|NST|TUTO
UN|VERS|TÁR|O
DE L|SBOA

Identificação e Seleção de Indicadores de Desempenho em Modelos de Negócio Baseados em Bem-Estar e Saúde: Uma Abordagem NGT-Delphi

Jorge Miguel Martins de Carvalho

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:
Professor Doutor Fernando Alberto Freitas Ferreira, Professor Catedrático
ISCTE Business School

Co-orientadora:
Professora Doutora Neuza Cláudia Melo Q. F. Ferreira, Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Julho 2026

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Identificação e Seleção de Indicadores de Desempenho em Modelos de Negócio Baseados em Bem-Estar e Saúde: Uma Abordagem NGT-Delphi

Jorge Miguel Martins de Carvalho

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:
Professor Doutor Fernando Alberto Freitas Ferreira, Professor Catedrático
ISCTE Business School

Co-orientadora:
Professora Doutora Neuza Cláudia Melo Q. F. Ferreira, Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Julho 2026

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação representa o culminar de uma etapa particularmente desafiante. Foi um percurso longo, marcado por inúmeros desafios, ao longo do qual tive a felicidade de contar com o apoio de pessoas que me orientaram, incentivaram e contribuíram de forma decisiva para que este trabalho se tornasse uma realidade.

Em primeiro lugar, expresso o meu profundo agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Fernando Alberto Freitas, pela confiança, disponibilidade, orientação e apoio constantes. O seu incentivo foi determinante para que prosseguisse para o Mestrado após a conclusão da Pós-Graduação em Gestão de Empresas para Não Gestores e para que conseguisse concluir esta etapa. Em vários momentos considerei desistir, mas a confiança que depositou em mim ao aceitar orientar este projeto motivou-me a continuar e a levá-lo até ao fim. O seu rigor, exigência, espírito crítico e dedicação constituem um exemplo que levarei comigo ao longo da minha vida pessoal e profissional. Agradeço igualmente à minha coorientadora, Professora Neuza Cláudia Melo Q. F. Ferreira, pelo incentivo e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas na componente empírica da presente dissertação. Muito obrigado aos dois!

Em segundo lugar, quero agradecer à Marta, por ter acreditado no meu potencial e por me ter desafiado a ir mais longe. Agradeço-lhe todo o apoio, incentivo e confiança, que dificilmente conseguirei retribuir. Foi uma das pessoas que me incentivou a integrar o GENG e que sempre acreditou nas minhas capacidades, por vezes mais do que eu próprio. Por isso, ficar-lhe-ei eternamente grato.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os participantes envolvidos neste estudo. A sua disponibilidade, colaboração e contributo foram fundamentais para a concretização deste trabalho. Espero que a participação neste projeto lhes tenha proporcionado conhecimentos e ferramentas úteis para a sua prática profissional e para as organizações onde desenvolvem a sua atividade. A todos os que, de forma direta ou indireta, me apoiaram ao longo deste percurso, expresso o meu mais sincero…

Muito Obrigado!

IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO EM MODELOS DE NEGÓCIO BASEADOS EM BEM-ESTAR E SAÚDE: UMA ABORDAGEM NGT-DELPHI

RESUMO

O setor do bem-estar e saúde tem vindo a assumir uma relevância económica crescente, caracterizando-se por uma grande diversidade de segmentos e modelos de negócio. Esta diversidade conduz a uma elevada fragmentação do setor, tornando particularmente desafiante a avaliação do desempenho das organizações que nele operam. Neste contexto, a utilização exclusiva de métricas económico-financeiras revela-se insuficiente para uma avaliação holística, capaz de captar dimensões como a satisfação dos clientes, a qualidade do serviço e o impacto na saúde e bem-estar. Ainda assim, a literatura permanece limitada quanto à identificação e seleção de indicadores de desempenho adequados a estes modelos de negócio. Neste contexto, o presente estudo tem como principal objetivo identificar e selecionar indicadores de desempenho relevantes para organizações do setor do bem-estar e saúde. Para o efeito, adotou-se uma abordagem participativa, combinando a *Nominal Group Technique* (NGT) com o método Delphi para recolher o contributo de especialistas. A aplicação da NGT permitiu identificar um conjunto preliminar de 49 indicadores, resultante dos contributos de especialistas das áreas de *fitness*, nutrição, *spas*, enfermagem e medicina complementar. Posteriormente, o método Delphi possibilitou a avaliação e hierarquização desses indicadores em função da importância atribuída pelos especialistas. Por fim, recorrendo à Lei de Pareto, foram selecionados 37 indicadores considerados prioritários. Os resultados evidenciam a importância de uma avaliação multidimensional do desempenho, integrando dimensões económico-financeiras, operacionais, relacionais, técnico-profissionais e de impacto na saúde e bem-estar dos clientes.

Palavras-Chave: Bem-Estar; Delphi; Indicadores de Desempenho; Modelos de Negócio; *Nominal Group Technique* (NGT); Saúde.

Códigos JEL: I15, M10.

IDENTIFICATION AND SELECTION OF PERFORMANCE INDICATORS IN BUSINESS MODELS BASED ON WELL-BEING AND HEALTH: AN NGT-DELPHI APPROACH

ABSTRACT

The health and wellness sector has become increasingly important from an economic perspective, being characterised by a wide diversity of market segments and business models. This diversity contributes to a highly fragmented sector, making organizational performance assessment particularly challenging. In this context, the exclusive use of financial metrics is insufficient to provide a holistic performance evaluation capable of capturing dimensions such as customer satisfaction, service quality and the actual impact on clients' health and well-being. Nevertheless, the literature remains limited regarding the identification and selection of performance indicators suited to these business models. Against this background, the main objective of this study is to identify and select relevant performance indicators for organisations operating in the health and wellness sector. To this end, a participatory approach was adopted, combining the Nominal Group Technique (NGT) with the Delphi method to gather input from industry experts. The application of the NGT resulted in a preliminary set of 49 performance indicators, based on contributions from specialists in the fields of fitness, nutrition, spas, nursing and complementary medicine. Subsequently, the Delphi method was used to evaluate and prioritise these indicators according to the importance assigned by the experts. Finally, applying the Pareto Principle led to the selection of 37 priority indicators. The findings highlight the importance of a multidimensional approach to performance assessment, integrating financial, operational, relational, technical-professional, and health and well-being impact dimensions. This study contributes to the literature by proposing a structured and participatory process for selecting performance indicators, providing managers with a practical basis for performance monitoring and decision-making in organisations operating within the health and wellness sector.

Keywords: Business Models; Delphi; Health; Nominal Group Technique (NGT); Performance Indicators; Well-Being.

JEL Codes: I15, M10.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este trabalho tem como principal objetivo identificar e selecionar um conjunto de indicadores de desempenho relevantes para a avaliação de modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar. O crescimento deste setor, aliado à sua diversidade e fragmentação, torna particularmente desafiante a avaliação do desempenho das organizações. Embora os indicadores económico-financeiros continuem a ser fundamentais para aferir a sustentabilidade, são insuficientes para captar a totalidade do valor criado, que inclui dimensões como a satisfação e retenção dos clientes, a qualidade do serviço, a competência da equipa técnica e os resultados obtidos ao nível da saúde e bem-estar. Neste contexto, torna-se necessária uma avaliação multidimensional do desempenho. Apesar desta necessidade, a literatura evidencia uma lacuna quanto à identificação e seleção estruturada de indicadores específicos para este setor. Para responder a este problema, foi adotada uma abordagem metodológica participativa, combinando a *Nominal Group Technique* (NGT) com o método Delphi. O estudo assumiu uma natureza exploratória e aplicada, procurando desenvolver um processo estruturado e replicável para a identificação e seleção de indicadores. O processo empírico decorreu em duas fases. Na primeira, recorreu-se à NGT com a participação de dez especialistas das áreas de fitness, nutrição, *spas*, enfermagem e medicina complementar. A partir dos seus contributos foi obtido um conjunto preliminar de 49 indicadores de desempenho. A análise qualitativa evidenciou que os especialistas encaram o desempenho de forma multidimensional, integrando dimensões económico-financeiras, operacionais, relacionais, técnico-profissionais e de impacto na saúde e bem-estar dos clientes. Na segunda fase, os mesmos indicadores foram avaliados através do método Delphi, desenvolvido em duas rondas. Os especialistas classificaram a importância de cada indicador, permitindo a sua hierarquização e promovendo a construção de consenso. Os resultados demonstraram elevada valorização da maioria dos indicadores, destacando-se aqueles relacionados com a satisfação dos clientes, *Net Promoter Score* (NPS), retenção e reativação de clientes, rendimento líquido, índice de eficiência e melhoria de sintomas, como dor, qualidade do sono e *stress*. Após a hierarquização, foi aplicada a Lei de Pareto, reduzindo o conjunto inicial de 49 para 37 indicadores prioritários, correspondentes à maior parte da importância acumulada atribuída pelos especialistas. Os resultados reforçam a necessidade de sistemas de avaliação multidimensionais, capazes de integrar indicadores económico-financeiros, operacionais, relacionais, técnico-profissionais e de impacto no cliente. Os

indicadores selecionados constituem um instrumento de apoio à monitorização do desempenho, à identificação de áreas prioritárias de intervenção e à tomada de decisões mais informadas. Do ponto de vista científico, o estudo contribui para a literatura ao propor um processo estruturado e participativo de identificação e seleção de indicadores num setor marcado pela diversidade e fragmentação. A combinação da NGT, do método Delphi e da Lei de Pareto demonstra a utilidade de metodologias participativas em problemas de decisão multidimensionais. Em termos práticos, disponibiliza um conjunto de indicadores suscetível de apoiar gestores na construção de sistemas de avaliação mais integrados. Como limitações, destaca-se a dimensão do painel de especialistas e o facto de os indicadores não terem sido testados em contexto organizacional real. Além disso, embora reduzido, o conjunto final continua relativamente extenso, podendo a sua implementação ser efetuada de forma faseada. Em síntese, este estudo demonstra que a avaliação do desempenho em modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar deve ultrapassar a dimensão económico-financeira, integrando também a experiência do cliente, o desempenho interno e os impactos reais dos serviços na saúde e bem-estar. Os indicadores identificados constituem uma base sólida para o desenvolvimento de sistemas de avaliação mais alinhados com a natureza multidimensional deste setor.

INDICE GERAL

Principais Rúbicas Utilizadas …… x

Capítulo 1 – Introdução Geral ……..…….…….…….. 1

1.1. Contextualização e Relevância do Tema ……..…..……...…… 1

1.2. Objetivos …..……...……..... 3

1.3. Perspetiva Epistemológica e Metodologia …..……...…....…… 4

1.4. Estrutura ……..... 4

1.5. Contributos Científicos e Práticos Esperados …….……... 5

Capítulo 2 – Revisão da Literatura ……...……...…... 7

2.1. Modelos de Negócio Orientados para o Bem-Estar e Saúde ……..…… 7

2.2. Medição de Desempenho em Contextos Sociais e Sustentáveis ……..….. 10

2.3. Critérios e Indicadores de Avaliação: Panorama Multidimensional ……..… 13

2.4. Síntese Crítica da Literatura e Lacunas Identificadas ……..……. 17

Sinopse do Capítulo 2 ...……..……. 19

Capítulo 3 – Abordagem Metodológica ……..…..……...……... 21

3.1. Fundamentação da Escolha de Métodos Participativos ……..… 21

3.2. *Nominal Group Technique* (NGT) ……...……..… 24

3.3. Método Delphi ……...……..……. 26

3.4. Contributos para a Gestão Orientada para o Bem-Estar e Saúde 29

Sinopse do Capítulo 3 …...…….…….. 32

Capítulo 4 – Apresentação e Análise dos Resultados …….....……...……...…..... 33

4.1. Resultados da NGT: Levantamento Preliminar de Indicadores 33

4.2. Resultados do Delphi: Consenso e Hierarquização ……..... 38

4.3. Implicações para a Gestão de Modelos de Negócio em Saúde e Bem-Estar 50

Sinopse do Capítulo 4 …...……..……. 52

Capítulo 5 – Conclusão Geral ……..…….…….… 53

5.1. Síntese dos Contributos para Investigação e Prática ……..……..….. 53

5.2. Limitações do Estudo e Considerações Metodológicas ……....…....… 54

5.3. Recomendações e Propostas para Investigações Futuras ……...…..…..... 56

Bibliografia ……...…….……... 57

PRINCIPAIS ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACP	Análise de Componentes Principais
CAGR	*Compound Annual Growth Rate* / Taxa de Crescimento Anual Composta
CDSP	Clientes com Diminuição do *Stress* Percecionado
CMD	Clientes com Melhoria da Dor
CMQS	Clientes com Melhoria da Qualidade de Sono
DELPHISTAR	Diretrizes Padronizadas para Reporte de Estudos Delphi
ESG	*Environmental, Social and Governance*
EUROPEP	*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*
HCAHPS	*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*
ISM	*Interpretive Structural Modeling*
KPI	*Key Performance Indicator*
KPIs	*Key Performance Indicators*
MCDA	*Multiple Criteria Decision Analysis*
MCDM	*Multi-Criteria Decision Making*
NGT	*Nominal Group Technique*
NPS	*Net Promoter Score*
OCDE	*Organization for Economic Co-operation and Development*
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PSQI	*Pittsburgh Sleep Quality Index*
PSS	*Perceived Stress Scale*
RSC	Responsabilidade Social Corporativa
TBL	*Triple Bottom Line*
TRem	Taxa de Remarcação

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO GERAL

O presente capítulo apresenta o enquadramento geral deste estudo, centrado na identificação e seleção de indicadores de desempenho para modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar. Esta temática assume uma crescente relevância económica e social, atendendo à importância do setor e à sua natureza fragmentada e multidimensional. Neste capítulo procede-se à contextualização do tema, definindo os principais conceitos e clarificando a abordagem metodológica adotada. São igualmente apresentados a estrutura do trabalho e os contributos científicos e práticos que se pretendem alcançar. Deste modo, estabelece-se o ponto de partida para a revisão da literatura e para o desenvolvimento empírico apresentado nos capítulos seguintes.

1.1. Contextualização e Relevância do Tema

Nas últimas décadas, o setor da saúde e do bem-estar tem assumido uma crescente relevância económica, social e estratégica. Em 2023, o mercado global do bem-estar foi avaliado em aproximadamente 6.32 biliões de dólares, prevendo-se uma taxa de crescimento anual composta de 7.3% até 2028, podendo atingir cerca de 8.99 biliões de dólares nesse período (Statista, 2025). Esta evolução reflete a consolidação de uma economia diversificada, constituída por múltiplos segmentos interligados e frequentemente complementares, como o bem-estar mental, a atividade física, o turismo de bem-estar, os *spas*, a alimentação saudável e a nutrição, a medicina preventiva e personalizada, os cuidados pessoais e de beleza, o bem-estar no local de trabalho e a medicina tradicional e complementar (Global Wellness Institute, 2014, 2018, 2025). Neste contexto, o bem-estar deixou de ser entendido apenas como uma dimensão complementar da saúde, passando a constituir um ecossistema económico fragmentado e em constante transformação.

Esta fragmentação coloca desafios significativos à gestão dos modelos de negócio que operam neste setor. Um modelo de negócio pode ser entendido como a estrutura através da qual uma organização cria, entrega e capta valor, articulando recursos, capacidades, proposta de valor, segmentos de clientes, relações, processos internos, estrutura de custos e modelo

financeiro. Neste contexto, os modelos de negócio orientados para a saúde e o bem-estar devem ser capazes de integrar diferentes propostas de valor, responder às necessidades diversificadas dos consumidores e adaptar-se continuamente às novas tendências, como a digitalização, os avanços tecnológicos, a personalização dos serviços e a crescente valorização da saúde preventiva (Helmold, 2022). Consequentemente, a sua sustentabilidade depende não apenas da capacidade de gerar receitas, mas também da forma como conseguem criar e entregar valor aos seus clientes.

Neste contexto, a avaliação do desempenho destes modelos de negócio assume particular importância, sobretudo considerando que, tradicionalmente, a análise do desempenho organizacional tem assentado essencialmente em métricas económico-financeiras, como receitas, custos, margens e rentabilidade. Embora estas medidas sejam fundamentais para avaliar e assegurar a viabilidade económica das organizações, a literatura tem vindo a evidenciar as limitações de uma avaliação centrada exclusivamente em indicadores financeiros, especialmente em contextos onde a criação de valor envolve igualmente dimensões sociais, ambientais e humanas (Eccles *et al.*, 2014; Perrini & Tencati, 2006; Porter & Kramer, 2006 e 2011).

No caso específico da saúde e do bem-estar, esta necessidade torna-se ainda mais evidente, uma vez que o valor gerado pelas organizações não se traduz apenas no volume de serviços prestados ou na rentabilidade obtida, mas também na qualidade da experiência proporcionada aos clientes, na sua satisfação, retenção e adesão aos serviços, bem como nos efeitos produzidos na sua saúde e qualidade de vida. De acordo com Porter (2010), a avaliação do desempenho em saúde deve centrar-se na criação de valor para o cliente. Assim, os indicadores utilizados neste setor devem permitir compreender não apenas se a organização é economicamente sustentável, mas também se os seus serviços produzem benefícios efetivos para os clientes.

A complexidade desta problemática é reforçada pelo facto de fenómenos como a saúde, o bem-estar e a sustentabilidade dificilmente poderem ser representados por um único indicador. Pelo contrário, exigem uma abordagem multidimensional, capaz de integrar diferentes critérios e dimensões de análise. Neste sentido, a seleção de indicadores-chave de desempenho pode ser entendida como um problema de decisão multicritério, uma vez que implica ponderar, em simultâneo, objetivos financeiros, operacionais, relacionais, sociais e humanos (Carlucci, 2010; Keeney, 2013; Keeney & Raiffa, 1993). A seleção adequada destes indicadores é determinante, pois define os aspetos da organização que serão monitorizados e utilizados para apoiar a tomada de decisões estratégicas.

Acresce que, na atual era orientada por dados, o problema já não reside apenas na escassez de informação, mas também no excesso de métricas disponíveis. A proliferação de indicadores pode dificultar a interpretação do desempenho organizacional e comprometer a capacidade de identificar a informação verdadeiramente relevante para a gestão. Como refere Franceschini (2007), uma estratégia sem indicadores é inútil, mas indicadores que não estejam alinhados com a estratégia organizacional são desprovidos de significado. Assim, a identificação dos indicadores mais relevantes torna-se essencial para transformar dados em informação útil ao processo de tomada de decisão.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar e selecionar um conjunto de indicadores de desempenho adequados à avaliação de modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar. A sua relevância decorre da expansão e diversidade do setor, das limitações inerentes à utilização exclusiva de métricas económico-financeiras e da dificuldade em avaliar fenómenos multidimensionais como a saúde e o bem-estar. Para o efeito, propõe-se uma abordagem participativa, assente na *Nominal Group Technique* (NGT) e no método Delphi, com vista à construção de um conjunto de indicadores que permita uma avaliação integrada, consistente e operacional do desempenho das organizações deste setor.

