

Empoderamento de Usuários de Serviços de Saúde por Meio de Tecnologias Móveis (Mobile Health): Proposta de Framework

Autoria

Gustavo Varela Delgado - gutovarela@gmail.com

Prog de Pós-Grad em Admin - PPGA/PUC Minas - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Rodrigo Baroni de Carvalho - rodbaroni@yahoo.com.br

Prog de Pós-Grad em Admin - PPGA/PUC Minas - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

JOSÉ MÁRCIO DE CASTRO - josemarcio@pucminas.br

Prog de Pós-Grad em Admin - PPGA/PUC Minas - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Resumo

A popularização de informação sobre saúde na Internet é acompanhada por uma migração do tipo de dispositivo tecnológico pelo qual se acessa a informação. Com a disseminação de acesso a smartphones, cresce a influência de tecnologias móveis por meio de aplicativos que impactam a experiência e o consumo de serviços de saúde. Para este ensaio teórico, o método utilizado compreendeu a revisão de artigos publicados no portal CAPES sobre comportamento do usuário de serviços de saúde, m-health e cocriação de valor. A principal contribuição deste trabalho é a proposição de framework teórico que aborda as dimensões de empoderamento aplicado ao m-Health com os atributos tecnológicos de m-health e os Estilos de Práticas de Cocriação de Valor para o Cliente (EPCVC). Concluiu-se que estilos de cocriação de valor moderam a relação entre m-health e dimensões de empoderamento, que por sua vez se concretizam a partir de atributos de m-health.

Empoderamento de Usuários de Serviços de Saúde por Meio de Tecnologias Móveis (*Mobile Health*): Proposta de Framework

RESUMO

A popularização de informação sobre saúde na Internet é acompanhada por uma migração do tipo de dispositivo tecnológico pelo qual se acessa a informação. Com a disseminação de acesso a *smartphones*, cresce a influência de tecnologias móveis por meio de aplicativos que impactam a experiência e o consumo de serviços de saúde. Para este ensaio teórico, o método utilizado compreendeu a revisão de artigos publicados no portal CAPES sobre comportamento do usuário de serviços de saúde, *m-health* e cocriação de valor. A principal contribuição deste trabalho é a proposição de um *framework* teórico que aborda as dimensões de empoderamento aplicado ao *m-Health* com os atributos tecnológicos de *m-health* e os Estilos de Práticas de Cocriação de Valor para o Cliente (EPCVC). Concluiu-se que estilos de cocriação de valor moderam a relação entre *m-health* e dimensões de empoderamento, que por sua vez se concretizam a partir de certos atributos de *m-health*.

Palavras-chave: empoderamento do consumidor; *mobile-health*; empoderamento do paciente; marketing digital; cocriação de valor.

1 INTRODUÇÃO

O mercado da saúde é caracterizado por sua significativa complexidade. De acordo com Berwick, Nolan, & Whittington (2008), os atores deste mercado têm, entre seus principais desafios, alcançar uma tripla finalidade (*triple aim*): (i) a melhoria da experiência individual do cuidado; (ii) a melhoria da saúde da população; (iii) a redução do custo *per capita* para o cuidado da saúde da população. Por serem pilares que não são independentes um do outro, iniciativas que consideram as variáveis cuidado, saúde e custos de forma isolada podem influenciar negativamente o sistema de saúde como um todo.

A combinação resultante da evidente pressão do aumento de custos, da mudança do perfil epidemiológico, assim como a necessária reorganização dos serviços de saúde tem despertado a atenção dos atores deste mercado para novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), no sentido da ampliação de acesso e da redução de custos (Lee & Han, 2015), bem como ao estímulo à inovação nesta natureza de serviços (Thakur *et al.*, 2012).

Um fenômeno que impacta diretamente a relação de consumo de serviços de saúde diz respeito à popularização do uso da Internet como fonte de informação para o cuidado da saúde (Lee *et al.*, 2014), na medida em que profissionais de saúde deixam de ser a fonte primária da informação, o que faz com que o papel do usuário destes serviços ganhe em importância e relevância (Lee *et al.*, 2015). Outro fator relevante é a migração do tipo de dispositivo tecnológico pelo qual os usuários acessam a informação. Com a disseminação de acesso a *smartphones*, cresce a influência de tecnologias móveis por meio de aplicativos que impactam a experiência e o consumo de serviços de saúde. Um subcampo emergente deste tipo de tecnologia é o *mobile health*, ou simplesmente *m-health* (Sweileh *et al.*, 2017), um mercado com projeção de movimentação de US\$ 26 bilhões em 2017 (Research2Guidance, 2014). Segundo Schartinger *et al.* (2015), com o advento de novas tecnologias, a interação deixa de ser direta com o cliente e passa a ser mediada por comunicações *on-line* e dispositivos móveis. É o caso do *m-health*, que faculta acesso onipresente a serviços de saúde com soluções customizadas e georreferenciadas (Lee & Han, 2015).

