder trazer isso para o aluno, para melhorar para o paciente e isso foi um movimento interno nosso, que a gente está querendo retomar do que acontecia, então se a gente tivesse, não é? Claro que eu também preciso dos setores todos os ativos, de um fluxo contínuo como havia antigamente, mas se a gente estivesse nessa possibilidade de abertura, para instituir, acho que na primeira semana do mês, não sei o quê e tal, que a gente fez para ver se dava certo, a gente marcou com muita antecedência para não atrapalhar o atendimento de ninguém; seria muito melhor, não é? Até para que o outro setor, ele não veja isso como uma obrigação: eu tenho que fazer porque a faculdade mandou! Não, nós estamos aqui! Nós estamos abertos para a comunidade, nós vamos fazer o melhor em conjunto, para atender nossos pacientes dentro das limitações que a gente tem. Esse é o caminho minha gente, senão, não haveria o porquê estar na clínica, não é? Um lugar tão importante para trabalhar, que é a porta da frente da faculdade para a comunidade, não tenho por quê! (EB3 - grifo nosso).

Em contraste à gestora EB3, o professor EC4 aponta as dificuldades de operacionalização e institucionais que envolvem as práticas de compartilhamento de conhecimento intersetorial, desde a adoção de protocolos únicos até a institucionalização de reuniões multidisciplinares para estudos de caso, retratando o conjunto de obstáculos que podem fazer o equilíbrio sugerido pela 6ª lição de Dessers e Mohr (2020) pender para o lado mais desfavorável, em detrimento das possibilidades de inovação gerencial que poderiam suprir essas dificuldades.

Já a professora EC9 também apontou as dificuldades para esse compartilhamento de conhecimento entre os setores, porém sugeriu propostas como a adoção de um protocolo digital único para todos os setores, o que aprimoraria a gestão desse compartilhamento de conhecimento e permitiria acesso mais amplo dos professores e alunos aos dados dos usuários e atendimentos, possibilitando a produção de conhecimentos acadêmicos para publicações científicas e eventos da área, além de uma atualização do modelo gerencial da IES.

R. E eu acho que é muita coisa! [...]. Então eu sou mais para assim, não para avaliar o que foi feito; primeiro planejar o que vai ser feito, planejado, para depois avaliar; aí eu acredito; então vou pegar o aluno tal, que tem um problema no joelho, vai lá para a fisioterapia, precisa perder peso, precisa melhorar isso aqui; então nós vamos fazer um programa: na fisio você vai fazer isso, na nutrição isso, na academia isso; lá na frente: “O que é que nós fizemos? Ah! Ele melhorou isso, melhorou aquilo”; então eu acredito nisso. Agora, ficar discutindo: “ó, o que é que nós vamos fazer com o usuário tal? “Ah! Ele tem que tratar do joelho! Ah! Ele tem que correr; ele não tem que correr; eu acho que fica “patinando no barro”. (EC4 - grifo nosso)

P. Então seria montar um protocolo único para atender?

R. **Não digo um protocolo único; eu diria assim: um trabalho, um planejamento individualizado, que é o que a gente tenta fazer dentro do nosso setor. [...] Aí eu acredito que essa reunião clínica, pelo menos do que eu conheço, ficar avaliando caso a caso, nós não somos médicos;** aqui para a gente não interessa, não somos fisioterapeutas, não estamos tratando com doenças; a gente está tratando “aspas”, com performance: se ele saiu do menos um e veio para o zero, não é nada em termos mundiais, mas é para ele, pra ser vivido, é melhora; é uma super melhora que ele teve aqui, dizer menos um para zero ele melhorou muito, então é essa questão que eu acho que é interessante, mas ficar avaliando: “ah!, porque ele também tem dor na coluna, porque tem dor no ombro, porque a mãe dele está doente, porque o pai não conversa com ele”, eu não vejo. [...] **É, é bacana na teoria, muito legal, muito bacana; mas eu não vejo na prática como fazer isso, eu não vejo; a gente teria que abrir mão de um período aqui, de todo mundo, parado, ainda vamos conversar isso; mas se abrir por exemplo 4 professores da fisioterapia, mais 3 da nutrição mais 4 ou 5 da educação física... estou falando dos 3 que são mais rápidos, não é? Para a gente, mais estagiários, vira uma congregação, que se você fizer uma reunião você não vai sair do lugar, não vai sair do lugar; aí depois tem uma questão financeira: quem vai pagar isso?** (EC4 - grifo nosso).

R. **Eu acho que uma coisa que seria muito importante para a gente seria um prontuário digital, que todos tivessem acesso; eu acho que a partir do momento que todos tivessem acesso a todos os dados desse paciente, isso seria muito mais ágil e próprio paciente;** uma coisa que eu acho que a gente tinha que ter mais, mas aí eu já não sei como resolver, eu acho que a gente tinha que essas clínicas todas, não só, clínica, academia, nutrição, fisioterapia, todas as áreas; **eu acho que a gente devia ter atendimento o dia inteiro, isso é uma coisa que eu queria, ser o dia inteiro, mas aí não sei também, porque a gente não tem número de alunos suficiente, então o problema não é só a instituição e eu não sei como resolver isso exatamente. [...] Eu, até mesmo quando eu fiquei na gestão da clínica por 2 anos, e eu ganhava a mesma coisa que o supervisor de estágio e aí eu não tinha um ambulatório de cardiorrespiratória, fui eu que idealizei e montei esse ambulatório; e então: você quer ficar na gestão ou você quer ir para ambulatório? Eu quero ambulatório! Eu que idealizei e agora vou ficar cuidando de tudo isso? Para fazer a mesma coisa eu vou ficar no ambulatório que eu idealizei. [...] eu acho que nem as publicações científicas, podemos publicar por outros caminhos. Então entra a forma geral de tudo o que acontece, ainda está muito atrasado; precisa se modernizar, se atualizar a forma que se gerencia hoje em dia. Ainda falta essa visão mais ampla.** (EC9 - grifo nosso).

Os alunos ED7 e ED8 defendem a importância de compartilhar conhecimento com outros setores, como boa prática a ser implantada e que os ajudaria a ter uma formação mais ampla, pelo contato com outras áreas da saúde.

R. Sim, sim. Muito muito interessante, porque engloba, não é? a gente precisa saber um pouquinho de fisioterapia, da nutrição [...] da fisioterapia, porque vai que o usuário tem alguma lesão e não se recuperou direito; ele vem aqui e a gente não pode passar um exercício que pode contundir ou piorar. (ED7).

R. Sim, tenho muito interesse; porque eu acho, acho não, tenho certeza, que montar aqui uma equipe multidisciplinar, onde se pudesse conversar sobre um caso clínico real, acho que é uma proposta de todo bem-vinda. (ED10).

A funcionária EE4 salientou que o compartilhamento de conhecimento precisa atingir o ESS mais amplo, a partir de um contato com instituições externas que poderia gerar valor, tanto para a IES quanto para a comunidade, prática que ainda não ocorre, gerando dificuldades para os usuários conhecerem e usufruírem os serviços que a cidade oferece e, muitas vezes, os próprios cidadãos não conhecem e que seriam importantes para, por exemplo, manter uma prática constante de atividades físicas após o término do seu tratamento nas IES.

Essa continuidade do tratamento por meio de ações (por exemplo, a prática de atividades físicas e orientação nutricional permanente, entre outras, seja nas próprias IES quanto em serviços públicos que atuassem em parceria) poderia ser uma boa prática a ser adotada pelas IES, que envolveria a multidisciplinaridade na abordagem e abriria espaço para o trabalho integrado entre os setores, oferecendo também uma resposta às inquietações do professor EC4, supracitado, à medida que realizaria integração e continuidade do tratamento dos usuários entre os setores que trabalham com reabilitação em prazos definidos, como a fisioterapia e os setores que trabalham com manutenção da qualidade de vida, como a Academia-escola e a Clínica-escola de nutrição.

R. A gente perde, não é? Falamos: “olha, agora o senhor tem que procurar no seu bairro, qual o bairro que o senhor mora, a gente pergunta; então, lá tem um Centro de Idoso, tem alguma atividade física que o senhor possa estar fazendo, procura” [...] **geralmente a gente orienta a família porque o próprio idoso às vezes ele não vai atrás, não, tem que ser com a família para que ele tenha uma atividade que ele não fique em casa só deitado, ou sentado, para que ele faça alguma coisa, porque se não eles ficam em casa** em casa; e aqui em São Caetano existe essa facilidade, porque assim cada bairro eles têm um centrinho desse de idoso e tem muitas atividades, mas eu acho que falta assim aqui [...] é um agente comunitário, agentes de saúde, que visitem as casas e que convidem esses idosos para participar desses Centros essa é uma opinião que eu acho para a cidade toda. [...] É essa sugestão: que a gente consiga fazer um trabalho integrado, todo mundo aqui junto e próximo [...] **Eu acho que aqui isso já está acontecendo, porque o professor gestor conversou com o pessoal da Academia-escola e falou que vai encaminhar alguns pacientes; e a gente faz esse trabalho que é legal, não é? Tem que tem que ter isso, eu acho que isso é fundamental.** (EE4 - grifo nosso).

A mesma funcionária EE4 relatou o caso de um paciente que necessitava de atendimento fisioterápico residencial, serviço que nem a IES nem a área pública do município realizam, mas que poderia ocorrer caso houvesse esse compartilhamento de conhecimento e atuação em parceria da IES com o serviço público, ressaltando o que Brodie *et al.* (2021) comentaram sobre a PC7 (“Práticas criadoras de novos

relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”), de Frow *et al.* (2016), acerca da disseminação eficiente de informações como fator, que modela as PCCV que emergem das interações entre os atores.

R. Seria muito bom. Eu não sei aí quais os caminhos que nós deveríamos percorrer para chegar a isso, mas seria muito bom se a gente tivesse um trabalho em comum com eles. Por exemplo, essa semana nós tivemos aqui uma senhora que o esposo está em casa, ele está acamado, sofreu um AVC e ele depois ele esteve internado e isso aí há 2 anos, então ele era um paciente que já tinha sido reabilitado, porém ele ficou internado por outros motivos [...] e ele ficou muito tempo internado, então ele parou de andar, de novo entrou em uma síndrome de imobilismo, associada também a uma possível sequela que ele já tinha ido AVC e foi uma fisioterapeuta na casa dele, estava indo pela prefeitura por exemplo, foi o que a esposa dele me contou: “não, não, o senhor tem que ir para um centro de reabilitação, o senhor tem que fazer fisioterapia numa clínica”. E isso é muito triste, porque ela, como fisioterapeuta, sabe que ele, estando acamado, o mais indicado para ele seria uma fisioterapia em uma clínica; agora, imagina essa família tirar esse paciente do leito, pegar ele no colo, botar em uma cadeira, colocar dentro de um transporte, que eles vão ter que ter um transporte, ou então não ter que solicitar um público, e para trazer para um centro de reabilitação, aqui ou em outro lugar. Então isso é triste porque a gente percebe que não é aquilo que deveria ser. Então ele precisaria fazer primeiro em casa, para melhorar um pouquinho, para depois ir para um centro de reabilitação. **Foi o que eu falei para ela: “olha, a gente não tem nenhum equipamento que a gente vá colocar no seu marido, que vá fazer ele andar, o que vai fazer o seu marido andar é fisioterapia, são exercícios terapêuticos, que podem ser feitos e devem ser feitos, nesse momento, em casa. Então é muito triste esse tipo de abordagem que a gente recebe, entre outras que aparecem por aqui; então assim, a gente orienta: “olha, procura um serviço social”.** (EE4 - grifo nosso).

A questão E3 tratou da necessidade de equalizar as dificuldades que entravam o aperfeiçoamento dos serviços prestados pelas IES pesquisadas com as potencialidades de inovações gerenciais que as interações entre os atores desses ESS apresentam.

Verificou-se a necessidade do aperfeiçoamento ou adoção de uma “linguagem comum” entre os atores dos ESS pesquisados, que promovesse a confiabilidade das informações compartilhadas, como a forma de superar os entraves institucionais e resistência dos atores em aderir a essas ações, desenvolvendo PCCV que fornecessem, tanto às IES quanto ao ESS amplo, “uma linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias”, de acordo com a PC2 da tipologia de Frow *et al.* (2016), que propiciaria aos atores a disposição para Cocriar Valor no EES, o que melhoraria a experiência de atendimento e a qualidade dos resultados. Isso, inclusive, reduziria gastos do serviço público de saúde, uma vez que a adoção de práticas preventivas de

saúde e de qualidade de vida diminuiria, por exemplo, a necessidade de atendimentos e intervenções em centros de saúde e hospitais públicos.

Essa necessidade, apontada pelos entrevistados, de gerar mecanismos de compartilhamento de conhecimento, tanto internamente, entre os diversos setores das IES, quanto com os serviços públicos, se coaduna também com a PF1, axioma de Vargo e Lusch (2016), que define o serviço como o pilar de todo o processo relacional entre os atores dos ESS e abre caminhos para a conexão entre esta questão e a proposição de configuração do gerenciamento dos serviços prestados pelas IES a partir do modelo de ACP como novo paradigma, de acordo com a proposição de Frow *et al.* (2019), no qual a visão de mundo compartilhada entre os atores gera impacto em todos os níveis e no bem-estar dos ESS, salientando o papel primordial das interações que ocorrem a todo momento no nível micro entre os atores, seus recursos e papéis institucionais, elos fundamentais da rede de relacionamento que geram as instituições que dinamizam o funcionamento de todo o ESS.

De acordo com Polese *et al.* (2018), essa dinamicidade garante o bem-estar dos atores e a sustentabilidade a longo prazo dos ESS, concebido pelos autores como uma “entidade que emerge da interação de vários sistemas, onde atores interagem e integram recursos, compartilhando o propósito geral em princípios sustentáveis, reduzindo suas expectativas em prol de benefícios para todo o ESS”.

Dessa forma, a questão E3 também oferece uma resposta à PC6 Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 3 desta tese, ao confirmar entre os pesquisados a existência de práticas que impactam o acesso a recursos nos ESS e da necessidade de adotar novas práticas que aprimorem esse acesso.

4.5.4 Bloco E – Questão E4

Existem práticas contínuas de formação dos usuários para a utilização dos serviços que lhes são prestados? Poderia nos dar um exemplo?

Esta questão está respaldada pela 1ª proposição de Davey e Grönroos (2019), que falam que os papéis de ASS direcionados para os atores possuem dinamicidade e interdependência a todo o processo relacional de PCCV compartilhadas que moldam o ESS e está relacionada diretamente às “Práticas que criam novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais”, da PC7 da

tipologia de Frow *et al.* (2016) e pela 4ª proposição, que se relaciona com as “Práticas que impactam o acesso a recursos dentro de um ecossistema”, PC6 da tipologia, e trata das funções de ASS geradas por serviços concorrentes, que levam a resultados de descrédito, frustração, resistência aos serviços propostos e saída do ESS.

No caso das IES pesquisadas não se aplica a questão de serviços concorrentes, uma vez que são instituições que prestam serviços de forma gratuita, a partir de uma proposta educacional e de interesse social, sem visar lucro e sem serviços concorrentes. Dessa forma, nessas IES as funções de ASS concorrentes são mais bem categorizadas, de acordo com a 4ª proposição de Davey e Grönroos (2019), como consequências de integrações de recursos malsucedidas que ocorrem em função de procedimentos e relações entre os atores que carecem de aperfeiçoamento.

Também podem ocorrer resistências de usuários às atividades propostas e às características dos serviços oferecidos pelas IES, por exemplo, usuários da Academia-escola, mais acostumados ao modelo tradicional de academias, sem um protocolo tão específico e rígido de exercícios. Esse tipo de resistência desses usuários impulsiona os demais atores como professores e alunos a reestruturarem os protocolos de atendimento, desenvolvendo práticas de ASS focadas em formar esses usuários para o tipo de atividades propostas pela Academia-escola. Em resposta a esses protocolos, a maioria dos usuários aderem positivamente aos serviços, mas alguns desistem, fato que, segundo o relato do professor EC4, é até benéfico para o ESS, uma vez que faz uma espécie de “filtro” entre os usuários e mantém aqueles que se identificam com os valores propostos pela IES.

Essa readequação dos protocolos de exercícios produziu o VI que Simmonds e Gazley (2021) apresentaram como conceito avaliador do bem-estar de um ESS, a partir do momento em que esses novos procedimentos impactaram diretamente uma cultura de prática de atividades físicas generalizadas na sociedade e levaram os usuários que aderiram à proposta da Academia-escola a vivenciar uma forma diferenciada de praticar as tradicionais musculação e ginástica da academia.

R. Isso, porque aqui vem para treinar; a gente dá ênfase nisso: você vem para treinar! Tanto que quando vem amigos, um grupinho de amigos, a gente tem como estratégia montar treinos em ordem e exercícios completamente diferentes, para a gente não ter isso de “vamos compartilhar o aparelho”. [...] e na dinâmica do espaço, porque por exemplo, às, onze e meia, meio-dia, quando terminam as aulas, aqui vai encher e se a gente deixa todo mundo falando então vai todo mundo fazer um aparelho, e aí fica a fila, fica a conversa, fica um alvoroço e ninguém treina

direito; então a gente espalha; ah! Tem gente esperando, então não faz, vai para o outro; para otimizar. (EC4 - grifo nosso)

P. Esse aluno como você falou, depois que ele cumpre esse primeiro programa de adaptação, aí a tendência dele é ficar?

R. **A maioria; quem vence esse período, quem aceita esse período; porque esses 4 treinos são adaptativos, são na verdade avaliativos [...]**a gente está avaliando postura, mobilidade de articulações, quadril, tornozelo, coluna, ombro, equilíbrio; [...] quando faz a avaliação, a gente volta a pegar essas informações, mais o que o usuário quer, e mais o que a gente acha que necessita; a gente aí monta o treino. (EC4 - grifo nosso).

Em função da dupla característica dos serviços prestados pelas IES, tanto de servir à população quanto de formar futuros profissionais da área da saúde, de acordo com as diretrizes nacionais e estaduais para os programas de estágio curricular obrigatório, a ASS direcionada para os alunos enfoca a formação e preparação desses alunos para a prática profissional, que, em consonância com Batterham *et al.* (2016), se caracteriza como a combinação de “fatores pessoais e relacionais que afetam a capacidade de uma pessoa adquirir, entender e usar informações sobre saúde e serviços de saúde”, que tanto vale para a formação dos usuários quanto para a formação dos alunos, conforme relatou o gestor EB5 e confirmou a aluna ED1.

R. Sim, [o acompanhamento direto dos alunos pelos supervisores e professores], para eles é importante; na verdade é uma recomendação das Diretrizes Curriculares Nacionais; para o curso de fisioterapia, especificamente, o aluno tem que ter um estágio supervisionado, que seja concedido por uma IES credenciada pelo Ministério da Educação, ou aqui no caso de São Paulo, que é o Conselho Estadual de Educação; então são oferecidos esses estágios para eles. **Claro que existe a importância de o supervisor estar junto, até porque se o supervisor é professor, conseqüentemente irá suprir, ensinar esse aluno, tirar todas as dúvidas e dar assistência, não só na parte pedagógica, mas também na parte prática, aqui dentro, então tem sim, com certeza é de suma importância.** (EB5 - grifo nosso).

R. **Olha, para mim, que eu não entendo nada de academia, não sou dessa área, eu dou aula de ioga; então academia para mim é um bicho de 7 cabeças e tem sido bem legal, tenho aprendido muito nos exercícios, ao ponto de até pensar em, quem sabe, ser *personal* depois de formada, até para públicos específicos, não é?** Como pessoas gordas, gestantes, idosos; trabalhar nesse nicho, mas como *personal* eu acho que é mais legal assim e eu percebo uma carência de profissionais, que divulguem e trabalhem, que atendem especificamente esses públicos, não é? Muito difícil você ver assim: eu trabalho com esse público; o que é mais divulgado são pessoas que trabalham com pessoas assim, gente mais dentro do estereótipo da sociedade; **então para mim tem sido bem legal, tenho aprendido bastante, tem sido bem assim, mudança de preconceitos que eu tinha com a área de musculação.** (ED1 - grifo nosso).