1.2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo identificar e selecionar um conjunto de indicadores de desempenho relevantes para a avaliação de modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar, baseados na experiência de um painel de especialistas, através de uma abordagem participativa assente na NGT e no método Delphi. Especificamente pretende-se com este estudo:

- Compreender os principais desafios associados à avaliação de desempenho em modelos de negócio orientados para a saúde e bem-estar;
- Identificar, através da metodologia NGT, um conjunto preliminar de indicadores de considerados relevantes por especialistas deste setor;
- Avaliar e selecionar um conjunto de indicadores prioritários, através do método Delphi e aplicação da Lei de Pareto
- Discutir as implicações dos indicadores selecionados na prática de gestão de modelos de negócio em saúde e bem-estar.

1.3. Perspetiva Epistemológica e Metodologia

O setor da saúde e do bem-estar caracteriza-se pela diversidade e complexidade dos seus modelos de negócio, bem como pela coexistência de múltiplas dimensões de valor. Estas características tornam insuficiente uma avaliação do desempenho exclusivamente teórica e assente apenas em indicadores de natureza económico-financeira. Neste contexto, o presente estudo assume uma natureza aplicada, procurando responder a um problema concreto de gestão, nomeadamente a identificação e seleção de indicadores de desempenho adequados a modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar.

Do ponto de vista epistemológico, o estudo reconhece o conhecimento dos especialistas como uma fonte relevante para a compreensão e avaliação do desempenho organizacional neste contexto complexo e multidimensional. Neste sentido, a investigação assenta numa abordagem participativa, partindo do pressuposto de que os especialistas do setor detêm um conhecimento prático e contextualizado capaz de contribuir para a identificação de indicadores de desempenho mais ajustados à realidade das organizações. Assim, o estudo combina procedimentos qualitativos e quantitativos. Numa primeira fase, adota uma lógica exploratória, recorrendo à *Nominal Group Technique* (NGT) para identificar um conjunto inicial de indicadores com base nos contributos de especialistas do setor. Numa segunda fase, recorre ao método Delphi com o objetivo de avaliar, priorizar e selecionar um conjunto mais restrito de indicadores, validados através do consenso entre os especialistas. Deste modo, a metodologia adotada procura combinar a riqueza do conhecimento qualitativo dos especialistas com uma estrutura quantitativa de avaliação e priorização, recorrendo a técnicas participativas. Esta opção metodológica é coerente com a natureza multidimensional do problema em estudo e com a necessidade de selecionar indicadores que sejam simultaneamente relevantes, robustos e úteis para a gestão de modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar.

1.4. Estrutura

O presente trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos. O presente capítulo (*i.e.*, *Capítulo 1*) apresenta a introdução geral do estudo, incluindo o seu contexto e relevância, os objetivos da investigação, a abordagem metodológica adotada e os principais contributos científicos e práticos esperados. No *Capítulo 2*, é desenvolvida a revisão da literatura. Inicialmente, procede-se à caracterização da economia da saúde e do bem-estar e à discussão

dos modelos de negócio associados a este setor. De seguida, analisa-se a avaliação do desempenho em contextos sociais e sustentáveis, com especial enfoque na necessidade de ultrapassar uma perspetiva assente exclusivamente em métricas económico-financeiras. Por fim, são abordados os critérios e indicadores subjacentes a uma avaliação multidimensional do desempenho, identificando-se as principais lacunas da literatura que justificam a presente investigação. O *Capítulo 3* descreve a abordagem metodológica adotada, justificando a utilização de métodos participativos na identificação, seleção e priorização de indicadores de desempenho. São apresentados a NGT e o método Delphi, bem como a sua aplicação na estruturação dos contributos de especialistas e na promoção de consenso em contextos complexos. No *Capítulo 4* são apresentados e analisados os resultados da componente empírica do estudo. Em particular, descrevem-se os indicadores identificados através da NGT, os resultados obtidos com a aplicação do método Delphi e as implicações dos indicadores selecionados para a gestão de modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar. Por fim, o *Capítulo 5* apresenta as principais conclusões do estudo, sintetizando os seus contributos científicos e práticos, as limitações metodológicas da investigação e algumas recomendações para trabalhos futuros.

1.5. Contributos Científicos e Práticos Esperados

O presente estudo pretende contribuir, do ponto de vista científico e prático, para a área da gestão, em particular para a avaliação do desempenho de modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar. Do ponto de vista científico, é pretendido contribuir para a literatura através da proposta de uma abordagem estruturada, assente numa metodologia participativa, que permita identificar e selecionar indicadores de desempenho num setor caracterizado pela sua diversidade e fragmentação. Adicionalmente, procura-se demonstrar a pertinência da utilização de métodos participativos na identificação de indicadores em contextos multidimensionais, nos quais a evidência disponível é limitada e o conhecimento dos especialistas assume particular relevância. Do ponto de vista prático, espera-se que o conjunto de indicadores selecionados possa apoiar gestores e decisores na monitorização e avaliação do desempenho das suas organizações, integrando múltiplas dimensões de valor para além da dimensão económico-financeira. Desta forma, visa-se disponibilizar um instrumento de apoio à tomada de decisão que contribua para uma avaliação mais abrangente e alinhada com a complexidade dos modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

Este segundo capítulo visa compreender os modelos de negócio orientados para o bem-estar e saúde, começando pela caracterização e enquadramento da evolução recente da economia global do bem-estar e a sua segmentação em diferentes setores. De seguida, é aprofundado o conceito de modelo de negócio como estrutura que descreve de que forma as organizações criam, entregam e captam valor, destacando os seus principais componentes (*i.e.*, estratégia, recursos e capacidades, redes e parcerias, foco no cliente, proposta de valor, modelo de serviço, *procurement* e modelo financeiro). Por fim, é discutida a natureza dinâmica e inovadora dos modelos de negócio, realçando a necessidade de adaptação contínua a tendências globais que servirão de base para compreender como as organizações de bem-estar e saúde podem reforçar a sua vantagem competitiva.

2.1. Modelos de Negócio Orientados para o Bem-Estar e Saúde

Em 2023, o mercado global de bem-estar foi avaliado em aproximadamente 6.32 biliões de dólares, com projeções a indicar uma taxa de crescimento anual composta (CAGR) de 7.3%, algo que poderá elevar o seu valor para cerca de 8.99 biliões de dólares até 2028 (Statista, 2025). Neste contexto, a América do Norte representou o maior mercado regional, gerando mais de 2.1 biliões de dólares, seguida pelas regiões da Ásia-Pacífico e da Europa. Dentro da América do Norte, os Estados Unidos destacaram-se por apresentarem uma indústria de bem-estar significativamente mais robusta do que a do Canadá, superando-a em cerca de 1.8 mil milhões de dólares em 2022 (Statista, 2025).

Segundo o Global Wellness Institute (2025), a economia do bem-estar pode ser entendida como o conjunto de indústrias que permitem aos consumidores incorporar atividades e estilos de vida associados ao bem-estar nas suas rotinas diárias. Esta economia é vasta e abrange onze setores distintos, interligados por uma lógica de promoção do equilíbrio físico, mental e emocional. Entre estes setores incluem-se: (1) o bem-estar mental; (2) a atividade física; (3) o imobiliário de bem-estar; (4) o bem-estar no local de trabalho; (5) o turismo de bem-estar; (6) a economia do spa; (7) as fontes termais e minerais; (8) a alimentação saudável

e nutrição; (9) os cuidados pessoais e beleza; (10) a medicina preventiva e personalizada; e (11) a medicina tradicional e complementar.

O bem-estar mental envolve gastos relacionados com o desenvolvimento pessoal, o equilíbrio psicológico e a atenção plena, refletindo uma procura crescente por produtos e serviços que promovem a saúde emocional. A atividade física, por seu lado, compreende as despesas associadas à prática desportiva e recreativa, incluindo tecnologias e equipamentos que facilitam estilos de vida ativos. Já o imobiliário de bem-estar traduz-se na integração de elementos de saúde e conforto no *design* e construção de imóveis residenciais e comerciais, destacando a importância do ambiente físico na qualidade de vida (Global Wellness Institute, 2018). No contexto laboral, o bem-estar no local de trabalho assume relevância crescente, à medida que as empresas investem em programas e iniciativas que visam reduzir o stress e promover hábitos saudáveis entre os colaboradores (OCDE, 2022). De forma complementar, o turismo de bem-estar reflete uma tendência global em que os indivíduos procuram experiências turísticas centradas na saúde e na regeneração física e mental, contribuindo para o crescimento das receitas do setor hoteleiro e de serviços associados. De acordo com o Global Wellness Institute (2014 e 2025), a economia do *spa* e as fontes termais e minerais, por sua vez, consolidam-se como segmentos fundamentais no contexto do bem-estar, integrando terapias, tratamentos e experiências sensoriais que respondem à procura por relaxamento e recuperação, contribuindo assim para o bem-estar físico e psicológico (Pereira *et al.*, 2023). Paralelamente, a alimentação saudável e a nutrição funcional constituem um pilar essencial deste ecossistema, na medida em que o consumidor contemporâneo associa a dieta equilibrada à prevenção de doenças e ao desempenho físico e cognitivo (Hazley & Kearney, 2024; Sgroi *et al.*, 2024). Os cuidados pessoais e de beleza completam esta lógica, representando um mercado que vai muito além da estética, ao incorporar dimensões de saúde, envelhecimento saudável e autoestima (Erat, 2025; Global Wellness Institute, 2025). Finalmente, os setores da medicina preventiva e personalizada, bem como da medicina tradicional e complementar, revelam a crescente integração entre abordagens científicas e holísticas no tratamento e na prevenção de doenças, reforçando a procura por soluções médicas adaptadas às necessidades individuais e baseadas em dados personalizados (Global Wellness Institute, 2025).

O dinamismo e a diversidade desta economia exigem modelos de negócio sólidos e adaptáveis, capazes de captar o valor gerado pela convergência entre saúde, tecnologia e consumo consciente. Um modelo de negócio pode ser definido como uma representação conceptual de como uma empresa cria, entrega e capta valor, transformando as receitas em lucros sustentáveis (Erat, 2025). De acordo com Hazley e Kearney (2024), o modelo de negócio

constitui a arquitetura organizacional e financeira da empresa, incluindo suposições sobre clientes, fontes de receita, estrutura de custos, necessidades em evolução e reações dos concorrentes. Embora a literatura apresente múltiplas definições do conceito — muitas vezes confundido com termos como "ideia de negócio", "conceito de negócio" ou "modelo de receita" —, há consenso quanto ao facto de um modelo de negócio representar uma estrutura essencial para compreender os mecanismos através dos quais uma organização integra e transforma recursos em valor. Para Hazley e Kearney (2024), um modelo de negócio é uma ferramenta conceptual que fornece uma estrutura para compreender como uma empresa integra e transforma recursos de forma a criar, captar e entregar valor aos seus clientes, garantindo simultaneamente a rentabilidade e a sustentabilidade das operações. Assim, o modelo de negócio não se limita a descrever processos internos, mas deve traduzir uma lógica estratégica coerente que articule missão, recursos, parcerias, clientes e proposta de valor.

Um modelo de negócio bem estruturado deve, em primeiro lugar, assentar numa estratégia central clara, que defina a missão e os valores da empresa, permitindo identificar as abordagens estratégicas mais adequadas para o cumprimento dessa missão (Grant, 2021). Em segundo lugar, deve considerar de forma explícita os recursos e as capacidades disponíveis, tanto internos como externos, pois são estes que sustentam a criação de vantagem competitiva. A construção de redes e parcerias é igualmente determinante, uma vez que as interações externas podem reforçar o processo de criação de valor e ampliar o alcance da organização (Hazley & Kearney, 2024).

O foco no cliente constitui outro elemento central (*cf.* Hazley & Kearney, 2024). É fundamental que o modelo de negócio defina os segmentos de clientes a servir e as ofertas associadas (*i.e.*, os produtos e serviços que a empresa disponibiliza para responder às suas necessidades específicas). Estas ofertas estão intimamente relacionadas com a proposta de valor, que representa o benefício percebido pelo cliente ao escolher a empresa em detrimento de um concorrente (Helmold, 2022). Trata-se, portanto, da essência da diferenciação competitiva (Helmold, 2022). Além disso, a sustentabilidade financeira do negócio depende de um modelo de receitas eficiente, que especifique as fontes e fluxos de receita de modo a maximizar os lucros e assegurar a viabilidade económica (Hazley & Kearney, 2024; Remeňová *et al.*, 2020). A criação de valor interno é captada pelo modelo de serviço, que descreve os processos através dos quais os recursos são transformados em produtos ou serviços de maior valor. O modelo de *procurement*, embora por vezes subvalorizado na literatura, tem um papel estratégico, pois define como e onde os principais *inputs* são adquiridos, influenciando a eficiência operacional e o custo final. Finalmente, o modelo financeiro constitui um instrumento

essencial de planeamento e monitorização, permitindo a gestão rigorosa dos fluxos de capital, a previsão de receitas e despesas e a análise da estrutura de custos (Hazley & Kearney, 2024).

Importa sublinhar, contudo, que um modelo de negócio não deve ser encarado como uma estrutura estática, mas antes como um sistema dinâmico e evolutivo. Tendências globais como os avanços tecnológicos, a digitalização, a globalização e a desregulamentação funcionam como catalisadores de inovação, obrigando as empresas a adaptar-se continuamente a novos contextos competitivos e a rever as suas estratégias de criação de valor (Hazley & Kearney, 2024). Assim, a capacidade de ajustar o modelo de negócio a diferentes condições de mercado constitui um fator determinante para a sustentabilidade organizacional.

Face ao exposto, Hazley e Kearney (2024) sugerem que a inovação do modelo de negócio pode ocorrer em nove níveis distintos: (1) proposta de valor; (2) cliente-alvo; (3) canais de distribuição; (4) relações com clientes; (5) configuração de valor; (6) competências centrais; (7) rede de parceiros; (8) estrutura de custos; e (9) modelo de receita. A transformação em qualquer um destes níveis pode redefinir profundamente a forma como a empresa cria e capta valor, permitindo-lhe adaptar-se a novas oportunidades e desafios num ambiente de mercado em rápida mutação. Tendo caracterizado mercado de bem-estar e saúde e conhecemos os requisitos de um modelo de negócio robusto e devidamente estruturado, importa entender o que medir. Neste sentido, e tomando em conta o crescente interesse nas práticas de sustentabilidade das organizações torna-se importante conhecer como medir e avaliar as empresas em contextos sociais e sustentáveis.

2.2. Medição de Desempenho em Contextos Sociais e Sustentáveis

A sustentabilidade corporativa pode ser entendida como a capacidade de uma empresa manter ou promover processos económicos, ambientais e sociais de forma integrada ao longo das suas atividades, considerando os impactos gerados a nível ambiental, social e humano (Boggia & Cortina, 2010; Grant, 2021). Para atingir este equilíbrio, é essencial que as organizações consigam gerir eficazmente as suas relações com os diferentes *stakeholders*, reconhecendo e conciliando as preocupações de cada parte interessada (Perrini & Tencati, 2006). Assim, as empresas sustentáveis devem incorporar, consistentemente, as dimensões económica, social e ambiental na sua estratégia e operação quotidiana, procurando criar valor de longo prazo não apenas para os acionistas, mas também para a sociedade e o ambiente (Perrini & Tencati, 2006).

Nas últimas décadas, o escrutínio público sobre as práticas de sustentabilidade e de responsabilidade social das empresas aumentou de forma significativa. Os consumidores, cada vez mais informados e conscientes, passaram a preocupar-se não apenas com os produtos ou serviços oferecidos, mas também com o comportamento ético, ambiental e social das organizações. Essa mudança de mentalidade faz com que a perceção pública sobre o comportamento empresarial se torne um fator determinante na construção — ou destruição — da reputação corporativa. Quando o comportamento de uma empresa é considerado inadequado ou moralmente inaceitável, as consequências podem incluir a perda de confiança dos consumidores, o declínio das vendas e danos à imagem institucional.

Este crescente escrutínio gerou pressões externas que reforçam a necessidade de maior responsabilidade corporativa em questões ambientais e sociais, evidenciando os riscos de avaliar o desempenho empresarial exclusivamente com base em indicadores financeiros (Bhutani & Jain, 2025; Eccles *et al.*, 2014; Porter & Kramer, 2006, 2011). Apesar de as empresas reconhecerem esta realidade, muitas respostas ainda são superficiais, limitando-se a ações de marketing ou relatórios de responsabilidade social corporativa (RSC), em vez de traduzirem mudanças estratégicas ou operacionais substanciais (Porter & Kramer, 2006). Além disso, embora várias abordagens e estruturas tenham sido propostas para medir práticas de sustentabilidade, os critérios utilizados diferem significativamente entre si (Hazley & Kearney, 2024). Mesmo quando os mesmos critérios são aplicados, as ponderações atribuídas na avaliação final variam, algo que compromete a comparabilidade entre empresas (Hazley & Kearney, 2024; Porter & Kramer, 2006). A fiabilidade destas medições é ainda mais questionável quando os índices se baseiam em autorrelatos não verificados externamente ou em amostras estatisticamente insignificantes, levantando dúvidas quanto à sua robustez metodológica (Porter & Kramer, 2006).

Neste contexto, a estrutura *Environmental, Social and Governance* (ESG) tem vindo a ganhar destaque como um referencial fundamental para a avaliação do desempenho sustentável das organizações. O conceito de ESG refere-se a um conjunto de critérios que permite compreender e avaliar como uma empresa gere os riscos e oportunidades associados às dimensões ambiental, social e de governação (Kurbanova & & Çalıyurt, 2024). A dimensão ambiental centra-se no impacto das operações empresariais sobre o meio natural, incluindo aspetos como emissões de carbono, consumo de energia, gestão de resíduos e conservação de recursos (Mian *et al.*, 2024). A dimensão social, por sua vez, foca-se na forma como a empresa gere as relações com os seus colaboradores, fornecedores, clientes e comunidades locais, avaliando práticas laborais, respeito pelos direitos humanos, envolvimento comunitário e

promoção da diversidade e inclusão (Quelhas & Meiriño, 2025). Finalmente, a dimensão de governação diz respeito aos sistemas internos de controlo, transparência e tomada de decisão, incluindo a composição e diversidade do conselho de administração, a remuneração dos executivos, a independência das auditorias e o respeito pelos direitos dos acionistas (Quelhas & Meiriño, 2025; Sklavos, 2025). Embora o quadro ESG esteja a ganhar popularidade e reconhecimento global, a sua implementação prática enfrenta o desafio de quantificar fatores qualitativos, como a ética, a cultura organizacional e o impacto social, que são intrinsecamente difíceis de medir com precisão.

Paralelamente, uma outra abordagem amplamente reconhecida no âmbito da sustentabilidade empresarial é a estrutura *Triple Bottom Line* (TBL), também conhecida como o modelo das "três dimensões da sustentabilidade" (*i.e.*, pessoas, planeta e lucro). Esta estrutura propõe uma visão expandida da contabilidade empresarial, que vai além das métricas financeiras tradicionais para integrar dimensões sociais e ambientais (Konstantopoulos, 2024). De acordo com Nogueira *et al.* (2025), a TBL enfatiza a necessidade de equilibrar três elementos interligados: (1) desempenho económico; (2) impacto social; e (3) responsabilidade ambiental. A dimensão económica mantém o foco na rentabilidade e na viabilidade financeira, incentivando as empresas a assegurarem a sustentabilidade económica a longo prazo. A dimensão social aborda os impactos das atividades empresariais sobre as pessoas, incluindo colaboradores, clientes e comunidades, destacando a importância da responsabilidade social corporativa, das práticas laborais justas e do envolvimento comunitário. Por último, a dimensão ambiental incentiva o uso sustentável dos recursos naturais e a minimização dos impactos ecológicos negativos, promovendo práticas como a redução da pegada de carbono, a gestão eficiente de resíduos e o aprovisionamento responsável.