Um conceito-chave que perpassa a discussão sobre *m-health* e seu impacto no ecossistema de saúde é o do empoderamento do usuário de serviços de saúde. De acordo com Calvillo *et al.* (2015), empoderamento é um conceito em ascensão, tanto em aplicação quanto

em popularidade, em que os cidadãos são encorajados à migração para o papel ativo no gerenciamento de sua própria saúde. A ampla disponibilização de informações sobre saúde na Internet tem feito desta uma fonte popular de busca (Lee *et al.*, 2014), culminando inclusive na criação do termo “Dr. Google” para se referenciar às informações obtidas por meio deste buscador.

A migração do perfil da relação de prestação de serviços de ‘pessoa-pessoa’ para ‘pessoa-tecnologia’ não implica necessariamente empoderamento. Nesse sentido, a despeito de eventual aumento da eficiência na assistência à saúde, serviços suportados por *m-health* podem não empoderar seu público-alvo (Calvillo *et al.*, 2015). Discute-se, também, a capacidade dos consumidores em avaliar qualitativamente as informações disponíveis. Newholm *et al.* (2006) afirmam que, sob uma perspectiva libertária, a natureza não regulamentada da Internet seria um fator que contribui para o empoderamento do consumidor.

Apesar do grande volume de publicações sobre *m-health*, a literatura científica que conjuga o tema sob a perspectiva do empoderamento do usuário de serviços de saúde é restrita. No contexto brasileiro, as publicações que discorrem sobre o tema no Brasil são raras (Sweileh *et al.*, 2017). Além disso, os temas mais abordados para os poucos estudos no contexto nacional referem-se mais a soluções *mobile* para o apoio do profissional de saúde, ademais do foco em multiprofissionais encontrado em Tibes, Dias, & Zem-Mascarenhas (2014).

O presente ensaio teórico tem por objetivo propor um *framework* para suportar a integração dos construtos empoderamento do consumidor – aqui entendido como o usuário de serviços de saúde – e *m-health*, uma relação mediada por estilos de cocriação de valor. Como procedimento metodológico, foi realizada pesquisa bibliográfica no portal de periódicos da CAPES a partir da combinação das palavras-chave que suportam este ensaio, culminando em um desenvolvimento de um modelo integrativo dos construtos em questão.

Este ensaio teórico se organiza da seguinte forma: a seção 2 objetiva explicar os procedimentos metodológicos utilizados; a seção 3 compreende a fundamentação teórica dos construtos-base do *framework* teórico. Na sequência, a seção 4 se propõe a apresentar a proposta de *framework* teórico deste ensaio. Já a seção 5 tem por objetivo discutir as implicações e limitações do uso do modelo em estudos futuros. Por fim, são apresentadas as considerações finais do ensaio teórico.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada no desenvolvimento deste ensaio pode ser elucidada em três etapas. A primeira etapa consistiu na busca pelas palavras-chave que sustentam este ensaio teórico no portal de periódicos da CAPES, a saber: *customer empowerment*, *patient empowerment*, *mobile health*, *m-health*, *value cocreation*. A escolha pelo portal de periódicos CAPES se justifica por sua biblioteca virtual reunir e disponibilizar um acervo que supera 38 mil publicações periódicas, internacionais e nacionais, em diversificadas bases de dados (“Portal de Periódico CAPES,” 2017).

Na primeira busca, foram conjugadas as palavras *customer* (ou *patient*) *empowerment* “e” *mobile* (ou *m*-) *health* com ocorrência dos vocábulos em títulos ou assuntos de artigos científicos com revisão de pares publicados nos últimos 5 anos, com data-fim em setembro de 2017. Pelo fato da busca não ter tido resultado, optou-se por uma nova pesquisa para o mesmo intervalo de tempo, desta vez considerando as ocorrências separadas de *customer empowerment* em títulos ou assuntos de artigos revistos por pares. Esta busca resultou na existência de 109 artigos para o termo *customer empowerment*, dos quais 84 eram referentes a artigos revisados por pares. Pela extensa lista de publicações sobre *m-health*, optou-se pelo filtro de ocorrência dos termos *m-health* “ou” *mobile health* apenas em títulos de artigos dos

últimos 5 anos. Esta busca resultou na existência de 2.975 artigos científicos, dos quais 1.799 oriundos de periódicos revisados por pares. Processo análogo foi realizado com *health care value cocreation*. Como a busca deste termo conjugado com *mobile (m-)health* não apresentou resultados, optou-se por pesquisar artigos publicados igualmente nos últimos 5 anos, com data-fim em setembro de 2017, com ocorrência de *health care value cocreation* no campo título ou assunto. Como resultado, 13 artigos foram encontrados, dos quais 11 de periódicos revisados por pares.