Para os usuários, a participação na elaboração dos protocolos de atendimento é fundamental na sua ASS, tanto os oferecidos pelas IES pesquisadas quanto os

oferecidos por outras instituições, sejam públicas ou privadas. Essa ASS que os usuários recebem levam a atribuir valor aos serviços, de acordo com o que Hughes e Vafeas (2018), a partir do axioma 4 de Vargo e Lusch (2016), que *postula que “O valor é sempre único e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário”*, se referenciam para conceber a CCV como a referência para a construção da LDS, valor primordial dos serviços prestados pelas IES e que, segundo os autores, necessita englobar os valores de cada ator e a atribuição de valor que, individualmente, aplicam a cada serviço e relacionamento prestado no ESS, compondo um universo de compartilhamento que fornece a configuração a esses ESS.

Essas práticas de ASS ocorrem como proposições e projetos diversos realizados por diversos setores das IES, conforme relataram o gestor EB11 e as funcionárias EE5 e EE6.

R. A gente trabalha muito com a educação em saúde, que é justamente com essa intenção de dar cada vez mais autonomia, então a gente tem alguns projetos, de todas as áreas, todos os cursos já nesse sentido: oficinas, workshops, encontros; há um movimento institucional também da gente aumentar projetos de extensão, em que a gente chame a comunidade para vir até a unidade, porque, na extensão, muitas vezes a gente vai até a comunidade, mas às vezes a gente precisa de um ambiente, por exemplo; a gente faz muito aqui na cozinha: ensinar sobre tais alimentos, então traz a comunidade para nossa cozinha pedagógica, então é um movimento institucional para isso e a nossa Clínica-escola tem muitos ambientes que propiciam. [...]. Tem um projeto aqui que a gente chama de “hiper frequentadores”; a gente criou para as pacientes que “hiper frequentam” a unidade, muitas vezes não conseguem receber alta, para entender por que esse paciente, o que é que ele está precisando, que autonomia que a gente não deu para ele ainda que a gente precisa dar? Para ele não ficar preso ao serviço de saúde, não é? Para justamente dar essa autonomia. (EB11 - grifo nosso).

R. Sim, o acompanhante do paciente, muitas vezes eles querem acompanhar a terapia; [...] os alunos e os supervisores sempre dão orientação, por exemplo de exercícios para casa, orientações, por exemplo para evitar acidentes, tirar tapete para não escorregar, essas coisas, então tem sim, o aluno ele passa essa informação paciente e para o acompanhante. (EE5).

R. Muitas vezes a maior parte dos pacientes são idosos, não é? então eles acabam não conseguindo vir, aí eles sempre mandam o filho, ou o esposo, ou neto, ou sobrinho, ou o próprio cuidador; aí eles vem e trazem a receita, com o documento do paciente, e a gente vê certinho o que o médico está solicitando, as recomendações, fala do medicamento que ele vai levar e no dia seguinte, quando ele volta para retirar; [...] e a gente passa as orientações certinhas, de como tem que tomar e como que ele vai retirar de novo, faz as orientações da receita e aí ele vai embora e passa isso para o paciente, essa orientação. (EE6 - grifo nosso).

A questão E4 abordou as práticas de ASS que ocorrem nos ESS pesquisados, verificando, de acordo com McColl-Kennedy *et al.* (2020), as interações que ocorrem

no nível micro dos ESS entre os vários atores, considerados como “entidades capazes de atuar em recursos potenciais para Cocriar Valor, seja positiva ou negativamente valorizado”, ou seja, cada ator tem o potencial para mudar as configurações dos papéis que exerce, fato que, por sua vez, reconfigura a atuação dos outros atores, mudando o enfoque tradicional da saúde, onde os atores primordiais são o médico e o paciente, atuando em relação diádica. Porém, segundo os autores, em uma visão multidisciplinar e mais atual da saúde, todos os outros profissionais dessa área também são atores focais dos ESS e, primordialmente, pacientes, cuidadores e familiares exercem o papel de "especialistas", porque, ao longo da convivência com os pacientes desenvolvem conhecimentos e competências, frutos da sua experiência em lidar diariamente com as suas condições de saúde ou dos seus familiares.

Dessa forma, as práticas de ASS provocam efeitos positivos nos níveis micro e meso dos ESS, identificadas nas IES pesquisadas, reforçam a relação entre a PC6 de Frow *et al.* (2016) e o Objetivo Específico 3 desta tese, confirmando que, quando as funções dos usuários e dos prestadores de serviços se complementam e são integradas construtivamente aos processos e protocolos dos ESS, se estabelece a integração bem-sucedida de recursos, como a adesão dos usuários aos serviços e à aquisição de hábitos saudáveis de vida e formação de qualidade para os alunos.

4.5.5 Bloco E – Conclusão

As respostas ao Bloco E, resumidas no Quadro 15, proporcionaram 16 tópicos, entre PCCV identificadas e sugestões de aprimoramento dos serviços. Em destaque a interdependência de papéis entre os atores, conforme Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017), que nas IES pesquisadas atuam tanto como receptores de formação como formadores e, em forma bem-sucedida na integração de recursos, geram PCCV que são incorporadas aos ESS, em resposta direta ao Objetivo Específico 3 desta tese, referente à PC6 (FROW *et al.*, 2016).

Esta resposta se confirma ao se analisar a existência, de atividades de ASS para todos os atores, que, de acordo com Simmonds e Gazley (2021), geraram VI para todo o ESS e de práticas de compartilhamento de conhecimento e integração de recursos entre os setores e propostas para compartilhar esse conhecimento com o ESS amplo (nível médio do ESS).

Quadro 15 – Bloco E: Quadro resumo

Bloco E		Referente à PC6 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 3 desta tese: Analisar práticas que impactam o acesso a recursos em ESS		
Dados a serem analisados:		g) Averiguar a existência de PC;	h) PCs: modelo cocriador	i) Gerar VI - ESS em todos os níveis
		PCCV identificadas e propostas para os serviços	Respostas: Objetivo 3 – PC6	Referencial Bibliográfico:
E1 - Questão norteadora		Os usuários e/ou seus parentes e/ou responsáveis participam da elaboração dos protocolos de atendimento e serviços que serão prestados? Exemplos?		
E2	Existem práticas de compartilhamento de conhecimento entre os profissionais, pacientes, parentes e/ou responsáveis. Exemplo?	1. Atividades e oficinas multidisciplinares: formação	Compartilhar recursos - atores	Pinho <i>et al.</i> (2014) Beirão <i>et al.</i> (2017)
		2. Protocolos formais e práticas informais de compartilhamento de conhecimento; Integração diádica e interdependência: confiabilidade	Objetivo 3: FCCV - LDS; integração dos recursos e interdependência	Pinho <i>et al.</i> (2014) Beirão <i>et al.</i> (2017)
		3. Programa de reabilitação Pós-Covid: demanda e multidisciplinaridade	Compartilhar: conhecimento	Pinho <i>et al.</i> (2014)
		4. Compartilhamento intersetorial de conhecimento: Funcionários e usuários formam professores e alunos	Interdependência - papel atores: CCV	Pinho <i>et al.</i> (2014)
E3	Esse compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e usuários pode gerar novos modelos de governança e instituições dentro do próprio ESS, que possam levar à melhoria e do ESS e dos serviços prestados? Exemplos?	5. Entraves institucionais e burocráticos superados: compartilhamento de conhecimento e novos recursos, acolhidos pelos gestores e IES	PCCV - 6ª Lição: desafios X potencialidades Interação - ESS	Dessers e Mohr (2020) Ciasullo <i>et al.</i> (2017)
		6. Proposta: Formação dos alunos - compartilhar conhecimento - setores	Compartilhar conhecimento	Pinho <i>et al.</i> (2014)
		7. Proposta: Compartilhamento de Conhecimento - ESS amplo.	PCCV – VI: bem-estar do ESS	Simmonds e Gazley (2021)
		8. Proposta: Compartilhamento de conhecimento - parcerias das IES com os Serviços Públicos de Saúde	PC7: PCCV relacionamentos e oportunidades	Brodie <i>et al.</i> (2021) Frow <i>et al.</i> (2016)
		9. Proposta: PCCV - fornece às IES e ao ESS: “linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias”	PF1 e PC2: IES SUS - LDS pilar relações - ESS	Frow <i>et al.</i> (2016) Vargo e Lusch (2016)
		10. Proposta: Modelo de ACP para todo o ESS	Gerar VI para todos os atores	Simmonds e Gazley (2021)
		11. Práticas de compartilhamento de conhecimento entre todos os atores	PC6 e Objetivo 3 desta tese	Frow <i>et al.</i> (2016)
E4	Existem práticas contínuas de formação dos usuários para a utilização dos serviços que lhes são prestados? Poderia nos dar um exemplo?	12. Resistência e não-adesão à proposta das IES - readequação de protocolos- impacto direto: concepção dos usuários sobre atividades físicas.	4ª: ASS - concorrentes integração malsucedida	Davey e Grönroos (2019) Simmonds e Gazley (2021)
		14. Estágio curricular: Formação qualificada - interações entre os atores - característica das IES: LDS e CCV	ASS – atores fatores pessoais e relacionais	Batterham <i>et al.</i> (2016)
		15. ASS: impulsiona os usuários a atribuir valor aos serviços prestados pelas IES	Axioma 4: usuário - valor / CCV - LDS	Vargo e Lusch (2016) Hughes (2018)
		16. Funções integradas - processos e protocolos: adesão; hábitos saudáveis; formação de qualidade para os alunos.	PC6 e Objetivo 3 integração bem-sucedida - ESS	Frow <i>et al.</i> (2016)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

4.6 Bloco F

Este bloco se refere à PC7 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese: Analisar práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais em ESS, que emergem em função do conhecimento compartilhado entre todos os atores e a potencialidade desse compartilhamento em proporcionar melhorias e gerar novos modelos de governança para serviços de saúde.

A questão norteadora (F1) deste bloco indagou se existe produção e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais das IES e de outras instituições que prestam serviços de saúde, analisando o compartilhamento de conhecimento entre os atores e com instituições públicas de saúde, discutindo o seu potencial para produzir efeitos positivos em todos os níveis do ESS.

Esta questão foi complementada por 3 questões: inicialmente buscou-se saber se existem práticas de compartilhamento de conhecimentos e serviços entre os profissionais dos vários setores de cada IES (F2) e das IES com outras instituições que prestam serviços de saúde à população (F3). Concluiu-se este bloco perguntando aos entrevistados se eles consideram essas práticas de compartilhamento de conhecimento e serviço como tendo potencial para gerar resultados positivos no bem-estar dos atores e de todo o ESS no qual as IES pesquisadas estão inseridas.

A discussão deste bloco está referenciada por Pinho *et al.* (2014) e Beirão *et al.* (2017), que apresentaram o “compartilhamento”, o monitoramento de recursos, a geração de governança e de novas instituições como FCCV que promovem boas práticas que geram bem-estar em todo os ESS; por Dessers e Mohr (2020), com a 7ª Lição da Perspectiva Ecológica para o ESS, que preconiza que para uma organização individual é necessário ter uma conexão “vibrante” com o ESS e por Ciasullo *et al.* (2017) que afirmam que atores capazes de compartilhar experiências, recursos e novos conhecimentos cocriados, proporcionam melhorias no desempenho e serviços prestados pelos ESS.

Este bloco foi complementado pela questão final (Bloco G), que permitiu aos entrevistados acrescentarem mais informações que porventura houvessem escapado ao formulário aplicado.

4.6.1 Bloco F – Questão F1 - Norteadora

Existe algum compartilhamento e/ou produção de conhecimento entre os profissionais da sua instituição e de outras instituições envolvidas na prescrição dos tratamentos e no atendimento aos usuários? Poderia nos dar algum exemplo?

De acordo com a 2ª proposição de Davey e Grönroos (2019), os prestadores de serviços em saúde disponibilizam as funções de ASS, ao produzirem e gerenciarem a capacitação para as normas e processos que regem os ESS, concepção relacionada à PC4 da tipologia de Frow *et al.* (2016): PCCV que impactam o ESS, geradas ou delimitadas pelo contexto e valores compartilhados nos ESS.

À primeira vista, essa proposição de Davey e Grönroos (2019) aponta para uma visão mais tradicional da saúde, onde o conhecimento pertence aos profissionais que prestam serviços, que o disponibilizam para “alfabetizar” os usuários para a utilização dos serviços de saúde. Essa concepção justifica a escolha dos autores pelo termo “alfabetizar” em vez do termo “formar”, dado que a área de conhecimento acadêmico sobre a saúde é praticamente inacessível aos leigos.

Porém, uma análise mais aprofundada da pesquisa de Davey e Grönroos (2019) e dos próprios resultados desta tese demonstram que também os usuários, familiares e cuidadores são geradores e compartilhadores de valor e de conhecimento para todo o ESS, em função de a convivência diária com as suas condições de saúde gerar um saber prático que, compartilhado durante as relações diárias com os demais atores, aperfeiçoa os serviços prestados e pode gerar políticas públicas de saúde.

Aprofundando essa discussão, os achados desta tese e a análise realizada no parágrafo anterior, Davey e Grönroos (2019) explicam que a 2ª proposição do seu trabalho significa que os usuários tanto adquirem quanto transformam e agem sobre os recursos de conhecimento, gerados cotidianamente a partir das decisões que precisam tomar sobre como lidar com suas próprias condições de saúde, exercendo papéis dinâmicos nos processos recíprocos de ASS que ocorrem entre todos os atores, aprimoram os serviços e cocriam valor.

Alicerçada nessa concepção do papel de todos os atores no compartilhamento de conhecimento que gera ASS recíproca e contribui para o bem-estar de todo o ESS, a questão F1 deste bloco norteia as reflexões que emergem das demais questões, discutidas a seguir.

4.6.2 Bloco F – Questão F2

Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços entre os profissionais do seu setor e dos outros setores da sua instituição? Algum exemplo?

De acordo com Hlongwane e Grobbelaar (2022), a qualidade do processo de compartilhar, utilizar e aprimorar o conhecimento fornece solidez à CCV nos ESS. Nesse processo vem em relevância uma visão mais holística dos atores e da rede de relacionamentos que tecem entre si, durante as atividades de prestação e recebimento de serviços, visão que permite melhor compreensão e identificação da ação que fez esse valor emergir, delineada pelas redes de aprendizagem que permitem o fluxo contínuo de conhecimento, que aprimora os procedimentos e desenvolve no ESS práticas institucionalizadas de CCV.

Essa proposição de Hlongwane e Grobbelaar (2022) foi identificada nas respostas das gestoras EB2 e EB3, sobre a necessidade de criar ou aprimorar reuniões de estudos de caso, o matriciamento, práxis multidisciplinar de instituições acadêmicas na área saúde, identificadas em um dos ecossistemas estudados, enquanto em outro ocorre mais comumente dentro de cada setor e curso específico, também em função das demandas de atendimento aos usuários, conforme relatou a gestora EB1, sobre um caso de compartilhamento entre os setores da IES, que ocorreu em função das necessidade de atendimento de urgência para uma usuária.

Em relação ao compartilhamento de conhecimento entre os setores, as gestoras EB2 e EB3 salientaram ainda as contribuições que as características de cada área que atua na IES fornecem aos atores. Estes, uma vez que tomam consciência dessas contribuições, ampliam sua formação e compreensão do funcionamento global do ESS, em uma aprendizagem que pode ser considerada como uma ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019) entre categorias profissionais.

R. Sim. [o compartilhamento de conhecimento com outros setores] Funciona. E tem sido alvo de elogios, porque às vezes um profissional não faz ideia da atuação do outro profissional. Um exemplo que eu vou te dar e que foi muito interessante: em uma dessas discussões e apresentações de caso, a grande maioria desconhecia a função da terapia ocupacional (TO) também na cognição; [...] **na ocasião era a discussão de um caso da geriatria e as pessoas: “Por que que agora a TO vai falar? Onde entra na TO nesse caso?” Então, as pessoas associavam muito a TO restringindo uma área, restrita à adaptação e não a outras particularidades.** Assim como a nutrição associa muito a dieta para a redução do peso, não é? Você tem ali: “olha, nutrição é sinônimo de

obesidade, de hipercolesterolemia, diabetes”; e aí eles não conseguiram associar que um paciente caquético, não tem condições de evoluir com os exercícios se não tiver o suporte nutricional. Então são muito ricas exatamente por conta disso. (EB2 - grifo nosso)

R. Desde o semestre passado a gente estava num movimento importante junto com o curso de fisioterapia, porque a gente tem muito paciente da neurofisioterapia encaminhado para nós, para esses cuidados nutricionais, até para apoio no tratamento da fisioterapia; a gente está tendo uma aproximação, nós fazemos internamente muitas discussões de casos clínicos, que chamamos de “round clínico” e aí nós fizemos uma parceria com a fisioterapia, de pacientes que são atendidos em comum, e nós fizemos discussão de caso clínico de um paciente nosso com uma síndrome bem rara, bem complicadinha; e aí a gente começou a retomar esses atendimentos, essas discussões agora, a partir desse semestre. [...] Então tem essa interação; os cursos que a gente tem mais aproximação hoje são a fisioterapia e a academia escola, por conta dessa troca de encaminhamento de pacientes para apoio ao nosso tratamento; também temos o apoio da clínica de psicologia [...] fazemos encaminhamentos. (EB3 - grifo nosso).

R. Vou dar um exemplo ali da reabilitação: [...] Uma criança precisava de uma inalação, ela estava com o que a gente chama de broncoespasmo, só que o médico dela está aqui hoje também, então eu subi, junto com um aluno, falamos com o médico dela, o médico pediu para ela subir e ela está lá com o médico agora, fazendo inalação. Então tem toda essa interação, porque se não tem isso ela tem que sair daqui agora para o pronto socorro, porque ela realmente estava com o pulmão bem fechado, ali e aí fazendo uma inalação, o médico já conhece, viu? ela vai melhorar a oxigenação, vai melhorar tudo e aí ele vai ver se realmente vai precisar mandar ou não [para o pronto socorro]; então a gente tem muito esse contato com os outros setores. (EB1 - grifo nosso).

Kaartemo e Käsäkoski (2018) apresentaram proposições que descrevem o processo de CCV que ocorre ao longo do fluxo de atendimento em ESS. Quatro dessas proposições foram identificadas em respostas dos entrevistados à questão 2.

A proposição 1 de Kaartemo e Käsäkoski (2018) detalha um fator já consolidado na área da saúde, de que a coleta completa e precisa das informações dos pacientes são determinantes para a correta utilização desse conhecimento em um ESS, proposição que está em consonância com as respostas dos gestores EB4 e EB5, que discutiram sobre o fluxo interno que permite aos usuários o atendimento multisetorial e multiprofissional nas IES pesquisadas e também com outras instituições, destacando o acompanhamento que cada setor fornece aos usuários.

R. E como que esses pacientes chegam até a mim, gestão do curso: por meio da profissional do setor, então a gente tem esse fluxo de, vamos dizer assim, de hierarquia, no de fluxo de informações dos pacientes. [...] Hoje mesmo aconteceu isso, discutimos um caso de uma paciente, que vai ser atendida na clínica de nutrição, que foi encaminhada pela clínica de fisioterapia e a professora veio discutir o caso comigo, ver se o andamento estava OK, se tinha alguma coisa para acrescentar. (EB4 - grifo nosso).

R. **É feito um encaminhamento: nós temos um formulário de encaminhamento e muitas vezes a gente até consulta o outro setor primeiro, para que a gente faça o encaminhamento**, que vai, por exemplo, da fisioterapia para educação física, da fisioterapia para a enfermagem, da fisioterapia para a nutrição; geralmente quando encaminhamos o paciente, nós acompanhamos o paciente inclusive até o local, quando está aberto, e tal; se não está aberto ele retorna outro dia, **mas nós acompanhamos ele até para poder dar entrada nesse tratamento multidisciplinar, no caso agregar**, isso aí, não é?. (EB5 - grifo nosso).

A proposição 2 de Kaartemo e Käsäkoski (2018) reforça que, após a coleta, a transferência e o armazenamento das informações dos pacientes são importantes para o encaminhamento dos usuários dentro do fluxo de serviços prestados no ESS.