Apesar de a estrutura TBL ter sido amplamente adotada em diversas áreas de gestão e políticas públicas, a sua aplicação prática no contexto do desenvolvimento económico ainda é limitada. A literatura revela uma escassez de investigações que explorem a integração efetiva da TBL nas estratégias empresariais de desenvolvimento sustentável (*cf.* Nogueira *et al.*, 2025). Esta lacuna sugere que, embora as empresas reconheçam a importância de equilibrar os três pilares — *i.e.*, económico, social e ambiental —, a transição para modelos de negócio verdadeiramente sustentáveis continua a enfrentar barreiras estruturais e culturais.

Complementarmente, em 2015, as Nações Unidas lançaram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), um conjunto de metas globais que visam enfrentar desafios como a pobreza, a desigualdade, as alterações climáticas, a degradação ambiental, a paz e a justiça social, com o objetivo de promover um futuro mais justo e sustentável até 2030.

Estes objetivos constituem um quadro de referência internacional que orienta governos, empresas e sociedade civil na definição de políticas e práticas responsáveis. O progresso em direção aos ODS é acompanhado por um sistema de indicadores globais que permite monitorizar os avanços e identificar as áreas que exigem maior intervenção (Srivastava, 2022). Neste cenário, parece evidente que a sustentabilidade corporativa ultrapassa a mera conformidade regulamentar. Trata-se de uma estratégia integrada e dinâmica que exige das organizações uma reflexão profunda sobre o seu propósito, a sua relação com o meio ambiente e o seu papel na sociedade.

A incorporação dos princípios ESG, da lógica TBL e dos ODS representa, portanto, não apenas uma exigência ética e reputacional, mas também uma oportunidade de inovação e de criação de valor sustentável a longo prazo. Neste contexto, torna-se necessário identificar e selecionar critérios e indicadores de avaliação multidimensional capazes de captar simultaneamente dimensões económicas, sociais e ambientais (Boggia & Cortina, 2010) e que permitam medir, de forma objetiva e comparável, o grau em que os modelos de negócio de bem-estar e saúde cumprem estes princípios e criam valor sustentável no longo prazo.

2.3. Critérios e Indicadores de Avaliação: Panorama Multidimensional

Tomar decisões acertadas em contextos reais é frequentemente uma tarefa complexa e exigente, que requer não apenas uma compreensão aprofundada das múltiplas dimensões que influenciam os resultados, mas também ferramentas fiáveis capazes de traduzir os objetivos estratégicos em resultados mensuráveis. Nesse sentido, a seleção de indicadores-chave de desempenho (*i.e.*, *Key Performance Indicators* (KPIs)) adequados e significativos constitui um passo fundamental para assegurar o alinhamento estratégico entre os objetivos organizacionais e as atividades operacionais num ambiente competitivo e dinâmico.

Em saúde, a seleção de KPIs deve alinhar-se com a noção de valor como resultados (*i.e.*, *outcomes*) por unidade de custo, uma vez que o objetivo central nesta área é maximizar a entrega de valor para o cliente (Porter, 2010). Como tal, deve ser o valor criado para o cliente a definir e orientar o modelo de melhoria de desempenho dos cuidados de saúde (Porter, 2010). Neste sentido, raramente fenómenos complexos — *e.g.*, saúde, bem-estar ou sustentabilidade — podem ser representados de forma adequada através de um único indicador. De facto, a maioria das tarefas humanas envolve múltiplas dimensões que exigem o uso de vários critérios para serem corretamente descritas e compreendidas. Contudo, reconhecer esta complexidade coloca

um desafio adicional (*i.e.*, o de identificar quais os critérios e respetivos indicadores verdadeiramente relevantes, sem perder informação essencial).

Na atual era orientada por dados, em que praticamente tudo pode ser medido e quantificado, o problema já não reside apenas na escassez de indicadores, mas frequentemente no seu excesso. O volume de informação disponível pode gerar uma sobrecarga que compromete a capacidade dos gestores de obterem uma visão clara, sistémica e integrada do desempenho organizacional. Esta sobrecarga de dados pode dificultar a clareza analítica, atrasar processos decisórios e reduzir a agilidade necessária num contexto em que decisões críticas devem ser tomadas em tempo útil para aproveitar oportunidades. Assim, a escolha criteriosa de indicadores adequados é essencial para converter a estratégia organizacional em ações concretas e eficazes, uma vez que estratégia e indicadores se encontram intrinsecamente ligados. Como refere Franceschini (2007, p. 9), *"a strategy without indicators is useless; indicators without a strategy are meaningless"*. Com efeito, esta afirmação parece sintetizar a interdependência entre a definição estratégica e o sistema de medição do desempenho.

Exemplos típicos de KPIs em saúde incluem taxa de readmissão (Jencks *et al.*, 2009), taxa de não comparência (Kheirkhah *et al.*, 2016) e satisfação do cliente (Goldstein *et al.*, 2005; Jha *et al.*, 2008; Roque *et al.*, 2016) entre outros. Já em linha com a orientação para valor para o cliente referida por Porter (2010), recentemente têm sido desenvolvidos e aplicados inquéritos padronizados de experiência do cliente como o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS) e o questionário *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) que operacionalizam o valor percebido pelo cliente e permitem comparações objetivas entre hospitais e unidades de saúde, atuando como alavancas de melhoria contínua nas instituições (Giordano *et al.*, 2010; Goldstein *et al.*, 2005; Jha *et al.*, 2008; Roque *et al.*, 2016).

De acordo com Carlucci (2010), a seleção de KPIs pode ser entendida como um processo de tomada de decisão com múltiplos critérios (*i.e.*, *Multi-Criteria Decision Making* (MCDM)), pois envolve diversos fatores e interdependências. De forma semelhante às metodologias MCDM, os gestores enfrentam o desafio de equilibrar múltiplas dimensões organizacionais — *e.g.*, resultados financeiros, satisfação dos clientes e eficiência de processos internos, entre outras). Estas dimensões, por vezes, entram em conflito, exigindo compromissos e ponderações. Assim, a seleção de KPIs deve ser vista como um exercício estruturado para identificar, priorizar e integrar as dimensões mais relevantes do desempenho organizacional. Por conseguinte, torna-se crítico clarificar os principais conceitos associados aos critérios e indicadores multidimensionais, compreender a sua importância e destacar as abordagens mais

comuns que podem auxiliar na escolha de critérios e indicadores destinados a apoiar a avaliação do desempenho e o processo de tomada de decisão.

Problemas complexos envolvem, frequentemente, múltiplos objetivos, sendo que a informação relevante para a sua resolução provém de diferentes campos do conhecimento (Keeney, 2013). A coexistência de objetivos múltiplos, interligados e, por vezes, divergentes, torna desafiante a seleção de critérios e indicadores que representem de forma equilibrada as várias dimensões do problema. Neste sentido, entende-se por *dimensão* uma perspetiva de análise que estrutura a forma como um fenómeno é observado. Funciona como um domínio conceptual agregador de critérios relacionados. *Critérios*, por sua vez, são atributos específicos utilizados para comparar e avaliar alternativas no processo decisório. Já um *indicador*, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2022), é uma medida quantitativa ou qualitativa derivada de factos observáveis, capaz de revelar posições relativas (*e.g.*, entre países ou organizações) numa determinada área. Quando medido regularmente ao longo do tempo, um indicador permite identificar tendências e avaliar a direção da mudança. De forma resumida, enquanto as dimensões definem o campo de análise, os critérios especificam as características a comparar dentro de cada dimensão, enquanto os indicadores traduzem esses critérios em unidades mensuráveis, possibilitando a sua quantificação e monitorização.

Para ilustrar, imagine-se a compra de um novo telemóvel. Se a única dimensão considerada for o custo, a decisão é simples: a dimensão é o custo, o critério é o preço e o indicador é o valor monetário (em euros ou dólares). Assim, basta ordenar as opções do preço mais baixo para o mais alto. No entanto, esta decisão ignora outras dimensões relevantes, como a qualidade da câmara ou a autonomia da bateria. Ao integrar essas dimensões adicionais, a decisão torna-se mais informada e ajustada às preferências do decisor. Este exemplo ilustra o princípio da multidimensionalidade e a necessidade de ponderar simultaneamente vários critérios para alcançar soluções equilibradas e consistentes.

No caso da saúde podemos ter, a título de exemplo, dimensões como estado de saúde, fatores de risco e acesso a cuidados de saúde. Dentro de cada dimensão definem-se critérios como esperança de vida, consumo de álcool, cobertura da população. Estes critérios são então traduzidos em indicadores mensuráveis como anos de esperança de vida à nascença, litros de álcool consumidos per capita e percentagem de cobertura da população com acesso a cuidados de saúde (OCDE, 2022).

Identificar as dimensões de um problema, os critérios associados e os indicadores correspondentes é, portanto, um passo metodológico crucial, pois determina quais os aspetos considerados relevantes e de que forma serão medidos (Keeney & Raiffa, 1993). Uma seleção inadequada pode comprometer a validade dos resultados e a utilidade prática das recomendações. Segundo Keeney (2013), os passos fundamentais da análise de decisões com múltiplos objetivos incluem identificar os objetivos, estruturar a hierarquia de objetivos, medir o grau de alcance e estabelecer prioridades entre eles.

Ao longo das últimas décadas, diversas metodologias foram propostas para apoiar a estruturação e análise de decisões complexas, cada uma respondendo a contextos específicos e apresentando vantagens e limitações. Algumas abordagens baseiam-se em estruturas amplamente aceites, como o *Balanced Scorecard* (Kaplan & Norton, 1992), que permite monitorizar o desempenho através de múltiplas dimensões de valor. Outras metodologias decorrem de imposições legais ou institucionais, visando uniformizar práticas e garantir alinhamento estratégico. Há ainda métodos que recorrem ao conhecimento de especialistas, obtido por meio de entrevistas, *brainstorming* ou outras técnicas qualitativas. Abordagens participativas, como a *Nominal Group Technique* (NGT) e o método Delphi, têm ganho destaque por integrarem múltiplas perspetivas e promoverem consenso, aumentando a legitimidade dos resultados. Em complemento, métodos quantitativos, como a Análise Fatorial ou a Análise de Componentes Principais (ACP), podem contribuir para a objetividade e redução de redundâncias. Finalmente, abordagens híbridas — *e.g.*, *Multiple Criteria Decision Analysis* (MCDA) — integram componentes quantitativas e participativas, combinando robustez matemática com legitimidade social. Esta diversidade metodológica evidencia que não existe uma abordagem universal aplicável a todos os problemas de decisão. A escolha deve ser guiada pelas características do problema, como o seu objetivo, o grau de complexidade (*i.e.*, número e natureza dos objetivos múltiplos) e o número de *stakeholders* envolvidos no processo decisório.

Em síntese, é necessária uma abordagem de decisão que permita integrar múltiplas dimensões de valor — *e.g.*, financeira, social e ambiental —, de modo a alcançar soluções holísticas que maximizem o desempenho global. Embora esse processo possa parecer complexo, ele é, na realidade, intuitivo. Ou seja, perante um problema, o decisor deve identificar as dimensões relevantes, definir os critérios correspondentes e, a partir destes, derivar indicadores que traduzam o desempenho de forma objetiva e mensurável. Clarificados os fundamentos de medição e seleção de KPIs, avançamos de seguida para uma síntese crítica da literatura onde se pretende identificar as principais lacunas e fundamentar a pertinência das opções metodológicas subsequentes.

2.4. Síntese Crítica da Literatura e Lacunas Identificadas

A revisão da literatura sugere um forte crescimento dos modelos de negócio baseados em bem-estar e saúde destacando a relevância económica e social deste setor, inserido numa economia do bem-estar em rápida expansão e distribuída por múltiplos segmentos (Statista, 2025; Global Wellness Institute, 2014, 2018 e 2025). Porém, a fragmentação e diversidade deste mercado exigem modelos de negócio sólidos, capazes de captar o valor gerado pela convergência entre saúde, tecnologia e consumo consciente, mas simultaneamente adaptáveis aos diferentes contextos em que operam (Hazley & Kearney, 2024). Desta forma, um modelo de negócio eficaz não deve ser entendido como uma estrutura estática, mas sim como um sistema dinâmico e em constante evolução, em que tendências globais como os avanços tecnológicos, a digitalização, a globalização e a desregulamentação funcionam como catalisadores de inovação, obrigando as organizações a rever continuamente as suas estratégias de criação, entrega e captação de valor (Helmold, 2022).

Em paralelo, o crescente escrutínio público das últimas décadas sobre as práticas de sustentabilidade e responsabilidade social tornou insuficiente uma avaliação de desempenho centrada apenas em indicadores financeiros (Perrini & Tencati, 2006; Porter & Kramer, 2006). Neste contexto, a incorporação dos princípios ESG, da lógica TBL e dos ODS deixou de ser apenas uma exigência ética e reputacional para se tornar também numa oportunidade de inovação e de criação de valor sustentável a longo prazo (Konstantopoulos, 2024; Kurbanova & & Çalıyurt, 2024; Nogueira *et al.*, 2025; Quelhas & Meiriño, 2025; Sklavos, 2025; Srivastava, 2022). Esta evolução implica a necessidade de dispor de indicadores de desempenho que permitam avaliar, de forma objetiva e robusta, o grau de alinhamento das organizações com estes princípios, reduzindo a subjetividade, aumentando a comparabilidade e tornando mais transparente o desempenho em questões económicas, sociais e ambientais (Porter & Kramer, 2006).

Por outro lado, a complexidade inerente à tomada de decisões com objetivo múltiplos, característica dos modelos de negócio baseados em bem-estar e saúde torna particularmente crítica a seleção de indicadores de desempenho que ofereçam uma visão clara, sistémica e integrada do comportamento organizacional, uma vez que, fenómenos complexos como a saúde, bem-estar e sustentabilidade não podem ser adequadamente traduzidos através de um único indicador, exigindo por isso a integração de múltiplas dimensões de valor (*i.e.*, financeira, social e ambiental) num quadro coerente de medição (Carlucci, 2010; Franceschini, 2007; Keeney, 2013; Keeney & Raiffa, 1993). Esta necessidade crítica de seleção de indicadores de

desempenho torna-se imprescindível no contexto atual em que a disponibilidade de dados é elevada e em que o desafio reside, agora, não na existência ou criação de indicadores, mas na sua seleção criteriosa, evitando a proliferação de métricas pouco relevantes que dificultam a leitura do desempenho organizacional e obscurecem as prioridades estratégicas (Franceschini, 2007).

Deste modo, a literatura converge para a necessidade de desenvolver sistemas de indicadores de desempenho capazes de integrar múltiplas dimensões de valor e de articular os interesses dos diferentes *stakeholders* — *e.g.*, acionistas, clientes, colaboradores, comunidades e entidades reguladoras —, promovendo uma abordagem holística que maximize o desempenho global das organizações da área da saúde e do bem-estar (Kaplan & Norton, 1992; Perrini & Tencati, 2006; Porter & Kramer, 2006). Contudo, permanecem em aberto questões fundamentais, nomeadamente quais os indicadores mais relevantes para estes modelos de negócio, como devem ser identificados, selecionados e priorizados num contexto multidimensional e de que forma os *stakeholders* podem ser envolvidos de modo sistemático nesse processo. Estas lacunas reforçam a pertinência de desenvolver abordagens estruturadas para a identificação e seleção de indicadores de desempenho que permitam articular os interesses dos diferentes *stakeholders*, avaliar o grau de alinhamento das organizações com os princípios da sustentabilidade ambiental, social e económica e proporcionar uma visão integrada e sistémica do desempenho organizacional. Assim, torna-se possível apoiar processos de tomada de decisão multicritério mais informados e consistentes em modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar.

SINOPSE DO CAPÍTULO 2

Este capítulo caracteriza o setor da saúde e do bem-estar como uma economia em forte expansão, avaliada em 6.32 biliões de dólares em 2023, com uma taxa de crescimento anual composta (CAGR) prevista de 7.3% até 2028. O setor encontra-se estruturado em onze segmentos, refletindo a sua diversidade e fragmentação. Neste contexto, o modelo de negócio é entendido, no *ponto 2.1*, como a arquitetura através da qual as organizações criam, entregam e captam valor, articulando a proposta de valor, os recursos, as operações e o modelo financeiro. Destaca-se ainda o seu carácter dinâmico, impulsionado pela evolução tecnológica, pela digitalização e pela globalização, identificando-se nove alavancas de inovação que permitem adaptar os modelos de negócio a mercados em constante transformação. No *ponto 2.2*, a avaliação do desempenho é analisada à luz da sustentabilidade, evidenciando-se as limitações das métricas exclusivamente financeiras e destacando-se três referenciais fundamentais: os critérios ESG, a TBL e os ODS. Salienta-se a necessidade de desenvolver indicadores comparáveis, auditáveis e úteis para a tomada de decisão, reduzindo a subjetividade e mitigando o risco de práticas de *greenwashing*. No *ponto 2.3*, a seleção de indicadores é enquadrada como um problema de decisão multicritério. São discutidos os riscos associados à proliferação de métricas e defende-se uma abordagem estruturada para a identificação, priorização e avaliação dos objetivos organizacionais, recorrendo a *frameworks* de gestão, métodos participativos, técnicas estatísticas e métodos híbridos de análise multicritério, selecionados em função dos objetivos da avaliação e da complexidade do problema. Por fim, o *ponto 2.4* sintetiza quatro ideias fundamentais: (1) o setor da saúde e do bem-estar é economicamente relevante, diversificado e exige modelos de negócio adaptativos; (2) uma avaliação baseada apenas em indicadores financeiros é insuficiente; (3) é necessária a identificação de indicadores que integrem as dimensões económica, social e ambiental; e (4) persistem lacunas na identificação e seleção de indicadores que proporcionem uma visão integrada do desempenho organizacional e promovam o envolvimento sistemático dos *stakeholders*. Neste contexto, os capítulos seguintes apresentam e aplicam uma abordagem metodológica para a identificação e seleção de indicadores de desempenho aplicáveis a modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar.

CAPÍTULO 3

ABORDAGEM METODOLÓGICA

O presente capítulo apresenta e fundamenta a utilização de métodos participativos na identificação, seleção e priorização de indicadores de desempenho em contextos complexos na área da saúde e do bem-estar. Numa primeira fase, justifica-se a sua utilização como forma de melhorar a qualidade da tomada de decisão, através da agregação de conhecimento distribuído, e de promover o envolvimento e a adesão dos participantes à implementação das soluções acordadas. De seguida, os *pontos 3.2* e *3.3* apresentam os dois métodos participativos adotados neste estudo (*i.e.*, *Nominal Group Technique* (NGT) e método Delphi). Por fim, são discutidos os contributos da utilização destes métodos participativos para a gestão, destacando-se a sua capacidade para estruturar a colaboração entre especialistas, promover a construção de consensos e apoiar a tomada de decisão em contextos complexos na área da saúde e do bem-estar.

