



Marketing Digital na Saúde – a relação médico/ paciente através das tecnologias digitais

Bélinda Patrícia Marques Abreu

Dissertação de Mestrado

**Apresentado ao Instituto de Contabilidade e Administração do Porto para a
obtenção do grau de Mestre em Marketing Digital, sob orientação da
Mestre Anabela Ribeiro**

Porto – 2014

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**



Marketing Digital na Saúde – a relação médico/ paciente através das tecnologias digitais

Bélinda Patrícia Marques Abreu

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Marketing Digital

Porto – 2014
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Resumo:

A orientação da pesquisa bibliográfica pretende fazer a relação nos fluxos de comunicação e informação digital dos profissionais de saúde e pacientes, potencializando a sua interação e relacionamento, compreendendo com o fenómeno do marketing na saúde, onde os dispositivos ou plataformas digitais podem contribuir para melhor ajudar o paciente a compreender o seu problema de forma didática e interativa e, possivelmente, colocar as suas dúvidas sobre terapêuticas e diagnóstico.

Este estudo teve como finalidade avaliar o grau de potencialidade da existência de consultas online (não presenciais).

A amostra compõe-se por 286 indivíduos, em resposta ao questionário. Os dados permitiram caracterizar a amostra quanto à envolvente da consulta médica presencial, caracterização da interação e relação em consulta médica presencial, às expectativas relativas a uma consulta médica, condições da consulta, usabilidade das tecnologias digitais, potencialidade para as consultas online (não presenciais) e o conhecimento do Portal do Utente – Plataforma de dados em saúde (PDS) na adaptação ao uso de dados clínicos disponíveis online.

Os resultados dizem que existe adesão por parte dos inquiridos em usar uma plataforma (site) em que seja possível ter consultas online. Revelam também que uma boa relação com o médico nada tem a ver com a frequência em idas ao mesmo. Mostram também que para o sucesso deste tipo de atendimento é necessário e importante a consciencialização dos profissionais de saúde, como também, a literacia em saúde e a literacia digital. Finaliza-se com algumas recomendações para trabalhos futuros.

Palavras chave: Marketing na Saúde, Relação médico/paciente, Tecnologias Digitais, Comunicação na Saúde

Abstract:

A literature research was performed to comprehend how the flow of communication and digital information can help the health professionals and patients, how to enhance their interaction and relationship, including the phenomenon of marketing in health where devices or digital platforms can contribute to a better understanding of the patient and his/her problem in a didactic and interactive way, as well as help in conveying their therapeutic and diagnostic questions. This study aimed to assess the existence of potential non presence online consultations.

The sample consisted of 286 individuals, in response to the questionnaire. The data was used to characterize the sample in terms of the context of face medical consultation, characterization of the interaction and medical / patient relationship in presence (face to face) medical consultation, the expectations relating to a medical appointment, conditions of appointment, usability of digital technologies, the potential for online consultations (non-contact) and knowledge of user's Portal - health data Platform (PDS) in adapting to the use of clinical data available online.

The results recommend that there is strong adherence among respondents in using a potential platform (website) where it is possible to have online consultations. They also reveal that a good relationship with the doctor has nothing to do with the frequency of medical visits. Concluding that health and digital literacy is necessary and important for the success of this type of care awareness among patients and health professionals and provide suggestions for future work in this area.

Keywords: Marketing Health, Medical / patient relationship, Digital Technologies, Communication in Health

“Qualquer homem pode alcançar o êxito,
se dirigir os seus pensamentos numa direção e
insistir neles até que aconteça alguma coisa.”

Thomas Edison

Agradecimentos

Não seria possível chegar até este patamar da vida sem o contributo marcante de importantes pessoas que, ao apostarem no meu valor, incentivaram-me ao longo do percurso, com palavras sábias de força e inspiração.

À minha orientadora, Mestre Anabela Ribeiro, pelos conselhos durante a execução desta tese e pelo incentivo à minha ideia e ao conceito que ela representa.

À Professora Nísia do Rosário, da UFRGS - FABICO, pela simpatia, carinho e disponibilidade para a realização do projeto da tese. À minha colega de mestrado e também minha professora de Tecnologias e Comunicação, Lorena Risse, nas conversas exploratórias do tema e a melhor forma de abordá-lo.