A segunda etapa consistiu na leitura global dos resumos dos artigos listados como resultados na etapa primeira. Para a leitura dos resumos, foram considerados apenas os artigos revistos por pares. A leitura dos resumos teve por objetivo uma seleção de artigos com sinergia ao objeto de pesquisa a partir das informações sumarizadas. Como resultado, foram lidos em sua integralidade 65 artigos revisados por pares na seguinte proporção: 29 artigos sobre *m-health*, 19 artigos sobre *customer empowerment*, 17 artigos sobre *value cocreation*.

A terceira e última etapa consistiu na elaboração de um *framework* teórico que correlacionasse dimensões de empoderamento para *m-health* (Almunawar *et al.*, 2015) com atributos deste perfil de tecnologia (S Akter, D'Ambra, & Ray, 2013) e perfis de cocriação de valor (McColl-Kennedy *et al.*, 2012).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste ensaio é apresentada na seguinte ordem: (i) *m-health*, com destaque para os atributos deste construto que contribuem para o empoderamento do usuário de serviços de saúde; (ii) empoderamento do usuário de serviços de saúde; (iii) inovação em serviços, com enfoque em estilos de cocriação de valor.

3.1 Mobile Health (m-Health)

A definição de *mobile health* ou simplesmente *m-health* possui variações no registro literário acadêmico. Se, por um lado, algumas definições restringem o entendimento de *m-health* sob um viés tecnológico (Istepanian & Laca, 2003; Akter *et al.*, 2013), algumas definições extrapolam sua essência tecnológica, como a proposta por Nacinovich (2011), ao definir *m-health* como o uso de comunicações *mobile* para informações e serviços de saúde, tendo como principal objetivo melhorar o resultado de saúde. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu *m-health*, em trabalho específico para os horizontes acerca desta tecnologia, como práticas médicas e públicas de saúde suportadas por meio de dispositivos *mobile*, tais como *smartphones*, dispositivos de monitoramento, assistentes pessoais digitais e demais dispositivos sem fio (Kay, Santos, & Takane, 2011).

Em mapeamento realizado por Fiordelli *et al.* (2013), referente a um levantamento de publicações de artigos sobre a temática do *m-health* entre o período de 2002 a 2012, metade dos artigos eram, do ponto de vista metodológico, referentes a ensaios clínicos, seguidos de 44% das publicações referentes a estudos-piloto. Os autores concluem que, não obstante o evidente crescimento de publicações sobre *m-health*, a utilização de dispositivos móveis para o cuidado da saúde é ainda tema não totalmente explorado e documentado. Percebe-se, como constatam Cameron, Ramaprasad, & Syn (2017), que o cenário em torno da pesquisa sobre *m-health* é distribuído em pesquisas de nicho.

Frente à pluralidade de definições e com o intuito de apresentar um panorama geral que representasse a complexidade do tema e, ao mesmo tempo, pacificasse terminologias e taxinomias deste domínio, Cameron *et al.* (2017) se propuseram a elaborar uma proposta de ontologia aplicada ao *m-health*, composta por uma combinação de elementos estruturais, funcionais e de semiótica, formando os que os autores denominaram de “sistema do *m-*

health". Cabe ressaltar que o mapa ontológico proposto por Cameron *et al.* (2017) não considera empoderamento como um resultado esperado do sistema do *m-health*.

M-health possui certos atributos e características que o distinguem dos demais elementos de saúde digital, além de ser um item acessível, simples e adaptável a qualquer ambiente (Akter *et al.*, 2013). Devido a seus atributos singulares, é esperado que o *m-health* contribua para a redução de custos, ampliação de acesso de serviços, de conveniência e qualidade no cuidado (Lee & Han, 2015).

Akter *et al.* (2013) sintetizam os atributos que consideram aplicáveis para *m-health* da seguinte maneira: (i) acessibilidade, por fornecer acesso universal de qualquer lugar, a qualquer hora (Bauer *et al.*, 2005; Kahn *et al.*, 2010; Varshney, 2005); soluções personalizadas, uma vez que *m-health* fornece soluções individualizadas, endereçadas a necessidades específicas (Barnes, 2003; Barnes & Scornavacca, 2004); imediatismo, ou seja, serviços *right-time*, focando em informações relevantes, específicas e oportunas (Barnes & Scornavacca, 2004; Kahn *et al.*, 2010; Pousttchi & Wiedemann, 2009); interatividade, que propiciaria a cocriação de valor por meio de interação intensa, recíproca e orientada a longo prazo (Barnes, 2003; Varshney, 2005; Kahn *et al.*, 2010); mobilidade, por atender às necessidades temporal, espacial e contextual (Chatterjee *et al.*, 2009; Kakihara & Sørensen, 2001).