3.1. Fundamentação da Escolha de Métodos Participativos

A utilização de métodos participativos na geração de ideias e na resolução de problemas tem vindo a assumir um papel central nas organizações contemporâneas, não apenas como uma moda, mas como resposta racional a limites cognitivos e informacionais que afetam a qualidade das decisões (Ackermann, 2024). Neste contexto, *participação* refere-se a um processo em que o planeamento, a resolução de problemas e a tomada de decisão são partilhados e realizados em conjunto por vários intervenientes — incluindo superiores hierárquicos e subordinados — permitindo que diferentes vozes contribuam para a definição do problema e para a avaliação das alternativas (Wagner, 2023).

Numa formulação funcional, estes processos estruturam a interação entre quem decide e quem detém conhecimento prático, transformando fragmentos dispersos de informação em representações mais completas e utilitárias do problema em causa. A razão instrumental para recorrer à participação reside, em primeiro lugar, na melhoria da qualidade das decisões através da agregação do conhecimento distribuído (Hargadon & Bechky, 2006; Mesmer-Magnus & DeChurch, 2009). Quando vários participantes com diferentes experiências e informação se

envolvem, torna-se possível identificar dimensões do problema que um decisor isolado pode ignorar, descobrir interdependências ocultas entre variáveis e gerar alternativas que emergem da combinação de perspetivas diversas (Hargadon & Bechky, 2006; Mesmer-Magnus & DeChurch, 2009). Este efeito não é apenas aditivo; é sinérgico (*i.e.*, a interação entre saberes distintos potencia inferências que não seriam evidentes numa análise individual, algo que facilita tanto a identificação de soluções inovadoras como a antecipação de consequências laterais e riscos. Por isso, processos participativos são particularmente valiosos em problemas complexos e dinâmicos, onde a incerteza e a não-linearidade tornam insuficiente a abordagem baseada em um único especialista (Renn, 2008; Wagner, 2023).

Em segundo lugar, a participação influencia comportamentos e compromissos. A literatura clássica sobre democracia deliberativa e participação cívica já evidenciava que envolver pessoas nas decisões aumenta o sentido de propriedade sobre as soluções, algo que se traduz em maior adesão à implementação das medidas acordadas (Pateman, 1970; Wagner, 2023). Este vínculo entre envolvimento e compromisso tem consequências práticas (*e.g.*, decisões co-construídas tendem a enfrentar menos resistência interna, exigem menor monitorização *ex post* e apresentam maiores taxas de execução eficaz). A lógica psicológica subjacente é simples — *i.e.*, quando um indivíduo contribui para a construção de uma solução, alinha-se emocionalmente e cognitivamente com essa solução, passando a atuar como um agente de implementação e não apenas como um alvo da decisão.

Adicionalmente, os métodos participativos mitigam problemas clássicos de assimetria informacional. Em contextos onde a informação está distribuída de forma desigual (*i.e.*, quando nem todos os elementos do grupo detêm o mesmo grau de conhecimento sobre o tema), a partilha estruturada de informação permite reduzir disparidades e enriquecer a base factual sobre a qual a decisão é tomada (Wagner, 2023). Ao tornar explícito o que cada participante sabe, pressupõe-se uma coordenação mais eficaz entre conhecimentos tácitos e explícitos, reduzindo o risco de escolhas enviesadas por informação parcial ou por supostos não verificados (Wagner, 2023). Esse processo de partilha é ainda mais crítico em ambientes voláteis, em que a velocidade de atualização da informação torna imprescindível mecanismos que acelerem a circulação e integração do conhecimento (Renn, 2008).

Os efeitos normativos e procedimentais da participação também contribuem para a legitimidade e para a redução de conflitos. Processos que incorporam múltiplos interesses e que são transparentes nas suas regras tendem a produzir resultados mais aceites pelas partes interessadas, porque a legitimidade é construída tanto pela substância da decisão como pela perceção de justiça procedimental (*cf.* Coenen, 2009). Métodos com características específicas

(*e.g.*, o anonimato do método Delphi) atenuam a influência de personalidades dominantes e permitem que ideias sejam avaliadas pelo seu mérito, não pela autoridade do proponente. Assim, a estrutura do processo participa diretamente na qualidade social do resultado (*i.e.*, quanto mais claramente definido e imparcial for o procedimento, maior a probabilidade de aceitação coletiva e menor a probabilidade de conflitos paralisantes). Contudo, a adoção de métodos participativos não é isenta de desafios e exige escolhas metodológicas ponderadas. A inclusão de muitos intervenientes pode aumentar custos de coordenação e alongar prazos decisórios. Além disso, sem uma facilitação adequada, os grupos podem cair em processos ineficazes (*i.e.*, *groupthink* ou discussões superficiais que mascaram diferenças substantivas). Nem todas as contribuições têm o mesmo valor informativo (*i.e.*, é necessário distinguir entre experiência prática relevante e opiniões menos informadas, ponderando-as de forma transparente). Para mitigar estas limitações, recomenda-se combinar estrutura e flexibilidade. Por exemplo, utilizar técnicas participativas com facilitação especializada, estabelecer regras claras de tomada de palavra e decisão, recorrer a anonimato quando adequado (*e.g.*, Delphi) e complementar a participação com métodos quantitativos que validem ou estruturem informação (Coenen, 2009; Delbecq *et al.*, 1975; Wagner, 2023).

Finalmente, a utilidade dos métodos participativos reside na sua capacidade de articular dois resultados desejáveis simultâneos. Ou seja, melhores decisões (via agregação e integração de conhecimento) e maior eficácia na implementação (via compromisso e legitimidade). Por isso, a sua utilização deve ser orientada por objetivos explícitos (*e.g.*, clarificar se se pretende gerar inovação, diagnosticar problemas, priorizar ações ou construir consenso) e por um desenho processual que maximize a qualidade informacional e a equidade participativa. Quando bem concebidos e facilitados, os processos participativos deixam de ser apenas uma prática normativa de inclusão e convertem-se numa ferramenta estratégica que potencia tanto a robustez técnica das decisões como a sua viabilidade política e operacional. Apesar de existirem na literatura diversos métodos participativos capazes de promover o envolvimento de vários intervenientes (*e.g.*, *focus groups*, *brainstorming/brainwriting*, *workshops* facilitados e painéis de especialistas), a escolha do método a utilizar deve ser orientada pelo objetivo do processo (*e.g.*, exploração de ideias, clarificação, priorização ou construção de consenso).

Um destes métodos é a *Nominal Group Tecnhique* (NGT), um método de estruturação de participação em grupo orientado para tomada de decisão e cujas principais vantagens consistem na geração de ideias de forma eficiente através da participação equilibrada que facilita a priorização e reduz os efeitos da pressão de grupo no enviesamento dos resultados (Bailey, 2013; Delbecq *et al.*, 1975; McMillan *et al.*, 2016). Estas características tornam-na um

método versátil e amplamente utilizado em áreas onde a tomada de decisão envolve frequentemente a participação de vários profissionais ou especialistas tais como na saúde, educação, ecologia, criminologia e tomada de decisão em contextos organizacionais (Bromley, 2014; Harvey & Holmes, 2012; Hugé & Mukherjee, 2018; McMillan *et al.*, 2016; Vander Laenen, 2015).

Outro método amplamente utilizado em contextos de elevada incerteza e que exigem a participação de múltiplos intervenientes é o método Delphi (Linstone & Turoff, 1975; McMillan *et al.*, 2016). Desenvolvido pela RAND Corporation em 1950, este método distingue-se pelo anonimato dos participantes, que reduz a influência de personalidades dominantes, bem como pela sua natureza iterativa, que permite o refinamento sucessivo das respostas e facilita a construção de um consenso entre especialistas (Drumm *et al.*, 2022; Linstone & Turoff, 1975). Estas características tornam o método Delphi especialmente adequado para abordar problemas complexos que requerem a integração de diferentes perspetivas e a obtenção de consensos fundamentados entre especialistas (Bailey, 2013; Drumm *et al.*, 2022). Pelas suas características, estes métodos (*i.e.*, NGT e Delphi) destacam-se como ferramentas robustas e versáteis para a geração de ideias e obtenção de consenso de grupo em áreas que requerem a participação integrada de vários especialistas, tal como na área da saúde e bem-estar, tendo por isso sido escolhidos para a intervenção metodológica deste trabalho. Por conseguinte, os próximo pontos aprofundam as características, vantagens e limitações destes métodos de forma a compreender as suas considerações e implicações metodológicas.

3.2. *Nominal Group Technique* (NGT)

A NGT, proposta por Van de Ven e Delbecq (Delbecq *et al.*, 1975; Van de Ven e Delbecq, 1972), constitui um método estruturado de trabalho em grupo concebido para recolher informações de um grupo de participantes que partilham um conhecimento próximo ou especializado sobre uma determinada temática. A essência da NGT reside na criação de um processo sistemático e equilibrado que favorece tanto a expressão individual como a construção coletiva de consenso. Ao contrário das discussões de grupo tradicionais, em que a dinâmica interpessoal pode gerar desequilíbrios de poder e influenciar as contribuições, a NGT estabelece uma sequência de fases cuidadosamente delineadas que asseguram a participação equitativa e a independência cognitiva dos membros do grupo. Tal estrutura processual é precisamente o

que confere a este método a sua reputação de eficiência, qualidade e inclusão na obtenção de consensos (Bailey, 2013).

O método destaca-se, portanto, não apenas pela sua simplicidade operacional, mas também pela sua racionalidade metodológica. Ele reconhece que a deliberação coletiva é vulnerável a vieses sociais (*e.g.*, conformismo, influência de figuras dominantes ou tendência para a polarização) e, por isso, introduz mecanismos para os mitigar. A geração silenciosa de ideias, seguida de uma partilha ordenada e de uma avaliação retardada, permite dissociar a criatividade inicial da pressão social do grupo. Essa separação temporal entre ideação e julgamento cria um espaço cognitivo mais livre, no qual os participantes podem contribuir com ideias genuinamente próprias antes que qualquer forma de consenso social comece a moldar as perceções coletivas (Hall, 1983).

Segundo Claxton (1980), o processo inicia-se com a formulação de uma declaração concisa do problema ou tópico em análise, apresentada pelo moderador. Esse passo é fundamental, pois a clareza inicial garante um entendimento comum que servirá de referência a todas as etapas subsequentes. De seguida, os participantes refletem individualmente e em silêncio durante um período pré-definido (*i.e.*, geralmente, entre cinco e vinte minutos), registando as suas ideias em formato escrito. Esta fase de trabalho solitário é crucial para preservar a independência do pensamento e reduzir o risco de *groupthink*. A ausência de comunicação verbal nesta etapa funciona como um mecanismo de proteção da diversidade cognitiva (*i.e.*, impede que as primeiras ideias expressas determinem, consciente ou inconscientemente, o rumo das restantes).

Concluída a fase de geração individual, o grupo passa para a listagem sequencial. Cada participante, por ordem aleatória, partilha uma ideia de cada vez, que é registada pelo moderador sem comentários ou avaliações. Este procedimento tem um duplo efeito positivo: (1) por um lado, confere visibilidade igual a todas as contribuições; e, (2) por outro lado, reforça a perceção de justiça e imparcialidade no processo. Apenas depois de todas as ideias estarem listadas se procede a uma breve fase de clarificação, em que se discutem termos ou conceitos pouco claros, mas ainda sem qualquer forma de julgamento de valor. Tal distinção entre clarificar e avaliar é essencial, pois permite refinar o entendimento coletivo sem comprometer a neutralidade da discussão.

Segue-se a fase de consolidação, em que o grupo elimina duplicações, reformula ideias para maior precisão e atribui identificadores únicos a cada uma. Essa fase representa o momento em que o pensamento individual começa a transformar-se em produto coletivo. A partir daí, cada participante realiza uma priorização independente, atribuindo pontuações de acordo com

a importância ou relevância percebida de cada ideia (*i.e.*, geralmente, segundo esquemas simples de atribuição de pontos). A agregação destas classificações individuais gera uma hierarquia global de prioridades, que reflete o consenso do grupo de forma quantitativamente mensurável. Tendo descrito a NGT e reconhecendo a sua utilidade na geração e de ideias, torna-se pertinente apresentar o método Delphi para a obtenção de consensos em grupo.

3.3. Método Delphi

O método Delphi constitui uma abordagem estruturada para a obtenção de consenso entre especialistas, sendo amplamente reconhecido pela sua utilidade na resolução de problemas de decisão complexos, na definição de prioridades e na geração de ideias em contextos onde as respostas objetivas são insuficientes (Dalkey & Helmer, 1963; Linstone & Turoff, 1975; Okoli & Pawlowski, 2004). Tal como observam McMillan *et al.* (2016), o Delphi não se limita a ser um instrumento técnico, mas antes um processo dinâmico que combina rigor metodológico com flexibilidade interpretativa, razão pela qual Linstone e Turoff (1975) o descrevem como *"mais uma arte do que uma ciência"*. A essência do método reside na sua capacidade de organizar um processo de comunicação em grupo de forma sistemática e eficaz, permitindo integrar julgamentos subjetivos de especialistas em contextos de elevada incerteza ou complexidade, onde o conhecimento é fragmentado e disperso (Okoli & Pawlowski, 2004).

O método teve origem na década de 1950, no âmbito de um estudo conduzido pela RAND Corporation e patrocinado pela Força Aérea dos Estados Unidos, cujo propósito era recolher e sintetizar opiniões especializadas sobre questões estratégicas através de questionários sucessivos intercalados com *feedback* controlado (Linstone & Turoff, 1975). A principal inovação do Delphi foi precisamente a combinação de anonimato, iteração e *feedback* estruturado, permitindo minimizar a influência de personalidades dominantes e evitar o chamado *groupthink*. As suas características fundamentais incluem: (1) anonimato dos participantes, que reduz o viés e promove a liberdade de expressão; (2) natureza iterativa do processo, que permite a revisão informada das respostas; (3) *feedback* controlado, que fornece aos especialistas resumos estatísticos das opiniões do grupo; e (4) agregação quantitativa das respostas, que conduz à identificação de tendências e à formação de consenso (Okoli & Pawlowski, 2004; Linstone & Turoff, 1975). Com o passar do tempo, o método Delphi expandiu-se muito além do seu contexto militar original, passando a ser amplamente utilizado em áreas tão diversas como a saúde, a educação, a gestão, a tecnologia e as ciências sociais.

Essa diversificação conduziu ao surgimento de várias derivações metodológicas (*e.g.*, *Fuzzy* Delphi, *Qualitative* Delphi ou *Real-Time* Delphi), que mantêm a lógica de base do método, mas adaptam o seu formato a diferentes objetivos e contextos.

De modo geral, o processo Delphi é desenvolvido em quatro fases distintas e sequenciais (Linstone & Turoff, 1975). A primeira consiste numa exploração ampla do tema, permitindo que cada especialista apresente livremente as suas perceções e informações relevantes. Na segunda, procuram-se clarificar as áreas de convergência e divergência, estabelecendo significados comuns para termos e conceitos centrais (Linstone & Turoff, 1975). A terceira fase aprofunda as áreas de desacordo, procurando compreender as razões subjacentes às divergências e avaliá-las à luz de novas evidências. Por fim, a quarta fase corresponde a uma etapa conclusiva, na qual as informações e avaliações previamente recolhidas são devolvidas ao grupo, possibilitando uma reflexão final e a consolidação do consenso.

Embora grande parte dos estudos que utilizam o método Delphi seja publicada em revistas científicas das áreas médicas, tecnológicas e sociais (*cf.* Khodyakov, 2023), a sua versatilidade explica a sua aplicação em praticamente qualquer domínio onde o conhecimento especializado se revele essencial para a tomada de decisão. O método é particularmente valioso quando a resolução de um problema exige a integração de perspetivas de múltiplos intervenientes com diferentes formações, quando o número de participantes inviabiliza a discussão presencial ou, ainda, quando há conflitos de opinião que exigem um processo mediado e anónimo para favorecer o consenso (Okoli & Pawlowski, 2004). Além disso, o anonimato contribui para preservar a heterogeneidade das opiniões, evitando tanto o "efeito de arrastamento" (*i.e.*, em que opiniões maioritárias influenciam o grupo) como a dominância de figuras mais influentes.

Não obstante, para que os resultados obtidos pelo método Delphi sejam válidos e consistentes, é essencial que certas considerações metodológicas sejam cuidadosamente observadas. A primeira refere-se à formulação da questão inicial. Uma pergunta mal formulada compromete toda a investigação, uma vez que é a partir dela que se definem os critérios de seleção dos especialistas e a estrutura das rondas subsequentes. O rigor conceptual na definição do problema é, portanto, determinante para garantir que o consenso alcançado tenha relevância e aplicabilidade. A seleção e o número de especialistas constituem igualmente fatores críticos. Embora não exista um tamanho de painel universalmente ideal, a literatura indica que grupos entre 15 e 30 especialistas tendem a produzir resultados robustos, desde que os membros selecionados possuam qualificações adequadas à natureza do problema em análise (Ameyaw *et al.*, 2016; Okoli & Pawlowski, 2004). A representatividade, mais do que o número, é o que

assegura a legitimidade do consenso obtido. Assim, critérios claros de qualificação e inclusão devem ser definidos previamente, garantindo que o painel reflete uma diversidade equilibrada de perspetivas relevantes.

Outro elemento essencial do processo é a determinação do número de rondas. O método Delphi baseia-se na repetição controlada de *feedback* para permitir o refinamento progressivo das respostas. Embora estudos mostrem que o consenso é frequentemente alcançado em duas ou três rondas, a decisão sobre o número ideal deve considerar o nível de consenso pretendido e os recursos disponíveis. O prolongamento excessivo das rondas pode gerar fadiga e desgaste entre os participantes, comprometendo a qualidade das respostas, pelo que é importante equilibrar o rigor estatístico com a eficiência prática (Ameyaw *et al.*, 2016). O anonimato, por sua vez, é um dos pilares mais distintivos e eficazes do Delphi. Ele reduz a inibição social e o receio de julgamento, promovendo o pensamento independente e a expressão de perspetivas minoritárias. Ao dissociar a opinião do seu autor, o processo permite que o mérito das ideias prevaleça sobre o estatuto social ou profissional dos participantes, fortalecendo, assim, a legitimidade do consenso (Linstone & Turoff, 1975). Além disso, o *feedback* anónimo entre as rondas possibilita uma comunicação indireta mas produtiva entre os especialistas, reforçando a qualidade deliberativa do processo.

Não obstante as suas vantagens, o método Delphi apresenta limitações que merecem atenção. A dependência da seleção de especialistas pode introduzir vieses de competência, o carácter moroso do processo e a necessidade de coordenação em várias rondas podem gerar custos logísticos significativos. Ainda assim, quando devidamente implementado, o método Delphi constitui uma ferramenta valiosa para a síntese estruturada de conhecimento especializado em contextos complexos e incertos, nos quais abordagens puramente quantitativas ou analíticas se mostram insuficientes.

Recentemente, o desenvolvimento de diretrizes padronizadas, como a DELPHISTAR (Niederberger *et al.*, 2024) e a integração do método com tecnologias digitais e novas técnicas de previsão têm fortalecido o rigor e a eficiência do processo (Hasson *et al.*, 2025; Niederberger & Renn, 2023). Estas inovações abrem caminho para um Delphi mais ágil, transparente e interativo, capaz de combinar o poder do julgamento coletivo com as potencialidades das ferramentas tecnológicas, consolidando o seu papel como uma das metodologias mais robustas e adaptáveis para a obtenção de consenso em investigação e prática organizacional. Conhecidas as metodologias e reconhecendo as vantagens e limitações de cada uma delas, o *ponto 3.4* irá destacar os seus contributos para a gestão orientada para o bem-estar e saúde e entender como

a sua combinação pode contribuir para a integração de múltiplas perspetivas e promover decisões informadas e amplamente aceites.