À Professora Doutora Cristina Faleiro Rodrigues por todo o grande apoio, análise e toda amizade.

Aos colegas e amigos, da UFRGS – FABICO, que me apoiaram a seguir este projeto, porque afinal, ele não era assim tão utópico quanto parecia ser.

À minha colega de mestrado e amiga Ângela Lopes pelas longas conversas e pelos constantes processos de produção de ideias, pelas risadas e companheirismo.

À minha família, principalmente aos meus pais, em especial à minha mãe por todo o apoio, carinho e orientação ao longo da vida. Estou-lhes muito grata pela educação que me foi dada, e pelas oportunidades que fizeram de mim o que sou. Sem eles não teria chegado aqui e não estaria a completar mais uma etapa do meu percurso escolar. Agradeço também à Regina (minha irmã) pelos momentos de descontração e brincadeira.

Ao Daniel, um agradecimento reforçado pela sua presença e palavras confortantes que me deram motivação na fase final, e por me ter feito acreditar na concretização deste projeto.

Lista de Abreviaturas

AMA – American Marketing Association

APDSI – Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade de Informação

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

IBM – International Business Machines

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OHH – Hospital do Coração de Oklahoma

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PDS – Plataforma de dados em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

EU/UE – União Europeia

UMIC – Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento

UPIP – Urgencia Pediátrica Integrada do Porto

WHO – World Health Organization

WWW - World Wide Web

Índice

Resumo:	2
Abstract:	3
Lista de Abreviaturas	6
Índice de Esquemas	9
Índice de Gráficos	10
Índice de Ilustrações	11
Índice de Tabelas	12
Introdução	1
Objetivos específicos:	4
Capítulo I – Comunicação em Saúde	5
1.1 O processo de Comunicação	6
1.2 Comunicação nas instituições de saúde	6
1.3 Comunicação e relações entre médico e paciente.....	10
1.4 Parâmetros que influenciam a relação médico paciente	14
1.4.1 Características do médico.....	14
1.4.2 Características do paciente	16
1.5 Pressupostos dos cuidados de saúde - Medicina 2.0/ e-Health.....	17
Capítulo II – Marketing em Saúde	20
2.1 Marketing de Serviços em Saúde ao Serviço Hospitalar	22
2.2 Do Endomarketing ao serviço médico e especializado	27
2.3 O valor e qualidade da prestação dos serviços/produto na saúde	28
2.3.1 Qualidade dos Serviços	33
Capítulo III – Tecnologias digitais na saúde	35
3.1 A cibercultura, redes e as relações online.....	37
3.2 A Internet e as TIC nos profissionais de Saúde	40

3.3 As TIC e a Telemedicina	42
Capítulo IV – Metodologia	49
4.1 Caracterização da Amostra	50
4.1.1 Tipo de estudo	51
4.2 Método de pesquisa	51
4.2.1 Pesquisa teórica	52
4.2.2 Métodos de recolha de dados	52
Capítulo V – Apresentação dos Resultados	55
5.1 Apresentação de resultados.....	56
Capítulo VI – Conclusão/ Discussão	67
6.1 Limitações encontradas.....	70
6.2 Trabalho futuro	71
Referências Bibliográficas	72
Anexos	1

Índice de Esquemas

Esquema 1 - Adaptação do triângulo de Serviços (Gronroos, 2004 p.76)	23
Esquema 2 - Diferenças entre bens e serviços adaptados à saúde; adaptação do esquema original de Zeithaml e Bitner (2003 p.36)	25
Esquema 3 - Adaptação do conceito de Faria, 2003 sobre a convergência das áreas chave da telemedicina.....	44

