

## TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COCRIADA: uma interação teórica entre a cocriação de valor e a tomada de decisão médica compartilhada

### *COCREATED MEDICAL DECISION MAKING: A theoretical interaction between value cocreation and shared medical decision making*

 Jason Amorim<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutorando em Administração na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: [jasonlamorim@gmail.com](mailto:jasonlamorim@gmail.com)



#### ACESSO ABERTO

**Copyright:** Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional. 

**Conflito de interesses:** O autor declara que não há conflito de interesses.

**Financiamento:** Não há.

**Declaração de Disponibilidade dos dados:** Todos os dados relevantes estão disponíveis neste artigo.

**Recebido em:** 20/09/2019.

**Revisado em:** 10/12/2019

**Aceito em:** 21/01/2020

#### Como citar este artigo:

AMORIM, Jason. Tomada de Decisão Médica Cocriada: uma interação teórica entre a cocriação de valor e a tomada de decisão médica compartilhada. **Informação em Pauta**, Fortaleza, v. 5, n. especial, p. 68-83, março 2020. DOI:<https://doi.org/10.36517/2525-3468.ip.v5iespecial1.2020.43513.69-83>.

#### RESUMO

O objetivo deste estudo é a interação conceitual da cocriação de valor com uma teoria da área de saúde, a tomada de decisão médica compartilhada, visando a saúde e o bem-estar do

paciente, através do engajamento dos *stakeholders*. A proposta desta interação teórica é o que passa a ser denominado de Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC), a qual proporcionará entender quais os *stakeholders*, e quais as preferências e atividades dos pacientes influenciam nas tomadas de decisões. Quanto ao avanço em relação à tomada de decisão médica compartilhada, a TDMC propõe o engajamento de novos *stakeholders* como outros provedores de saúde, os amigos do paciente e outros pacientes da mesma enfermidade, com o foco na geração de valor para o paciente através da cocriação. A TDMC propõe também o engajamento do paciente em práticas de atividades prazerosas. O impacto que se espera com o desenvolvimento da teoria da TDMC é um maior engajamento de pacientes de diversas doenças em seus próprios tratamentos, bem como o engajamento de outros *stakeholders*, além do incentivo às práticas de atividades prazerosas ao paciente. E, por consequência, proporcionar saúde e bem estar a uma parcela significativa da sociedade.

**Palavras-chave:** Cuidado Centrado no Paciente. Cocriação de Valor. Tomada de Decisão Médica Compartilhada. Tomada de Decisão Médica Cocriada.

#### ABSTRACT

The purpose of this theoretical interaction is what is now called Co-Created Medical Decision Making (TDMC), which will provide an understanding of which stakeholders, and which patients' preferences and activities influence decision making. As for advancing shared medical decision-making, TDMC proposes engaging new stakeholders such as other

healthcare providers, patient friends, and other patients with the same illness, with a focus on creating patient value through co-creation. TDMC also proposes patient engagement in pleasurable activity practices. The expected impact of developing the theory of CMDT is greater engagement of patients with various diseases in their own treatments, as well as the

engagement of other stakeholders, as well as encouraging the practice of pleasurable patient activities. And, as a result, provide health and well-being to a significant portion of society.

**Keywords:** Patient Centered Care. Value cocreation. Shared Medical Decision Making. Cocreated Medical Decision Making.

---

## 1 INTRODUÇÃO

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

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

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

Dentre as DCNT estão as doenças raras, as quais são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição (BRASIL, 2019). Ainda

segundo o Ministério da Saúde, as doenças raras são crônicas, progressivas e incapacitantes, podendo ser degenerativas e também levar, a curto ou médio prazo, à morte, afetando a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. E como muitas delas não têm cura, estendendo assim o tratamento ao longo da vida, o paciente necessita de outros provedores de saúde, além do acompanhamento clínico, com o objetivo de aliviar os sintomas ou retardar seu aparecimento (BRASIL, 2019).

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

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

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

Para tal, segue-se a esta introdução o referencial teórico baseado nas duas teorias para as quais se objetiva a interação. Logo após, apresenta-se o resultado desta interação que é a proposta da teoria da Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O termo cocriação de valor começou a ser usado a partir de 2002 pelos autores C. K. Prahalad e Venkat Ramaswamy (2002, 2004), que disseminaram o conceito mundialmente, provocando um grande debate sobre as relações das empresas com seus *stakeholders*, tais como clientes, fornecedores e parceiros, agregando inovação e valor. O surgimento desse conceito foi também motivado pela competitividade imperativa no

início do século XXI, fazendo com que as organizações repensassem sua relação com seus clientes/consumidores (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018).