3.4. Contributos para a Gestão Orientada para o Bem-Estar e Saúde

A utilização de métodos participativos de consenso, como a NGT e o Delphi, tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante nos cuidados de saúde contemporâneos, particularmente em contextos nos quais as evidências científicas são limitadas ou inconclusivas (Cantrill *et al.*, 1996; Gattrell *et al.*, 2024; Hasson *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2024). Estes métodos destacam-se pela sua capacidade de estruturar a colaboração entre especialistas e profissionais, facilitando a construção de consensos sobre práticas clínicas, desenvolvimento de diretrizes e seleção de indicadores para a prática (Carter *et al.*, 2021; Gattrell *et al.*, 2024). A sua relevância surge do facto de os cuidados de saúde envolverem múltiplas disciplinas, incluindo epidemiologia, sociologia, ciências comportamentais, economia e outras áreas analíticas, cujo objetivo é estudar de forma abrangente todos os aspetos da prestação de cuidados (Cantrill *et al.*, 1996; Frontera *et al.*, 2024).

A técnica NGT tem sido aplicada de forma consistente na área dos cuidados de saúde para estabelecer prioridades e desenvolver diretrizes, permitindo que grupos de profissionais identifiquem de forma estruturada e colaborativa os problemas mais críticos e as soluções mais apropriadas (Allen *et al.*, 2004; Riley-Bennett *et al.*, 2024). Estudos exemplificativos incluem Vella *et al.* (2000), que aplicaram a técnica para definir prioridades de investigação em cuidados intensivos. No contexto de gestão hospitalar, Varela *et al.* (2025) utilizaram a NGT para estruturar uma sessão de trabalho com um painel multidisciplinar, para identificar iniciativas de promoção de *digital health* em contexto hospitalar. Por outro lado, Riley-Bennett *et al.* (2024) demonstram a viabilidade da NGT em formato virtual, recorrendo a plataformas de videoconferência como o Microsoft Teams. Esta adaptação permitiu não apenas reduzir custos logísticos, mas também expandir o alcance geográfico do recrutamento de participantes, garantindo simultaneamente o acesso facilitado à documentação e ferramentas digitais de suporte. Noutros exemplos recentes, a NGT em formato virtual foi utilizada em contexto hospitalar para identificar determinantes de resiliência e capacidade de planeamento hospitalar, bem como para licitar iniciativas de melhoria na gestão de um laboratório de hemodinâmica, sendo utilizada como meio de estruturação de sessões para licitar ideias de um conjunto de especialistas e permitindo chegar a um consenso (Bai *et al.*, 2024; Çipi *et al.*, 2025).

Posteriormente, os resultados da NGT foram combinados com *interpretive structural modeling* (ISM) para formular modelos hierárquicos de apoio à gestão, evidenciando desta forma, não só a conveniência da aplicação do formato virtual, mas também a robustez e versatilidade da NGT quando articulada com métodos de modelação (Bai *et al.*, 2024; Çipi *et al.*, 2025).

De forma complementar, o método Delphi tem sido amplamente utilizado em medicina e enfermagem para atingir consenso sobre prioridades, criar escalas de classificação, desenvolver conjuntos de dados para monitorização de doenças e elaborar diretrizes clínicas (Cantrill *et al.*, 1996; Davies *et al.* 2024; Gattrell *et al.*, 2024). Exemplos práticos incluem a definição de metas para cirurgias de ambulatório (Grainger & Griffiths, 1994), o estabelecimento de prioridades de encaminhamento entre médicos de clínica geral (McColl *et al.*, 1994) e a monitorização de diabetes em contextos europeus (Piwernetz *et al.*, 1993). Mais recentemente, o Delphi tem sido aplicado no desenvolvimento de recomendações de prática clínica (Arici *et al.*, 2024; Bulley *et al.*, 2024; Dahlmann-Noor *et al.*, 2024) e na definição de conjuntos mínimos de indicadores/dados para monitorização e comparação de cuidados (Davies *et al.*, 2024; McKenzie *et al.*, 2025).

Também em contexto de gestão de instituições de saúde, o método foi utilizado para validar um conjunto de indicadores de avaliação inicialmente gerados por associação livre e, posteriormente, ponderados através de processos hierárquicos analíticos, recorrendo a um inquérito baseado no Delphi. Este procedimento ilustra a sua utilidade para consolidar indicadores em decisões de gestão em saúde, bem como a sua mais-valia e facilidade de articulação com técnicas qualitativas de licitação e métodos quantitativos. Na prática, o Delphi distingue-se pela capacidade de integrar múltiplas opiniões de especialistas de forma anónima e iterativa, promovendo uma avaliação crítica e refinada, minimizando a influência de indivíduos dominantes e promovendo consenso entre participantes heterogéneos.

Apesar das diferenças metodológicas entre NGT e Delphi, ambos os métodos partilham características essenciais. Combinam elementos qualitativos e quantitativos, baseiam-se no trabalho independente dos participantes e consolidam opiniões individuais em decisões coletivas (*cf.* Cantrill *et al.*, 1996). Esta combinação favorece a expressão de perspetivas divergentes e reduz pressões de conformidade, aumentando a legitimidade e a aceitação dos resultados por parte dos participantes, sobretudo daqueles diretamente envolvidos nas questões em discussão. Além disso, os dois métodos podem ser combinados de forma estratégica. Ou seja, a NGT pode ser utilizada para gerar itens que depois alimentam um questionário Delphi mais abrangente, enquanto o Delphi pode ser aplicado inicialmente para identificar consensos preliminares, seguidos de sessões NGT com um painel menor para refinar os resultados.

A implementação eficaz destes métodos exige atenção cuidadosa a diversos aspetos, incluindo a definição precisa do problema, a seleção criteriosa dos participantes, a estruturação dos painéis, os métodos de *feedback* e a forma de medir os resultados (Cantrill *et al.*, 1996). Quando aplicados com rigor, a NGT e o Delphi revelam-se ferramentas poderosas para avançar o conhecimento, estimular ideias críticas e melhorar a qualidade da tomada de decisão em grupo, especialmente em contextos nos quais a pesquisa convencional oferece evidências limitadas ou ambíguas. Em suma, a combinação de metodologias participativas de consenso permite abordar problemas complexos de forma estruturada, integrando múltiplas perspetivas e promovendo decisões informadas e amplamente aceites. Com a metodologia e os seus contributos apresentados, segue-se o *Capítulo 4*, onde são analisados os resultados obtidos, detalhando as prioridades e os indicadores validados pelos processos NGT e Delphi e apresentadas as suas implicações para a gestão de modelos de negócio em saúde e bem-estar.

SINOPSE DO CAPÍTULO 3

O *Capítulo 3* justificou o recurso a métodos participativos como forma de melhorar a qualidade da tomada de decisão em contextos complexos de saúde e bem-estar. Destacou-se o seu contributo para a integração do conhecimento de múltiplos especialistas, a mitigação de assimetrias de informação, o reforço do compromisso com a implementação das decisões e o aumento da sua legitimidade. Foram igualmente reconhecidas as limitações destes métodos, bem como apresentadas estratégias para as mitigar, nomeadamente através de uma facilitação competente, da definição de normas de interação e da sua complementaridade com métodos quantitativos. No *ponto 3.2*, foi apresentada a NGT, salientando-se a sua utilidade na geração estruturada de ideias e a forma como o seu processo promove a independência cognitiva e uma participação equitativa. Para esse efeito, o método organiza-se em seis etapas: (1) definição do problema; (2) geração silenciosa e individual de ideias; (3) apresentação sequencial sem avaliação; (4) clarificação; (5) consolidação; e (6) priorização com agregação final dos resultados. O método Delphi foi descrito no *ponto 3.3* como um processo assente em rondas iterativas, anónimas e acompanhadas de *feedback* controlado, orientado para a hierarquização de ideias e para a construção de consenso entre especialistas. É particularmente adequado em domínios onde a evidência científica é limitada ou o conhecimento se encontra fragmentado, uma vez que a sua estrutura permite clarificar convergências e divergências, aprofundar desacordos e consolidar consensos. Foram ainda discutidos os principais aspetos metodológicos que condicionam a qualidade da sua aplicação, incluindo a formulação rigorosa da questão de investigação, a seleção criteriosa do painel de especialistas, a definição do número adequado de rondas para alcançar consenso sem provocar fadiga nos participantes e o cumprimento de diretrizes metodológicas que reforçam a validade e a eficiência do processo. Por fim, o *ponto 3.4* evidencia o contributo destes métodos para uma gestão orientada para modelos de negócio em saúde e bem-estar, destacando a sua utilidade na definição de prioridades, desenvolvimento de diretrizes, construção de escalas e identificação e seleção de indicadores em contextos caracterizados por dados escassos, incertos ou heterogéneos. Neste âmbito, é proposta uma abordagem integrada e complementar entre a NGT e o método Delphi, na qual a NGT é utilizada para gerar ideias e realizar um levantamento preliminar de indicadores, enquanto o Delphi permite refinar e validar essas propostas, proceder à sua hierarquização num painel alargado de especialistas e alcançar um consenso robusto.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo pretende apresentar o desenvolvimento empírico da investigação, bem como os resultados obtidos através da aplicação das metodologias NGT e Delphi, descritas no capítulo anterior. Tendo como objetivo a identificação, seleção e respetiva validação de um conjunto de indicadores de desempenho relevantes para modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar, recorreu-se a um processo estruturado em duas fases complementares. Numa primeira fase, foi utilizada a NGT de modo a realizar um levantamento preliminar de indicadores propostos por um painel de especialistas. Numa segunda fase, foi utilizada a técnica Delphi com o propósito de alcançar consenso relativamente à relevância e respetiva hierarquização dos indicadores identificados. Por fim, são analisadas as implicações destes resultados para a gestão e avaliação do desempenho de modelos de negócio no setor de saúde e bem-estar.

4.1 Resultados da NGT: Levantamento Preliminar de Indicadores

A primeira fase empírica do processo consistiu na aplicação da NGT, com o objetivo de realizar um levantamento preliminar de indicadores de desempenho considerados relevantes para a avaliação de modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar. Esta etapa assumiu uma função estruturante de licitação e exploração de indicadores, permitindo recolher o conhecimento especializado do painel, organizar e clarificar diferentes perspetivas e construir um conjunto inicial de indicadores que seria posteriormente submetido ao processo Delphi para seleção e priorização.

Em conformidade com a literatura (*cf.* Varela *et al.*, 2025), a sessão NGT contou com a participação de dez especialistas, selecionados com base na sua experiência profissional e conhecimento nas áreas da saúde e do bem-estar, nomeadamente enfermagem, *fitness*, *spas*, nutrição e medicina complementar. A diversidade do painel foi considerada um elemento fundamental, por proporcionar uma visão holística e integrada sobre os fatores relevantes para a avaliação do desempenho de organizações que operam num setor caracterizado pela sua elevada fragmentação e heterogeneidade.

O processo iniciou-se com a apresentação dos objetivos da investigação e da questão orientadora colocada aos participantes: *"Com base nos seus valores e experiência profissional, identifique indicadores de desempenho que considera importantes em modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar"*. Após uma breve contextualização, cada participante foi convidado a refletir individualmente e a propor um conjunto de indicadores que considerasse pertinentes para a avaliação do desempenho deste tipo de organizações. O carácter individual desta fase permitiu minimizar a influência do grupo nas respostas iniciais, favorecendo a licitação de contributos independentes.

Numa fase posterior, os indicadores propostos foram apresentados, discutidos e clarificados em sessão plenária. Este processo permitiu eliminar ambiguidades, uniformizar a redação dos indicadores e assegurar que cada um representava um conceito distinto e facilmente compreensível. Esta etapa revelou-se particularmente importante para a consolidação conceptual da lista de indicadores, uma vez que alguns contributos apresentavam formulações muito semelhantes, eram pouco claros ou incidiam sobre a mesma dimensão de desempenho, embora recorrendo a designações diferentes. Apesar deste processo de harmonização, procurou-se preservar, sempre que possível, a terminologia utilizada pelos especialistas, de forma a respeitar o significado atribuído pelos próprios e valorizar a sua experiência prática.

Concluído o processo de clarificação, obteve-se um conjunto de 49 indicadores. Optou-se por não proceder ao seu agrupamento em dimensões ou categorias de análise, preservando assim a autonomia conceptual de cada indicador. Esta decisão justificou-se pelo facto de os indicadores serem posteriormente submetidos à técnica Delphi, na qual se pretendia que cada elemento fosse avaliado de forma independente. Nesse sentido, um agrupamento prévio poderia introduzir uma interpretação do investigador antes da avaliação pelos especialistas, condicionando o processo de seleção e priorização. O *Quadro 4.1* apresenta os 49 indicadores resultantes da sessão NGT.

Quadro 4.1. Indicadores Resultantes da Sessão NGT.

Código	Indicadores Resultantes da Sessão NGT
R01	Receita total = Tratamentos/serviços+serviços de *gym*+produtos.
R02	Receita diária média = Receita mensal÷dias abertos
R03	% Refeita tratamentos = Receita tratamentos÷receita total
R04	% Receita ginásio = Receita ginásio÷receita total
R05	Índice eficiência = Receita total÷custos totais
R06	Horas disponíveis = N° salas×horas×dias
R07	Taxa de ocupação = Horas vendidas÷horas disponíveis
R08	Receita por sala = Receita tratamentos÷n° salas
R09	Receita máxima = Horas disponíveis×preço médio hora
R10	Receita mensal ginásio = N° membros×mensalidade média
R11	Taxa retenção = Membros que renovam÷total membros
R12	Receita por membro = Receita ginásio÷n° membros
R13	Custo fixos por cliente = Custos fixos÷n° clientes
R14	Número/taxa de recomendações de serviço
R15	Colaboradores satisfeitos com o serviço que o negócio presta
R16	Rendimento líquido
R17	Reativação de utentes

R18	Comentários positivos na *web*
R19	Taxa de retenção de clientes (quanto mais tempo um cliente estiver na instalação, mais hábitos saudáveis vai ter)
R20	Nº de clientes com programas de treino atribuídos e renovados (demonstra que estão a participar e a serem avaliados no decorrer da sua presença no centro)
R21	Dados de avaliação dos clientes – física, funcional, etc. (ter todos estes dados permite-nos avaliar a evolução dos clientes)
R22	NPS (ter acesso aos dados de satisfação dos clientes permite-nos evoluir e modificar processos)
R23	Percentagem de ocupação das aulas de grupo (dá-nos a possibilidade de perceber quais são as aulas preferidas dos clientes e criar um maior foco nas aulas que garantem mais presença dos sócios no centro)
R24	Nº de sessões de treino personalizado (desta forma percebemos quantos clientes têm um serviço mais acompanhado e arranjamos estratégias para chegar aos que não têm)
R25	Valor médio por cliente (garantir que o nosso serviço está a gerar retorno, e orientar estratégias para aumentar esse valor)
R26	Atividades para bem estar (o nº de atividades que o centro gera para trazer os clientes para um espaço diferente do treino e aulas de grupo)
R27	KPIs do serviço de nutrição (um pilar extra na jornada do cliente)
R28	Formação da equipa técnica (momentos de formação e revalidação de conhecimento para a equipa técnica, de modo a manter todo o staff dentro das novas tendências e com o seu conhecimento atualizado)
R29	Estatísticas relacionadas com as avaliações iniciais e seguintes (perceber qual é a taxa de retenção, quem se mantém dentro do processo, e quem não segue o padrão definido para as avaliações)
R30	Taxa de abandono (contactar os clientes e perceber as razões para o cancelamento)
R31	Nº de clientes que estão presentes no centro há mais de 6 meses, 1 ano e 2 anos (compreender o porquê da sua longevidade no centro e aplicar aos outros)
R32	*Feedback* do *staff* (perceber quais são as maiores necessidades do *staff* enquanto trabalhadores e seres humanos)
R33	Realizar atividades fora do centro que juntem clientes e *staff* (momentos de descontração e convívio)
R34	Momentos de equipa (jantares, lanches, cafés, convívios)
R35	Renovação de material (manter o material atualizado e em boas condições)

R36	Investigar o mercado (perceber quais são as tendências e adaptar certas vertentes do negócio)
R37	Taxa conversão para a 1ª avaliação nutrição = (Nº clientes que marcam a avaliação / Nº total de chamadas feitas para clientes que se inscreveram no ginásio) x 100
R38	Taxa conversão da 1ª consulta de nutrição paga = (Nº clientes que marcam a 1ª consulta / Nº clientes que fazem a avaliação de nutrição) x 100
R39	Taxa de adesão ao plano alimentar = (Nº refeições cumpridas/ Total refeições planeadas) x 100
R40	Melhoria do nível de energia = (Horas de produtividade diária/ Horas de trabalho planeadas) x 100
R41	Taxa de retenção = (Clientes que marcaram consulta de acompanhamento/ clientes que fizeram a 1ª consulta) x 100
R42	Taxa de sucesso do objetivo = (Nº clientes que atingiram o objetivo no prazo previsto/ Total de clientes ativos) x 100
R43	Melhoria nos sintomas digestivos e inchaço abdominal = (Score no mês 0 - Score no mês 1) / Score inicial (Numa escala de 0 a 10) x 100
R44	Clientes com Melhoria da Dor (CMD) = (Nº de clientes com melhoria do score da escala da dor/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100
R45	Clientes com Melhoria da Qualidade de Sono (CMQS) = (Nº de clientes com melhoria da pontuação no PSQI/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100
R46	Clientes com Diminuição do Stress Percecionado (CDSP) = (Nº de clientes com diminuição da pontuação na PSS/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100
R47	Taxa de Remarcação (TRem) = (Nº de clientes que efetivam pelo menos uma segunda marcação/nº total de clientes) x100
R48	Taxa de Recomendação a Amigos e Familiares (Trec) = (Nº de clientes que recomendariam o negócio a amigos e familiares/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100
R49	Satisfação Face ao Serviço Prestado (S) = (Nº de clientes que consideram que o serviço foi eficaz/Nº de clientes que responderam ao inquérito)

A análise qualitativa dos resultados permite verificar que os especialistas propuseram um conjunto multidimensional de indicadores, refletindo a complexidade inerente aos modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar. Embora os indicadores não tenham sido agrupados em categorias para efeitos da fase Delphi, é possível identificar, numa perspetiva interpretativa, cinco grandes dimensões de avaliação do desempenho emergentes das respostas do painel. A primeira corresponde à dimensão económico-financeira, materializada em indicadores relacionados com receitas, custos, eficiência e rendimento líquido, evidenciando a importância atribuída à sustentabilidade económica do modelo de negócio. A segunda refere-se à dimensão

operacional, integrando indicadores associados à utilização eficiente dos recursos, como as horas disponíveis, a taxa de ocupação e a renovação de equipamentos e materiais. Uma terceira dimensão corresponde à relação com os clientes, incluindo indicadores relacionados com retenção, abandono, recomendação, reativação de utentes e satisfação com os serviços prestados. Estes indicadores evidenciam a relevância atribuída pelos especialistas à criação de valor para o cliente e à qualidade da relação estabelecida com a organização. É ainda possível identificar uma dimensão técnico-profissional, que integra indicadores relativos à formação da equipa, ao feedback do staff e à satisfação dos colaboradores, sugerindo que a qualidade dos recursos humanos e o desenvolvimento profissional são entendidos como fatores determinantes para o desempenho organizacional. Por último, emerge uma dimensão de impacto em saúde e bem-estar, representada por indicadores relacionados com a melhoria dos sintomas, a obtenção de resultados em saúde e o sucesso dos serviços prestados. Esta dimensão evidencia que a avaliação do desempenho destes modelos de negócio não se restringe à eficiência económica ou operacional, incorporando igualmente a capacidade da organização para gerar ganhos efetivos em saúde e bem-estar para os seus clientes.