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Nos últimos 2 anos quantas vezes foi ao médico	56
Gráfico 2 – Qual a relação que tem com o seu médico	56
Gráfico 3 – Satisfação quanto ao tempo de demora da consulta.....	57
Gráfico 4 – Pertinência do horário das consultas	57
Gráfico 5 - Cruzamento da variável género com o nível de interação médico	59
Gráfico 6 - Cruzamento da variável idade com o nível de interação do médico.....	59
Gráfico 7 - Cruzamento da variável género com a classificação das expectativas o ato médico	60
Gráfico 8 - Cruzamento da variável idade com a classificação das expectativas o ato médico ..	60
Gráfico 9 - Cruzamento da variável género com a variável 5.1	62
Gráfico 10 - Cruzamento da variável idade com a variável 5.1	62
Gráfico 11 – 6.7.1 (Considera esta forma de consulta online pela PDS Live segura para si).....	66

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Concorda com o horário das consultas	57
Ilustração 2 - Tempo de demora desde o momento que chega ao local da consulta até ser atendido	57
Ilustração 3 - Modelo de Negócios - Saúde Digital.....	70

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características da Amostra	50
Tabela 2 - Correlação das variáveis 2.1 e 3.1	56
Tabela 3 - Correlação das variáveis 2.4 2.10	57
Tabela 4 - Correlação das variáveis 3.1 e 3.5	58
Tabela 5 - Correlações das variáveis 5.4, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10 e 5.11	61
Tabela 6 - Correlação das variáveis 5.12 (Falta de autonomia do sistema, Falta de consciência da utilidade do processo, Literacia Digital e Literacia em Saúde.....	63
Tabela 7 - Correlações da variável 5.13 (Confidencialidade da informação, Conscientização dos doentes e profissionais de saúde e Educação/ Formação)	64
Tabela 8 - Correlação das variáveis 5.14 (Disponibilidade dos dados, Organização/ gestão da informação em saúde e Possibilidade de registo contínuo de informação de saúde).....	65
Tabela 9 - Correlação das variáveis 6.7.1 com 5.14 (Autonomia do sistema) com 5.13 (Telemedicina - consulta online) e 5.11	66

Introdução

Pesquisas realizadas até agora revelam uma forte utilização das tecnologias digitais por parte de profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos. Esta interação com tecnologia pensa-se levar a uma melhor eficiência na prestação dos cuidados de saúde aos pacientes.

O papel aparentemente omnipresente que os dispositivos digitais desempenham na vida quotidiana não é geracionalmente limitado, pelo que pessoas de todas as idades podem ter este tipo de interação. O uso do digital na área da saúde começa a ser comum a todos os grupos etários, seja para partilhar notícias relacionadas da saúde com amigos e familiares, seja, para construir um sistema de apoio com outros afetados pela mesma condição. As inovações em plataformas digitais fazem parecer que o conhecimento médico está disseminado. O que se espera é a evolução numa mudança de dinâmica da relação médico-paciente, educação médica e educação do paciente, e, da extensão da relação ao longo do tempo.

O site da ordem dos enfermeiros¹ (numa publicação que aborda o Plano Nacional de Saúde (PNS) entre 2011-2016) afirma que o processo de desenvolvimento do novo PNS é fortemente aberto à participação do público utilizando tecnologias de informação diversas, como um site, newsletters, facebook, twitter e outros, bem como reuniões com as partes interessadas. No site, o público em geral pode encontrar um grupo de documentos técnicos com vários temas relativos ao plano de saúde, onde se pode comentar cada um. Alguns dos temas técnicos são:” perfil de saúde, cidadania e saúde, qualidade de atendimento e serviços, políticas públicas saudáveis, equidade e acesso aos cuidados de saúde, gestão do território, tecnologias de informação e comunicação, integração e continuidade de cuidados, descrição do sistema nacional de saúde, recursos humanos para a saúde, cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, continuidade dos cuidados de saúde, as políticas de medicação, pesquisa em saúde, estratégias de saúde locais, reflexão sobre os programas nacionais, planos nacionais de saúde de outros países, entre outros”. No entanto, esquece um item importante relacionado com o digital na interação médico/paciente, ou seja: o uso dos meios digitais e das plataformas que serviriam para intermediar essa relação.