As respostas dos gestores EB6 e EB8 confirmam essa proposição, ao relatarem que esse contato ocorre de maneira informal, com o profissional responsável pelo encaminhamento daquele usuário se dirigindo espontaneamente ao profissional do outro setor que o receberá para discutir aquele caso específico, reforçando a necessidade de esse contato ser mais regular e institucionalizado, para além das guias de encaminhamento e dos contatos informais, como exigiria uma ação educativa que de fato fosse multidisciplinar e que, segundo os entrevistados, necessita ser implantada ou mais valorizada nas IES pesquisadas.

R: De acordo com a avaliação são indicados serviços de outras instituições; então, dependendo da pessoa, a gente pode pedir para fazer um exame no laboratório e aí eles tomam conhecimento que existe o laboratório. **Às vezes, os outros cursos ou as outras clínicas, tem algum trabalho específico e divulgam na academia e eles se interessam em participar. [esse contato com os professores de outros setores] é mais esporádico. De acordo com a necessidade mesmo, né? Já houve uma época que ele era mais institucionalizado, faziam reuniões temáticas regulares, né?** Mas atualmente ele é de acordo com a demanda. Então se sentiu a necessidade de algum atendimento, então se conversa ou se a pessoa veio encaminhada de um outro setor, de ter uma conversa para saber qual foi a evolução, mas são casos mais específicos mesmo. (EB6 - grifo nosso).

R. **Olha, não é algo que aconteça de forma sistemática, é algo que acontece de maneira esporádica, pontual. Não existe uma interligação, uma correlação entre os serviços; seria importante que existisse, sem dúvida, todo mundo quer, então precisa acontecer. [...] a gente fala muito na interdisciplinaridade a importância disso na área da saúde**, porque um paciente hipertenso, por exemplo, muitas vezes ele toma um medicamento para hipertensão, mas existem outras atividades que ele precisaria melhorar, então seria um paciente muito importante para a nutrição controlar a dieta, para educação física, que previne um agravamento, enfim, tem várias maneiras aí da gente trabalhar em conjunto, mas de fato isso não acontece. (EB8 - grifo nosso).

A Proposição 3 de Kaartemo e Käsäkoski (2018) diz que a criação e o compartilhamento de conhecimento influenciam a forma como as informações e o conhecimento são utilizados em um ESS e se relaciona precisamente à resposta do

gestor EB10, que discorreu mais longamente sobre a necessidade de a IES voltar à institucionalização do compartilhamento de conhecimento com os outros setores.

Essa ação, na IES A, deixou de ser realizada, havendo práticas que poderiam ser implantadas e que estão relacionadas à PC7 de Frow *et al.* (2016): eventos internos, reuniões acadêmicas para “estudos de caso”, denominadas “matriciamento” e o encaminhamento integrado dos atendimentos, que poderiam funcionar como momentos de estudo, geração e compartilhamento de conhecimento entre os docentes e alunos dos diversos cursos envolvidos, prática que pode se estender para as outras instituições pesquisadas, por meio de fóruns e congressos acadêmicos.

R. Temos, [...] há um contato informal; [...] **Ele é um contato informal, aqui “de corredor”, mas há pequenas tratativas, para tentar tornar isso formal, regular; só que já foi tentado do tempo que eu estou aqui, que são esses seis meses, tentamos por 2 ou 3 vezes tornar isso regular e não foi possível, não foi possível. Mas há sempre conversas esparsas... ah! Precisa, precisa; vamos, mas não é efetivado [...] Quando há, é mesmo muito esparsa, muito irregular; essas conversas, a toada, a conversa, o assunto é sempre esse: de voltar com um projeto que houve há um bom tempo atrás [...] as clínicas se falavam, os cursos se falavam: estudos de caso, reunião de grupo. Então sempre aquilo era muito bom, precisamos voltar, precisamos voltar, mas fica nisso, mas eu também acho que tenho que voltar e que é necessário. [...] Nós tivemos, não sei se precisar o tempo, talvez em torno de 4 anos atrás mais ou menos, a professora que então coordenava o ambiente e eu me lembro dela preparar os dados e até chegou a apresentar isso em congresso, só do ponto de vista da academia-escola: a quantidade de usuários, atendimentos feitos, tipo de atendimento; isso eu sei que ela fez. Do ponto de vista dos outros cursos, a última conversa que nós tivemos, foi um pouco mais formal, tratou de outras pautas, mas também dessa volta do trabalho interdisciplinar, uma pessoa específica lá pontou: “olha! Isso é muito bom, porque nós vamos fazer produção científica, nós temos muitos dados; no fundo aqui o DNA nosso é a pesquisa etc., etc.”. Então há essa consciência. Não há materialização! [...] Trocar experiências, os relatos de caso, também é algo que poderia acontecer e talvez incentivaria também, já que a gente tem alguns entraves aqui, mostrando experiências bem-sucedidas, talvez seria um ponto positivo para nós. [...] Tornar materializada a discussão teórica que é feita aqui é papel da universidade. (EB10 - grifo nosso).**

A Proposição 4 de Kaartemo e Känkäkoski (2018) aborda a temática do uso da informação e do conhecimento em um ESS influenciar a CCV, que se manifesta como progresso na mudança de comportamento em saúde por parte dos atores, proposição descrita na resposta da gestora EB12, que salientou que, na IES A, o compartilhamento de conhecimento com os outros setores ocorre sempre por iniciativa dos professores do próprio setor, sendo comum apenas entre alguns setores da IES, como a fisioterapia, nutrição e educação física, cujos profissionais possuem uma relação mais próxima.

P. Acontece, então por exemplo nós temos reabilitação fisioterapêutica, mas muitas vezes esses pacientes eles precisam, por ex., praticar uma atividade física e aí nós encaminhamos eles para a Academia-escola; ou tem paciente que chega para fisioterapia, no Pós-Covid, por ex. e ele está muito emagrecido, ele não tem condições de fazer fisioterapia naquele momento; então, antes de fazer a fisioterapia, às vezes até junto, a gente encaminha ele para clínica de nutrição [...] então dentro da Universidade, das Clínicas-escola que são possíveis dessa parceria, ela acontece [...] para o cuidador, futuramente a gente vai pensar também nesses encaminhamentos, que hoje ainda não temos. (EB12 - grifo nosso).

A mesma gestora EB12 discorreu sobre as propostas e projetos para implantar o compartilhamento de conhecimento como prática contínua e estruturada entre os diversos setores da IES A, que pode gerar momentos educativos e formadores para os alunos, tornando-se prática curricular comum aos estágios da saúde proporcionados pela IES e tem potencial para compartilhar conhecimento com outras instituições de saúde, tanto do serviço público como do particular.

Relatou ainda experiências nesse sentido que aconteceram durante a recente pandemia de Covid, quando outras instituições buscaram a IES para conhecer os serviços que estavam sendo oferecidos para reabilitação dos acometidos. Esse tipo de ação, tornada prática institucionalizada, agregaria valor e significância social e educacional para o trabalho desenvolvido pela IES e também possibilitaria, por ações de parceria, a realização de exames e atendimentos que a IES não oferece, ampliando as possibilidades de tratamento oferecidas aos usuários.

R. Sim. Essa também é uma proposta de isso se tornar cada vez mais frequente; então hoje a conversa é isolada: então por exemplo, a professora A. vê o paciente B., ele teve alta e ela observa a necessidade de ele continuar uma prática de atividade física; então a própria professora entra em contato com o professor da Academia-escola, verifica se lá tem vaga e agiliza esse contrato; não existe um fluxo contínuo, são casos esporádicos em que isso acontece. [...] Seria muito importante que, uma atividade que acontece isolada, vou dar um exemplo: nós temos a professora da neurologia, ela encaminhou um paciente para a clínica de nutrição, para ser atendido na nutrição e na clínica de neurologia e no final da bateria, eles fizeram uma reunião, para apresentação de um caso clínico compartilhado entre a nutrição e a fisioterapia; então eu acredito que essas discussões de caso compartilhado, elas precisavam ter um fluxo fixo; então assim, todo final de semestre, quais são as áreas que tiveram parcerias? Então, com a academia-escola, com a nutrição, com a clínica de psicologia, e aí marcar uma data de fechamento de estágio, para esses alunos participarem de uma reunião multiprofissional; porque a gente fala para eles de trabalho multiprofissional, mas qual a prática que eles vivenciam dentro da própria academia? Não tem. (EB12 - grifo nosso)

P. E que sugestões a Sra. teria para compartilhar esse conhecimento dentro da própria IES e com outras instituições?

R. **Eu trouxe uma ideia que acho que vai dar certo: eu vou fazer o primeiro “Simpósio Científico da Fisioterapia” no final do semestre; eu quero trazer ideias, trabalhos científicos; então, por exemplo, apresentação do TCC dos alunos, que passou pelo comitê de ética, que foi aprovado. Mas também “experiências exitosas em fisioterapia”.** Então um aluno que de repente propôs um andador de cano de PVC para um paciente, ela pode apresentar; um aluno que fez uma adaptação de uma orientação para um paciente com uma prancha, uma prancha de comunicação, construída pelo aluno com material reciclado, então eu quero trazer experiências exitosas da fisioterapia, não só aprovadas pelo comitê de ética, mas da prática da clínica, do dia a dia, **não só dentro da universidade. Então abrir caminho para alunos de outras universidades, para também mostrar o que eles e nós estamos fazendo. Então eu acho que esse pode ser um caminho. [...] eu vejo também que, na própria instituição, os alunos desconhecem os serviços que são oferecidos pela instituição. Então, partir primeiro de um trabalho interno, divulgar entre os setores e depois divulgar para fora; por exemplo: a “Semana da Educação Física”, eles vão fazer uma apresentação da educação Física. Por que não levar os pacientes da clínica para assistir essa apresentação, por exemplo, de ginástica rítmica; então a fisioterapia nesse dia vai ser o deambular com os pacientes pelos corredores até a apresentação; essa integração ela precisa começar primeiro entre os setores, dentro da universidade. [...] Eu acho também que se a gente não compartilha ideias, a gente acaba muito limitado e às vezes não dando o melhor para o paciente; “ah! Se não tiver uma plataforma de força, se ele tiver um dinamômetro desse digital, eu não vou avaliar a força do meu paciente!” Mas você só tem aquele instrumento analógico, meio enferrujado, mas você precisa utilizar esse instrumento, fazer a troca de saberes e achar ideias para aquela sua realidade, não é? [...] Então você tem que atender em 40 minutos, 4 pacientes de uma vez; então é também trazer um pouquinho do aluno para a realidade, não é? É o que eu falo: então muitas vezes “olha, isso aqui é o preconizado”; mas não é isso que você vai encontrar no mercado; nós também não podemos preparar os nossos alunos para uma formação, por uma orientação teórica, que não é o que ele vai encontrar no mercado; é uma outra realidade, vivenciar essa realidade é muito bom mesmo. Então vivenciar essa realidade do SUS, dos grupos, é muito enriquecedor para o aluno. (EB12 - grifo nosso).**

As professoras EC2, EC5, EC8 e EC9 confirmaram essa necessidade de troca de conhecimento entre os alunos dos diversos setores das IES:

R. Então, isso [o contato com professores de outros setores] seria desejável, não é? Mas isso não está acontecendo, porque eles têm que agendar a consulta e tempo que eu fico aqui ele acaba sendo um tempo restrito, não é? Logo termina; então eu não tenho tido tempo, seria o desejável, **uma vez a gente pensou isso, coisa de 3 anos atrás ensaiamos discussões de casos clínicos com todas as outras áreas: nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia, discutindo o problema, entendeu? Mas isso não prosperou, porque não era naquele momento, vamos dizer, não era meio que a intenção... a coisa não deu certo;** a gente pensou isso, fazendo discussões clínicas, envolvendo outros profissionais; **então você tem um caso clínico e descreve e o que como cada área poderia trabalhar, mas a coisa não evoluiu. É necessário, não é? Indispensável. (EC2 - grifo nosso).**

R. Eu acho fundamental, sabe? Porque eu acho que, primeiro, como existe essa linha bem tênue entre as duas especialidades. **Eu acho que é bom para a gente saber delimitar, assim, qual a atuação de cada profissional. Às vezes a gente tem um paciente em comum, só que o objetivo da**

educação física é um, o da fisioterapia é outro; e saber trazer essa diferença e ao mesmo tempo trabalhar em conjunto, porque eu acho que ainda existe uma dificuldade para os alunos saberem a importância dessas especialidades para o paciente; [...] então eu acho que seria muito importante essa interdisciplinaridade, sabe? Acho que iria somar muito para as duas especialidades. (EC5 - grifo nosso).

R. Sim, seria [importante o trabalho multidisciplinar]. Eu fiz o meu mestrado na Unifesp, na parte de Obstetrícia e lá a gente tinha obstetra, tinha psicóloga, tinha enfermeira, tinha fisioterapeuta, tinha assistente social, tinha dermatologista; então era um paciente passando com todas as especialidades, não é? Então, assim, e como acrescenta para o paciente várias visões; e isso acaba gerando qualidade de vida. Então vamos pensar assim: Ah! Chegou um paciente que tem uma lesão de ombro; a fisioterapia vai reabilitar pensando em função; educação física vai pensar em *performance*; então, assim, eu não vou fazer o trabalho da educação física e eu nem sei fazer o trabalho da educação física; **então eu acho que seria muito rico se a gente conseguisse juntar todas as especialidades. Aí eu falo: você comentou da nutrição, mas dependendo do paciente, também o pessoal da psicologia, por quê, vamos pensar num paciente que está obeso; esse paciente talvez ele tenha problema de joelho, de tornozelo, de quadril, ele vai passar pela fisioterapia, mas se ele não perder peso não vai adiantar, e eu não passo encaminhar ele para academia.** Também existe a questão de como perder peso, se eu ainda não sei nutrir a fome que não é física, mas é emocional; **então precisa de uma equipe mesmo, assim, para ajudar. [...] esse eu digo que seria um sonho para mim, ver, não só na pós-graduação, [...] mas dentro da graduação. Essa visão das especialidades mesmo, não é? Das disciplinas se unindo para atender um único paciente.** (EC5 - grifo nosso).

R. Enfim, essa seria a única ligação, assim, que tem diretamente com a clínica, basicamente o nosso atendimento lá [no hospital-escola da IES] é bem diferente do atendimento aqui na clínica, e eu até falo para os alunos, principalmente pela ligação que eles têm, direta, com outros profissionais da saúde; então, aqui, eu acho que eles ficam, por mais que às vezes a gente acaba incentivando, às vezes através de discussão de caso clínico, a gente convida alguns outros profissionais, até mesmo aqui da instituição, pensando em agregar outros cursos, mas geralmente eles se conversam entre a fisioterapia, não é? **Entre os supervisores da fisioterapia, entre os alunos aqui mesmo do estágio, não tem uma ligação direta com hierarquias diferentes, de profissões diferentes; então, lá no hospital, eu acredito que o que deixa mais diferente dessa comunicação é isso, porque o aluno aqui da IES, ele às vezes vai precisar se comunicar diretamente, às vezes pelo profissional do setor, ou ao gestor do setor, não é?** por mais que eu esteja lá intermediando as coisas, eu acho que isso é um pouco diferente; então geralmente a gente passa pelos setores, a gente faz o atendimento da fisioterapia e a instituição, pelo menos as áreas que a gente passa, a gente tem bastante autonomia e liberdade na escolha desse paciente, então a gente pega pacientes em diversos momentos de complexidade; pensando em um paciente mais grave, depende do que o nosso estágio e a área que a gente está no setor; e eu mesmo penso no que o aluno tem que viver, não é? Aprender; então geralmente a gente inicia por um setor em que a complexidade dos pacientes é menor, que é a enfermaria adulto e aí conforme o aluno vai evoluindo e que a gente já programa tudo num conteúdo lá, programático, na verdade de um cronograma de dias; e aí a gente vai para a UTI adulto e depois a gente vai para a parte pediátrica, inclusive a UTI pediátrica, no sentido de que o aluno está mais preparado [...] no finalzinho lá do estágio, a gente vai para a UTI e pediátrico; então basicamente é esse é o fluxo que a gente faz ali de atendimento. (EC8 - grifo nosso).

R. Eu acredito que sim, eu acho que integrar os cursos seria um forma muito boa; por exemplo: a gente hoje tem pouco contato com a medicina, e isso poderia ser muito agregador, tanto para os futuros médicos conhecerem os outros profissionais e o que os outros profissionais fazem, que eu acho que eles não tem muito essa noção, assim como para os outros profissionais, para as outras profissões também, terem um contato, um enriquecimento, com a medicina; então eu acho que isso seria bem agregador. (EC9).

Essa necessidade de compartilhamento de conhecimento com outros setores, apontada pelos gestores e professores como prática de aperfeiçoamento da formação propiciada pelos estágios, foi confirmada pelos alunos ED4, ED5, ED10 e pela funcionária EE1, que relataram não terem contato com outros setores, ou que este ocorre de forma esporádica e que consideram que seria importante que esse contato acontecesse, em uma prática que poderia ser considerada como ASS (DAVEY; GRÖNROOS, 2019) entre os alunos, profissionais e professores.

R. **Normalmente vem o prontuário e quem faz essa discussão com outros setores é o profissional, no caso do professor titular ali da academia, então o aluno a gente não tem contato com o profissional de outro setor.** [...] Seria interessante, mas assim, não é falha do professor, na verdade é falha de todo o sistema, não é? Porque quando vem encaminhado, ele só vem caminhando; não há uma discussão também do profissional do professor titular ali com profissional do outro setor. Ele apenas tem um contato aonde vai ele vai receber um prontuário, minimamente ali; então acaba que muitas informações a gente pega do próprio paciente quando chega; teria que ter sido pega provavelmente com um funcionário do setor. (ED4 - grifo nosso).

R. **Então, geralmente, se a gente durante o atendimento, a gente verifica a necessidade, por ex., do paciente um pouco desnutrido, ou acima demais do peso, a gente fala: olha, eu acho que seria legal encaminhar para a nutrição; ou se a gente nota, que ele tá um pouco mais triste, poliqueixoso, a gente fala: vamos encaminhar para a psicologia; ou seja, precisa de algum médico?** A gente sempre relata para o professor a sessão em que a gente notou durante esse atendimento e aí a gente faz um caminho junto com ele; e geralmente quem tem esse contato mais direto com o profissional do outro setor é o professor mesmo; então a gente faz o encaminhamento e geralmente a maioria dos professores tem esse contato direto [...]. (ED5 - grifo nosso).

R. Sim, alguns temos; não me recordo agora o nome, na nossa bateria de cardiorrespiratória, **nós tivemos um contato com uma aluna, estagiária que é de psicologia, não me lembro do nome dela, então a gente acaba tendo o contato dela atendendo os novos pacientes, como se fosse uma equipe multidisciplinar; no final, quando o nosso paciente melhora, a gente encaminha para Academia-escola, então a gente acaba ficando mais próxima ao *personal* de Educação Física, que a gente pensa nosso paciente tendo alta, porém eles vão para a academia.** (ED10 - grifo nosso).

R. Acho, acho [importante o contato com outros setores]. Porque às vezes o jeito que que eu faço não é o ideal, não é? E às vezes o que o pessoal faz lá na clínica é muito: “olha, a gente faz assim! “Nossa, que legal! Não tinha pensado nisso antes! Que tal eu fazer aqui, então eu acho que seria muito interessante, eu acho que o paciente vai se beneficiar também. (EE1).

A questão F2 do Bloco F tratou das práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços entre os atores de cada setor e entre os diversos setores das IES pesquisadas, que fornece solidez e permite melhor compreensão do processo de CCV nos ESS (HLONGWANE; GROBBELAAR, 2022).

O compartilhamento de conhecimento foi identificado nas respostas dos entrevistados, desenvolvendo-se como um fluxo de acolhimento e prestação de serviços que demonstrou, na prática, algumas das proposições de Kaartemo e Käsäkoski (2018) sobre esse processo de CCV. Contudo, verificou-se que esse compartilhamento de conhecimento ocorre de maneira mais informal e esporádica, necessitando, segundo os entrevistados, ocorrer de forma mais institucionalizada e constante, sendo uma boa prática a ser sugerida para as IES.