Globalmente, estes resultados demonstram que o conjunto inicial de indicadores proposto pelos especialistas transcende as métricas tradicionalmente utilizadas na avaliação do desempenho organizacional, integrando dimensões económicas, operacionais, relacionais, organizacionais e de impacto em saúde. Esta diversidade reforça a necessidade de adotar uma abordagem multidimensional na avaliação do desempenho de modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar. Em síntese, a aplicação da NGT permitiu identificar um conjunto preliminar de 49 indicadores de desempenho, resultantes da experiência e do conhecimento especializado do painel de participantes. Esta etapa contribuiu para estruturar um conjunto inicial de indicadores e para evidenciar as principais áreas de avaliação do desempenho neste contexto. Contudo, a identificação dos indicadores constitui apenas a primeira fase do processo. Para determinar quais os indicadores considerados mais relevantes e estabelecer a sua priorização, tornou-se necessário recorrer a uma segunda fase metodológica, recorrendo ao método Delphi.

4.2 Resultados do Delphi: Consenso e Hierarquização

Após o levantamento preliminar de indicadores através da NGT, foi aplicado o método Delphi com o objetivo de avaliar a importância atribuída pelos especialistas a cada um dos 49 indicadores identificados. Nesta fase, cada elemento do painel classificou individualmente os

indicadores utilizando uma escala de *Likert* de cinco pontos, em que 1 correspondia a "nada relevante", 2 a "pouco relevante", 3 a "moderadamente relevante", 4 a "muito relevante" e 5 a "extremamente relevante".

O processo Delphi decorreu em duas rondas. Na primeira ronda, os especialistas procederam à avaliação individual dos indicadores, permitindo obter uma primeira medida da tendência central e da dispersão das respostas, através do cálculo da média e do desvio-padrão para cada indicador. A média permitiu identificar o nível médio de importância atribuído pelo painel, enquanto o desvio-padrão possibilitou avaliar o grau de concordância entre os especialistas. Deste modo, indicadores com médias mais elevadas foram considerados mais relevantes, ao passo que desvios-padrão mais reduzidos evidenciaram maior consenso entre os participantes. Na segunda ronda, cada especialista voltou a avaliar os 49 indicadores, tendo como referência os resultados agregados da ronda anterior. Esta etapa teve como finalidade promover uma reflexão mais informada sobre as classificações inicialmente atribuídas, permitindo aos participantes manter ou rever as suas respostas à luz da posição global do painel. Este procedimento constitui uma das principais características do método Delphi, uma vez que favorece a construção progressiva de consenso através de sucessivas rondas de avaliação, preservando simultaneamente o anonimato dos participantes e evitando a influência decorrente da discussão direta entre especialistas.

Concluída a segunda ronda, procedeu-se à hierarquização dos indicadores com base na média final obtida. Sempre que se verificou proximidade entre os valores médios, o desvio-padrão foi utilizado como critério complementar de ordenação, privilegiando-se os indicadores que apresentavam maior convergência entre os especialistas. Assim, a hierarquização final refletiu simultaneamente o nível de importância atribuído a cada indicador e o grau de consenso alcançado pelo painel. Os resultados da segunda ronda do método Delphi encontram-se apresentados no *Quadro 4.2*.

Quadro 4.2. Classificação e Ordenação Final dos Indicadores Após a Segunda Ronda Delphi.

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-Padrão R2
1	R49	Satisfação Face ao Serviço Prestado (S) = (Nº de clientes que consideram que o serviço foi eficaz/Nº de clientes que responderam ao inquérito)	5.00	0.30
2	R16	Rendimento líquido	5.00	0.40
3	R05	Índice eficiência = Receita total÷custos totais	5.00	0.49
4	R11	Taxa retenção = Membros que renovam÷total membros	5.00	0.64
5	R22	NPS (ter acesso aos dados de satisfação dos clientes permite-nos evoluir e modificar processos)	5.00	0.66
6	R29	Estatísticas relacionadas com as avaliações iniciais e seguintes (perceber qual é a taxa de retenção, quem se mantém dentro do processo, e quem não segue o padrão definido para as avaliações)	5.00	0.66
7	R17	Reativação de utentes	5.00	0.67
8	R36	Investigar o mercado (perceber quais são as tendências e adaptar certas vertentes do negócio)	5.00	0.67
9	R19	Taxa de retenção de clientes (quanto mais tempo um cliente estiver na instalação, mais hábitos saudáveis vai ter)	5.00	0.92
10	R20	Nº de clientes com programas de treino atribuídos e renovados (demonstra que estão a participar e a serem avaliados no decorrer da sua presença no centro)	5.00	0.92
11	R44	Clientes com Melhoria da Dor (CMD) = (Nº de clientes com melhoria do score da escala da dor/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100	5.00	0.92
12	R45	Clientes com Melhoria da Qualidade de Sono (CMQS) = (Nº de clientes com melhoria da pontuação no PSQI/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100	5.00	0.92
13	R46	Clientes com Diminuição do Stress Percecionado (CDSP) = (Nº de clientes com diminuição da pontuação na PSS/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100	5.00	0.92

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-Padrão R2
14	R33	Realizar atividades fora do centro que juntem clientes e *staff* (momentos de descontração e convívio)	4.75	1.14
15	R10	Receita mensal ginásio = N° membros×mensalidade média	4.50	0.50
16	R30	Taxa de abandono (contactar os clientes e perceber as razões para o cancelamento)	4.50	0.50
17	R01	Receita Total = Tratamentos/serviços+serviços de *gym*+produtos	4.50	0.66
18	R42	Taxa de sucesso do objetivo = (Nº clientes que atingiram o objetivo no prazo previsto/ Total de clientes ativos) x 100	4.50	0.66
19	R48	Taxa de Recomendação a Amigos e Familiares (Trec) = (Nº de clientes que recomendariam o negócio a amigos e familiares/Nº de clientes que responderam ao inquérito)x100	4.50	0.66
20	R15	Colaboradores satisfeitos com o serviço que o negócio presta	4.50	0.98
21	R43	Melhoria nos sintomas digestivos e inchaço abdominal = (Score no mês 0 - Score no mês 1) / Score inicial (Numa escala de 0 a 10) x 100	4.50	1.04
22	R31	Nº de clientes que estão presentes no centro há mais de 6 meses, 1 ano e 2 anos (compreender o porquê da sua longevidade no centro e aplicar aos outros)	4.25	0.63
23	R07	Taxa de ocupação = Horas vendidas÷horas disponíveis	4.25	0.95
24	R23	Percentagem de ocupação das aulas de grupo (dá-nos a possibilidade de perceber quais são as aulas preferidas dos clientes e criar um maior foco nas aulas que garantem mais presença dos sócios no centro)	4.00	0.40
25	R41	Taxa de retenção = (Clientes que marcaram consulta de acompanhamento/ clientes que fizeram a 1ª consulta) x 100	4.00	0.40
26	R18	Comentários positivos na *web*	4.00	0.45
27	R24	Nº de sessões de treino personalizado (desta forma percebemos quantos clientes têm um serviço mais acompanhado e arranjamos estratégias para chegar aos que não têm)	4.00	0.45

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-Padrão R2
28	R28	Formação da equipa técnica (momentos de formação e revalidação de conhecimento para a equipa técnica, de modo a manter todo o staff dentro das novas tendências e com o seu conhecimento atualizado)	4.00	0.49
29	R47	Taxa de Remarcação (TRem) = (Nº de clientes que efetivam pelo menos uma segunda marcação/nº total de clientes) x100	4.00	0.49
30	R09	Receita máxima = Horas disponíveis×preço médio hora	4.00	0.54
31	R27	KPIs do serviço de nutrição (um pilar extra na jornada do cliente)	4.00	0.54
32	R02	Receita diária média = Receita mensal÷dias abertos	4.00	0.60
33	R32	*Feedback* do *staff* (perceber quais são as maiores necessidades do *staff* enquanto trabalhadores e seres humanos)	4.00	0.60
34	R35	Renovação de material (manter o material atualizado e em boas condições)	4.00	0.60
35	R13	Custo fixos por cliente = Custos fixos÷n° clientes	4.00	0.63
36	R25	Valor médio por cliente (garantir que o nosso serviço está a gerar retorno, e orientar estratégias para aumentar esse valor)	4.00	0.63
37	R12	Receita por membro = Receita ginásio÷n° membros	4.00	0.70
38	R40	Melhoria do nível de energia = (Horas de produtividade diária/ Horas de trabalho planeadas) x 100	4.00	0.70
39	R03	% Refeita tratamentos = Receita tratamentos÷receita total	4.00	0.75
40	R04	% Receita ginásio = Receita ginásio÷receita total	4.00	0.75
41	R14	Número/Taxa de recomendações de serviço	4.00	0.83

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-Padrão R2
42	R26	Atividades para bem estar (o nº de atividades que o centro gera para trazer os clientes para um espaço diferente do treino e aulas de grupo)	4.00	0.83
43	R37	Taxa conversão para a 1ª avaliação nutrição = (Nº clientes que marcam a avaliação / Nº total de chamadas feitas para clientes que se inscreveram no ginásio) x 100	4.00	0.85
44	R21	Dados de avaliação dos clientes – física, funcional, etc. (ter todos estes dados permite-nos avaliar a evolução dos clientes)	4.00	0.87
45	R39	Taxa de adesão ao plano alimentar = (Nº refeições cumpridas/ Total refeições planeadas) x 100	4.00	0.89
46	R34	Momentos de equipa (jantares, lanches, cafés, convívios)	4.00	0.92
47	R08	Receita por sala = Receita tratamentos÷n° salas	3.75	0.79
48	R38	Taxa conversão da 1ª consulta de nutrição paga = (Nº clientes que marcam a 1ª consulta / Nº clientes que fazem a avaliação de nutrição) x 100	3.50	0.66
49	R06	Horas disponíveis = N° salas×horas×dias	3.00	0.55

A análise dos resultados obtidos através do método Delphi evidencia que os especialistas atribuíram, de forma global, elevada importância ao conjunto de indicadores identificado na fase NGT. Com efeito, a maioria dos indicadores apresentou médias iguais ou superiores a 4, correspondendo aos níveis de "muito relevante" e "extremamente relevante" da escala de *Likert* utilizada. Este resultado revela uma elevada concordância quanto à relevância dos indicadores propostos para a avaliação do desempenho de modelos de negócio baseados em saúde e bem-estar.

Especificamente, os indicadores que obtiveram as classificações mais elevadas concentram-se, sobretudo, nas dimensões relacional, económico-financeira e de impacto na saúde e bem-estar dos clientes. Destacam-se, em particular, a satisfação com o serviço prestado, o *Net Promoter Score* (NPS), a retenção e reativação de clientes, o rendimento líquido, o índice de eficiência e diversos indicadores associados à melhoria dos resultados em saúde, nomeadamente a redução da dor, a melhoria da qualidade do sono e a diminuição do stress percecionado. Estes resultados sugerem que, na perspetiva dos especialistas, a avaliação do desempenho destas organizações deve conciliar indicadores de sustentabilidade económica com medidas que reflitam a experiência do cliente e os resultados efetivamente produzidos ao nível da saúde e do bem-estar.

Em contrapartida, indicadores como as horas disponíveis, a taxa de conversão da primeira consulta e a receita por sala obtiveram médias relativamente inferiores. Contudo, estes resultados não significam que tais indicadores sejam considerados irrelevantes, mas antes que assumem uma prioridade relativa inferior quando comparados com indicadores diretamente relacionados com a criação de valor para o cliente, a fidelização e os resultados em saúde.

Com o objetivo de selecionar um subconjunto de indicadores com maior relevância relativa, procedeu-se posteriormente à aplicação da Lei de Pareto (80/20). Para tal, manteve-se a ordenação dos 49 indicadores de acordo com a média obtida na segunda ronda do Delphi, utilizando o desvio-padrão como critério complementar de ordenação sempre que existiam médias idênticas ou muito próximas. De seguida, calculou-se o peso percentual de cada indicador relativamente à soma das médias de todos os indicadores e o respetivo valor acumulado. Foram então selecionados os indicadores até ser atingido aproximadamente 80% da importância acumulada, permitindo reduzir o conjunto inicial de 49 para um subconjunto final de 37 indicadores considerados prioritários para as fases seguintes da investigação. Os resultados da aplicação da Lei de Pareto e a seleção final dos indicadores encontram-se apresentados no *Quadro 4.3*.

Quadro 4.3. Indicadores Selecionados com Lei de Pareto.

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-padrão R2	Valor acumulado	% acumulada	Selecionado após Pareto
1	R49	Satisfação Face ao Serviço Prestado (S) = (Nº de clientes que consideram que o serviço foi eficaz/Nº de clientes que responderam ao inquérito)	5.00	0.3000	5.00	2,36%	Sim
2	R16	Rendimento líquido	5.00	0.4000	10.00	4,72%	Sim
3	R05	Índice eficiência = Receita total÷custos totais	5.00	0.4899	15.00	7,08%	Sim
4	R11	Taxa retenção = Membros que renovam÷total membros	5.00	0.6403	20.00	9,43%	Sim
5	R22	NPS (ter acesso aos dados de satisfação dos clientes permite-nos evoluir e modificar processos)	5.00	0.6633	25.00	11,79%	Sim
6	R29	Estatísticas relacionadas com as avaliações iniciais e seguintes (perceber qual é a taxa de retenção, quem se mantém dentro do processo, e quem não segue o padrão definido para as avaliações)	5.00	0.6633	30.00	14,15%	Sim
7	R17	Reativação de utentes	5.00	0.6708	35.00	16,51%	Sim
8	R36	Investigar o mercado (perceber quais são as tendências e adaptar certas vertentes do negócio)	5.00	0.6708	40.00	18,87%	Sim
9	R19	Taxa de retenção de clientes (quanto mais tempo um cliente estiver na instalação, mais hábitos saudáveis vai ter).	5.00	0.9165	45.00	21,23%	Sim
10	R20	Nº de clientes com programas de treino atribuídos e renovados (demonstra que estão a participar e a serem avaliados no decorrer da sua presença no centro)	5.00	0.9165	50.00	23,58%	Sim
11	R44	Clientes com Melhoria da Dor (CMD) = (Nº de clientes com melhoria do score da escala da dor/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100	5.00	0.9165	55.00	25,94%	Sim
12	R45	Clientes com Melhoria da Qualidade de Sono (CMQS) = (Nº de clientes com melhoria da pontuação no PSQI/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100	5.00	0.9165	60.00	28,30%	Sim
13	R46	Clientes com Diminuição do Stress Percecionado (CDSP) = (Nº de clientes com diminuição da pontuação na PSS/Nº de clientes que responderam ao inquérito) x100	5.00	0.9165	65.00	30,66%	Sim

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-padrão R2	Valor acumulado	% acumulada	Selecionado após Pareto
14	R33	Realizar atividades fora do centro que juntem clientes e *staff* (momentos de descontração e convívio)	4.75	1.1413	69.75	32.90%	Sim
15	R10	Receita mensal ginásio = N° membros×mensalidade média	4.50	0.5000	74.25	35.02%	Sim
16	R30	Taxa de abandono (contactar os clientes e perceber as razões para o cancelamento)	4.50	0.5000	78.75	37.15%	Sim
17	R01	Receita Total = Tratamentos/serviços+serviços de *gym*+produtos	4.50	0.6633	83.25	39.27%	Sim
18	R42	Taxa de sucesso do objetivo = (Nº clientes que atingiram o objetivo no prazo previsto/ Total de clientes ativos) x 100	4.50	0.6633	87.75	41.39%	Sim
19	R48	Taxa de Recomendação a Amigos e Familiares (Trec) = (Nº de clientes que recomendariam o negócio a amigos e familiares/Nº de clientes que responderam ao inquérito)x100	4.50	0.6633	92.25	43.51%	Sim
20	R15	Colaboradores satisfeitos com o serviço que o negócio presta	4.50	0.9798	96.75	45.64%	Sim
21	R43	Melhoria nos sintomas digestivos e inchaço abdominal = (Score no mês 0 - Score no mês 1) / Score inicial (Numa escala de 0 a 10) x 100	4.50	1.0440	101.25	47.76%	Sim
22	R31	Nº de clientes que estão presentes no centro há mais de 6 meses, 1 ano e 2 anos (compreender o porquê da sua longevidade no centro e aplicar aos outros)	4.25	0.6344	105.50	49.76%	Sim
23	R07	Taxa de ocupação = Horas vendidas÷horas disponíveis	4.25	0.9500	109.75	51.77%	Sim
24	R23	Percentagem de ocupação das aulas de grupo (dá-nos a possibilidade de perceber quais são as aulas preferidas dos clientes e criar um maior foco nas aulas que garantem mais presença dos sócios no centro)	4.00	0.4000	113.75	53.66%	Sim
25	R41	Taxa de retenção = (Clientes que marcaram consulta de acompanhamento/ clientes que fizeram a 1ª consulta) x 100	4.00	0.4000	117.75	55.54%	Sim
26	R18	Comentários positivos na *web*	4.00	0.4500	121.75	57.43%	Sim
27	R24	Nº de sessões de treino personalizado (desta forma percebemos quantos clientes têm um serviço mais acompanhado e arranjamos estratégias para chegar aos que não têm)	4.00	0.4500	125.75	59.32%	Sim

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-padrão R2	Valor acumulado	% acumulada	Selecionado após Pareto
28	R28	Formação da equipa técnica (momentos de formação e revalidação de conhecimento para a equipa técnica, de modo a manter todo o *staff* dentro das novas tendências e com o seu conhecimento atualizado)	4.00	0.4899	129.75	61.20%	Sim
29	R47	Taxa de Remarcação (TRem) = (Nº de clientes que efetivam pelo menos uma segunda marcação/nº total de clientes) x100	4.00	0.4899	133.75	63.09%	Sim
30	R09	Receita máxima = Horas disponíveis×preço médio hora	4.00	0.5385	137.75	64.98%	Sim
31	R27	KPIs do serviço de nutrição (um pilar extra na jornada do cliente)	4.00	0.5385	141.75	66.86%	Sim
32	R02	Receita diária média = Receita mensal÷dias abertos	4.00	0.6000	145.75	68.75%	Sim
33	R32	*Feedback* do *staff* (perceber quais são as maiores necessidades do *staff* enquanto trabalhadores e seres humanos)	4.00	0.6021	149.75	70.64%	Sim
34	R35	Renovação de material (manter o material atualizado e em boas condições)	4.00	0.6021	153.75	72.52%	Sim
35	R13	Custo fixos por cliente = Custos fixos÷n° clientes	4.00	0.6325	157.75	74.41%	Sim
36	R25	Valor médio por cliente (garantir que o nosso serviço está a gerar retorno, e orientar estratégias para aumentar esse valor)	4.00	0.6325	161.75	76.30%	Sim
37	R12	Receita por membro = Receita ginásio÷n° membros	4.00	0.7000	165.75	78.18%	Sim
38	R40	Melhoria do nível de energia = (Horas de produtividade diária/ Horas de trabalho planeadas) x 100	4.00	0.7000	169.75	80.07%	Não
39	R03	% Refeita tratamentos = Receita tratamentos÷receita total	4.00	0.7483	173.75	81.96%	Não
40	R04	% Receita ginásio = Receita ginásio÷receita total	4.00	0.7483	177.75	83.84%	Não
41	R14	Número/Taxa de recomendações de serviço	4.00	0.8307	181.75	85.73%	Não

Ordem	Código	Indicador	Média R2	Desvio-padrão R2	Valor acumulado	% acumulada	Selecionado após Pareto
42	R26	Atividades para bem estar (o nº de atividades que o centro gera para trazer os clientes para um espaço diferente do treino e aulas de grupo)	4.00	0.8307	185.75	87.62%	Não
43	R37	Taxa conversão para a 1ª avaliação nutrição = (Nº clientes que marcam a avaliação / Nº total de chamadas feitas para clientes que se inscreveram no ginásio) x 100	4.00	0.8500	189.75	89.50%	Não
44	R21	Dados de avaliação dos clientes – física, funcional, etc. (ter todos estes dados permite-nos avaliar a evolução dos clientes)	4.00	0.8718	193.75	91.39%	Não
45	R39	Taxa de adesão ao plano alimentar = (Nº refeições cumpridas/ Total refeições planeadas) x 100	4.00	0.8944	197.75	93.28%	Não
46	R34	Momentos de equipa (jantares, lanches, cafés, convívios)	4.00	0.9220	201.75	95.17%	Não
47	R08	Receita por sala = Receita tratamentos÷n° salas	3.75	0.7890	205.50	96.93%	Não
48	R38	Taxa conversão da 1ª consulta de nutrição paga = (Nº clientes que marcam a 1ª consulta / Nº clientes que fazem a avaliação de nutrição) x 100	3.50	0.6633	209.00	98.58%	Não
49	R06	Horas disponíveis = N° salas×horas×dias	3.00	0.5500	212.00	100.00%	Não

Após a identificação do subconjunto de indicadores selecionados com base na Lei de Pareto, os resultados foram apresentados ao painel de especialistas numa reunião realizada através do Microsoft Teams, com o objetivo de discutir os resultados e formalizar o consenso entre os participantes. O agendamento da sessão foi efetuado com recurso à plataforma Doodle, de forma a identificar o horário compatível com o maior número possível de especialistas. Procurou-se assegurar a presença de, pelo menos, seis especialistas, de modo a preservar a viabilidade metodológica da sessão e garantir uma discussão suficientemente representativa do painel. A Figura 4.1 ilustra a sessão de consolidação.