3.2 Inovação em Serviços e Cocriação de Valor

A mudança de orientação econômica que migra de um norte de “produtos” para “soluções”, com enfoque na criação de valor para o cliente por meio de tecnologias, ascende o debate acadêmico sobre inovação em serviços. Vargo & Lusch (2004) apresentam uma alternativa conceitual a partir de uma lógica centralizada no serviço ou “Dominante do Serviço” (DS), explicada por Barrett, Davidson, Prabhu, & Vargo (2015) na forma de uma reconceituação do serviço (singular) como um processo de uso de recursos de uma pessoa para o benefício de alguém ou benefício próprio.

De acordo com Barrett *et al.* (2015), há uma nova conceituação de serviço como cocriação de valor por meio de trocas entre os atores envolvidos na lógica dominante do serviço. Nesse sentido, o serviço (e não o produto) torna-se o denominador comum da economia. Para esta visão, o serviço é parte integrante de um processo de junção e cocriação recíproca de valor entre provedores, beneficiários e demais atores. O benefício provido pelos serviços seria, portanto, “valor”, que emerge da interação de recursos entre os atores envolvidos. (Vargo & Lusch, 2004; Barrett *et al.*, 2015).

Cova & Dalli (2009), por sua vez, problematizam a mudança do papel do consumidor, neste ensaio entendido como o usuário de serviços de saúde. Na opinião dos autores, o usuário seria ativo no processo de criação de valor meio de um trabalho imaterial, não remunerado, e de relações sociais primárias. Os autores consideram o “consumidor-trabalhador” como a fonte primária de valor e, portanto, responsável direto pela criação de valor. Cova & Dalli (2009) afirmam que o engajamento, no que classificam como atividades de trabalho imaterial, tem como propósito o atingimento de objetivos pessoais, dentre eles o reconhecimento social e a autogratificação.

A partir de trabalhos e publicações sobre a lógica dominante do serviço, teorias de práticas sociais e da cultura do consumidor, McColl-Kennedy *et al.* (2012) propuseram uma tipologia composta por cinco agrupamentos de Estilos de Práticas de Cocriação de Valor para o Cliente (EPCVC em português, *Customer Value Cocreation Practice Styles* – CVCPS no original): (i) “gestão de equipe” (*team management*); (ii) “controle estreito” (*insular controlling*); (iii) “parceria” (*partnering*); (iv) “adaptação pragmática” (*pragmatic adapting*); e (v) “conformidade passiva” (*passive compliance*).

O estilo “gestão de equipe” é definido por McColl-Kennedy *et al.* (2012) como aquele que possui um alto nível de atividades e um alto nível de interações com o prestador de serviço, outros usuários, familiares, além da promoção de atividades autogerenciadas. No extremo oposto, o estilo “conformidade passiva” é definido pelos autores como aquele que possui baixo nível de atividades e de interações. Para este estilo, as interações são primariamente com uma fonte única, ou seja, o profissional de saúde, responsável pelo comando e orientação. O estilo “controle estreito”, por sua vez, é caracterizado pelo alto nível de atividades e baixo número de interações com outros indivíduos. As interações tendem a ser superficiais. Os usuários deste estilo tendem a ser focados em si. Já o estilo “parceria”, nos termos postos por McColl-Kennedy *et al.* (2012), caracteriza-se por demonstrar um nível médio tanto nas interações com outros indivíduos quanto no nível de atividades. Por fim, os autores consideram que o estilo “adaptação pragmática” é relacionado com um baixo nível de atividades, contraposto por um alto nível de interações com outros indivíduos, fontes privadas e atividades autogeradas.

McColl-Kennedy *et al.* (2012) propõem uma matriz 2 x 2 (Figura 1) para suportar a tipologia de EPCVC, embasada nos eixos: (i) interação, entendida como a forma de engajamento de um indivíduo com demais atores da sua rede de serviço; e (ii) atividades, pelos autores entendidas como ações de cooperação, coleta de informações, compartilhamento de informações e *feedback*, dentre outros.