Concluindo-se a questão F2 do Bloco F, verificou-se resposta direta à PC7 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese, ao serem identificadas práticas criadoras de novos relacionamentos e oportunidades de interação, partilha de conhecimentos e de experimentações, como práticas de atendimento multisetorial para os usuários, de matriciamento e projetos nas IES que propiciem compartilhamento de conhecimento entre os setores que, no momento, ocorrem de forma esporádica, mas que se pretende que se tornem contínuos e proporcionem melhorias e novos modelos de governança para esses serviços de saúde.

4.6.3 Bloco F – Questão F3

Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços com ESS mais amplos, como instituições estaduais e federais de saúde e/ou outras instituições que prestam serviços ao público? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão se refere à 7ª Lição para o ESS, de Dessers e Mohr (2020), que defendem que é essencial para uma instituição ter uma conexão dinâmica com o ESS. Também está relacionada diretamente à PC7 da tipologia de Frow *et al.* (2016), que aborda as práticas criadoras de novos relacionamentos que geram oportunidades interativas e experimentações de novos modelos organizacionais para os ESS.

Essa conexão dinâmica das IES pesquisadas com o nível médio do ESS foi identificada em práticas de compartilhamento de conhecimento, que ocorrem por

iniciativa dos próprios professores e por convênios com instituições e ONGS parceiras, conforme relataram os gestores EB7, EB9 e EB11, confirmando Ciasullo *et al.* (2017) que afirmaram que atores capazes de compartilhar experiências, recursos e criar novos conhecimentos permitem ao ESS melhorar seu desempenho e serviços.

R. [O compartilhamento com outras instituições] acontece, às vezes, normalmente de profissionais nossos, normalmente da medicina, da fisioterapia, que atuam em outros lugares, que acabam encaminhando alguns pacientes para a gente, ou então das nossas parcerias, então o serviço social trabalha aí bastante com parcerias com ONGS, Institutos e aí normalmente a gente acaba fazendo uma troca [...] ex.: a gente não tem fonoaudióloga, então a gente encaminha para uma do instituto, que precisa passar uma criança no pediatra, aí manda pra gente, então a gente faz esse contato com as instituições parceiras. (EB7- grifo nosso).

R. Não, a gente não tem contato pessoal [com o médico externo]. Em casos muito específicos, a gente, às vezes pede ao paciente que vai passar pelo retorno do médico, para que ele peça para o médico um relatório, mas nada frequente só em casos específicos [...] Nós tivemos uma experiência, há uns 10 anos atrás, mais ou menos, de termos uma fisiatra (do serviço público) atendendo no setor da clínica de fisioterapia e era bastante interessante, era bem interessante ter esse profissional, para que a gente conseguisse trabalhar de maneira multidisciplinar. (EB9 - grifo nosso).

R. Para os serviços que a gente não atende aqui na unidade, a gente faz muitas vezes o encaminhamento externo, seja para outras parcerias ou seja para o próprio SUS, via UBS. [...] A gente tem o nosso setor de serviço social, então quando a gente tem necessidade externa, encaminha o paciente ao nosso serviço social, que vai dar toda assessoria para que esse paciente consiga esse atendimento externo; então, encaminhamos: olha, tem que colocar na rede básica esse paciente. Nosso serviço social entra em contato com a UBS mais próxima e a partir daí vai dar andamento a todo o fluxo junto ao serviço social do local; esse trabalho só é finalizado quando a gente garante que esse paciente tenha conseguido atendimento, até porque a gente dá as validações internas [...]; então o serviço social ele faz esse acompanhamento e essa garantia de que o paciente vai conseguir esse atendimento. (EB11 - grifo nosso).

Em relação ao compartilhamento de conhecimento dentro da IES B e com outras instituições, o gestor EB11 salientou que essa prática já existe internamente na Clínica-escola, inclusive com propostas para realização de estágios em parceria, por exemplo, entre a IES e uma ONG ou clínica que ofereça um serviço que a IES não oferece e vice-versa, complementando a grade curricular de formação para os alunos e que seria uma boa prática a ser implantada para outras instituições, sejam de saúde e de ensino, sejam ONGs que atuam em parceria com a IES.

Essa resposta do gestor EB11 está em sintonia com Dessers e Mohr (2020) que, no contexto dos ESS dos 15 países que analisaram, encontraram capacidades gerenciais que são sustentáculos para esses ESS: a capacidade de responder a um ecossistema em constante evolução e de se estruturar em resposta; estratégias de

gerenciar ativos a partir da atuação de cada ator, no sentido de compartilhar o destino do ESS a partir do impacto gerado pelas medidas de CCV.

R. **Enquanto gestão da educação, a gente fomenta cada vez mais a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade; então hoje a gente tanto tem atendimento de diversos profissionais, de diversos alunos, de várias áreas, que atendem esse paciente no mesmo momento**, então o paciente às vezes passa uma tarde aqui, ele fica naquela mesma sala; entra nutricionista, entra o psicólogo, entra o serviço social, entra o médico; sempre com os seus alunos. **E existem as discussões de caso também, então às vezes o paciente foi atendido em clínicas diferentes, em horários diferentes, mas senta-se para conversar sobre ele, então existem esses dois formatos; hoje eu diria que isso seria 10% do nosso modelo de atendimento [...]** Acredito que a gente tem que crescer muito, e a gente, como educação, a gente quer que isso cresça e a gente também quer que isso seja realidade cada vez mais no serviço de saúde aí fora. [...] **Hoje a gente faz só internamente, entre os cursos das IES, entre os 10 cursos que nós temos, a gente não faz externamente, mas seria uma boa, é algo que seria bom [...]** uma boa prática, exatamente! Uma boa prática. Acredito que a gente ainda gostaria de crescer muito nesse sentido aqui, então esse é um esforço nosso, diário, acredito que uma vez que a gente esteja fortalecido, fazendo muito bem internamente, é o momento de a gente começar a expandir. (EB11 - grifo nosso)

P. Como acontece essa parceria com o SUS e outras instituições?

R. Não há um fluxo direto do serviço público para cá, porque nós não estamos inseridos na rede SUS, então hoje **a nossa maior parte de atendimentos aqui vem de instituições parceiras, entidades filantrópicas, algumas ONGS, que encaminham para a gente; geralmente elas fazem conosco um termo de parceria.** [...] Então é mais um termo para ficar muito claro o que a gente disponibiliza; e **essas instituições encaminham o paciente via Serviço Social. Uma vez que a gente fechou a parceria, a instituição parceira terá uma lista de 30 crianças por exemplo, ela passa por um Serviço Social, para que alimente as agendas junto com a recepção, então esse que é o fluxo que temos aqui.** (EB11 - grifo nosso).

P. E esse tipo de parceria é muito importante para o aluno?

R. Acho que sim. **Aqui também é uma coisa bem legal, que talvez faça sentido: muitas vezes, vamos pensar num estágio que eu não tinha aqui na unidade, e aí as coordenações de cursos e professores me propõem: olha a gente queria abrir um serviço com tal perfil, por exemplo: o nosso objetivo educacional é ensinar sobre tal doença; muitas vezes eu não tenho esse perfil aqui dentro, então eu corro atrás de instituições parceiras que têm, vamos supor: eu quero trabalhar com diabetes de tipo 1, quero ensinar para o meu aluno, então vou atrás de instituições filantrópicas que trabalham com diabético tipo 1 e ofereço o serviço, faço essa parceria** e acaba que muitas vezes essas instituições parceiras, elas não têm um atendimento médico, então na maioria das vezes, quando a gente sugere um atendimento médico, ainda mais com o apoio de exames que a gente tem, que a gente faz, impulsiona, é algo que essas pessoas são muito carentes, por exemplo.: a gente tem creche para crianças, mas eles não têm um atendimento em saúde, então geralmente é muito válido para eles ofertar o serviço de saúde. (EB11 - grifo nosso).

Na mesma linha do gestor EB11, a gestora EB12 relatou práticas de compartilhamento de conhecimento com outras instituições do nível médio do ESS,

mas salientou que o contato com o médico externo, que encaminha os usuários para as IES, ocorre de forma esporádica, por iniciativa dos professores e por via indireta, por meio de guias de encaminhamento entregues para os pacientes.

Esta resposta está em consonância com as redes desenhadas pelos entrevistados e foram abordadas no item 4.2 do Bloco B. Demonstraram que os médicos externos estão em regiões periféricas do nível micro do ESS que, no caso desta tese, são as IES pesquisadas. Esse contato com os profissionais externos ocorre de forma esporádica e por iniciativas pessoais dos gestores e profissionais.

R. Eu acho muito importante [compartilhar conhecimento com outras instituições]; quando teve o Covid, nós chegamos a receber, ali no pico da pandemia, quando nós abrimos o ambulatório de recuperação Pós-Covid, nós recebemos vários contatos de clínicas de fisioterapia, querendo conhecer, querendo saber o que nós estávamos fazendo; não só do SUS, não só de clínicas públicas, mas privadas também. Eu lembro que eu recebi uma médica do OS de um hospital famoso na cidade, que ia montar um serviço de reabilitação, e queriam ver o que que nós estamos fazendo, qual o custo; então acho que essa troca de experiência entre os setores é muito enriquecedora; [...] **então tem a possibilidade de troca de protocolos, de troca de ideias, de adaptações.** [...] **O médico desse indivíduo, o usuário, é importante, porém o nosso contato com o SUS não tem um fluxo estabelecido. Em algumas ocasiões, se necessário, o próprio professor faz um encaminhamento, entrega para o paciente, pede para que ele retorne ao médico, mas acaba sendo uma peça à parte nessa rede de atendimento da Clínica-escola.** (EB12 - grifo nosso).

Confirmando o Objetivo Específico 4 e a PC7 Frow *et al.* (2016), a professora EC8 relatou um serviço da Clínica-escola de fisioterapia da IES A, que é a confecção e doação de órteses para instituições parceiras, em uma atuação de cooperação e oferta de expertise, que se relaciona com o depoimento do usuário EA8, o qual recebeu treinamento e preparação para colocar uma prótese.

A gestora EB8 relatou uma prática de compartilhamento de conhecimento com outras instituições, realizada pela IES A: um treinamento para profissionais da Saúde Pública Municipal, financiado pelo Ministério da Saúde, ampliando o alcance dos serviços prestados pelas IES ao nível mega do ESS amplo (FROW *et al.*, 2016).

R. Sim, sim; é que a escolha desse caso clínico foi mais por conta de ser uma doença rara e que uma das mães participa de uma associação, e aí a gente queria fazer todo um trabalho, o professor A. fez a doação desses dispositivos, de órtese para a instituição; então a gente fez então todo um trabalho de atuação de várias áreas, então foi bem legal. (EC8).

R. Através desse [trabalho aqui na IES] é que eu vou colocar a prótese, estou treinando para colocar a prótese, tanto que eu nem estou fazendo mais aqui, eu estou fazendo lá na clínica; porque eu conversei com o prof. A. e como o tratamento que eu estou fazendo aqui é o mesmo que eu faria na clínica,

então é melhor deixar a vaga para outra pessoa para treinar aqui. Mas foi essencial esse trabalho aqui. (EA8).

R. Olha, a gente teve um trabalho aqui muito importante, que começou em 2017, que foi na área de fitoterapia; nós recebemos um financiamento do Ministério da Saúde para instituir treinamentos de fitoterapia no município, depois em 2019 a gente conseguiu um outro edital, participamos de um outro edital do Ministério, onde a gente conseguiu uma outra verba, para manipular o medicamento fitoterápico, então nesse meio tempo a gente fez alguns treinamentos com médicos, nutricionistas e enfermeiros da rede pública de São Caetano; então esse é um momento muito bacana de treinamento, onde a gente realmente levou a universidade lá para o dia a dia da UBS, para o NASF, que é o Núcleo de Assistência à Saúde da Família, então esse foi um trabalho bem legal, mas ele já finalizou, a gente não tem mais essa verba; a gente ainda manipula medicamentos para a rede pública, mas os treinamentos em si já finalizaram. [mais ainda] falta essa interação. Eu acho que a medicina tem um papel importante nisso, não é? **Porque hoje a gente já tem médicos na rede pública que são nossos ex-alunos, então fazer essa integração também seria muito importante. (EB8 - grifo nosso).**

De acordo com essas respostas dos entrevistados sobre o compartilhamento de conhecimento com outras instituições, verifica-se que esses contatos ocorrem via iniciativas isoladas dos profissionais das IES, que se caracterizam como laços fracos das redes de relacionamento, de acordo com Hanneman e Riddle (2005), porque esses contatos ocorrem mais por informações trocadas informalmente e de forma esporádica com os profissionais de outras instituições e do serviço público, conforme relataram as gestoras EB1, EB2 e EB3.

R. É mais com a assistente social, que passa para a gente, então às vezes vem e-mail de encaminhamento: olha eu estou colocando esse paciente agora aqui na lista, mas é um paciente grave, então a gente vê, porque às vezes a gente precisa chamar para avaliação antes. **E aí essas outras instituições, postos de saúde, acabam mandando e entrando em contato com a assistente social e a assistente social passa pra gente;** a gente com a assistente social, está o tempo todo conversando. (EB1 - grifo nosso).

R. **Infelizmente nós não temos vínculo com profissionais de outras instituições,** a não ser que... E aqui eu acho que depende muito da interpretação, que a gente esteja falando de docentes supervisores que atuam em outras instituições, aí sim, porque eles têm condições de contribuir com a experiências, vivências diferentes, por várias questões, principalmente questões ambientais, recursos, enfim. [...] É um contato informal, totalmente informal. Vou te explicar: aqui na fisioterapia, só a título de curiosidade, o que acontece é que em muitas profissões, o estágio, ele não é acompanhado por um docente, normalmente ele é acompanhado ou por um preceptor, que é um profissional da área, ou o próprio aluno ele busca o estágio de uma maneira independente. **No caso da fisioterapia, por conta da legislação, os futuros fisioterapeutas devem ser supervisionados por docentes. Isso acabou onerando um pouquinho mais, porém garante a qualidade.** (EB2 - grifo nosso).

R.: **Nós recebemos a comunidade do nosso entorno, que pode vir ou de algum outro setor interno da faculdade, ex.: o setor de fisioterapia ou da Academia-escola, ou da Psicologia que fica lá no outro campus; ou**

então esse paciente ele tem um atendimento por outras instituições, que é o SUS e ele conhece a universidade, vem procurar por livre espontânea vontade. Uma professora nossa que trabalha conosco como nutricionista faz atendimento na rede do SUS, então às vezes ela faz alguns encaminhamentos da rede para cá, para que a gente tenha a melhor assistência, por conta de toda a estrutura que nós temos aqui na faculdade. Então esse paciente ele tem várias possibilidades de entrada na clínica. (EB3 - grifo nosso).

Essa informalidade que se caracteriza como uma rede de laços fracos (HANNEMAN; RIDDLE, 2005), que constitui o compartilhamento de conhecimento com profissionais de outras instituições do nível meso do ESS, encontra dificuldades e resistências por parte dos profissionais envolvidos no modelo tradicional dos serviços de saúde, em que cada profissional ou instituição atua de forma isolada, sem conexão ou ações multidisciplinares que poderiam contribuir para os tratamentos prescritos para os usuários e para os próprios profissionais e instituições, que poderiam ampliar sua formação e conhecimento geral, conforme identificaram e relataram os gestores EB3 e EB4.

Essas dificuldades, características de modelos tradicionais de saúde, apresentam-se como um entrave às proposições de Frow *et al.* (2016) que destacam que, em um sistema modelo de assistência em saúde, um efeito positivo no nível meso do ESS seria justamente a prática de compartilhamento de conhecimento entre médicos e os demais profissionais, por meio de simpósios e conferências, que, segundo os autores e conforme uma práxis comum no meio acadêmico, dinamiza a rede de relacionamentos e leva os participantes a adquirirem novas competências, que propiciam aperfeiçoamento dos tratamentos e procedimentos.

Essas formas de compartilhamento de conhecimento se estruturam como instituições geradas pelos relacionamentos cocriados nos ESS, mas que, conforme relataram os gestores EB3 e EB4 e confirmou a professora EC5, em uma condição de organização prática e estrutural, encontram dificuldades de serem implantadas dentro da capacidade de atuação das IES pesquisadas.

R. Então a gente fica muito tentando puxar essa galera que está lá fora, para falar: estamos aqui, estamos cuidando também! Será que a gente pode trabalhar em parceria? E isso é uma coisa que eu vejo que assusta esses outros profissionais, eles não estão preparados para receber um relatório nosso; a gente coloca lá todo um descritivo. Tem paciente que fala assim: mas o médico perguntou por que você mandou isso aqui. Eu falo: é só pedir para ele ler e entender que eu preciso de um olhar da área dele, porque eu não tenho a profissão que ele tem, eu tenho a minha; então esse é um apontamento que eu acho que, também pela minha profissão, os profissionais da minha área eles não vão também muito além, não sei se tem medo ou receio; fala: a gente está todo mundo de igual para igual para tratar do

paciente, então vamos tocar o barco! Por isso eu falo que a gente começa com eles e termina com eles; senão não vai dar certo, vai dar pra voltar todo mundo aqui ó! Todo mundo junto pra fazer um fechamento desse ciclo. (EB3 - grifo nosso).

R. Esse paciente, essa pessoa, pode vir por meio da recepção/triagem, a maior parte; alguns vem encaminhado das outras clínicas da universidade, em especial a clínica de fisioterapia e a academia-escola; tem também alguns que passam pela enfermagem, alguns da farmácia-escola; então esse encaminhamento de pacientes pode vir por meio de outros profissionais; o indivíduo pode vir buscar atendimento por sua livre e espontânea vontade e nós temos poucos casos de direcionamento de pacientes que vêm de outros serviços, pelo contrário, então já aconteceu casos, de dentro do nosso serviço perguntarmos para outros profissionais, que são externos à universidade, algumas informações principais e essa informação ser negada; enfim, é assim que acontece; em anos anteriores, há uns bons anos atrás, nós também tínhamos pacientes encaminhados das UBS do município. (EB4 - grifo nosso).

R. Então, eu tenho as duas situações: tanto encaminhamento do médico; e eu tenho alguns médicos que já estão acostumados com serviço da IES, então encaminha mesmo e tenho aqueles pacientes que fazem parte do nosso atendimento e que acabam falando para outros pacientes; e aí eles têm um encaminhamento médico e acabam trazendo por indicação do próprio paciente e é muito engraçado, porque o paciente chega para mim, está fazendo atendimento lá na clínica e fala assim: “ah! É que eu tenho um amigo, eu tenho uma amiga, porque está precisando muito! eu falei muito bem daqui! você atende?”. Aí eu vejo na grade, se há possibilidade, porque, querendo ou não, eu já tive muito mais alunos em atendimento e isso me permitia uma demanda maior de pacientes e hoje eu estou, com sorte, com cinco alunos, mas eu sei que na próxima bateria eu não vou ter cinco alunos de estágio, então aí eu preciso reestruturar toda a agenda deles; então é um pouco difícil chamar muitos pacientes, por isso que o grupo é uma solução, porque eu tenho demanda, mas com um número reduzido de alunos (EC5 - grifo nosso)

Essas dificuldades de compartilhamento de conhecimento com as instituições de saúde que encaminham os pacientes geram dificuldades, por exemplo, para a Farmácia-escola da IES A, uma vez que recebem usuários com receitas que não são manipuladas nem oferecidas por esse setor da IES, o que ocasiona problemas para atender os usuários, evidenciando a necessidade da ASS, tanto para os usuários quanto para os profissionais de serviços de saúde do nível meso do ESS.

Esse tipo de problema está em consonância com a 5ª e 6ª proposições de Kaartemo e Käsäkoski (2018) que afirmam que a transição da pré-intenção para a fase de intenções e ações de bem-atender um usuário requer o uso de informações e conhecimentos que dinamizariam a motivação e a capacidade percebida desses usuários, seus familiares e cuidadores, para mudar comportamentos de saúde.