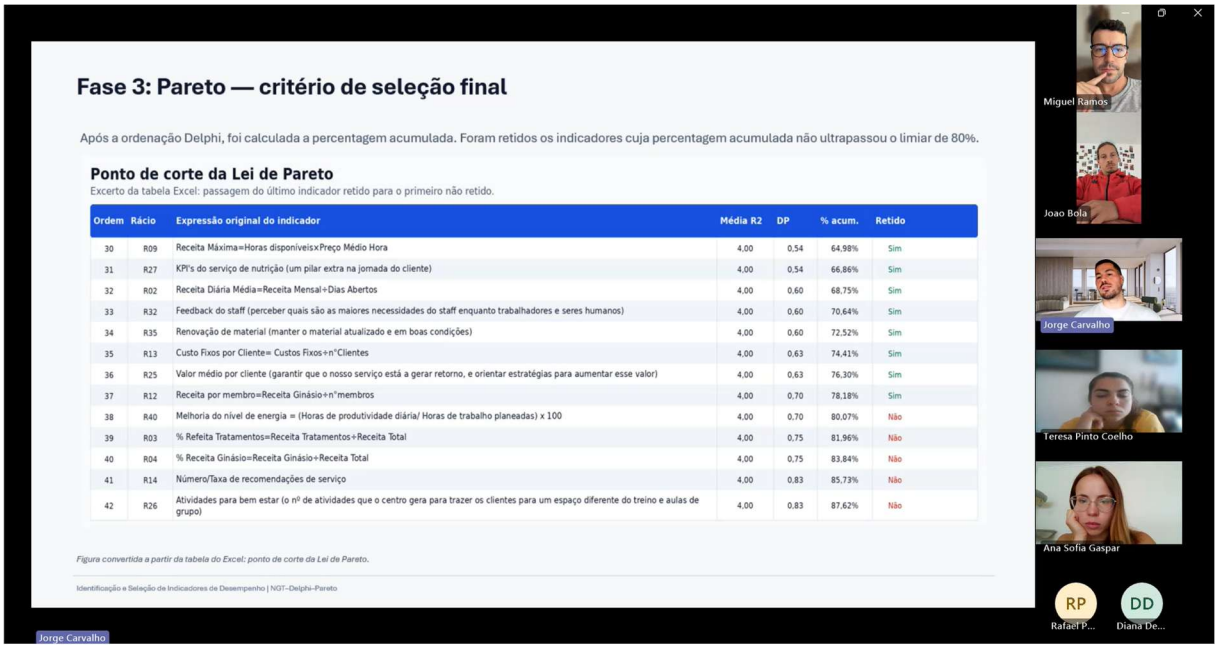


Figura 4.1. Sessão de Consolidação com os Membros do Painel.

Nesta reunião, foram apresentados os resultados finais da fase Delphi e da análise de Pareto. Os especialistas concordaram com o conjunto de indicadores selecionados, confirmando a obtenção de consenso no grupo. Estes resultados reforçam a reprodutibilidade dos procedimentos metodológicos adotados para a obtenção de consenso em grupos de especialistas, mesmo num setor multifacetado, como o da saúde e do bem-estar, que integra profissionais provenientes de diferentes áreas e serviços. Com efeito, a discussão permitiu ainda reforçar a importância de não limitar a avaliação do desempenho a métricas económico-financeiras, valorizando igualmente indicadores relacionados com a satisfação dos clientes e com o impacto real dos serviços prestados na saúde e no bem-estar dos utentes. Verificou-se ainda que alguns especialistas relataram dificuldades em manter níveis elevados de satisfação

dos clientes e de qualidade do serviço quando este é prestado a um volume elevado de utentes, situação particularmente relevante em organizações de maior dimensão. Esta observação reforça a necessidade de utilizar indicadores que permitam acompanhar, em simultâneo, a eficiência do modelo de negócio e a qualidade da experiência proporcionada aos clientes.

4.3 Implicações para a Gestão de Modelos de Negócio em Saúde e Bem-Estar

Os resultados obtidos permitem retirar conclusões importantes para a gestão de modelos de negócio do setor de saúde e bem-estar. Em primeiro lugar, o conjunto de indicadores confirma que a avaliação do desempenho neste setor não deve ser reduzida a métricas exclusivamente financeiras, tal como observado nas dimensões de avaliação referentes aos respetivos indicadores. Isto significa que embora indicadores de dimensão económico-financeira como rendimento líquido, índice de eficiência, receita total ou receita por membro sejam importantes para avaliar a sustentabilidade económica do negócio, os resultados confirmam que os especialistas atribuíram da mesma forma uma elevada importância a indicadores relacionados com satisfação, retenção, recomendação e reativação de clientes, bem como indicadores que reflitam o impacto direto do serviço prestado na saúde e bem-estar dos utentes. Estes dados reforçam a ideia, discutida na literatura, de que os modelos de negócio orientados para o bem-estar e saúde devem ser avaliados de forma multidimensional, integrando simultaneamente a criação de valor económico, bem como a qualidade da experiência do cliente e os resultados percebidos ou mensuráveis do bem-estar dos utentes.

No contexto de gestão, isto significa que as organizações deste setor devem desenvolver sistemas de medição de desempenho capazes de acompanhar não apenas o volume de receitas e resultados económicos, mas também a relação com o cliente e os efeitos concretos do serviço prestado. Indicadores como satisfação face ao serviço, NPS, taxa de retenção, reativação de utentes e taxa de recomendação permitem avaliar a perceção de valor para o cliente e a qualidade relacional do modelo de negócio. Estes elementos são particularmente relevantes num setor em que a confiança, a adesão prolongada e a experiência individual do cliente condicionam diretamente a viabilidade do serviço. Por outro lado, a presença de indicadores relacionados com melhoria de sintomas como dor, qualidade do sono, stress percecionado, sintomas digestivos e sucesso dos objetivos definidos evidencia também a necessidade de aproximar a gestão de desempenho aos resultados e impacto real na saúde e bem-estar dos utentes. Ou seja, a avaliação do negócio não deve limitar-se a medir se o serviço foi vendido

ou utilizado, mas deve procurar compreender se esse serviço gerou benefícios reais para o cliente. Esta orientação aproxima-se da lógica de criação de valor em saúde, segundo a qual o desempenho deve ser analisado em função dos resultados alcançados em relação aos recursos utilizados.

Os resultados reforçam ainda a importância da dimensão interna da organização. Indicadores como formação da equipa técnica, feedback do *staff*, satisfação dos colaboradores e momentos de equipa sugerem que a qualidade do serviço prestado depende também da capacitação e envolvimento dos profissionais. Para os gestores, isto implica reconhecer que o desempenho externo, visível na satisfação e retenção dos clientes, está ligado à qualidade dos processos internos, ao desenvolvimento da equipa e à capacidade de adaptação do modelo de negócio às necessidades do mercado. Assim, os resultados obtidos sugerem que os gestores de organizações pertencentes ao setor de saúde e bem-estar devem adotar sistemas de avaliação multidimensional, capazes de articular indicadores financeiros, operacionais, relacionais, internos e de impacto no cliente. Esta abordagem permite uma leitura integrada e mais completa do desempenho organizacional e reduz o risco de decisões baseadas apenas em métricas económicas de curto prazo. Ao integrar indicadores de sustentabilidade económica, experiência do cliente, qualidade do serviço e resultados no bem-estar e saúde dos utentes, torna-se possível alinhar a medição do desempenho com a própria natureza destes modelos de negócio (*i.e.*, criar, entregar e captar valor através da melhoria da saúde e qualidade de vida dos clientes).

SINOPSE DO CAPÍTULO 4

No *Capítulo 4* apresentaram-se os resultados obtidos no processo empírico, estruturado em dois momentos principais: o levantamento preliminar de indicadores com recurso à NGT e a sua hierarquização e seleção através do método Delphi, complementado pela aplicação da Lei de Pareto. Este capítulo demonstra como a utilização de métodos participativos, como a NGT e o Delphi, permite transformar os contributos individuais de especialistas num conjunto estruturado, hierarquizado e validado de indicadores de desempenho orientados para modelos de negócio baseados na saúde e no bem-estar. *No ponto 4.1*, foram apresentados os resultados da NGT, que permitiu identificar um conjunto preliminar de 49 indicadores de desempenho. Esta fase assumiu uma função exploratória, ao recolher contributos de especialistas provenientes de diferentes áreas do setor, nomeadamente fitness, nutrição, spas, enfermagem e medicina complementar. A análise qualitativa destes indicadores evidenciou a natureza multidimensional da avaliação do desempenho neste setor, abrangendo dimensões económico-financeiras, operacionais, relacionais, técnico-profissionais e de impacto na saúde e no bem-estar dos clientes. No *ponto 4.2*, foram apresentados os resultados do método Delphi, aplicado em duas rondas sucessivas. A ordenação final dos indicadores foi realizada com base na média, utilizando o desvio-padrão como critério complementar para analisar o grau de consenso entre os especialistas. De um modo geral, os resultados demonstraram uma maior valorização dos indicadores associados à satisfação do cliente, retenção, eficiência económica, rendimento líquido e impacto direto dos serviços na saúde e no bem-estar dos utentes. Por fim, no *ponto 4.3*, discutiram-se as implicações destes resultados para a gestão de modelos de negócio na área da saúde e do bem-estar. Os resultados realçam a importância da criação e implementação de sistemas de avaliação capazes de articular múltiplas dimensões, como a sustentabilidade económica, a eficiência operacional, a satisfação do cliente, o desenvolvimento interno da equipa e os resultados efetivos na saúde e no bem-estar dos utentes. Em síntese, o presente capítulo evidencia que a avaliação do desempenho neste setor deve ser entendida como um processo integrado, orientado não apenas para a criação de valor económico, mas também para a geração de valor para os clientes e para a sociedade. A combinação entre a NGT, o método Delphi e a Lei de Pareto permitiu identificar um conjunto de indicadores consensual, suficientemente robusto para apoiar a tomada de decisão e a monitorização do desempenho em organizações de saúde e bem-estar. Os resultados obtidos constituem, assim, a base para a discussão apresentada no capítulo seguinte, onde são analisados à luz da literatura científica e confrontados com os principais modelos de avaliação de desempenho existentes.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO GERAL

O *Capítulo 5* apresenta as principais conclusões da investigação, sintetizando os contributos do estudo, as suas limitações e as recomendações para investigações futuras. Evidencia-se que a identificação de indicadores de desempenho para modelos de negócio baseados na saúde e no bem-estar exige uma abordagem multidimensional e participativa, orientada para a criação de valor. No *ponto 5.1*, são sintetizados os principais contributos científicos e práticos da investigação, destacando-se a utilização integrada da NGT e do método Delphi na identificação e validação de indicadores de desempenho. No *ponto 5.2*, discutem-se as principais limitações metodológicas, nomeadamente a composição do painel de especialistas e a ausência de validação dos indicadores em contexto organizacional. Por fim, no *ponto 5.3*, apresentam-se recomendações para investigações futuras, incluindo a aplicação dos indicadores em organizações reais e a realização de estudos longitudinais que permitam avaliar a sua utilidade ao longo do tempo.

5.1 Síntese dos Contributos para Investigação e Prática

O presente estudo procurou responder à necessidade de identificar e selecionar um conjunto de indicadores de desempenho relevantes para modelos de negócio baseados na saúde e no bem-estar. Esta necessidade resulta da natureza altamente fragmentada e diversificada do setor (Global Wellness Institute, 2025), bem como da natureza dos serviços prestados, que implicam a articulação entre sustentabilidade económica, satisfação do cliente e impacto real na saúde e no bem-estar dos utentes. Neste sentido, o estudo contribui para a investigação ao propor um processo estruturado de identificação e seleção de indicadores, baseado na combinação de métodos participativos, nomeadamente a NGT e o método Delphi, complementada pela aplicação da Lei de Pareto.

Tal como discutido na revisão da literatura, fenómenos como a saúde, o bem-estar e a sustentabilidade dificilmente podem ser avaliados através de um único indicador, exigindo uma abordagem multidimensional capaz de integrar diferentes dimensões de valor (Carlucci, 2010; Keeney, 2013; Keeney & Raiffa, 1993). Desta forma, este estudo contribui para esta discussão

ao demonstrar como o envolvimento estruturado de especialistas pode apoiar a identificação, seleção e priorização de indicadores em modelos de negócio de saúde e bem-estar.

O estudo reforça ainda a pertinência da utilização de métodos participativos em contextos de decisão nos quais o conhecimento se encontra distribuído por diferentes áreas profissionais. A utilização da NGT permitiu recolher contributos de especialistas provenientes de áreas diversas, como *fitness*, nutrição, *spas*, enfermagem e medicina complementar, para desenvolver um conjunto inicial de indicadores derivados da experiência prática no setor. Posteriormente, o método Delphi permitiu transformar esse conjunto preliminar numa hierarquia através de rondas sucessivas de avaliação, favorecendo o desenvolvimento progressivo de um consenso de grupo, conforme defendido por Linstone e Turoff (1975) e Okoli e Pawlowski (2004).

Outro contributo científico relevante prende-se com a articulação entre a medição do desempenho organizacional e a lógica dos modelos de negócio neste setor. A literatura define o modelo de negócio como uma estrutura que descreve a forma como a organização cria, entrega e capta valor (Hazley & Kearney, 2024). Os resultados obtidos mostram que os indicadores considerados mais relevantes pelos especialistas não se limitam à captação de valor económico, incluindo também métricas relacionadas com a satisfação, a retenção, a recomendação, a qualidade do serviço e o impacto na saúde e no bem-estar dos clientes. Estes resultados reforçam a necessidade de avaliar os modelos de negócio deste setor de forma multidimensional e integrada, alinhando a sustentabilidade económica com a criação de valor para o cliente.

5.2 Limitações do Estudo e Considerações Metodológicas

Apesar dos contributos apresentados, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, a composição do painel condicionam a extrapolação dos resultados. Embora tenham participado profissionais de diferentes áreas associadas à saúde e ao bem-estar, o número de participantes foi limitado, pelo que os resultados refletem o conhecimento e a experiência deste conjunto específico de especialistas, não podendo, por essa razão, ser generalizados de forma absoluta a todas as organizações e serviços do setor. Esta limitação é particularmente relevante, considerando a diversidade e fragmentação da economia do bem-estar, já discutidas na revisão da literatura. Segundo o Global Wellness Institute (2025), este setor integra múltiplos segmentos, desde a atividade física, a nutrição e os spas até à saúde

mental, ao turismo de bem-estar, à medicina preventiva e à medicina complementar. Por este motivo, especialistas provenientes de segmentos não representados no painel poderiam valorizar indicadores distintos. Desta forma, os presentes resultados devem ser entendidos como uma proposta fundamentada, mas aberta a validação futura em contextos mais amplos e diversificados.

Outra limitação prende-se com o número de indicadores selecionados. Apesar da aplicação da Lei de Pareto ter permitido reduzir o conjunto inicial de 49 para 37 indicadores, este subconjunto final continua a representar um número relativamente elevado, algo que pode constituir um desafio para organizações com recursos limitados ou sistemas de informação pouco desenvolvidos. Esta limitação relaciona-se com a necessidade de transformar indicadores em instrumentos úteis para a tomada de decisão; e não apenas em métricas acumuladas sem ligação clara à estratégia da organização (Franceschini, 2007). Contudo, os indicadores selecionados não têm necessariamente de ser implementados em simultâneo, podendo a sua aplicação ocorrer de forma faseada, de acordo com as prioridades estratégicas da organização e com as áreas mais deficitárias. Por exemplo, uma empresa poderá começar por monitorizar indicadores relacionados com a retenção, a satisfação, a eficiência económica ou o impacto na saúde e no bem-estar dos clientes, expandindo posteriormente o sistema de medição à medida que aumenta a sua capacidade de recolha e análise de dados.

Importa ainda referir que os indicadores selecionados não foram testados em contexto organizacional real. O estudo permitiu identificar e selecionar indicadores considerados relevantes pelos especialistas, mas não avaliou o impacto da sua aplicação prática em organizações específicas. Permanecem, por isso, por analisar aspetos como a disponibilidade dos dados, a facilidade de recolha, a periodicidade da medição, os custos administrativos e a utilidade dos indicadores em processos reais de tomada de decisão. Por fim, este estudo permitiu identificar os indicadores considerados mais relevantes pelo painel, mas não possibilitou a definição de metas ou valores de referência que possam orientar as organizações do setor. Esta limitação abre espaço para futuras investigações que permitam confirmar e aprofundar os resultados obtidos.