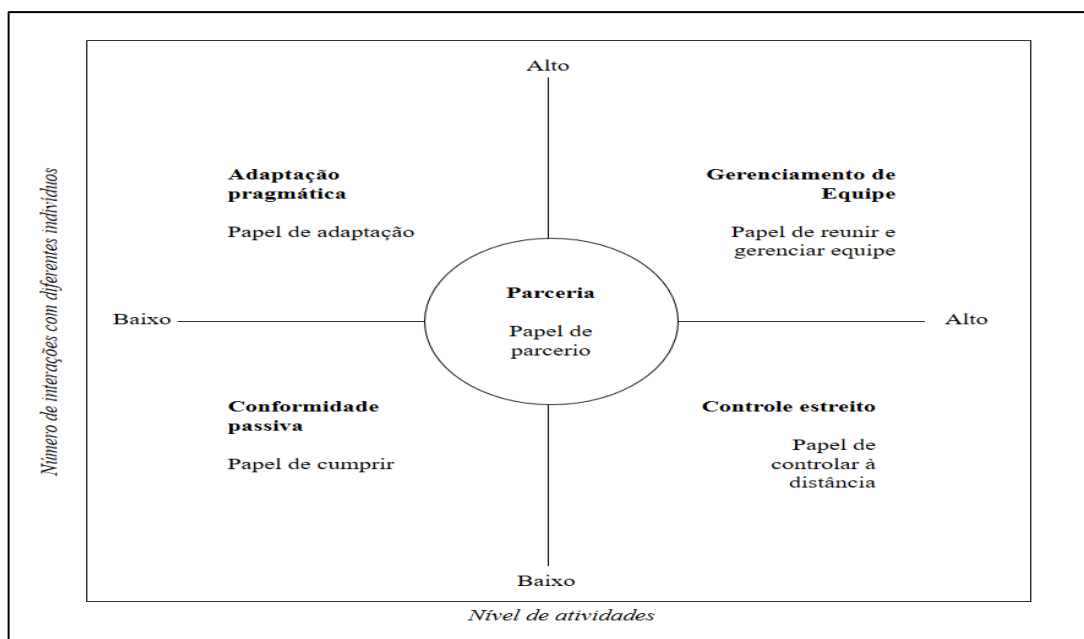


Figura 1. Estilos de Práticas de Cocriação de Valor para o Cliente (EPCVC)
Fonte: McColl-Kennedy *et al.* (2012)

McColl-Kennedy *et al.* (2012) acreditam que sua tipologia seja aplicável a outros serviços de saúde. Nesse sentido, esta tipologia é utilizada no presente ensaio teórico como referência para debater o quanto o estilo do usuário de tecnologias móveis modera a o empoderamento do usuário de serviços de saúde.

3.3 Empoderamento do usuário de serviços da saúde

Em uma abordagem mais tradicional de análise da relação entre provedores de serviços e usuários de serviços de saúde, estes são vistos mais sob a ótica de “recebedores” ou “receptores” de serviços (Aujoulat, D’hoore, & Deccache, 2007). Em contrapartida, a abordagem que trata do empoderamento do usuário de serviços de saúde atribui a este um

papel mais ativo em sua relação com provedores de serviços, encorajando-o a assumir responsabilidades sobre sua própria saúde, culminando inclusive no empoderamento para a tomada de decisões e as consequências destas decorrentes. Nesse sentido, a visão do usuário de serviços como “recebedor” ou “receptor” de serviços abre espaço para uma visão do usuário como “parceiro” em sua relação com o provedor de saúde (Almunawar *et al.*, 2015).

Há, no entanto, uma preocupação com a consequência qualitativa da atenção à saúde decorrente do empoderamento do usuário de serviços de saúde. É o que afirmam Camacho *et al.* (2014) que apontam uma possível não-aderência a tratamentos de saúde como consequência de uma de decisão compartilhada, tais como recentes grupos de pais digitalmente mobilizados contra campanhas de vacinação mandatória. Para Aujoulat *et al.* (2007), o conceito de empoderamento ganha força na década de 1990 a partir da Carta de Ottawa (Canadá) para a Promoção da Saúde. A partir deste marco temporal, o empoderamento passaria a ser questão-chave na teoria da promoção da saúde, visando ao aprimoramento positivo da saúde em vez da prevenção da saúde pura e simples.

Como afirmam McWilliam *et al.* (1997), empoderamento pode ser caracterizado como resultante de um processo pessoal e de um processo interativo, do qual o surgimento do “poder” (ou, como afirmam os autores, potencial) é facilitado por um relacionamento cuidadoso em detrimento a um relacionamento provedor-receptor de saúde. Deste modo, empoderamento tem despertado grande interesse da academia, sendo objeto de vários estudos na literatura (Aujoulat *et al.*, 2007; Anshari *et al.*, 2013; Almunawar *et al.*, 2015). A intensa conectividade propiciada pela Internet, por comunidades *on-line* e por dispositivos eletrônicos tem relação direta com a discussão em torno do empoderamento. De acordo com Pires *et al.* (2006), redes de consumidores (neste caso, usuários de serviços de saúde) permitem o compartilhamento de informações, opiniões sobre provedores de serviços e suas proposições de valor, contribuindo para a construção de expectativas quanto à qualidade de serviços prestados e para a redução da dependência na relação com o provedor de serviços.