R. Sim, já teve alguns casos em que eu estava aqui na frente e o paciente se exaltou, ficou muito nervoso, disse que iria ligar na prefeitura que iria ligar na ouvidoria; e até ele entender que não é da prefeitura, que realmente é a universidade que dá, ele já fez uma confusão aqui na

frente. [...] Na maioria das vezes os médicos da UBS eles sabem quais são os medicamentos que a gente tem aqui; e tem um médico que realmente quer aquela dosagem, quer aquele tipo de medicamento, porque tem o nome comercial e tem o manipulado; e tem médico que realmente quer que ele tome o comercial, que ele não quer manipulado. Só que o paciente assimila: Farmácia-escolas - vitamina - serviço gratuito! e vem aqui, às vezes não é a vontade do Médico. [...] Porque eu não tenho certeza, mas na UBS tem a listinha, tem uma revista com os medicamentos que a gente tem aqui e eu acho que tem para eles também, então existe alguma coisa produzida aqui (EE9 - grifo nosso).

A funcionária EE1 enfatizou a atuação do Serviço Social da IES B, que mantém contato constante com serviços externos, que compõem o nível meso do ESS (FROW *et al.*, 2016) para organizar a rede de acolhimento aos usuários, que envolve diversos profissionais, as famílias e os cuidadores, confirmando o Objetivo Específico 4 e a PC7 desta tese.

R. É assim: o usuário, com seus cuidadores ou familiares, chegam até a Clínica-Escola da IES, ou por encaminhamento de um médico externo, ou por uma busca espontânea; e aí o que que acontece: esse usuário ele é inserido em listas de espera, independentemente de qualquer serviço ou especialidade que ele busque. O nosso setor de atendimento, nossa recepção entra em contato com esse usuário e a agenda na vaga disponível da sua área de interesse; ele vai ser avaliado pelo setor; ou ele vai ser avaliado pela fisioterapia, pela nutrição, pela psicologia, ou pela área da medicina, pela terapia ocupacional, enfim; ele sendo avaliado, o que é que acontece: quando o profissional da área, eu vou dar um exemplo da fisioterapia, como eu estava discutindo uma caso agora, que o paciente ele veio para a fisioterapia neuropediátrica, a supervisora do setor avalia e verifica que essa família ou esse paciente tem uma vulnerabilidade social, tem uma fragilidade que necessita de uma orientação, então eles acionam o serviço social, para que possa dar uma orientação ou encaminhamento familiar, que aí é onde a gente aciona e faz uma mapeamento de rede: onde esse paciente mora, com quem ele mora, se ele vem com o cuidador, se vem com familiar, qual que é a rede de apoio dele, como que eles chegam, qualquer recurso que eles utilizam; então esse é o trabalho do Serviço Social dentro da Clínica-Escola. **Vendo tudo isso, nós encaminhamos, ou orientamos para os outros serviços, dentro, ou fora da clínica; assim é quando o serviço programa alguma alta: se necessário aciona o serviço social, que faz esse mapeamento de território dessa família e orienta: olha; em tais locais você tem um suporte assim, assado, tem uma rede de apoio, uma UNIR próximo, ou uma UBS próximo, o CAPS, o CREAS. É esse o trabalho do profissional, da Assistente Social: mapear, orientar, encaminhar e mobilizar.** [...] E o que que acontece: quando entra outros profissionais de outro setor, quando esse paciente, essa família, porque **a gente não atende usuário em si, nós atendemos a família como um todo, tanto quanto o cuidador; o usuário, para que ele seja bem atendido num processo de reabilitação, a família tem que ter um suporte; então a gente verifica que se o usuário, se ele está passando na fisioterapia e a mãe não está conseguindo dar um suporte, a gente aciona outras profissionais, como a psicologia, como a medicina, para que essa família também tenha um suporte de saúde e social amparado, eu acho que é praticamente isso.** (EE1 - grifo nosso).

Concluindo a questão F3 do Bloco F, verificaram-se respostas à PC7 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese ao se identificar nas IES pesquisadas práticas de compartilhamento de conhecimento, seja no nível micro dos ESS, o interior das IES, seja em relação ao nível médio, por meio de parcerias com instituições privadas, públicas e ONGs.

Essas parcerias dinamizaram a rede de relacionamentos internos e externos e geraram ações de gestão e reorganização das redes de encaminhamento, acolhimento e atendimento aos usuários, além de proporcionar novos contatos profissionais, ainda que permeados de dificuldades culturais e estruturais.

A dinamicidade dos ESS pesquisados se coaduna com a definição de Frow *et al.* (2016), ao afirmarem que essa mutabilidade permanente ocorre em termos da disponibilização, pelos atores, de proposições de valor, recursos e PCCV, compartilhadas e fundamentais para identificar o bem-estar dos ESS, caracterizado como um estado holístico, determinado pelas PCCV, que se configuram como arranjos institucionais interativos. Estes ocorrem nos vários níveis e propiciam resiliência e adaptação às constantes variações e mudanças comuns às áreas da saúde que também são estimuladas pelas interações entre os atores.

O compartilhamento de conhecimento e serviços detectado nas IES pesquisadas encontra eco em Vargo e Lusch (2016) que, ancorados nos cinco axiomas que postularam como fundamento da LDS, o nomearam como mentalidade compartilhada, ou seja, a disposição para compartilhar conhecimento em todos os níveis dos ESS, inclusive, como plataforma mundial.

Isso gera uma visão de mundo compartilhada, preconizada também pela PC2 da tipologia de Frow *et al.* (2016), que trata justamente das PCCV que fornecem ao EES essa linguagem compartilhada, que se concretiza em símbolos, sinais e histórias, que se tornam patrimônio comum do ESS, gerando o que os autores Vargo e Lusch (2016) denominaram de Lógica Dominante de Serviço "Narrativa".

4.6.4 Bloco F – Questão F4

Você considera esse tipo de prática como tendo potencial de produzir resultados positivos ou que podem ser melhorados? Poderia nos dar algum exemplo?

Esta questão está conectada à PC7 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese, de identificar práticas de compartilhamento de conhecimento que dinamizam os ESS e disponibilizam novas oportunidades relacionais.

De acordo com Aghdam *et al.* (2018), instituições como “Comunidades On-line de Saúde” (COS) facilitam a CCV à medida que o conhecimento é compartilhado pelos atores, produzindo informações preciosas para os profissionais de saúde que, para além das guias de encaminhamento e relatórios médicos, têm a possibilidade de conhecer as “percepções, sentimentos, experiências e atitudes dos pacientes em relação aos serviços prestados” e, dessa forma, interagindo com os valores e desejos dos pacientes, propor tratamentos de melhor qualidade e mais eficazes, em uma nova modelagem das formas de compartilhamento de recursos entre os atores, porque são elaborados a partir de um processo cocriado de valor.

Esse processo se coaduna com Ciasullo *et al.* (2017) que analisaram o Fórum on-line do ICHOM como uma plataforma em que atores compartilham experiências e recursos por meio de PCCV onde o usuário é parceiro-chave, gerando novas competências que aprimoram o ESS em todos os níveis e contribuem diretamente com a saúde da população, conforme relatou o usuário EA1 e confirmou o usuário EA2, que também fez uma comparação entre o serviço prestado pela IES e os serviços de saúde oferecidos pelos planos de saúde particulares.

R. É bem importante esse trabalho que a universidade faz, é importante aqui para a comunidade para o município é importantíssimo! para mim mesmo sempre foi muito importante porque eu não perco tempo de sair daqui do meu trabalho para ir fora de São Caetano para fazer a fisioterapia (EA1).

R. **Me sinto muito satisfeito, porque quando eu precisei do serviço aqui fui muito bem atendido;** eu nunca tinha usado o sistema de saúde daqui da cidade, a não ser esse aqui. **E agora eu falei eu para minha esposa: o convênio está muito estranho, não é? os atendimentos agora, você está com dor agora e o médico quer te atender um mês depois.** então não estava adiantando, aí eu falei: vamos tentar usar o da cidade e aí eu fui lá, tirar a carteirinha do Serviço da cidade. Logo marquei um clínico geral e ele já me pediu um monte de exames com urgência, um pneumologista com urgência, e eu já passei já no pneumologista, já peguei os exames, já fiz a tomografia; só falta fazer exame de sangue. **Então eu acho que, está perfeito, melhor que qualquer convênio; então tem esse atendimento pronto é tão importante aqui para a comunidade, não é? eu não sei se para todos ocorre desta maneira que correu para mim, não é? para mim está muito excelente.** (EA2 - grifo nosso).

A gestora EB2 lembrou que o serviço prestado pela IES também é saúde pública e enfatizou que a instituição já é uma referência de serviços em saúde, de qualidade e éticos, para a comunidade, fazendo uma referência direta à 3ª lição para

o ESS, de Dessers e Mohr (2020), que aborda o “enquadramento”, nos ESS, de geração de propósitos e valores comuns, reduzindo a complexidade do gerenciamento, reforçando os laços entre os atores e permitindo uma melhor categorização dos atores focais nesse processo de CCV para todo o ESS.

R. Sim! até porque o perfil do usuário, eu costumo dizer para os meus alunos, que o grande segredo é que eles tendem a associar também a saúde pública somente à UBS, ao serviço público de um modo geral; e o que a gente faz é saúde pública e eles não conseguem ter essa visão, eles não conseguem enxergar isso e eles não conseguem entender também, que as condições de saúde elas estão também relacionadas às condições socioeconômicas, ambientais, enfim. Então talvez um usuário da outra instituição, tenha um perfil totalmente diferente, que é influenciado por essas condições e tem muito a agregar, assim como a gente, porque nós vamos considerar as questões territoriais, enfim também nessa troca de figurinhas, questões ambientais, que seria, sem dúvida. **Se a gente se despesse da questão da concorrência, deixasse um pouquinho de lado e considerando isso aqui ó: faltou a palavra mais importante da IES! quando as pessoas elas ouvem o nome dessa IES, elas se lembram de ética, então eu acho que se a gente conseguisse entre as instituições, ambos ganhariam muito. (EB2 - grifo nosso).**

As gestoras EB4, EB5, EB6 e EB8 reforçaram a necessidade, já explicitada por outros gestores e professores, de implementar e estimular práticas institucionalizadas de compartilhamento de conhecimento entre os setores da IES, ressaltando que essas práticas ocorrem por iniciativa pessoal dos profissionais, mas que deveriam ser institucionalizadas e se estender, inclusive, para envolver na rede de atendimento os profissionais e as instituições do serviço público, além do potencial para o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos, porque as IES, depois de tantos anos prestando serviços, dispõem de grande banco de dados obtidos com rigor científico e pouco utilizados como fonte de pesquisa pelas próprias IES.

As propostas dessas gestoras encontram respaldo em Peng *et al.* (2022), que defenderam que o compartilhamento por meio de plataformas virtuais estimula a comunicação e a interação entre os atores, permitindo mais transparência nas informações e construindo redes de relacionamento que promovem CCV, influenciando o valor percebido e os índices de satisfação dos atores.

Uma vez que o acesso aos dados e informações disponíveis nos bancos de dados comecem a circular entre os profissionais e contribuam para aperfeiçoar suas práticas e possam gerar ASS para os usuários e para os próprios prestadores de serviço, desenvolve-se a linguagem e a visão compartilhadas, previstas pela PC2 da tipologia de Frow *et al.* (2016), que confirmam a existência de práticas de compartilhamento de conhecimento e respondem ao Objetivo Específico 4 desta tese.

R. **É uma iniciativa de setor a setor! isso inclusive é uma demanda, uma necessidade, urgente, a retomada; já se pensou em prontuário único, em algumas vertentes de atuação para otimizar esse processo; mas hoje é uma iniciativa dos profissionais que fazem parte dos setores, não tem nada institucionalizado para isso.** [Existem algumas reuniões], algumas, mas também por iniciativa dos profissionais do setor. há 15 dias atrás, por ex., eu participei de uma discussão de caso e contribuí lá com o pessoal da fisioterapia, porque a professora responsável pela parte de neuro fisioterapia me convidou para participar, mas **não é algo que está definido na matriz, ali na grade, não tem matriciamento das ações entre as clínicas.** (EB4 - grifo nosso)

P. Seria importante ter esse trabalho? um trabalho em conjunto entre os setores, institucionalizados?

R. **Essencial! Primordial! Urgente! Necessário! tudo o que você perguntar! Isso é muito importante, porque o resultado final ele é muito mais positivo, tanto para quem está sendo atendido, o público, como para o aluno, o profissional obviamente; a gente evolui!** (EB4 - grifo nosso).

P. E em relação ao ambiente externo, o médico do serviço público e do particular, se houvesse esse trabalho direto, em que ele pudesse entrar nessa rede, seria interessante também?

R. **Seria interessante, porque o ganho, além de ser profissional para ambas as partes, o resultado, é uma melhor qualidade de vida para esse paciente, com certeza seria mais efetivo e eficaz; quando a gente fala em SUS, por ex., eu conseguiria até respostas financeiras mais promissoras, porque, se eu tenho um paciente que faz uso de cinco medicamentos, ele poderia fazer uso de dois; se ele passa toda semana na UBS, ele poderia passar de forma semestral, então otimizaria todo o serviço.** (EB4 - grifo nosso).

P. Também pensar o que pode gerar de trabalhos e eventos;

R. **Sem dúvida! porque quando a gente pensa na formação do estudante, esse também é um diferencial, porque hoje são poucas as instituições que elas oferecem para o estudante, ainda nas suas atividades curriculares, a oportunidade de sair da graduação com casos, com experiências tão diferentes e aptos, prontos para atuar no mercado de trabalho; então isso é algo que traz um diferencial. Para elaboração de trabalhos, nós temos um acervo enorme de informações que podem ser utilizadas.** (EB4 - grifo nosso).

R. **É mais informal. Mas antes tinha, há alguns anos até nós tivemos isso, então toda semana nós fazíamos uma reunião clínica, com todas as áreas daqui: educação física, fisioterapia, farmácia, todo mundo junto e discutíamos um caso de um paciente; o paciente muitas vezes vinha contar a história dele primeiro e aí a partir dessa história nós fazíamos o restante. E hoje nós não fazemos mais isso.** Talvez a gente vai ter que retornar isso aí, porque tem uma sugestão dentro do projeto pedagógico do curso de retornar isso daí. [...] É pouco! antes se aproveitava mais, depois dessa pandemia tudo ficou mais restrito, enquanto podia usar muito, fazer a parte de prática, tem um arsenal de informações aí, antes a gente usava mais, mas deu uma parada. Tem os esquemas de TCC por exemplo, era um pouco diferente, mas isso foi mudando, o comportamento do aluno também foi mudando e enfim; mas poderia estar sendo utilizado um pouco mais sim, com certeza. (EB5 - grifo nosso)

R. **Sim, porque é. ficaria mais acessível a mais pessoas, que é um atendimento mais próximo do que se chama de atendimento integral, que é o que preconiza o SUS.** Então nem todos acabam tendo esta oportunidade. A gente acaba agindo sobre demanda. Então, se fosse institucionalizado, haveria mais facilidade para que todos pudessem chegar a esse tipo de atendimento. [...] Por mais que a gente tenha esses serviços aqui, sempre tem outros serviços que que atendem algumas coisas que a gente não atende, não é? Então, com certeza agregaria. (EB6 - grifo nosso).

R. **Sim, eu acho que é sempre importante né? eu acho que às vezes a gente está aqui tão com os nossos vícios, vamos dizer assim; às vezes uma visão de fora, de algo que possa melhorar, de algo que possa compartilhar a gente trocar essas informações experientes, eu acho que é muito importante, acho que seria excelente. Hoje a gente tem algumas parcerias mais vinculadas a atendimento,** mas eu acho que se a gente pudesse é... juntar com outras instituições para uma troca de conhecimento de informação, de capacitação, eu acho que seria muito legal, seria muito importante. (EB7 - grifo nosso).

R. Sim, a gente teria mais possibilidade de produção de trabalhos; na verdade a gente utiliza esses dados também pontualmente, em pesquisas de iniciação, de TCC, mas sem dúvida é um banco de dados importante e que poderia, de repente, até ser utilizado pelas outras clínicas. (EB8).

A funcionária ED3 e os gestores EB8 e EB9 ressaltaram o potencial das IES para gerarem práticas de compartilhamento de conhecimento em eventos e simpósios entre os setores e com outras IES, além de ser uma fonte de conhecimento para o serviço público e com a possibilidade de gerarem projetos acadêmicos diversos.

R. **Eu acho muito bacana essa relação entre universidades, assim, porque aqui é o curso de fisioterapia, a gente tem um currículo a ser seguido, mas cada instituição tem suas particularidades; então eu acho muito interessante você conhecer o que o outro está aprendendo, porque quando a gente chega no mercado de trabalho a gente toma esse baque, perceber que outras instituições trabalham de outras formas; então ter essa junção de conhecimentos, tanto de uma instituição A, quanto de instituição B, seria bem interessante.** [...] a [IES], não só, mas outras universidades, formam as ligas acadêmicas; eu acho que traz um pouquinho dessa ideia: são palestras específicas, que tem convidados externos, mas também podem e alunos externos para poder ouvir a palestra e ver o olhar daquela instituição. (ED3 - grifo nosso).

R. **Seria muito legal criar um simpósio da saúde, porque a gente faz muitas coisas isoladas,** por exemplo: a gente tem o simpósio da fisioterapia, da nutrição, da farmácia... por que não tem um da saúde, para esses casos em que a gente pudesse envolver todas as áreas. (EB8 - grifo nosso).

R. Sim! esses eventos são de extrema importância, não só os eventos de Simpósio, mas os eventos das Ligas Acadêmicas, as ligas são muito importantes; as ligas que conseguem trabalhar de maneira interdisciplinar trazem um conhecimento para esses alunos, para esses alunos, muito importante. [...] Claro que tem! [potencial para gerar pesquisas] quando retornamos da pandemia nós montamos um ambulatório Pós-Covid aqui e isso já dá como ex. só esse ambulatório já gerou 4 artigos publicados, de diversas vertentes; a gente pode aproveitar bastante isso. (EB9).

P. E poderia ser uma contribuição, um modelo para o serviço público, a expertise nesse tipo de atendimento?

R. Sim, concordo com você. **Uma parceria mais próxima com o serviço público facilitaria muito, além desse contato direto que acho que até facilita um pouco a vida lá no serviço público, seria ótimo. [...] E acho que convém trazer à tona um outro projeto, que começou na gestão anterior aqui do curso, um projeto ligado à uma equipe de voleibol, de iniciação, e que nesse projeto foram envolvidos todos os cursos da área da saúde, e nas reuniões que eu acabei assumindo depois que assumi a gestão, nas reuniões essa ideia de um protocolo único de inter-relacionamento entre todos os cursos, voltou a ser discutido,** falou-se da importância e com ideias muito efetivas, muito próximas de se tornarem materializadas, sem grandes entraves; então acho que a minha principal sugestão, minha principal ideia, é que a gente dê o primeiro passo. Eu acho que precisa disso, o primeiro passo, iniciar o processo, para que ele se materialize. Uma vez materializado, os benefícios vão aparecer, as coisas boas vão ser vistas e aí aquilo vai ficar, vai se institucionalizar, que é o que a gente precisa. Eu acho que esse é o primeiro passo. (EB9 - grifo nosso).

O gestor EB10 ressaltou que parcerias da IES com o serviço público proporcionariam um enriquecimento mútuo, pela troca da *expertise* específica de cada serviço e a professora EC5 discorreu sobre o trabalho diferenciado da IES como gerador de valor para outras instituições do nível meso do ESS, afirmando a sua confiança nesse serviço e comentando sobre as possibilidades de parcerias, relacionadas à viabilização de estágios curriculares interinstitucionais, ressaltando o valor que teria, para os alunos, a convivência direta com o serviço público.

Essas percepções do gestor EB10 e da professora EC5 estão em consonância com o trabalho recente de Akter *et al.* (2022), que utilizaram o modelo DART (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004a) e concluíram que Diálogo, Acesso, Risco e Transparência, aplicados como metodologia de ação nos ESS, geram CCV e influenciam, positiva e significativamente, os resultados obtidos e o valor percebido pelos atores, uma vez que a participação de todos os atores por meio dos elementos do modelo DART produz aperfeiçoamentos contínuos nos ESS, oferecendo apoio para as necessidades de saúde e assistência social da população, fato que ocorre, por exemplo, nas parcerias com instituições e serviço público que já ocorrem nas IES pesquisadas e que apresentam potencial de crescimento, conforme a disposição dos entrevistados.