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

Segundo Grönroos (2011), não é que os clientes sempre sejam co-criadores de valor, mas sim que, sob certas circunstâncias, o provedor de serviços obtém oportunidades para co-criar valor junto com seus clientes. A cocriação de valor pode tornar-se facilmente um conceito sem substância e, se não houver uma compreensão completa do conceito de interação, o escopo, o lócus, a natureza e o conteúdo da cocriação de valor não podem ser identificados (GRÖNROOS, 2011).

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

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

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

de plataformas de engajamento de cocriação com *stakeholders* devem seguir quatro princípios: Diálogo, Acesso, Reflexividade e Transparência.

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

A tomada de decisão médica compartilhada (SMDM, na sigla em inglês) é definida como um processo ou ferramenta formal que ajuda médicos e pacientes a trabalharem juntos no processo de decisão sobre diagnóstico, tratamento ou acompanhamento que melhor reflita as evidências médicas e as prioridades e metas individuais do paciente para seus cuidados (ALDEN *et al.*, 2013, 2014, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018; STIGGELBOUT *et al.*, 2015). Segundo Stiggelbout e outros (2015), embora o termo “tomada de decisão médica compartilhada” tenha sido usado pela primeira vez em 1972 por Veatch, a aceitação clínica do conceito é mais recente e atualmente *stakeholders*, tais como representantes de pacientes, formuladores de políticas, hospitais e seguradoras em todo o mundo defendem os princípios do SMDM como o ideal para tomada de decisão (STIGGELBOUT *et al.*, 2015).

Na visão inicial defendida por Veatch (1972), o médico devia reconhecer a liberdade do paciente no controle sobre sua própria vida e destino, quando escolhas significativas devem ser feitas, defendendo uma relação de confiança, responsabilidade e compromisso entre o médico e o paciente.

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

Em uma revisão sistemática com estudos quantitativos e qualitativos, que exploraram a comunicação entre o médico / paciente adulto / acompanhante do paciente em consultas e tomadas de decisões médicas, Laidsaar-Powell e outros (2013) indicaram que esta tríade relação em consultas foram frequentemente percebidas como úteis. No entanto, o envolvimento familiar muitas vezes exige desafios, pois alguns

comportamentos dos acompanhantes foram considerados mais úteis (suporte informativo) e menos úteis, por exemplo, quando estes dominam a comunicação. Os autores concluíram que a comunicação tríadica em encontros médicos pode ser útil, porém desafiadora, pois as preferências por envolvimento variaram muito (LAIDSAAR-POWELL *et al.*, 2013).

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

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

Os resultados obtidos destacaram a importância dos provedores de saúde evitarem os estereótipos culturais do Oriente-Occidente, pois há um número significativo de pacientes em todos os sete países pesquisados que tanto tendem a preferir um envolvimento familiar menor quanto maior. Assim, as diferenças individuais dentro de uma mesma cultura são importantes para prever se um paciente deseja um envolvimento familiar na SMDM. Por essa razão, segundo os autores, evitar pressupostos baseados na cultura sobre o envolvimento da família durante a tomada de decisões médicas é fundamental para proporcionar um cuidado mais eficaz ao paciente (ALDEN *et al.*, 2017).

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

estudo investigou as relações entre orientações de valor e envolvimento familiar desejado em decisões médicas (FRIEND; ALDEN, 2018).

Os resultados apontaram para a importância de identificar as preferências para a tomada de decisão no tratamento entre os consumidores japoneses, porque os pacientes orientados para a SMDM no Japão são mais propensos a ver o envolvimento da família como uma oportunidade para melhorar a tomada de decisões versus um risco de interferência. Semelhante ao estudo anterior, os resultados demonstraram a importância de evitar estereótipos culturais ou regionais em relação às atitudes dos pacientes e o envolvimento familiar na SMDM (FRIEND; ALDEN, 2018).

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

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

### **3 TOMADA DE DECISÃO MÉDICA COCRIADA**

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

A proposta desta interação teórica é o que passaremos a denominar de Tomada de Decisão Médica Cocriada (TDMC), a qual proporcionará entender quais os *stakeholders* (além dos médicos, provedores de saúde e familiares), quais as preferências e atividades dos pacientes influenciam nas tomadas de decisões. Assim como Prahalad e Ramaswamy (2002, 2004), disseminaram o conceito da cocriação de

valor, enaltecendo as relações das empresas com seus *stakeholders*, tais como clientes, fornecedores e parceiros, agregando inovação e valor, o objetivo aqui é defender a importância das relações dos pacientes com seus *stakeholders*, agregando inovação e valor ao tratamento e bem-estar.