Almunawar *et al.* (2015) se propuseram ao desenvolvimento de um modelo conceitual baseado em um estudo empírico composto de três dimensões: *mPersonal* (dimensão pessoal), *mMedical* (dimensão médica) e *mSocial* (dimensão social). Segundo os autores, o empoderamento na dimensão pessoal pode ser atingido a partir do processo de reconhecimento, promoção e valorização das habilidades do usuário em identificar suas próprias necessidades e problemas, bem como os recursos necessários para se sentir no controle sobre sua vida. A perspectiva médica, por sua vez, é definida por Almunawar *et al.* (2015) como sendo aquela que define a integração entre o usuário e o provedor de saúde no processo de atenção à saúde e na tomada de decisão. É nesta perspectiva que os autores consideram a integração usuário-provedor para fins de *checkup*, tratamento ambulatorial ou hospitalar. A dimensão social contemplaria o compartilhamento de histórias e experiências por parte dos usuários, integração, conversação e *networking* entre usuário-usuário, bem como usuário-provedor de saúde. Os autores descrevem esta perspectiva dimensional com uma característica fundamental: o uso de competências individuais como fomentador de mudanças coletivas. Os usuários se beneficiariam do conhecimento coletivo compartilhado por meio desta tecnologia, obtendo suporte e *feedbacks* que o encorajam a determinada decisão.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO: PROPOSTA DE UM *FRAMEWORK* CONCEITUAL

A partir de uma abordagem que integra as dimensões de empoderamento aplicado ao *m-Health* propostas por Almunawar *et al.* (2015) com os atributos de *m-health* propostos por Akter *et al.* (2013) e os estilos (EPCVC) sugeridos por McColl-Kennedy *et al.* (2012), propõe-se o seguinte *framework* teórico (Figura 2):

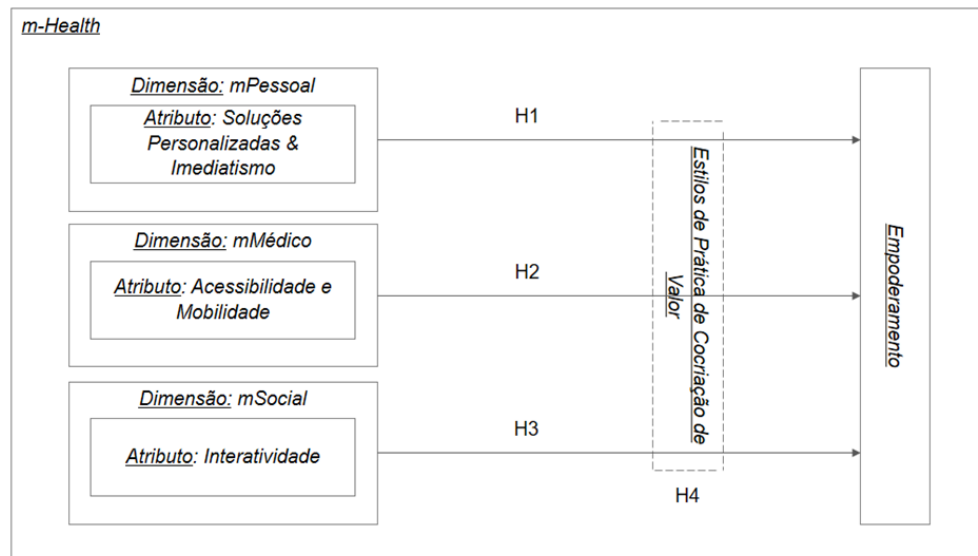


Figura 2. Framework Teórico

Fonte: elaborado pelos autores

O *framework* apresentado possui uma variável dependente (empoderamento), três variáveis independentes (as dimensões mPessoal, mMédico e mSocial) e uma variável moderadora (Estilos de Prática de Cocriação de Valor) que pondera a relação entre as variáveis independentes com a variável dependente. O tratamento da variável “empoderamento” como dependente se justifica pelo fato de que, como atestam (Calvillo *et al.*, 2015), a migração do perfil da relação de prestação de serviços de ‘pessoa-pessoa’ para ‘pessoa-tecnologia’ não implica necessariamente empoderamento.

Por esta proposta de *framework* teórico, as dimensões de empoderamento do modelo conceitual proposto por Almunawar *et al.* (2015), tratadas como variáveis independentes no modelo, se concretizariam a partir de certos atributos do *m-health* – aqui representados pela lista de atributos consolidada por Akter *et al.* (2013). Nesse sentido, o desenvolvimento de aplicativos móveis que objetivem empoderar usuários de serviços de saúde deveria observar e contemplar determinados atributos, a partir dos quais as dimensões de empoderamento propostas por Almunawar *et al.* (2015) poderiam ser alcançadas. Sendo assim, este ensaio teórico propõe as hipóteses detalhadas a seguir.

H1: Soluções personalizadas e imediatas (dimensão mPessoal) em aplicativos móveis estão positivamente associadas ao empoderamento de usuários de saúde.

A dimensão mPessoal integrante do modelo conceitual de Almunawar *et al.* (2015) é relativa a informações individuais de saúde, sendo o empoderamento nesta perspectiva associado ao processo de reconhecimento, promoção e valorização das habilidades do usuário em identificar suas próprias necessidades e problemas. Dos atributos de *m-health* sumarizados por Akter *et al.* (2013), dois dialogam diretamente com esta dimensão: “soluções personalizadas”, por fornecer individualizar e adequar a solução ao perfil do cliente usuário; e “imediatismo”, por observar a relevância e adequação de conteúdo ao perfil do usuário.