Em síntese, as limitações identificadas não reduzem a relevância dos resultados, mas delimitam o seu alcance. Este estudo apresenta uma proposta participativa, estruturada e replicável para a seleção de indicadores de desempenho em modelos de negócio de saúde e bem-estar, devendo os resultados ser entendidos como uma base inicial para posterior aplicação, validação e refinamento em contextos reais de gestão.

5.3 Recomendações e Propostas para Investigações Futuras

Para investigações futuras, sugere-se que o conjunto de indicadores identificado neste estudo seja aplicado e testado em organizações reais do setor da saúde e do bem-estar, de modo a avaliar a sua utilidade prática no apoio aos processos de tomada de decisão, bem como a sua exequibilidade em contexto organizacional. Esta aplicação permitiria verificar se os indicadores selecionados contribuem efetivamente para a melhoria do desempenho organizacional e avaliar as implicações da sua implementação ao nível do consumo de recursos. Considerando a diversidade do setor, seria igualmente pertinente testar o modelo em diferentes tipos de organizações, como ginásios, clínicas de nutrição, spas, unidades de medicina complementar, centros de bem-estar e estruturas integradas de saúde preventiva. Tal permitiria verificar se os indicadores apresentam uma aplicabilidade transversal ou se necessitam de adaptações em função do modelo de negócio, da dimensão da organização ou do público-alvo.

Seria ainda pertinente desenvolver estudos longitudinais que permitissem analisar, ao longo do tempo, a relação entre as diferentes dimensões de desempenho identificadas e o desempenho global das organizações do setor. Por fim, recomenda-se a replicação deste estudo com painéis de especialistas mais alargados e diversificados, incluindo profissionais de outros segmentos da economia da saúde e do bem-estar, de forma a reforçar a robustez dos resultados e avaliar a sua validade em diferentes contextos organizacionais e geográficos.

BIBLIOGRAFIA

Ackermann, F. (2024). Managing grand challenges: Extending the scope of problem structuring methods and behavioural operational research. *European Journal of Operational Research*, *319*(2), 373–383. https://doi.org/10.1016/j.ejor.2024.01.024

Allen, J., Dyas, J., & Jones, M. (2004). Building consensus in health care: a guide to using the nominal group technique. *British Journal of Community Nursing*, *9*(3), 110–114. https://doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.3.12432

Ameyaw, E., Hu, Y., Shan, M., Chan, A., & Le, Y. (2016). Application of Delphi method in construction engineering and management research: A quantitative perspective. *Journal of Civil Engineering and Management*, *22*(8), 991–1000. https://doi.org/10.3846/13923730.2014.945953

Arici, M., Assaad-Khalil, S., Casaccia Bertoluci, M., Choo, J., Lee, Y.-J., Madero, M., Rosa Diez, G., Sánchez Polo, V., Chung, S., Thanachayanont, T., & Pollock, C. (2024). Results from a cross-specialty consensus on optimal management of patients with chronic kidney disease (CKD): From screening to complications. *BMJ Open*, *14*(3), e080891. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080891

Bai, J., Ferreira, F., Ferreira, N., Ferreira, J., & Correia, R. (2024). Enhancing hospital resilience and planning capacity in scenarios of crisis using group decision-making and interpretive structural modeling. *Strategic Change*, *33*(3), 201–217. https://doi.org/10.1002/jsc.2577

Bailey, A. (2013). The use of nominal group technique to determine additional support needs for a group of Victorian TAFE managers and senior educators. *International Journal of Training Research*, *11*(3), 260–266. https://doi.org/10.5172/ijtr.2013.11.3.260

Bhutani, B., & Jain, S. (2025). Navigating three decades: Corporate social responsibility, sustainability, and risk. *Journal of Business Strategy*, *46*(5/6), 142–168. https://doi.org/10.1108/JBS-11-2024-0234

Boggia, A., & Cortina, C. (2010). Measuring sustainable development using a multi-criteria model: A case study. *Journal of Environmental Management*, *91*(11), 2301–2306. https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2010.06.009

Bromley, P. (2014). Using Nominal Group Technique (NGT) to reach consensus on graduate attributes for nurses undertaking postgraduate certification in neonatal intensive care in Australia. *Journal of Neonatal Nursing*, *20*(6), 245–252. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2014.08.002

Bulley, C., Burridge, J., Adonis, A., Joiner, S., Curnow, E., van der Linden, M., & Street, T. (2024). Delphi consensus study and clinical practice guideline development for functional electrical stimulation to support upright mobility in people with an upper motor neuron lesion. *Artificial Organs*, *48*(3), 285–296. https://doi.org/10.1111/aor.14611

Cantrill, J., Sibbald, B., & Buetow, S. (1996). The Delphi and nominal group techniques in health services research. *International Journal of Pharmacy Practice*, *4*(2), 67–74. https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.1996.tb00844.x

Carlucci, D. (2010). Evaluating and selecting key performance indicators: An ANP-based model. *Measuring Business Excellence*, *14*(2), 66–76. https://doi.org/10.1108/13683041011047876

Carter, P., O'Donoghue, K., Dworzynski, K., O'Shea, L., Roberts, V., Reeves, T., Bastounis, A., Mugglestone, M., Fawke, J., & Pilling, S. (2021). A demonstration of using formal consensus methods within guideline development: A case study. *BMC Medical Research Methodology*, *21*(1), Art. 73. https://doi.org/10.1186/s12874-021-01267-0

Çipi, A., Ferreira, A., Ferreira, F., & Ferreira, N. (2025). Using interpretive structural modeling (ISM) to detect and define initiatives that facilitate hemodynamic laboratory management. *International Transactions in Operational Research*, *32*, 2117–2138. https://doi.org/10.1111/itor.13385

Claxton, J., Ritchie, J., & Zaichkowsky, J. (1980). The nominal group technique: Its potential for consumer research. *Journal of Consumer Research*, *7*(3), 308–313. https://doi.org/10.1086/208818

Coenen, F. (Ed.). (2009). *Public Participation and Better Environmental Decisions: The Promise and Limits Of Participatory Processes for the Quality Of Environmentally Related Decision-Making*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9325-8

Dahlmann-Noor, A., Ghorbani-Mojarrad, N., Williams, K., Ghoneim, A., Allen, P., Beach, M. L., Bruce, G., Buckhurst, H., Buckhurst, P., Cruickshank, F., Cufflin, M., Day, M., Doyle, L., Evans, B., Flitcroft, D., Gray, L., Grewal, I., Guggenheim, J., Hammond, C., … Young, A. (2024). 2024 UK and Ireland modified Delphi consensus on myopia management in children and young people. *Ophthalmic and Physiological Optics*, *44*(7), 1368–1391. https://doi.org/10.1111/opo.13381

Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, *9*(3), 458–467. https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458

Davies, B., Yang, X., Khan, D., Mowforth, O., Touzet, A., Nouri, A., et al. (2024). A minimum data set: Core outcome set, core data elements and core measurement set—For degenerative cervical myelopathy research: AO Spine RECODE-DCM: A consensus study. *PLOS Medicine*, *21*(1), e1004447. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004447

Delbecq, A., Van de Ven, A., & Gustafson, D. (1975). *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*. Scott, Foresman.

Drumm, S., Bradley, C., & Moriarty, F. (2022). 'More of an art than a science'? The development, design and mechanics of the Delphi technique. Research in Social and Administrative *Pharmacy*, *18*, 2230–2236. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.027

Eccles, R., Ioannou, I., & Serafeim, G. (2014). The impact of corporate sustainability on organizational processes and performance. *Management Science*, *60*(11), 2835–2857. http://www.jstor.org/stable/24550546

Erat, A. (2025). Advancements in cosmetic science: A review of integrative approaches in personal care. *Cosmetics*, *12*(5), 202. https://doi.org/10.3390/cosmetics12050202

Franceschini, F., Galetto, M., & Maisano, D. (2007). Process indicators. In *Management by Measurement: Designing Key Indicators and Performance Measurement Systems* (pp. 7–20). Springer.

Frontera, W., Cordani, C., Décary, S., De Groote, W., Del Furia, M., Feys, P., Jette, A., Kiekens, C., Negrini, S., Oral, A., Resnik, L., Røe, C., Sabariego, C., & Participants in the 5th Cochrane Rehabilitation Methodological Meeting. (2024). Relevance and use of health policy, health systems and health services research for strengthening rehabilitation in real-life settings: Methodological considerations. European Journal of Physical and Rehabilitation *Medicine*, *60*(1), 154–163. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08386-2

Gattrell, W., Logullo, P., van Zuuren, E., Price, A., Hughes, E., Blazey, P., Winchester, C., Tovey, D., Goldman, K., Hungin, A., & Harrison, N. (2024). ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. *PLOS Medicine*, *21*(1), Article e1004326. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326

Giordano, L., Elliott, M., Goldstein, E., Lehrman, W., & Spencer, P. (2010). Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Medical Care Research and Review*, *67*(1), 27–37. https://doi.org/10.1177/1077558709341065

Global Wellness Institute. (2014). *Global Spa & Wellness Economy Monitor*. Disponível online em: https://globalwellnessinstitute.org [setembro 2025].

Global Wellness Institute. (2018). *Build Well to Live Well: Wellness Real Estate and Communities*. Disponível online em: https://globalwellnessinstitute.org [setembro 2025].

Global Wellness Institute. (2025). *What is the Wellness Economy?*. Disponível online em: https://globalwellnessinstitute.org/what-is-wellness/what-is-the-wellness-economy/ [setembro 2025].

Goldstein, E., Farquhar, M., Crofton, C., Darby, C., & Garfinkel, S. (2005). Measuring hospital care from the patients' perspective: An overview of the CAHPS Hospital Survey development process. *Health Services Research*, *40*(6, Pt. 2), 1977–1995. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x

Grainger, C., & Griffiths, R. (1994). Day surgery: How much is possible? A Delphi consensus among surgeons. *Public Health*, *108*(4), 257–266. https://doi.org/10.1016/S0033-3506(94)80004-9

Grant, R. (2021). *Contemporary Strategy Analysis* (11th Ed.). Wiley-Blackwell.

Hall, R. (1983). The nominal group technique for planning and problem solving. *Journal of Biocommunity*, *10*(2), 24–27.

Hargadon, A., & Bechky, B. (2006). When collections of creatives become creative collectives: A field study of problem solving at work. *Organization Science*, *17*(4), 484–500. https://doi.org/10.1287/orsc.1060.0200

Harvey, N., & Holmes, C. (2012). Nominal group technique: An effective method for obtaining group consensus. *International Journal of Nursing Practice*, *18*(2), 188–194. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02017.x

Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2025). Revisiting the Delphi technique: Research thinking and practice: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, *168*, 105119. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105119

Hazley, D., & Kearney, J. M. (2024). Consumer perceptions of healthy and sustainable eating. *Proceedings of the Nutrition Society*, *83*, 254–262. https://doi.org/10.1017/S0029665124004853

Helmold, M. (2022). Market segmentation, targeting, differentiation and positioning. *In Performance Excellence in Marketing, Sales and Pricing*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-10097-0_10

Hugé, J., & Mukherjee, N. (2018). The nominal group technique in ecology & conservation: Application and challenges. *Methods in Ecology and Evolution*, *9*(1), 33–41. https://doi.org/10.1111/2041-210X.12831

Jencks, S., Williams, M., & Coleman, E. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine*, *360*(14), 1418–1428. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0803563

Jha, A., Orav, E., Zheng, J., & Epstein, A. (2008). Patients' perception of hospital care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, *359*(18), 1921–1931. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116

Kaplan, R., & Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, *70*(1), 71–79.

Keeney, R. (2013). Identifying, prioritizing, and using multiple objectives. *EURO Journal on Decision Processes*, *1*, 45–67. https://doi.org/10.1007/s40070-013-0002-9

Keeney, R., & Raiffa, H. (1993). *Decisions with Multiple Objectives: Preferences and VALUE Trade-offs*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1109/TSMC.1979.4310245

Kheirkhah, P., Feng, Q., Travis, L., Tavakoli-Tabasi, S., & Sharafkhaneh, A. (2016). Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows in an academic medical center. *BMC Health Services Research*, *16*, 13. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1243-z

Khodyakov, D., Grant, S., Kroger, J., Gadwah-Meaden, C., Motala, A., & Larkin, J. (2023). Disciplinary trends in the use of the Delphi method: A bibliometric analysis. *PLOS ONE*, *18*(8), e0289009. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289009

Konstantopoulos, I. (2024). Triple bottom line. *Encyclopedia of Sport Management* (pp. 1003–1005). Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781035317189.ch589

Kurbanova, M., & Çalıyurt, K. (2024). The concept of ESG in a global journey: Bibliometric analysis. *In New Approaches to CSR, Sustainability and Accountability* (Vol. V, pp. 3–34). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-9145-7_1

Lee, S., ten Cate, O., Gottlieb, M., Horsley, T., Shea, B., Fournier, K., Tran, C., Chan, T., Wood, T., & Humphrey-Murto, S. (2024). The use of virtual nominal groups in healthcare research: An extended scoping review. *PLOS ONE*, *19*(6), Article e0302437. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302437

Linstone, H., & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. https://doi.org/10.2307/3150755

McColl, E., Newton, J., & Hutchinson, A. (1994). An agenda for change in referral: Consensus from general practice. *British Journal of General Practice*, *44*(381), 157–162.

McKenzie, B., Ferreira, G., Haas, R., Gorelik, A., Maher, C., Buchbinder, R., & International Low Back Pain Minimum Dataset Delphi Panel. (2025). Development of an internationally agreed national minimum dataset for low back pain: A modified Delphi study. *The Spine Journal*. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2025.10.003

McMillan, S., King, M., & Tully, M. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*, *38*, 655–662. https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x

Mesmer-Magnus, J., & DeChurch, L. (2009). Information sharing and team performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, *94*(2), 535–546. https://doi.org/10.1037/a0013773

Mian, H., Hewage, K., & Sadiq, R. (2024). Responsible financing and investment: Identification, development, and assessment of environmental, social, and governance (ESG) metrics. *Sustainable Futures*, *8*, Article 100246. https://doi.org/10.1016/j.sftr.2024.100246

Niederberger, M., & Renn, O. (Eds.). (2023). *Delphi Methods in the Social and Health Sciences: Concepts, Applications and Case Studies*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-38862-1

Niederberger, M., Schifano, J., Deckert, S., Hirt, J., Homberg, A., Köberich, S., Kuhn, R., Rommel, A., Sonnberger, M., & the DEWISS network. (2024). Delphi studies in social and health sciences: Recommendations for an interdisciplinary standardized reporting (DELPHISTAR). Results of a Delphi study. *PLOS ONE*, *19*(8), e0304651. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304651

Nogueira, E., Gomes, S., & Lopes, J. (2025). Unveiling triple bottom line's influence on business performance. *Discover Sustainability*, *6*. https://doi.org/10.1007/s43621-025-00804-x

OCDE. (2022). *Promoting Health and Well-being at Work*. OCDE Publishing.

Okoli, C., & Pawlowski, S. (2004). The Delphi method as a research tool: An example, design considerations and applications. *Information & Management*, *42*(1), 15–29. https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002

Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Cambridge University Press.

Pereira, S., Costa, V., & Gomes, H. (2023). Health and wellness tourism: An overview of thermal tourism in Portugal. *Journal of Tourism, Sustainability and Well-Being*, *11*(3), 136–147. https://doi.org/10.34623/e2bm-8030

Perrini, F., & Tencati, A. (2006). Sustainability and stakeholder management: The need for new corporate performance evaluation and reporting systems. *Business Strategy and the Environment*, *15*, 296–308. https://doi.org/10.1002/bse.538

Piwernetz, K., Home, P., Snorgaard, O., Antsiferov, M., Staehr-Johansen, K., & Krans, M. (1993). Monitoring the targets of the St Vincent Declaration and the implementation of quality management in diabetes care: The DIABCARE initiative. *Diabetic Medicine*, *10*(4), 371–377. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.1993.tb00083.x

Porter, M. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, *363*(26), 2477–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024

Porter, M., & Kramer, M. (2006). Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Business Review*, *84*(12), 78–92.

Porter, M., & Kramer, M. (2011). Creating shared value. *Harvard Business Review*, *89*(1/2), 62–77.

Quelhas, O., & Meiriño, M. (2025). ESG and sustainable development: A blueprint for ethical investment and organizational growth. In M. Meiriño & O. Quelhas (Eds.), *Critical Factors Associated with Environmental, Social and Governance Management in Organizations* (pp. 3–34). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-96-1725-8_1

Remeňová, K., Kintler, J., & Jankelová, N. (2020). The general concept of the revenue model for sustainability growth. *Sustainability*, *12*(16), 6635. https://doi.org/10.3390/su12166635

Renn, O. (2008). *Risk Governance: Coping with Uncertainty in a Complex World*. Earthscan.

Riley-Bennett, F., Russell, L., & Fisher, R. (2024). An example of the adaptation of the Nominal Group Technique (NGT) to a virtual format (vNGT) within healthcare research. *BMC Medical Research Methodology*, *24*, 240. https://doi.org/10.1186/s12874-024-02362-8

Roque, H., Veloso, A., Ferreira, P., Príncipe, F., & Caldeira, S. (2016). Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: Contributions to the psychometric validation. *Revista de Saúde Pública*, *50*, 61. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006259

Sgroi, F., Sciortino, C., Baviera-Puig, A., & Modica, F. (2024). Analyzing consumer trends in functional foods: A cluster analysis approach. *Journal of Agriculture and Food Research*, *15*, 101041. https://doi.org/10.1016/j.jafr.2024.101041

Sklavos, G., & Theodossiou, G. (2025). Environmental, social and corporate governance, and sustainable business continuity: Delving into the hot spots and forthcoming paths of sustainable strategic planning. *In* N. Tsounis & A. Vlachvei (Eds.), *Advances in Applied Macroeconomics* (pp. 427–439). Springer Proceedings in Business and Economics. https://doi.org/10.1007/978-3-031-76658-9_22

Srivastava, R. (Ed.). (2022). *Strategies to Achieve Sustainable Development Goals (SDGS): A Road Map for Global Development*. Nova Science Publishers. https://doi.org/10.52305/YNDL2610

Statista. (2025). *Global Wellness Market Size from 2020 to 2028* [Dados estatísticos]. Disponível online em: https://www.statista.com/statistics/491362/health-wellness-market-value/

Van de Ven, A., & Delbecq, A. (1972). The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *American Journal of Public Health*, *62*(3), 337–342. https://doi.org/10.2105/ajph.62.3.337

Vander Laenen, F. (2015). Not just another focus group: Making the case for the nominal group technique in criminology. *Crime Science*, *4*, Article 5. https://doi.org/10.1186/s40163-014-0016-z

Varela, M., Ferreira, F., Ferreira, N., & Correia, R. (2025). Digital health at Central Lisbon University Hospital Center: Strategic reflections and value proposition. *International Transactions in Operational Research*, *32*, 2089–2116. https://doi.org/10.1111/itor.13336

Vella, K., Goldfrad, C., Rowan, K., Bion, J., & Black, N. (2000). Use of consensus development to establish national research priorities in critical care. *BMJ*, *320*(7240), 976–980.

Wagner, J. (2023). Use participation to share information and distribute knowledge. In E. Locke & C. Pearce (Eds.), *Principles Of Organizational Behavior: The Handbook of Evidence-Based Management* (3rd Ed., pp. 237–253). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781394320769.ch11