Antes de aprofundar no tema proposto, é importante salientar alguns antecedentes desta interação teórica. Como ficou evidenciado nos estudos de Cohen, Da Silva e Jorge (2018), a cocriação de valor, nas pesquisas científicas em saúde, ainda são incipientes e escassas no Brasil. Segundo os autores, tanto as publicações nacionais quanto internacionais abordam a cocriação em saúde com o foco no atendimento ao paciente como cliente, tendo como objetivo principal o cunho mercadológico. Entretanto, um avanço observado foram estudos que já abordavam acerca da cocriação em saúde considerando outros *stakeholders* em ecossistemas envolvidos e a importância da cocriação como mola propulsora para engajamento, melhoria de processos e inovação.

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

### **3.1 Engajamento dos Stakeholders**

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

Esta atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, como observado nos conceitos da SMDM, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, é

também reconhecida por organizações governamentais de saúde como transformadora da relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (BRASIL, 2013; OMS, 2003). As bases destas relações estão na dignidade e respeito; no compartilhamento de informações completas entre os *stakeholders*; na participação e colaboração de todos nas decisões (BRASIL, 2013; JOHNSON *et al.*, 2008).

Nessa perspectiva, a coprodução e cocriação de aprendizado entre e interprofissionais merece ser observada como estratégia para a cocriação de valor com foco na geração de soluções de saúde com e para a sociedade (COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; McCOLL-KENNEDY *et al.*, 2012)

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

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

Embora definições e os usos do termo empoderamento do paciente variam na literatura de cuidados de saúde, o construto é tipicamente referido como multidimensional. Segundo Dana Alden (2014), em um estudo com portadores de câncer, as experiências com a enfermidade devem fortalecer as associações entre a participação do paciente e a tomada de decisão, gerando atitude de confiança em relação ao tratamento do câncer, bem como o empoderamento do paciente.

Com este mesmo enfoque, um estudo qualitativo descritivo foi desenvolvido em Fortaleza-Ceará, com a apreensão do autocuidado a partir das percepções dos pacientes com doenças crônicas sobre empoderamento (TADDEO *et al.*, 2012). Segundo os autores, as informações coletadas revelaram o importante papel que o profissional de saúde

desempenha no empoderamento do usuário para um cuidado promotor de saúde. É o que denominaram de cuidado “empoderador” como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta.

Até aqui então, a TDMC defende que a tomada de decisão deve ser cocriada entre o paciente, o médico, os familiares, os provedores e organizações de saúde (públicas e privadas). Entretanto, outros *stakeholders* que merece ter sua influência analisada na TDMC são outros pacientes com a mesma doença, pelas suas experiências com a enfermidade. Segundo Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010), atualmente há mais confiança nos relacionamentos horizontais do que nos verticais. Os consumidores acreditam mais uns nos outros do que nas organizações. A ascensão das mídias sociais também é um reflexo da migração da confiança dos consumidores das empresas para outros consumidores (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2010). Este conceito do marketing também se aplica às relações entre os pacientes que interagem entre si em busca de respostas, porque os consumidores prestam mais atenção ao seu círculo social quando tomam decisões e buscam conselhos e avaliações tanto on-line como off-line (KOTLER; KARTAJAYA; SETIAWAN, 2017).

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

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

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

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

### **3.2 Engajamento nas atividades**

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

Além da música, outras práticas de atividades prazerosas (PAP) podem ser adotadas pelos pacientes como terapias alternativas e complementares ao tratamento. Esta é mais uma proposta da TDMC que, somado ao engajamento dos *stakeholders*,

podem proporcionar grandes benefícios ao bem-estar dos indivíduos. Alguns estudos antecedentes já retrataram estes benefícios.

Em um estudo sobre o lazer com pacientes de doença renal crônica na Austrália, McQuoid (2017) concluiu que a natureza voluntária do lazer ofereceu aos participantes benefícios importantes no enfrentamento de enfermidades em longo prazo, oferecendo alternativas ao "corpo doente", e fortalecimento mediante às incertezas das trajetórias de doenças. A autora afirma ainda que há pouca pesquisa abordando a participação de lazer de pessoas com doenças crônicas, apesar das relações entre saúde mental e física e auto avaliação da qualidade de vida.