¹ <http://www.ordemenfermeiros.pt/english/Paginas/PortugueseNationalHealthPlan2011-2016.aspx>
acesso em 12/12/12

Existem Hospitais onde são utilizadas as tecnologias digitais para melhorar a operacionalização do atendimento médico. Por exemplo nos EUA, em Oklahoma, no Hospital do Coração (OHH)² são aproveitadas as tecnologias digitais para aperfeiçoar a operacionalidade do atendimento médico à distancia. Chamaram-lhe a solução Connexal. Consiste no envio de notificações respeitantes a cada paciente, dirigidos para enfermeiras, médicos, entre outros, por parte da Connexal, (tipo inteligência artificial) através de dispositivos BlackBerry. A Connexal fornece uma plataforma de informação a ser transmitida de forma rápida e eficaz. Com a exibição das monitorizações no BlackBerry de alta resolução, a informação é gravada fazendo esta ser claramente visível, dando aos médicos e outros, que estão à distância, o conhecimento que precisam para tomar as decisões corretas. O próprio sistema tem forma de categorizar a urgência e canalizar os recursos médicos, enviando uma sms com as progressões ou retrocessos do estado do paciente.

Pretende-se com este estudo aprofundar o conhecimento das relações das tecnologias digitais, de forma a encontrar no marketing digital de serviços a melhor maneira de compreender as estratégias de comunicação entre médico e paciente, com o intuito de dar a melhor prestação através do digital.

É do senso comum e até da experiência própria de cada um de nós, que a comunicação entre médico e paciente é normalmente feita presencialmente e no consultório.

Para execução deste trabalho, houve necessidade de o dividir em três grandes capítulos: o primeiro- comunicação em saúde, onde se investiga a comunicação em saúde e nomeadamente a relação médico/paciente; o segundo- exploração do marketing em saúde, marketing de serviços e comportamento do consumidor; o terceiro- abordagem das tecnologias digitais particularmente, as da saúde e relacionamento online.

Estes três grandes capítulos contribuirão, seguramente, para reforçar os fatores em estudo, pois cada vez mais a orientação da pesquisa pretende focar na comunicação e informação digital dos profissionais de saúde e pacientes, potencializando a sua interação e relacionamento, compreendendo o fenómeno do marketing digital na saúde onde os dispositivos ou plataformas digitais podem contribuir para melhor ajudar o

² <http://www.okheart.com/about-ohh> acesso em 12/12/12

paciente a compreender o seu problema, de forma didática e interativa, e possivelmente, colocar as suas dúvidas sobre terapêuticas e diagnóstico.

Objetivos da Investigação

O objetivo geral do presente estudo foi o de compreender o fenómeno do Marketing Digital na Saúde, analisando a importância da comunicação e informação digital, na forma de melhorar a interação e relação entre médicos e pacientes.

Como objetivos específicos:

- Compreender a relação entre as três áreas do conhecimento (comunicação, o marketing, e as tecnologias digitais), como estes podem intervir no melhoramento do acompanhamento digital entre médico/ paciente;
- Conhecer as limitações de comunicação/ interação/ acompanhamento digital entre médico/ paciente;
- Determinar as expectativas da consulta médica e a satisfação da relação;
- Relacionar o fenómeno da web 2.0 na visão para o consumidor e web 3.0 numa abrangência do marketing e das relações transmídia e em rede nessa relação;
- Estudar os comportamentos relacionais offline na literatura e verificar a potencialidade de existência dessa relação online.

Capítulo I – Comunicação em Saúde

1.1 O processo de Comunicação

A comunicação é um território multidisciplinar pois engloba todas as áreas do conhecimento, falado ou escrito. Na comunicação em saúde normalmente trata-se dessas duas componentes, principalmente na veiculação de mensagens de prevenção e de chamadas de atenção para a população, as quais são veiculadas pelos próprios organismos de saúde bem como pelos Media.

A Comunicação é um campo conceitual e prático que envolve processos permanentes de interação e diálogo. Para assegurar o entendimento e a negociação da organização com os atores sociais é preciso garantir que as decisões tomadas sejam conduzidas e aplicadas na mesma direção e com os mesmos objetivos, é fundamental trabalhar as duas perspectivas do campo, conhecer e agir. No entanto, muitas vezes, a percepção interna é de que a área da Comunicação é apenas uma prática desenvolvida por um conjunto de pessoas que produzem informações de forma burocrática, atendendo necessidades e procuras específicas. Esta atitude desconsidera que as informações estão contextualizadas e fazem parte de um processo mais amplo de planejamento, que envolve a relação da organização com seus interlocutores (Oliveira, 2007, p. 3).