H2: Acessibilidade e mobilidade (dimensão mMédico) em aplicativos móveis estão positivamente associadas ao empoderamento de usuários de saúde.

A dimensão mMédico, no modelo conceitual de Almunawar *et al.* (2015), empodera o usuário de serviços de saúde por meio do acesso a resultados de exame e de demais registros eletrônicos do seu histórico de saúde, bem como da integração usuário-provedor para fins de checkup, tratamento ambulatorial ou hospitalar. Dos atributos aplicáveis ao *m-Health*

destacados por Akter *et al.* (2013), dois dialogam diretamente com esta dimensão: “acessibilidade”, que permite ao usuário acessar informações do presente e do passado sobre sua saúde a qualquer momento e de qualquer lugar; e “mobilidade”, permitindo interações assíncronas e à distância com o provedor de serviços de saúde.

H3: Interatividade (dimensão mSocial) em aplicativos móveis está positivamente associada ao empoderamento de usuários de saúde.

A dimensão mSocial, terceira e última do modelo conceitual de Almunawar *et al.* (2015), considera o empoderamento sob a perspectiva compartilhamento de informações, da conversação, integração e *networking* entre usuário-usuário e usuário-provedor de saúde. Observados os atributos aplicáveis ao *m-Health* destacados por Akter *et al.* (2013), a um atributo dialoga diretamente com esta dimensão: a “interatividade”, que na definição de Akter *et al.* (2010) permite uma interação intensa e de longo prazo entre usuários, comunidades e profissionais de saúde.

H4: Estilos de Práticas de Cocriação de Valor para o Cliente (EPCVC) moderam as relações entre as dimensões de m-Health e empoderamento.

A variável moderadora (Estilos de Prática de Cocriação de Valor) proposta para o *framework* se embasa na tipologia proposta por McColl-Kennedy *et al.* (2012), que considera a existência de estilos variados de práticas de cocriação de valor em função da intensidade (maior ou menor) de atividades e de interações. A partir da tipologia de McColl-Kennedy *et al.* (2012), sustenta-se a hipótese de que os perfis estilos de práticas associados a maior participação em atividades e interações estejam positivamente associados a usuários empoderados, enquanto que perfis menor participação em atividades e interações estejam negativamente associados ao empoderamento de usuário de serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A junção dos construtos “*m-health*”, “empoderamento” e “cocriação de valor” sugere, em si, um *framework* suficientemente abrangente que justificaria estudos empíricos de forma a elucidar as hipóteses teóricas propostas por este ensaio. Cabe salientar que o modelo teórico proposto por Almunawar *et al.* (2015), que apresenta uma visão dimensional do empoderamento especificamente para *m-health*, carece de estudos empíricos que comprovem esta visão teórica e deve ser considerada uma limitação do *framework* proposto.

Além disso, a aplicação do modelo no contexto brasileiro possui limitações. Há evidentes barreiras regulatórias para a utilização de tecnologias ou qualquer meio de comunicação de massa a distância para consulta, diagnóstico ou prescrição. A vedação é prevista em Resolução de nº 1974/11, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2011), que delimita a utilização de tais meios de comunicação exclusivamente para fins de esclarecimento e educação da sociedade. Nesse sentido, a discussão em torno do empoderamento do usuário de serviços por meio de tecnologias móveis é limitada pelas fronteiras regulatórias, ademais de características das soluções tecnológicas.

É importante ressaltar que o *framework* teórico não foi submetido, até o presente momento, a qualquer estudo empírico para fins de validação. Como destaca Yin (2010), uma das finalidades de uma modelagem teórica é a de ser um ponto inicial da busca por evidências empíricas. Nesse sentido, cabe comunicar que o *framework* proposto será utilizado como um modelo a ser aplicado em um projeto de pesquisa de abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Trata-se de uma pesquisa explanatória de estudo de caso único, de perfil holístico e corte longitudinal, sobre um aplicativo que possui, como proposta de valor, o empoderamento de gestantes para uma gravidez saudável.