R. **Eu acho que a troca ela é sempre boa; eu costumo falar assim: hoje, o SUS já tem experiências de hospitais-escola e clínicas-escola, então o SUS sabe fazer isso e muito bem, também, pelos fantásticos hospitais-escola; o que precisa é, acredito que seja talvez diluir isso mais em todas as complexidades do SUS e por todas as cidades; locais de difícil acesso muitas vezes, mas hoje o SUS sabe fazer isso e fazer muito bem. [...]** Hoje, apesar de não haver uma parceria formal, de certa forma a Clínica-

escola desafoga um pouco o SUS; então hoje a gente oferece 4.000 atendimentos por mês, faz diversos exames, então isso tudo, uma vez que a gente absorveu esse paciente, ele não precisa ficar utilizando a rede pública. (EB10 - grifo nosso).

R. Sim, eu acredito muito. Tanto é que o meu estágio, Saúde Coletiva, não deveria estar dentro da faculdade, ele deveria estar na rua, nas UBS, no serviço público, mas pelo que eu entendo, pelo que eu já conversei com a gestora e ela me explicou que as UBS em São Caetano não comportam mais um curso, porque já tem a medicina e tem enfermagem; não tem mais espaço; mas eu fiz uma proposta, que ela me pediu, de como fazer, já que a gente não consegue, fisicamente, ir até lá; o que que a gente poderia fazer: na verdade é levar a prefeitura a incluir a IES como um serviço para população; Não essa demanda extremamente pequena, quando o médico da rede encaminha, não, isso é muito pouco, mas assim, ter uma obrigatoriedade de alguns públicos especiais, para a gente trabalhar a qualidade de vida, trabalhar a prevenção primária, de automaticamente a IES já ser uma referência, já que a gente não consegue estar fisicamente lá na UBS; e também tentar alguns dias especiais; querendo ou não, hoje em dia a gente tem a cada mês uma data comemorativa [...]nessas datas o aluno ter acesso de ir para esses lugares públicos e fazer uma atividade diferenciada, sabe, uma palestra, uma prática de exercícios, alguma orientação, porque eu acredito que a prevenção seria realmente, teria que ser o futuro de todas as áreas [...] **se o aluno, ele não tem contato com isso na universidade, ele não vai pensar, por exemplo, em fazer uma pós-graduação voltada para saúde pública, ele não vai querer ir trabalhar na rede pública, ele vai achar que vai abrir um consultório e que vai ter demanda e que vai ganhar milhões; e é mentira. [...] Fazer com que o aluno tenha a experiência de ter contato com a comunidade, para tirar essa questão, sabe? “Ai, eu só vou atender paciente elitizado”. Não vai querido! Quando você se formar, você tem que ganhar experiência, então começa por aí; vamos para a comunidade; e ali, na comunidade, ele vai ver o quanto é maravilhoso trabalhar com aquele público, que está sedento, não é? E a partir daí se especializar, prestar concursos públicos para a prefeitura, porque também é um local onde eles vão conseguir trabalhar, então; abrir essa mente para eles [...] e eu acho que para o nosso aluno ele precisa desse choque de realidade, primeiro para ele entender por que que ele tá na área da saúde, porque querendo ou não se ele tá na educação física ou fisioterapia ele tá lidando com gente e ele vai lidar com bonito e com feio, com a realidade bonita e com a realidade feia; mas enfim, o que é importante? o importante é que o aluno tenha acesso a essas realidades, até para eles forjarem o caráter profissional deles, essa possibilidade, porque às vezes você encontra no meio da fisioterapia, da educação física, alunos que não sabiam que gostavam de tratar com a comunidade; as vezes faltava isso para pessoa falar assim: “ai, que legal! então eu vou buscar Saúde Pública”! [...] **E para a universidade, é uma visibilidade muito maior, então o aluno vai querer estudar na IES; a mídia vai querer mostrar a IES, como uma instituição que vai para a comunidade; então, se é uma universidade que está próxima aos alunos[...] então, assim, quando alguém vai pensar em fazer faculdade vai pensar: eu vou naquela IES, porque eu vi a ação deles, eles estão perto, vai lembrar da IES; sabe, então essas ações são importantes.** (EC5 - grifo nosso).**

Porém, as professoras EC5 e EC9 reforçam as dificuldades de promover esse compartilhamento de conhecimento com os serviços públicos, por questões operacionais e pelo desinteresse ou falta de tempo dos profissionais para fazerem cursos, por exemplo, constatação que tiveram pela sua própria experiência.

R. **Eu acho que não, porque não ia ter vaga para tanta gente no serviço público. A gente faz o ideal e o melhor para mostrar para o aluno o que seria o ideal e o que ele tem que tentar sempre buscar, mas nem sempre a gente sabe que ele vai alcançar, eu mesmo já trabalhei na assistência e é muito difícil a gente conseguir atingir todo mundo que tem essa necessidade;** então para o serviço público fazer isso ficaria bem difícil, dá para melhorar, dá para fazer com qualidade; mas sempre vai ficar faltando vaga não é? (EC9 - grifo nosso)

R. **Eu acho que a universidade, em si, eu não sei se ela abriria espaço para isso; os profissionais do serviço público não sei se eles se disponibilizariam, porque só seria disponível se fosse dentro do horário de trabalho; se tiver que sair do trabalho deles eu acho que eles não têm tanto interesse.** [...] às vezes tem outro trabalho, tem a família, então fala: eu não vou abrir mão da minha família [...] eu acho que falta um pouco de cada lado. Na realidade, para o serviço municipal melhorar a qualidade ele precisaria ter muito mais profissionais e **eu não sei o quanto isso é possível financeiramente; a gente não sabe exatamente, eles dizem que não é possível, mas, sei lá, então o custo seria mais alto, então tem que ver qual que é o interesse deles.** (EC5 - grifo nosso).

Os alunos ED2, ED3, ED4 e ED10 ressaltaram a necessidade de o trabalho realizado pelas IES ter mais visibilidade para as comunidades, pela excelência do serviço, fundamental para a sua formação, em referência à 3ª lição para o ESS (DESSERS; MOHR, 2020): “enquadramento” das IES no nível meso do ESS.

R. Eu acho um trabalho maravilhoso, eu queria que tivesse mais visibilidade, porque há um serviço gratuito e a gente manda encaminhamentos para pessoas que precisam; no geral as pessoas saem satisfeitas e felizes. (ED2).

R. **Eu percebo que foi uma escolha bem-feita. Assim, por essa bagagem, que eu sei que quando eu me formar eu vou sair com ela, tanto de trabalhar com equipe multiprofissional, quanto de perceber que o paciente não é um objeto ele é um ser como várias variantes e o fisioterapeuta não vai solucionar sozinho; Outra coisa também é lidar com o ser humano, antes de ser paciente ele é um ser humano; isso é eu acho que é o principal, olhar o paciente com um olhar diferente, perceber que ali você pode fazer muito mais por ele, então:** se você tiver 40 minutinhos com ele faça os seus 40 minutos porque aqueles 40 minutos da semana ele vai ser dos mais importantes; e o que a gente consegue perceber é o respeito que a nossa profissão está adquirindo perante a outras áreas, mostrando a nossa devida importância, que até é até certos momentos acabam chegando aí, pedindo a nossa opinião; então a [IES] me forma como um profissional multiprofissional. (ED3 - grifo nosso)

R. **Considerando que, pelo menos até o momento, não conhecia academia que trabalhava dessa forma; então, para a minha formação e dos outros, foi fundamental essa passagem aqui na academia;** noto com os outros, que não eram usuários de academia, eles aprenderam muito também. Então é uma oportunidade fantástica, ainda que não traga grande retorno financeiro, traz em termos de conhecimento, não vale o valor que teria entendido? então realmente é muito conhecimento; e a população é muito diversa também, é uma questão de aprendizagem diferente de outros lugares. (ED4 - grifo nosso)

R. **Então, eu acho que com certeza é essencial, que tenha alguma comunicação de todas as áreas**, por exemplo, fisioterapia com farmácia: quando você combina a medicação com o exercício, o paciente tem um ganho muito melhor; eu acredito que seria um avanço muito bom. (ED10 - grifo nosso).

Concluindo-se a questão F4, identificaram-se práticas de compartilhamento de conhecimento e a disponibilização de novas oportunidades de relacionamento que geram CCV entre os atores, tanto no nível micro quanto no nível médio dos ESS, respondendo à PC7 de Frow *et al.* (2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese.

Essas novas PCCV identificadas relacionam-se ao 5º axioma da LDS, de Vargo e Lusch (2016), que postula que a CCV é gerida pelos arranjos institucionais que os atores viabilizam ao compartilharem valores, conhecimento e serviços, conforme identificado nas repostas, que confirmam as IES pesquisadas como ESS, que geram benefícios para todos os atores envolvidos, caracterizando o ViU, que Ranjan e Read (2016) apontam como elemento primordial da LDS e que confirma o Objetivo Geral desta tese, de analisar a relação entre PCCV e LDS nos ESS analisados.

4.6.5 Bloco F – Conclusão

As respostas às questões do Bloco F, resumidas no Quadro 16, apresentaram 21 PCCV e sugestões para desenvolvimento e potencial para expansão dos serviços prestados pelas IES, em forma de possibilidade de parcerias com o serviço público e com instituições que prestam serviços na área da saúde.

Em relação ao Objetivo Específico 4 e à PC7 de Frow *et al.* (2016), foram encontradas quatro respostas ao detectar, de acordo com a visão dos entrevistados, PCCV que geraram ou têm potencial para gerar oportunidades de compartilhamento de conhecimento, tanto no nível micro dos ESS quanto no nível meso, gerando bem-estar para todos os atores e para os ESS.

Concluindo o Bloco F, verificou-se que as PCCV identificadas confirmam o Objetivo Geral desta tese, ao se identificar o ViU, de Ranjan e Read (2016) e contemplar o 5º axioma de Vargo e Lusch (2016), referente aos arranjos e instituições geradas pelas interações e compartilhamento de valores, serviços e conhecimento entre os atores, confirmando a CCV nos ESS pesquisados.

Quadro 16 – Bloco F: Quadro resumo

Bloco F		Referente à PC7 de Frow <i>et al.</i> (2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese: Analisar práticas criadoras de relacionamentos - oportunidades interativas e experimentais em ESS		
Dados analisados:	j) Compartilhamento de conhecimentos, experiências, práticas:	k) Aumento do bem-estar de todos os atores e ESS envolvidos.		
	PCCV identificadas e propostas	Resp: Objetivo 5 -PC7	Referencial:	
F1 – Q	Existe compartilhamento e/ou produção de conhecimento entre os profissionais da norteadora instituição e de outras instituições - prescrição dos tratamentos e atendimento?			
F2	Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços entre os profissionais do seu setor e dos outros setores da sua instituição?	1) Necessidade de criar ou aprimorar matriciamento.	Qualidade-compartilhamento: CCV	Hlongwane (2022)
		2) Tomada de consciência – atores: contribuições - áreas	ASS entre categorias profissionais	Davey e Grönroos (2019)
		3) Fluxo interno - atendimento e multisetorial e multiprofissional	Proposição 1: coleta precisa de informações	Kaartemo (2018)
		4) Contato informal - mais regular e institucionalizado	Proposição 2: transferir informações	(idem)
		5) Práticas de compartilhamento: Matriciamento, eventos.	Proposição 3: ESS: compartilhamento	(idem)
		6) Projetos cocriados entre os atores – caráter acadêmico e de prestação de serviços.	Proposição 4: informação e conhecimento - CCV – mudar comportamento	(idem)
		7) Projetos: compartilhamento: conhecimento e serviços	Objetivo 4 - PC7	Frow <i>et al.</i> (2016)
		8) Compartilhar conhecimento: alunos de setores diferentes	ASS entre alunos de diversos setores	Davey e Grönroos (2019)
F3	Existem práticas de compartilhar conhecimento e serviços com instituições estaduais e federais de saúde e/ou outras instituições? Exemplos?	9) Compartilhamento: instituições parceiras	7ª Lição: Conexão dinâmica - ESS / Atores	Dessers e Mohr (2020)
		10) Propostas para estágios: parcerias: ONGs e instituições	Capacidades gerenciais: suporte ESS - PCCV	Dessers e Mohr (2020)
		11) Necessidade de contatos regulares - médicos externos	Redes desenhadas pelos entrevistados - Bloco B	Caic <i>et al.</i> (2019)
		12) Serviços especializados: Confecção de órteses - SUS	Objetivo 4 – PC7	Frow <i>et al.</i> (2016)
		13) Resistência de profissionais a compartilhar conhecimento – modelo tradicional da saúde	Laços fracos - redes / 5ª e 6ª proposição: mudar comportamento - saúde	Hanneman e Riddle (2005) Kaartemo (2018)
		14) Conhecimento -Linguagem compartilhada nos ESS	PC2: ESS - LDS Narrativa compartilhada	Lusch (2016)
F4	Você considera esse tipo de prática como tendo potencial de produzir resultados positivos ou que podem ser melhorados? Poderia nos dar algum exemplo?	15) Usuários como parceiros-chave das PCCV nas IES	Recursos em Plataformas: diferencial	Ciasullo <i>et al.</i> (2017)
		16) Serviços: Saúde Pública e referência para a comunidade	3ª Lição: Enquadramento	Dessers e Mohr (2020)
		17) Compartilhar conhecimento - redes institucionalizadas	Compartilhamento de conhecimento - CCV:	Peng <i>et al.</i> (2022)
		18) Acesso – ASS: dados e informações: aperfeiçoamento	Objetivo 4 / PC2 – ESS: Visão compartilhada	Frow <i>et al.</i> (2016)
		19) Potencial dos serviços e dados: eventos científicos	Objetivo 4 – PC7	Frow <i>et al.</i> (2016)
		20) Estágios curriculares: IES e instituições do nível meso	Modelo DART – CCV metodologia p/ ESS	Prahalad 2004a)
		21) PCCV: compartilhamento - serviços e conhecimento - ESS; Valor; benefícios - atores	Objetivo Geral da tese: 5º axioma da LDS / ViU – CCV nos ESS analisados	Vargo e Lusch (2016) Ranjan e Read (2016)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese identificou, a partir das perspectivas dos atores, os componentes primordiais que indicam a existência de Práticas de Cocriação de Valor (PPCV) e fornecem consistência e explicação para as relações que envolvem a Lógica Dominante de Serviço (LDS) e a Cocriação de Valor (CCV), que ocorrem durante a prestação de serviços em saúde nas IES avaliadas.

Essas práticas foram expressas a partir da “Tipologia de Práticas de Cocriação que moldam Ecossistemas de Serviços: uma perspectiva de cuidados em saúde”, que fornece um conjunto de medidas indicativas sobre o Valor do Impacto gerado pelas ações de Lógica Dominante de Serviço e Cocriação de Valor no bem-estar dos Ecossistemas de Serviços em Saúde analisados.

A análise da questão-problema foi amparada pelo referencial teórico exposto no Capítulo 2 desta tese e conduzida por formulário de cunho qualitativo aplicado a 50 atores de duas IES que prestam serviços ao público na área da saúde. Esta pesquisa identificou que as IES analisadas baseiam sua atuação em dois pilares: a qualidade do atendimento gratuito à população e a formação dos alunos. As relações entre os atores envolvidos na operacionalização desses pilares se expressam como Práticas de Cocriação de Valor e podem ser descritas em forma de redes organizacionais e expressas pela tipologia aplicada.

O Objetivo Geral desta tese se revelou por meio das redes organizacionais desenhadas pelos entrevistados, que confirmaram as relações entre os conceitos de Lógica Dominante de Serviço e Cocriação de Valor que moldam os Ecossistemas de Serviços em Saúde pesquisados e criam valores diferenciados a partir dos modelos mentais de cada ator.

Esses modelos mentais foram identificados na especificidade do público-alvo desta tese, composto por usuários e atores de IES brasileiras que prestam serviço ao público, encaminhados pelos serviços de saúde, em um processo cujo compartilhamento de conhecimento é, porém, dificultado por entraves burocráticos, institucionais e culturais, inerentes à forma como se estruturam o serviço público de saúde e o ensino brasileiros.

No entanto, a partir das Práticas de Cocriação de Valor entre os atores das IES, consegue-se apontar caminhos indicativos de novos procedimentos e políticas de aperfeiçoamento desses serviços.

Ao serem valorizados como cocriadores de valor, os atores dos Ecosistemas de Serviços em Saúde pesquisados demonstraram satisfação e consciência do seu papel como “especialistas” que agregam valor aos serviços e geram novas instituições e arranjos, confirmando a “cocriação ecossistêmica” e que, nas suas práticas de prestação e recebimento de serviços, permitiram identificar aplicações concretas dos conceitos do modelo DART.

Essas aplicações concretas revelam a “constelação de práticas ecossistêmicas” como concretização da Cocriação de Valor e retroalimentadoras dos processos de compartilhamento de valores entre os atores, que dinamizam e modelam o bem-estar desses Ecosistemas de Serviços em Saúde.

Esses processos são um diferencial dos cursos das IES pesquisadas e tem potencial para ser modelo para outras instituições que prestam serviços em saúde.

Verificaram-se ainda relações entre a Lógica Dominante de Serviço e Cocriação de Valor, que configuram como Ecosistemas de Serviços em Saúde o conjunto dos serviços prestados pelas IES, estabelecendo conexões entre os conceitos da “perspectiva ecossistêmica das lições para gerenciamento dos Ecosistemas de Serviços em Saúde”, do Valor de Impacto para os Ecosistemas de Serviços em Saúde, das quatro proposições de Alfabetização para Serviços em Saúde, da Lógica Dominante de Serviço, e da Cocriação de Valor.

As interações detectadas entre os atores coconstroem uma rede de valor nos Ecosistemas de Serviços em Saúde, como a “unidade-básica” da Cocriação de Valor, que determina a qualidade da experiência vivenciada nos ESS analisados e, em consonância com a Premissa Fundamental 7, evidencia a participação desses atores na Cocriação de Valor.

Essa participação cria e disponibiliza propostas de valor para todo o Ecosistema de Serviços em Saúde, por meio de práticas contínuas de Alfabetização para Serviços de Saúde para os atores.

Essas propostas de valor disponibilizadas nos Ecosistemas de Serviços em Saúde geram propósitos comuns aos atores, que são o compartilhamento de conhecimentos e serviços que cuidam da saúde da população, formam os futuros profissionais de saúde, fornecem sentido à atuação dos profissionais e cumprem a missão social de ensino e pesquisa e extensão das IES, constituindo, portanto, a razão da existência e funcionamento das Clínicas-escola que prestam serviços de saúde nas IES pesquisadas.

A análise realizada por esta tese levou à identificação desses serviços prestados pelas IES como Ecossistemas de Serviços em Saúde, onde a lógica de servir e cocriar valor entre todos os atores gera uma “constelação de atores ecossistêmicos” e constitui-se uma aplicação prática para a “lógica da equipe” e à PC2, da “linguagem compartilhada” de propósitos, valores, potencialidades e recursos dos atores do ESS.

Essa “linguagem compartilhada” das IES pesquisadas se revela nessa lógica de prestar serviços cocriados aos atores focais identificados: usuários e alunos; também aos gestores, professores e funcionários, como cocriadores ativos, que dinamizam e conferem valor humanista e acadêmico a essas relações de compartilhamento de conhecimentos e serviços.

Essa linguagem e os valores compartilhados demonstram que essas IES já possuem uma cultura ecossistêmica institucionalizada, conforme preconiza a 2ª característica de “cocriação ecossistêmica”, a compatibilidade, que significa a equalização dos valores compartilhados e cocriados por todos os atores, que geram novas estratégias gerenciais, novos procedimentos e instituições e conferem aos Ecossistemas de Serviços em Saúde um cotidiano dinâmico e gerador de valor.