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

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

A dança foi outra atividade que teve seus efeitos estudados também em pacientes com câncer. Em um estudo exploratório com pacientes com câncer de mama na China, Ho e outros (2016) reafirmaram os benefícios da terapia com dança à saúde física e psicológica e à qualidade de vida dos pacientes. As intervenções com a dança foram analisadas com grupos de pacientes durante e após um tratamento radioterápico e ajudou os pacientes de várias formas levando os autores a concluir que a terapia com a

dança, ao longo do tratamento do câncer, pode trazer benefícios diferentes ou mesmo adicionais para os pacientes (HO; LO; LUK, 2016).

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

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

#### 4 CONCLUSÃO

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

Quanto ao avanço em relação à tomada de decisão médica compartilhada, para a qual estudos anteriores já definiam como um processo ou ferramenta formal que ajuda médicos e pacientes a trabalharem juntos no processo de decisão sobre diagnóstico e tratamento (ALDEN *et al.*, 2013, 2014, 2017; STIGGELBOUT *et al.*, 2015) e ainda incluíam outros *stakeholders* como familiares e organizações de saúde (ALDEN *et al.*, 2017; FRIEND; ALDEN, 2018; COHEN; DA SILVA; JORGE, 2018; JOHNSON *et al.*, 2008; LAIDSAAR-POWELL *et al.*, 2013), a TDMC propõe o engajamento de novos *stakeholders*

importantes que são outros provedores de saúde, os amigos do paciente e outros pacientes da mesma enfermidade, os quais formam grupos em redes sociais e plataformas de engajamento com o foco na geração de valor para o paciente através da cocriação.

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

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

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

## REFERÊNCIAS

ALDEN, Dana L. Decision aid influences on factors associated with patient empowerment prior to cancer treatment decision making. **Medical Decision Making**, v. 34, n. 7, p. 884-898, 2014.

ALDEN, Dana L. *et al.* Who decides: Me or we? Family involvement in medical decision making in Eastern and Western countries.

**Medical Decision Making**, v. 38, n. 1, p. 14-25, 2017.

ALDEN, Dana L. *et al.* Culture and medical decision making: Healthcare consumer perspectives in Japan and the United States. **Health Psychology**, v. 34, n. 12, p. 1133, 2015.

ALDEN, Dana L.; FRIEND, John; CHUN, Maria BJ. Shared Decision Making and Patient Decision Aids: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Hawai'i Physicians. **Hawai'i Journal of Medicine & Public Health**, v. 72, n. 11, p. 396, 2013.

ANDERSON, Robert M.; FUNNELL, Martha M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient education and counseling**, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.

BAKER, Michael J. SAREN, Michael. **Marketing Theory** - A student Text – 2nd edition. [S.l.]: Sage, 2014. *Ebook*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças raras: o que são, causas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-raras>. Acesso em 10/04/2019.

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

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

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

FRIEDENREICH, Christine M. *et al.* Physical activity and cancer outcomes: a precision

medicine approach. **Clinical Cancer Research**, v. 22, n. 19, p. 4766-4775, 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LÉGARÉ, France *et al.* Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. **Journal of interprofessional care**, v. 25, n. 1, p. 18-25, 2011.

MCCOLL-KENNEDY, Janet R. *et al.* Health care customer value cocreation practice styles. **Journal of Service Research**, v. 15, n. 4, p. 370-389, 2012.

MCQUOID, Julia. Finding joy in poor health: The leisure-scapes of chronic illness. **Social Science & Medicine**, v. 183, p. 88-96, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. **The co-creation connection**. Strategy and Business, p. 50-61, 2002.

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. Co-creation experiences: The next practice in value creation. **Journal of Interactive Marketing**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 5–14. 2004.

RAMASWAMY, Venkat. **Co-creating development**. Development Outreach, v. 13, n. 2, p. 38-43, 2011.

RAMASWAMY, Venkat; OZCAN, Kerincam. **O paradigma da cocriação**. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 2016.

SAGAZ, Sidimar Meira *et al.* Abordagens e usos atuais do marketing em organizações de saúde: aproximações com a teoria do cuidado humano. **Revista Visão: Gestão Organizacional**, v. 6, n. 2, 2017.

STIGGELBOUT, Anne M.; PIETERSE, Arwen H.; DE HAES, Johanna CJM. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. **Patient education and counseling**, v. 98, n. 10, p. 1172-1179, 2015.

TADDEO, Patrícia da Silva *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, 2012.

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

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