REFERÊNCIAS

- Akter, S., D'Ambra, J., & Ray, P. (2013). Development and validation of an instrument to measure user perceived service quality of mHealth. *Information and Management*, 50(4), 181–195.
- Almunawar, M. N., Anshari, M., & Younis, M. Z. (2015). Incorporating customer empowerment in mobile health. *Health Policy and Technology*, 4(4), 312–319.
- Anshari, M., Almunawar, M. N., Low, P. K. C., Wint, Z., & Younis, M. Z. (2013). Adopting customers' empowerment and social networks to encourage participations in e-health services. *Journal of Health Care Finance*, 40(May 2016), 17–41.
- Aujoulat, I., D'hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20.
- Barnes, S. (2003). Location-Based Services: The State of the Art. *E - Service Journal*, 2(3), 59–70.
- Barnes, S. J., & Scornavacca, E. (2004). Mobile marketing: the role of permission and acceptance. *International Journal of Mobile Communications*, 2(2), 128–139.
- Barrett, M., Davidson, E., Prabhu, J., & Vargo, S. L. (2015). Service innovation in the digital age: Key contributions and future directions. *MIS Quarterly*, 135–154.
- Bauer, H., Reichardt, T., Barnes, S., & Neumann, M. (2005). Driving Consumer Acceptance of Mobile Marketing: A Theoretical Framework and Empirical Study. *Journal of Electronic Commerce Research*, 6(3), 181–191.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769.
- Calvillo, J., Román, I., & Roa, L. M. (2015). How technology is empowering patients? A literature review. *Health Expectations*, 18(5), 643–652.
- Camacho, N., De Jong, M., & Stremersch, S. (2014). The effect of customer empowerment on adherence to expert advice. *International Journal of Research in Marketing*, 31(3), 293–308.
- Cameron, J. D., Ramaprasad, A., & Syn, T. (2017). An ontology of and roadmap for mHealth research. *International Journal of Medical Informatics*, 100, 16–25.
- CFM. (2011). Resolução CFM 1.974/2011. Retirado de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974_2011.htm
- Chatterjee, S., Chakraborty, S., Sarker, S., Sarker, S., & Lau, F. Y. (2009). Examining the success factors for mobile work in healthcare: A deductive study. *Decision Support Systems*, 46(3), 620–633.
- Cova, B., & Dalli, D. (2009). Working consumers: the next step in marketing theory? *Marketing Theory*, 9(3), 315–339.
- Fiordelli, M., Diviani, N., & Schulz, P. (2013). Mapping mHealth Research: A Decade of Evolution. *Journal Of Medical Internet Research*, 15(5).
- Istepanian, R. S. H., & Lacal, J. C. (2003). Emerging mobile communication technologies for health: some imperative notes on m-health. In *Engineering in Medicine and Biology Society, 2003. Proceedings of the 25th Annual International Conference of the IEEE* (Vol. 2, pp. 1414–1416).
- Kahn, J. G., Yang, J., & Kahn, J. S. (2010). The potential roles of mHealth in developing economies: can they be realized. *Health Affairs*, 2, 254–261.
- Kakihara, M., & Sørensen, C. (2001). Expanding the “Mobility” Concept. *SIGGROUP Bull.*, 22(3), 33–37.
- Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66–71.

- Lee, E., & Han, S. (2015). Determinants of adoption of mobile health services. *Online Information Review*, 39(4), 556–573.
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., & Emmerton, L. (2014). Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12).
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., & Emmerton, L. M. (2015). Consumer use of “Dr Google”: a survey on health information-seeking behaviors and navigational needs. *Journal of Medical Internet Research*, 17(12).
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. van. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*, 15(4), 370–389.
- McWilliam, C. L., Stewart, M., Brown, J. B., McNair, S., Desai, K., Patterson, M. L., ... Pittman, B. J. (1997). Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International*, 12(2), 111–123.
- Nacinovich, M. (2011). Defining mHealth. Taylor & Francis.
- Newholm, T., Laing, A., & Hogg, G. (2006). Assumed empowerment: consuming professional services in the knowledge economy. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 994–1012.
- Pires, G. D., Stanton, J., & Rita, P. (2006). The internet, consumer empowerment and marketing strategies. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 936–949.
- Portal de Periódico CAPES. (2017). Acessado em Agosto, 27, 2017, retirado de <https://goo.gl/X62x72>
- Pousttchi, K., & Wiedemann, D. G. (2009). Mobile Marketing Management: Marketing Objectives, Types and. *Handbook of Research on Mobile Marketing Management*, 1.
- Research2Guidance. (2014). mHealth App Developer Economics 2014.
- Schartinger, D., Miles, I., Saritas, O., Amanatidou, E., Giesecke, S., Heller-Schuh, B., ... Schreier, G. (2015). Personal Health Systems Technologies: Critical Issues in Service Innovation and Diffusion. *Technology Innovation Management Review*, 5(2), 46–57.
- Sweileh, W., Al-Jabi, S., Abutaha, A., Zyoud, S., Anayah, F., & Sawalha, A. (2017). Bibliometric analysis of worldwide scientific literature in mobile - health: 2006-2016. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17.
- Thakur, R., Hsu, S. H. Y., & Fontenot, G. (2012). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research*, 65(4), 562–569.
- Tibes, C. M. dos S., Dias, J. D., & Zem-Mascarenhas, S. H. (2014). Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 471–486.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1–17.
- Varshney, U. (2005). Pervasive Healthcare: Applications, Challenges And Wireless Solutions. *Communications of the Association for Information Systems*, 16.
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* Bookman: Porto Alegre. Brasil.