A dinamicidade de valores e serviços compartilhados proporciona aos Ecossistemas de Serviços em Saúde a “otimização conjunta”, oferecendo um diferencial qualitativo de serviços, que proporcionam qualidade de vida à população, profissionais gabaritados para trabalhar imbuídos desses valores e ainda fornecem subsídios para a formulação de propostas de melhoria para os serviços e políticas públicas de saúde, confirmando o conceito da Lógica Dominante de Serviço, que preconiza os serviços como “início, meio e fim” de todas essas relações.

Essa otimização dos serviços a partir dos propósitos comuns pactuados entre os atores e instituições se configura como responsabilidade socialmente assumida, e confirma a essencialidade da equalização entre a sustentabilidade financeira e social dos Ecossistemas de Serviços em Saúde, que se concretiza em uma dinâmica social que promove o engajamento de cada ecossistema local como cocriador de valor para o ecossistema amplo, composto por toda a sociedade, de acordo com as “práticas que moldam proposições de valor existentes e inspiram novas”.

A identificação, nas IES pesquisadas, dessas práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor, concretizadas como práticas de Alfabetização para

Serviços em Saúde, geram entre os atores relações de empoderamento, confiança, lealdade e adaptabilidade às mudanças.

Essas relações evidenciam a existência, nas IES pesquisadas, de um ambiente de acolhimento e o atendimento diferenciados, que proporcionam eficiência e eficácia aos tratamentos e à qualidade de vida dos usuários. Esse processo gera o Valor em Uso e a Coprodução, fundamentos da Cocriação de Valor, conectando dessa forma os serviços e a Cocriação de Valor nos Ecossistemas de Serviços em Saúde e oferecendo resposta direta ao Objetivo Geral desta tese.

Em relação ao Objetivo Específico 1 desta tese e à sua relação com a Prática de Cocriação 4, a partir da “Perspectiva Ecológica”, verificaram-se diversas Práticas de Cocriação de Valor e propostas de aprimoramento dos serviços de saúde prestados pelas IES analisadas, como a coconstrução de experiências de serviços, equalizada ao seu contexto e ambiente relacional, que preconiza os valores de acolhimento e de “bem receber” os usuários, alunos e os demais atores, em suas diversas propostas de atuação, como prática que gera Valor de Impacto positivo para as estruturas e contextos das IES, cocriado e percebido pelos atores.

Esse Valor de Impacto percebido se concretiza na participação dos usuários e demais atores na elaboração e aperfeiçoamento das práticas de acolhimento e na prescrição de serviços pelas IES, que se configuram como Práticas de Cocriação de Valor e geram novos quadros referenciais de valor para essas IES, que incluem experiência, participação e criação dos atores em todo o processo.

Esses novos referenciais de valor cocriado se caracterizam como a integração de recursos apontada na Premissa Fundamental 9, 5º axioma da Cocriação de Valor, desenvolvendo uma “narrativa de cooperação e coordenação” que inclui a participação ativa e cocriadora dos atores em todo o processo de compartilhamento de serviços e conhecimento encontrado nas IES pesquisadas, em uma abordagem de cuidados em saúde que estabelece uma nova concepção da sua gestão.

Essa nova concepção promove relacionamentos e eleva os usuários e seus recursos ao patamar de parceiros fundamentais para o reconhecimento da natureza da prestação de serviços saúde como um ecossistema, diferenciado pelas especificidades da área da saúde, em um processo integrativo, que é um dos quatro fundamentos da Lógica Dominante de Serviço, que promove a sustentabilidade e o bem-estar de todos os componentes do Ecossistema de Serviços em Saúde.

A sustentabilidade que assegura o bem-estar dos atores se concretiza em ações práticas, identificadas nas IES pesquisadas, que buscam identificar as necessidades de melhorias nas ações de acesso e prestação dos serviços, de acordo com a “Segmentação”, 2ª lição para o design dos Ecosistema de Serviços em Saúde, identificando como Fatores de Cocriação de Valor o acesso aos serviços de saúde.

O acesso facilitado e o ambiente de acolhimento e de prestação de serviços com qualidade, identificados nas IES pesquisadas, propiciam o surgimento de Práticas de Cocriação de Valor como o compartilhamento de conhecimentos entre os usuários, prática pouco comum na área da saúde, onde normalmente são os profissionais que compartilham seu conhecimento com os usuários.

Esse compartilhamento de conhecimento entre os atores se configura como mais um achado específico desta tese, que oferece uma resposta concreta à Prática de Cocriação 4 e ao Objetivo Específico 1, ao considerar como fato cocriador de valor no nível micro do Ecosistema de Serviços em Saúde, o compartilhamento de recursos de conhecimento e capacidades entre os atores, que valoriza a sua formação e os engaja na adoção de práticas de proteção e promoção de seu próprio bem-estar.

Esse engajamento dos atores configura-se como interações ecossistêmicas, identificadas nas IES pesquisadas pela troca de recursos diversos entre pacientes, familiares, cuidadores e prestadores de cuidados de saúde, configura-se como Prática de Cocriação de Valor que moldam e inspiram novas proposições de valor, respondem ao Objetivo Específico 2 desta tese e validam a Prática de Cocriação 5 da tipologia como instrumento eficaz para identificar e reconhecer o conjunto dos serviços prestados pelas IES como autênticos Ecosistemas de Serviços em Saúde.

Esse conjunto de serviços que se “recombinam” fornece uma compreensão mais detalhada da natureza e dinamicidade dos Fatores de Cocriação de Valor, caracterizados pela integração dos recursos entre atores e instituições, que influenciam tanto o bem-estar e a qualidade de vida da população quanto a sustentabilidade dos Ecosistemas de Serviços em Saúde.

O bem-estar e a qualidade de vida da população, influenciados diretamente pela Cocriação de Valor que emerge do processo de prestação de serviços pelas IES pesquisadas, ancoram-se na Alfabetização para Serviços em Saúde, identificada em Práticas de Cocriação de Valor como a orientação para os usuários adquirirem equipamentos e realizarem atividades de forma autônoma; a formação para utilização correta dos medicamentos; práticas de apresentação dos serviços, avaliação,

reavaliação e acompanhamentos contínuos; e nos programas desenvolvidos pelas IES para formação e cuidado dos usuários, familiares e cuidadores.

Essas práticas de formação relacionam-se ao Ecosistema de Serviços em Saúde tanto como “afiliação”, com atores e instituições, conectados em redes de relacionamento, quanto como estrutura, que incorpora as conexões cocriadoras de valor entre os atores, promovedoras de sustentabilidade e bem-estar.

Essas conexões, compartilhadas com todo o Ecosistema de Serviços em Saúde, reforçam a lógica de serviço, que se concretiza justamente a partir desse compartilhamento de competências e serviços entre os atores.

Esse compartilhamento de propostas de valor revela uma sincronicidade de interesses e relações de lealdade entre os atores focais, identificadas tanto nos relatos de sensações de “orgulho e bem-estar”, que os usuários experimentam ao tomarem consciência de que contribuem com a formação dos alunos, quanto na satisfação dos gestores, professores e funcionários de terem oferecido seu contributo pessoal para a construção, estruturação e evolução das Clínicas-escola.

Essa sincronicidade constitui uma prática concreta de Cocriação de Valor, percebida pelos atores, que permite identificar o “valor direto” da Cocriação de Valor, relacionado aos serviços cocriados e usufruídos e o “valor indireto”, relacionado aos relacionamentos entre os atores.

O bem-estar geral dos Ecosistema de Serviços em Saúde está diretamente relacionado a esses valores compartilhados, de acordo com a perspectiva ecossistêmica, que compara as relações simbióticas dos habitantes dos ecossistemas naturais com essas interações de serviços e valores entre os atores.

Essas interações mantêm os Ecosistemas de Serviços em Saúde em estado de equilíbrio dinâmico, ancorado nos mecanismos de retroalimentação, que propiciam bem-estar e formação continuada para os atores, em uma demonstração concreta do conceito de coevolução, onde os atores, ao interagirem e compartilharem suas competências, moldam e conferem robustez e bem-estar a todo o ecossistema.

As interações entre os atores se concretizam a partir de reajustes diários que os atores necessitam fazer em suas próprias rotinas de trabalho que, na área da saúde, são muitas vezes procedimentos já institucionalizados e tradicionais, mas que precisam ser redimensionados em função da dinamicidade própria dos serviços, importantes para atender as necessidades de cada usuário.

Essa dinamicidade gera novos padrões e protocolos de atendimento, que caracterizam Práticas de Cocriação de Valor oriundas da dominância da lógica de servir que caracteriza a missão das IES pesquisadas.

Esses processos adaptativos garantem a absorção, pelos atores, das mudanças contínuas que promovem a dinamicidade do Ecossistema de Serviços em Saúde e que se concretizam como novos procedimentos adotados pelas IES, ressaltando as características desses ecossistemas, afirmando que não são estáticos, porque dependem da resiliência interna que emerge de processos adaptativos e ajuda mútua entre os atores diante de fatores estressores, atitudes que engajam e integram os atores nas Práticas de Cocriação de Valor que moldam esses ecossistemas.

O processo de modelagem dos Ecossistemas de Serviços em Saúde envolve as práticas que impactam o acesso aos recursos, contempladas na Prática de Cocriação 6 da tipologia e no Objetivo Específico 3 desta tese. Esse processo integrativo envolve todos os atores e se concretiza quando as proposições de valor se tornam comuns e levam os atores a disponibilizarem seus recursos por meio de Práticas de Cocriação de Valor que caracterizam a Lógica Dominante de Serviço e respondem ao Objetivo Geral desta tese.

Esse processo traz implícita a necessidade de gerenciar as dificuldades que causam entraves burocráticos e institucionais aos serviços prestados pelas IES pesquisadas, a partir da equalização dessas dificuldades com inovações gerenciais propiciadas pelas interações entre os atores, que se concretizam como Práticas de Cocriação de Valor, em um processo de aperfeiçoamento dos serviços que geram uma “linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias”, entre os atores dessas IES, de acordo com a Prática de Cocriação 2 da tipologia.

Essa “linguagem comum” promove confiabilidade às informações compartilhadas, fato que permite a superação dos impasses institucionais e da resistência dos atores em aderir a essas novas práticas gerenciais, aperfeiçoando a experiência de atendimento e a qualidade dos resultados, fato que tem potencial para gerar reflexos em todo o sistema de saúde que caracteriza o ecossistema amplo, por exemplo, a formação dos usuários para aquisição de práticas de vida saudável, que diminuiria a necessidade de atendimentos nos serviços públicos de saúde.

Os mecanismos de compartilhamento de conhecimento que propiciam a “linguagem compartilhada” nos Ecossistemas de Serviços em Saúde se coaduna com a Premissa Fundamental 1, axioma da Cocriação de Valor, que define o serviço como

o alicerce de todo o processo relacional entre os atores e contempla o modelo de Assistência Centrada no Paciente como paradigma para a saúde.

Essa visão de mundo compartilhada entre os atores gera impacto no bem-estar e estabelece as interações cotidianas como elos fortes das redes de relacionamento, geradoras das instituições que dinamizam o funcionamento de todo o Ecossistema de Serviços em Saúde e garantem a sua sustentabilidade.

O conhecimento compartilhado gera práticas de Alfabetização para Serviços em Saúde entre os atores, cujas interações os tornam "entidades capazes de atuar em recursos potenciais para Cocriar Valor", o que significa que cada ator reconfigura os papéis que exerce a partir do momento em que interage e compartilha serviços e conhecimento com os outros atores, sejam os prestadores de serviço, sejam os usuários, porque cada ator tem um conhecimento, teórico, prático ou de convivência diária com seu próprio estado de saúde.

Uma vez valorizado e compartilhado, esse conhecimento aperfeiçoa os procedimentos e a qualidade dos serviços prestados, estabelecendo uma integração bem-sucedida de recursos, como a adesão dos usuários aos serviços, a aquisição de hábitos saudáveis e a formação de qualidade para os alunos, práticas que se caracterizam como Alfabetização para Serviços em Saúde para todos os atores e que geram Valor de Impacto para todo o Ecossistema de Serviços em Saúde.

Em mais uma contribuição desta tese, as práticas de compartilhamento de conhecimento identificadas entre os atores vão além da proposta de Alfabetização para os Serviços de Saúde, porque ocorrem informalmente nas redes espontâneas que se formam entre usuários, facilitadas pelas redes sociais de relacionamento, sem a tradicional atuação direta de formação realizada pelos profissionais e alunos das IES que atendem esses usuários.

Dessa forma, a atuação dos prestadores de serviço das IES adquire contornos diferenciados da proposta tradicional dos serviços de saúde, porque, nas IES pesquisadas, além da formação para correta utilização dos serviços oferecidos e da formação geral para a autonomia, o atendimento se direciona também para o estímulo da socialização entre os usuários, como protocolos de anamnese que os incentivam a falarem mais de si mesmos do que apenas responderem a questionários-padrão.

Essa interação dos prestadores de serviço com os usuários e o estímulo à socialização leva ao desenvolvimento de protocolos de atendimento adequados às reais necessidades de deslocamento, financeiras e de adesão ao tratamento.

Esses protocolos de atendimento valorizam a interdependência, a participação, a socialização e a promoção da autonomia entre os atores e são identificados, nas IES pesquisadas, no foco especial que a formação dos alunos recebe. Isso propicia uma aprendizagem diferenciada e desenvolvimento do senso crítico, conforme relataram os entrevistados.

Identifica-se, nesses procedimentos diferenciados de atendimento e formação, um trabalho multidisciplinar intencional e conscientemente conduzido pelos atores, que integra a todos como cocriadores de valor para os Ecossistema de Serviços em Saúde, confirmando na prática os conceitos de Valor em Uso e Coprodução, e fazendo eco à “complementaridade”, terceira característica da “cocriação ecossistêmica”, na qual uma atividade realizada por um ator estimula outra atividade que, por sua vez, retroalimenta e estimula a cadeia de recursos e serviços disponibilizados.

Essas práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços entre os atores fornecem solidez e permitem melhor compreensão do processo de Cocriação de Valor nos Ecossistemas de Serviços em Saúde e se desenvolvem como um fluxo de acolhimento e prestação de serviços, identificado como gerador de Cocriação de Valor, por exemplo, em práticas de atendimento multissetorial para os usuários, de matriciamento e projetos das IES que propiciam compartilhamento de conhecimento entre todos os setores.

Essas práticas identificadas fornecem resposta direta à Prática de Cocriação 7 da tipologia e ao Objetivo Específico 4 desta tese. No entanto, de acordo com as respostas dos entrevistados, ainda é necessário que essas práticas ocorram de forma mais institucionalizada e constante, tanto para o nível micro dos Ecossistemas de Serviços em Saúde quanto para o nível meso, como as que ocorrem por meio de parcerias relatadas pelos atores, com instituições privadas, públicas e ONGs, que dinamizaram a rede de relacionamentos internos e externos e geraram ações de gestão e reorganização das redes de encaminhamento, acolhimento e atendimento aos usuários, além de proporcionar novos contatos profissionais.

Esses processos identificados nas IES pesquisadas configuram-se como “mentalidade e visão de mundo compartilhadas”, reconhecidas, a partir dos cinco axiomas da Cocriação de Valor, como fundamento da Lógica Dominante de Serviço "Narrativa", preconizada também pela Prática de Cocriação 2 da tipologia, como Práticas de Cocriação de Valor que fornece a “linguagem compartilhada, símbolos, sinais e histórias”, que se tornam patrimônio comum de todo o ecossistema.

Concluindo-se a análise das entrevistas, à luz da bibliografia pesquisada e da tipologia, verificaram-se respostas à questão-problema, aos objetivos gerais e específicos desta tese, confirmando, a partir da percepção e perspectiva dos atores, a existência de relações entre a Cocriação de Valor e a Lógica Dominante de Serviço, que moldam e explicam, como proposta basilar de atuação das IES pesquisadas, as Práticas de Cocriação de Valor que emergem das redes de relações que se configuram entre os atores, por meio da prestação, recebimento e usufruto de serviços em saúde e que caracterizam esses serviços prestados pelas IES como autênticos Ecosistemas de Serviços em Saúde.

5.1 Proposições para aperfeiçoamento dos serviços de saúde das IES

Os entrevistados propuseram para o aperfeiçoamento dos serviços das IES:

1. Instituir um gestor acadêmico geral para os serviços de saúde da IES A;
2. Concentrar os serviços em um único espaço na IES A;
3. Ter um compartilhamento mais preciso de informações intra e intersetoriais;
4. Ampliar horários de atendimento para os usuários;
5. Promover mais estudos multidisciplinares de casos – Matriciamento;
6. Fornecer maior espaço para ações e discussões multidisciplinares;
7. Compartilhar conhecimento, promovendo eventos acadêmicos intersetoriais e em parceria com instituições externas;
8. Desenvolver protocolo eletrônico compartilhado entre todos os setores;
9. Disponibilizar o banco de dados dos setores para produção acadêmica;
10. Sincronizar o horário das IES com a disponibilidade do transporte público;
11. Formar os alunos por compartilhamento intersetorial de conhecimento;
12. Formar parcerias das IES com os Serviços Públicos, instituições e ONGs;
13. Tornar o contato informal entre profissionais mais regular e institucionalizado;
14. Desenvolver estágios em parcerias com instituições e ONGs;
15. Manter contatos regulares com médicos externos, para discutir casos de usuários e desenvolver protocolos de tratamento compartilhados;
16. Desenvolver ações que proporcionem mais visibilidade aos serviços prestados, como participação em feiras, congressos e ações coletivas na área da saúde.

5.2 Proposições para novos estudos

Esta tese originou proposições para novos estudos acadêmicos:

1. Avaliar o ponto de vista e a consciência do papel de cada ator nos ESS;
2. A partir da perspectiva ecossistêmica das relações entre a LDS e CCV identificadas, mensurar e avaliar a qualidade dos resultados obtidos;
3. Identificar práticas de compartilhamento de conhecimento que têm potencial para se tornarem redes institucionalizadas dentro das IES e no ESS amplo;
4. Adaptar e validar a Tipologia de Frow *et al.* (2016) para a realidade do serviço público de saúde brasileiro;
5. Analisar os diversos níveis de ESS a partir da tipologia de Frow *et al.* (2016).

5.3 Limitações da pesquisa

Esta tese apresentou algumas limitações:

1. Estudo realizado apenas em 2 Instituições de Ensino Superior. Caso fosse possível ampliar esse número, dados mais amplos poderiam ter sido obtidos;
2. Este estudo apenas realizou análise dos serviços de saúde das IES pesquisadas, seria interessante fazer estudos comparativos entre IES semelhantes que prestam serviços na área de saúde.

REFERÊNCIAS

AGHDAM, A. R.; WATSON, J.; ZIAIMATIN, H. Online value co-creation in the healthcare service ecosystem: a review. 2018. ACIS - Australasian Conference on Information Systems, 29th, Sydney, **Proceedings [...]**. 3-5 Dec. 2018. DOI: 10.5130/acis2018.cf. Disponível em: <https://doi.org/10.5130/acis2018.cf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

AKTER, S.; BABU, M. M.; HOSSAIN, MD. A.; HANI, U. Value co-creation on a shared healthcare platform: Impact on service innovation, perceived value and patient welfare, **Journal of Business Research**, v.140, p. 95-106, 2022. ISSN 0148-2963. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.11.077>. Acesso em: 28 nov. 2022

ALDERSON, W. Dynamic Marketing Behavior: A Functionalist Theory of Marketing, Richard D. Irwin, **Homewood, IL.**, 1965. ISBN: 978-0-387-28181-0. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-28181-9_26. Acesso em: 28 nov. 2022.

ALMEIDA JR, B. R; FARINA, M. C. Análise bibliométrica das relações entre os conceitos de cocriação de valor e lógica dominante de serviço, em um ecossistema de assistência à saúde. ENGEMA: Encontro Internacional sobre Gestão Empresarial e Meio Ambiente, 22., 2020, São Paulo. **Anais do [...]**. São Paulo: FEA/USP. 2020. ISSN: 2359-1048. Disponível em: <http://engemausp.submissao.com.br/22/anais/arquivos/124.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BACCARANI, C.; CASSIA, F. Evaluating the outcomes of service ecosystems: The interplay between ecosystem well-being and customer well-being. **TQM Journal**, v. 29, n. 6, p. 834–846, 2017. ISSN: 1754-2731. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/TQM-04-2017-0039/full/html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BALLANTYNE, D.; AITKEN, R. Branding in B2B markets: Insights from the service-dominant logic of marketing. **Journal of Business and Industrial Marketing**, v. 22, n. 6, p. 363–371, 2007. ISSN: 0885-8624. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/08858620710780127>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BATTERHAM, R. W.; HAWKINS, M.; COLLINS, P. A.; BUCHBINDER, R.; OSBORNE, R. H. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. **Public Health**, v. 132, p. 3-12, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350616000044?via%3Dihub>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BEIRÃO, G.; PATRÍCIO, L.; FISK, R. P. Value cocreation in service ecosystems: Investigating health care at the micro, meso, and macro levels. **Journal of Service Management**, v. 28, n. 2, p. 227-249, 2017. ISSN: 1757-5818. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JOSM-11-2015-0357>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BORGONOV, E.; ADINOLFI, P.; PALUMBO, R.; PISCOPO, G. Framing the shades

of sustainability in health care: Pitfalls and perspectives from Western EU Countries. **Sustainability (Switzerland)**, v. 10, n. 12, p. 1-20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/su10124439>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BREIDBACH, C. F.; ANTONS, D.; SALGE, T. O. Seamless Service? On the Role and Impact of Service Orchestrators in Human-Centered Service Systems. **Journal of Service Research**, v. 19, n. 4, p. 458-476, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094670516666370>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRODIE, R.J., RANJAN, K.R., M.I., JIANG, Y.; PREVITE, J. Coronavirus crisis and health care: learning from a service ecosystem perspective. **Journal of Service Theory and Practice**, v. 31, n. 2, p. 225-246, 2021. ISSN: 2055-6225. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JSTP-07-2020-0178>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CAIC, M.; HOLMLID, S.; MAHR, D.; ODEKERKEN-SCHRODER, G. Beneficiaries' View of Actor Networks: Service Resonance for Pluralistic Actor Networks. **International Journal of Design** [Internet], v. 13, n. 3, p. 69-88, 2019. ISSN 1991-376. Disponível em: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-76450>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CHARMAZ, C. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis, **Sage Publications**, Los Angeles, CA, v. 7, n. 4, p. 553-555, 2006. ISBN 9780761973539. Disponível em: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/constructing-grounded-theory/book235960>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CIASULLO, M. V.; COSIMATO, S.; PALUMBO, R.; STORLAZZI, A. Value Co-creation in the Health Service Ecosystems: The Enabling Role of Institutional Arrangements. **International Business Research**, v. 10, p. 222-238, 2017. ISSN (Online): 1913-9012. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/ibr.v10n12p222>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. **Sage Publications Inc.**, 2008. ISBN: 9781452230153. Disponível em: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/basics-of-qualitative-research/book235578>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CRESWELL, J. W. **Research Design**. 3a ed. Porto Alegre - RS: SAGE Publications Inc., 2010. Disponível em: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/research-design/book255675>. Acesso em: 28 nov. 2022.

DAVEY, J.; GRÖNROOS, C. Health service literacy: complementary actor roles for transformative value co-creation. **Journal of Services Marketing**, v. 33, n. 6, p. 687-701, 2019. ISSN: 0887-6045. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JSM-09-2018-0272>. Acesso em: 28 nov. 2022.

DEL LAMA, D.; FARINA, M. C.; CARVALHO, A. A.; FERNANDES NETO, A. F.; VICENTE, K. B. Rede de relacionamento dos docentes de um curso de graduação em administração: a busca de alternativas para a construção do ensino aprendizagem. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 5, 2020. ISSN: 2358-8322. Disponível em:

<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2944>. Acesso em: 28 nov. 2022.

DESSERS, E.; MOHR, B. J. An ecosystem perspective on care coordination: Lessons from the field. **International Journal of Care Coordination**, v. 23, n. 1, p. 5-8, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2053434519896523>. Acesso em: 28 nov. 2022.

DOTY, D.H.; GLICK, W. Typologies as a unique form of theory building. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 2, p. 230-251, 1994. Disponível em: <https://journals.aom.org/doi/10.5465/amr.1994.9410210748>. Acesso em: 28 nov. 2022.

FROW, P.; MCCOLL-KENNEDY, J. F.; PAYNE J.; GOVIND, R. Service ecosystem well-being: conceptualization and implications for theory and practice. **European Journal of Marketing**, v. 53, n. 12, p. 2657-2691, 2019. ISSN: 0309-0566. Disponível em: <https://www-emerald.ez73.periodicos.capes.gov.br/insight/content/doi/10.1108/EJM-07-2018-0465/full/html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

FROW, P.; MCCOLL-KENNEDY, J. R.; PAYNE, A. Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. **Industrial Marketing Management**, v. 56, p. 24-39, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.indmarman.2016.03.007>. Acesso em: 28 nov. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2017. ISBN 85-224-3169-8. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

GRÖNROOS, C. Service logic revisited: Who creates value? And who co-creates? **European Business Review**, v. 20, n. 4, p. 298-314, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/09555340810886585>. Acesso em: 28 nov. 2022.

GRÖNROOS, C. Value co-creation in service logic: A critical analysis. **Marketing Theory**, v. 11, n. 3, p. 279-301, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1470593111408177>. Acesso em: 28 nov. 2022.

GRÖNROOS, C.; VOIMA, P. Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 41, n. 2, p. 133-150, 2013. ISSN: 0955-534X. Disponível em: <https://link-springer-com.ez73.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11747-012-0308-3>. Acesso em: 28 nov. 2022.

HANNEMAN, R.; RIDDLE, M. Introduction to Social Network Methods. **University of California**, 2005. Disponível em: [https://math.libretexts.org/Bookshelves/Scientific_Computing_Simulations_and_Modeling/Book%3A_Introduction_to_Social_Network_Methods_\(Hanneman\)](https://math.libretexts.org/Bookshelves/Scientific_Computing_Simulations_and_Modeling/Book%3A_Introduction_to_Social_Network_Methods_(Hanneman)). Acesso em: 28 nov. 2022.

HLONGWANE, S.; GROBBELAAR, S. S. A Practical Framework for Value Creation

in Health Information Systems From an Ecosystem Perspective: Evaluated in the South African Context. **Frontiers in Psychology**, vol. 13:637883, 2022. ISSN=1664-1078. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.637883>. Acesso em: 28 nov. 2022.

HUGHES, T.; VAFEAS, M. Service-dominant logic as a framework for exploring research utilization. **Marketing Theory**, v. 18, n. 4, p. 451-472, 2018. Disponível em: <https://journals-sagepub-com.ez73.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1177/1470593118764019>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ICHOM - International Consortium for Health Outcomes Measurement. Disponível em: <https://www.ichom.org>. Acesso em: 28 nov. 2022.

IKENAMI, R. K.; GARNICA, L. A.; RINGER, N. J. Ecossistemas de inovação: abordagem analítica da perspectiva empresarial para formulação de estratégias de interação. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace**, v. 7, n. 1, 11 mar. 2016. ISSN: 2178-7638. DOI: 10.13059/racef.v7i1.232. Disponível em: <https://www.fundace.org.br/revistaracef/index.php/racef/article/view/232>. Acesso em: 28 nov. 2022.

KAARTEMO, V.; KÄNSÄKOSKI, H. Information and knowledge processes in health care value co-creation and co-destruction. **SAGE Open**, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244018820482>. Acesso em: 28 nov. 2022.

KOESTLER, A. The tree and the candle. in W. Gray and N. D. Rizzo, editors. Unity through diversity. Part I. **Gordon and Breach Science Publishers**, New York, p. 287-314, 1973.

LANTOS, Z.; SIMON, J. The Community Health Experience Model—value generation from person-centered health transaction network. **Public Health Rev.** v. 39, n. 29, 2018. ISSN: 2107-6952. Disponível em: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-018-0105-8>. Acesso em: 28 nov. 2022.

LUSCH, R. F.; VARGO, S. L.; GUSTAFSSON, A. Fostering a trans-disciplinary perspectives of service ecosystems. **Journal of Business Research**, v. 69, n. 8, p. 2957-2963, Aug. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.02.028>. Acesso em: 28 nov. 2022.

MARS, M.; BRONSTEIN, J.; LUSCH, R. The value of a metaphor: Organizations and ecosystems. **Organizational Dynamics**, v. 41, n. 4, p. 271-289, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2012.08.002>. Acesso em: 28 nov. 2022.

McCOLL-KENNEDY, J. R.; VARGO, S. L.; DAGGER, T. S.; SWEENEY, J. C.; KASTEREN, Y. V. Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. **Journal of Service Research**, v. 15, n. 4, 370-389, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094670512442806>. Acesso em: 29 nov. 2022.

McCOLL-KENNEDY, J.; CHEUNG, L.; COOTE, L. Tensions and trade-offs in multi-actor service ecosystems. **Journal of Business Research**, v. 121, p. 655-666, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.06.055>. Acesso em: 28 nov. 2022.

MERTON, Robert K. **Sociologia: teoria e estrutura**. Tradução de Miguel Maillat. São Paulo: Mestre Jou, 1970. Disponível em: <https://www.ige.unicamp.br/geoideias/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/MERTON-1979-Os-Imperativos-Institucionais-da-Ci%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PALUMBO, R.; COSIMATO, S.; TOMMASETTI, A. Dream or reality? A recipe for sustainable and innovative health care ecosystems. **TQM Journal**, v. 29, n. 6, p. 847-862, 2017. ISSN: 1754-2731. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/TQM-02-2017-0023/full/html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PAVANI, C.; PLONSKI, G. A. Ecosistema de inovação em saúde: uma visão funcional. Congresso Latino-Iberoamericano de Gestión Tecnológica – ALTEC, 17., 2017. São Paulo, **Anais [...]**. p.1-13, 2017. Disponível em: http://www.uam.mx/altec2017/pdfs/ALTEC_2017_paper_412.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

PAYNE, A. F.; STORBACKA, K.; FROW, P. Managing the co-creation of value. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 36, n. 1, p. 83-96, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11747-007-0070-0>. Acesso em: 28 nov. 2022.

Peng Y.; Wu T.; Chen Z.; Deng Z. Value Cocreation in Health Care: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 24, n. 3, mar. 2022. e33061. DOI: [10.2196/33061](https://doi.org/10.2196/33061). Disponível em: <https://www.jmir.org/2022/3/e33061>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-114. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PINHO, N. F.; BEIRÃO, G.; PATRÍCIO, L.; FISK, R. P. Understanding value co-creation in complex services with many actors. **Journal of Service Management**, v. 25, p. 470-493, 2014. ISSN: 1757-5818. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JOSM-02-2014-0055>. Acesso em: 28 nov. 2022.

POLESE F.; CARRUBBO, L.; CAPUTO, F.; SARNO, D. Managing Healthcare Service Ecosystems: Abstracting a Sustainability-Based View from Hospitalization at Home (HaH) Practices. **Sustainability**, v. 10, n 11, 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2071-1050/10/11/3951>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. Co-creating unique value with customers. **Strategy & Leadership**, v. 32, n. 3, p. 4-9, 2004a. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/10878570410699249/full/html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. Co-creation experiences: the next practice in value creation. **Journal of Interactive Marketing**, v. 18, n. 3, p. 5-14, 2004b.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1002/dir.20015>. Acesso em: 28 nov. 2022.

RAMASWAMY, V. It's about human experiences... and beyond, to co-creation. **Industrial Marketing Management**, v. 40, n. 2, p. 195-196, 2011. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez73.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S00198501100011242010.06.030>. Acesso em: 28 nov. 2022.

RANJAN, K. R.; READ, S. An ecosystem perspective synthesis of co-creation research. **Industrial Marketing Management**; v. 99, p. 79-96, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2021.10.002>. Acesso em: 28 nov. 2022.

RANJAN, K. R.; READ, S. Value co-creation: concept and measurement. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 44, n. 3, p. 290-315, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11747-014-0397-2>. Acesso em: 28 nov. 2022.

SARACENI, S. **Cocriação de valor no relacionamento empresa-cliente: um estudo exploratório**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. DOI:10.11606/D.12.2015.tde-02122015-092819. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-02122015-092819/pt-br.php>. Acesso em: 28 nov. 2022.

SIMMONDS, H.; GAZLEY, A. Impact value and sustainable, well-being centered service systems. **European Journal of Marketing**, v. 55, n. 2, p. 593-617, 2021. ISSN: 0309-0566. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/EJM-03-2018-0182/full/html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, n. 1, p. 1-17, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>. Acesso em: 28 nov. 2022.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 44, n. 1, p. 5-23, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11747-015-0456-3>. Acesso em: 28 nov. 2022.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. It's all B2B... and beyond: Toward a systems perspective of the market. **Industrial Marketing Management**, v. 40, n. 2, p. 181-187, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0019850110001082?via%3DiHub>. Acesso em: 28 nov. 2022.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Service-dominant logic 2025 evidence based research. **International Journal of Research in Marketing**, v. 34, n. 1, p. 46-67, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167811615302007?via%3DiHub>. Acesso em: 28 nov. 2022.

WAJID, A.; RAZIQ, M. M.; MALIK, O. F.; MALIK, S. A.; KHURSHID, N. Value co-creation through actor embeddedness and actor engagement. **Marketing Intelligence & Planning**, v. 37, n. 3, p. 271-283, 2019. ISSN: 0263-4503. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MIP-07-2018-0241/full/html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

YAN, Y.-H., YANG, C.-W.; FANG, S.-C. Patient-centred e-health supports value cocreation and quality of medical care in Taiwan. **Health Info Libr J**, v. 39, p. 68-78, 2022. Disponível em: <https://doi-org.ez73.periodicos.capes.gov.br/10.1111/hir.12372>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ZHANG L.; YANG X.; ZHOU, Y.; SUN, J.; LIN, Z. The Influence Mechanism of Information Interaction on Value Cocreation Based on the Smart Healthcare Context. **Journal of Healthcare Engineering**, aug. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8418551/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

Quadro 17 – Formulário

Bloco	Perfil dos Entrevistados
A1	Gênero
A2	Idade
A3	Titulação
A4	Área de formação
A5	Tempo de docência no ensino superior
A6	Tempo de docência ou trabalho na IES
A7	Tempo de atuação; atendimento ao público - Serviço de Assistência em Saúde - IES
Bloco B	Mapa de Rede e atores focais - Apresentação de cartões, identificação dos atores focais e <i>formação das redes</i> Identificar: <i>Como os atores procedem, como se relacionam com os pares, a quem se reportam nesse trabalho, seus objetivos e as informações que trocam com outros atores, classificando e identificando os atores focais com os quais se relacionam, com as informações resultantes trocadas e benefícios obtidos a partir de sua interação com cada uma das entidades.</i>
B1	Questão norteadora: Poderia organizar com esses cartões uma representação de como é o dia a dia e como se organizam os atores em relação ao atendimento ao usuário? e apontar se relaciona com quem? Material: etiquetas com os cargos dos atores e vazias, caso queira incluir mais um ator que considere importante; canetas coloridas; folha de papel
Blocos C, D, E, F	Roteiro de questões para complementação da entrevista. Organizado em Blocos.
Questão de Pesquisa	Referente ao Objetivo Geral da Tese: Analisar os componentes principais que caracterizam as relações entre a Lógica Dominante de Serviço (LDS) e a Cocriação de Valor (CCV), expressas em Práticas de Cocriação que moldam Ecossistemas de Serviços em Saúde (ESS), segundo a perspectiva dos atores participantes desses ecossistemas.
Questão de Pesquisa	Conte como é o seu dia a dia na prestação de serviços ao público externo, na relação com os usuários, com os outros profissionais do seu setor, de outros setores e de outras instituições.
Bloco C	Referente à PC4 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 1 desta tese: Analisar práticas que impactam os Ecossistemas de Serviços em Saúde, criadas ou constrangidas pelas estruturas que formam seus contextos.
C1 - Questão norteadora	Poderia nos descrever como é realizado o acolhimento, seleção e encaminhamento de atendimento dos usuários dos serviços de saúde?
C2	Os usuários participam da elaboração e/ou aperfeiçoamento dessas práticas? Poderia nos dar algum exemplo?
C3	Na sua opinião, o que pode ser melhorado em relação à identificação e acesso dos usuários, à coordenação das ações de cuidado e da oferta de serviços, em relação às necessidades detectadas? Poderia nos dar algum exemplo?
C4	Existem práticas que proporcionam interdependência e integração entre os diversos atores e os recursos que podem disponibilizar? Poderia nos dar algum exemplo?
C5	Existem práticas de aperfeiçoamento dos procedimentos e que promovem o compartilhamento de conhecimento dos profissionais com os usuários e também com outras instituições? Poderia nos dar algum exemplo?
C6	Existem práticas de capacitação sobre normas e processos para os prestadores de serviços? Poderia nos dar algum exemplo?
Bloco D	Referente à PC5 (FROW <i>et al.</i>, 2016) e ao Objetivo Específico 2 desta tese: Analisar práticas que moldam e inspiram novas proposições de valor em ESS.
D1 - Questão Norteadora	Como é feita a prescrição dos serviços e a comunicação dos resultados obtidos para os usuários?
D2	Existe alguma formação dos usuários e seus familiares/acompanhantes no sentido de conhecerem melhor os serviços que lhe são oferecidos, seus protocolos e resultados? Poderia nos dar algum exemplo?

D3	Você acredita que essas práticas geram valor para os usuários e atores dos serviços prestados? Poderia nos dar algum exemplo?
D4	Quais os propósitos que você consideraria comuns a todos os atores?
D5	Dentro do ESS, quem você apontaria como gerador de valor e para quem esse valor é gerado? Poderia citar exemplos desse valor gerado?
D6	Você acredita que o desempenho dos serviços prestados pela instituição é realmente efetivo para a melhoria da qualidade do cuidado dispensado à população? Poderia nos dar algum exemplo?
D7	Em um cenário de ambientes complexos e mudanças em todos os níveis, como você se sente em relação às mudanças que ocorrem nos procedimentos, processos e relações entre os atores?
D8	Você sente que a formação para a utilização dos serviços prestados pela instituição, proporciona relações de empoderamento, respeito, confiança e lealdade entre os atores? Poderia nos dar algum exemplo?
Bloco E	Referente à PC6 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 3 desta tese: Analisar práticas que impactam o acesso a recursos em Ecossistema de Serviços em Saúde;
E1 - Questão norteadora	Os usuários e/ou seus parentes e/ou responsáveis participam de alguma forma da elaboração dos protocolos de atendimento e serviços que serão prestados? Poderia nos dar algum exemplo?
E2	Existem práticas de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais que prestam o atendimento e os pacientes, parentes e/ou responsáveis? Algum Exemplo
E3	Na sua opinião, esse compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e usuários (*caso exista ou venha a existir) pode gerar novos modelos de governança e novas instituições dentro do próprio ESS, que possam levar à melhoria e aperfeiçoamento do desempenho do ESS e dos serviços prestados? Algum Exemplo?
E4	Existem práticas contínuas de formação dos usuários para a utilização dos serviços que lhes são prestados? Poderia nos dar um exemplo?
Bloco F	Referente à PC7 (FROW <i>et al.</i> , 2016) e ao Objetivo Específico 4 desta tese: Analisar práticas criadoras de novos relacionamentos, gerando oportunidades interativas e/ou experimentais em Ecossistemas de Serviços em Saúde.
F1 - Questão norteadora	Existe algum compartilhamento e/ou produção de conhecimento entre os profissionais da sua instituição e de outras instituições envolvidas na prescrição dos tratamentos e no atendimento aos usuários? Poderia nos dar algum exemplo?
F2	Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços entre os profissionais do seu setor e dos outros setores da sua instituição? Algum exemplo?
F3	Existem práticas de compartilhamento de conhecimento e serviços com ESS mais amplos, como instituições estaduais e federais de saúde e/ou outras instituições que prestam serviços ao público? Poderia nos dar algum exemplo?
F4	Você considera esse tipo de prática como tendo potencial de produzir resultados positivos ou que podem ser melhorados? Poderia nos dar algum exemplo?
G- Final	O que mais você acrescentaria sobre tudo o que conversamos?

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022