Comunicar é mais do que transferência de informação de um emissor para um recetor. É um processo vivo, de diálogo, complexo e dinâmico, no qual as pessoas estabelecem relações de afeto, ódio, amor, medo, solidariedade, hostilidade, entre outros. A comunicação integra múltiplos modos de expressão, resultantes das várias possibilidades de manifestação do ser humano e de sua necessidade de estabelecer relacionamentos. Essas formas comunicacionais transcendem a oralidade e a escrita, como o gesto, o olhar, a mímica, o espaço inter-individual e até mesmo o silêncio (Roman, 2002 p. 34).

1.2 Comunicação nas instituições de saúde

Os hospitais e instituições de saúde são organizações extraordinariamente complicadas, representando uma das formas mais complexas de organização humana. O "Hospital" representa a organização que mais uso intensivo faz de recursos, quer sejam eles, humanos, financeiros, tecnológicos ou ao nível do conhecimento (Opss, 2008).

Desempenha, igualmente, um papel inquestionável e essencial para a sociedade na prestação dos cuidados de saúde, mas também a promoção, prevenção e proteção da mesma.

É importante que a Comunicação seja vista como um todo, e que englobe, não só, a Comunicação com os media, mas a comunicação interna, as relações institucionais, as relações com os parceiros da comunidade e todo o género de atividades que divulguem, promovam e consolidem a missão e visão da instituição.

O que se deseja é que a função “Comunicação organizacional” estabelecida e estruturada, ocupe um lugar estratégico, baseando a sua atividade numa política de Comunicação, proactiva, dinâmica, transversal a todos os “stakeholders” do hospital, antecipando problemas, resolvendo conflitos, esboçando campanhas de prevenção na área da saúde, desenvolvendo ações de responsabilidade social. Em suma, constituindo-se como uma necessidade para a hierarquia e como um ponto de referência para os doentes, para a comunidade, para os média e até para os fornecedores.

Moreira, Eglin afirmam que “(...) corporate communication management function is central for the successful implementation of change in European health systems in general and in healthcare organizations (hospitals) in particular.”; isto quer dizer, que a função de gestão da comunicação corporativa é fundamental para o sucesso da implementação de mudanças nos sistemas de saúde europeus em geral, e em particular nas organizações de saúde (hospitais). (Moreira, Eglin, 2004 p.112)

Pode-se afirmar que, as organizações hospitalares/ instituições de saúde, reconhecem a importância da comunicação no processo de gestão (planear, organizar, executar e controlar processos administrativos e no relacionamento com os seus públicos).

Ao propor a comunicação nos hospitais, analogamente, estar-se-á a aproximar de uma tendência mundial em saúde, não só no tratamento hospitalar, no sentido de recuperar a dimensão humana, mas também na gestão hospitalar. Esta expressão alcança uma mudança de cultura em prol de atribuir responsabilidade a todos aqueles sujeitos que direta ou indiretamente são produtos e produtores na saúde.

Nos hospitais a comunicação organizacional está relacionada com a forma como o gestor a deve abordar, a qual deve ser pensada de forma estratégica. Apesar de um

consenso aparente sobre a relevância da comunicação e do potencial que tem para nos oferecer, se for pensada estrategicamente no caso dos hospitais, que são organizações regidas por padrões mais conservadores e com linhas de poder mais difusas; com respeito à comunicação, não tem havido uma orientação diferente.

Apenas são dadas respostas a nível da comunicação, às procuras específicas, como se estivessem fora do projeto institucional e do planeamento estratégico. Poder-se-á encontrar elementos que interfeririam na efetiva inclusão da comunicação estratégica nesses ambientes, dependendo das especificidades culturais de cada tipo de organização.

Carateriza-se o hospital como um modelo de organização profissional fortemente centrado nas competências técnicas de profissionais na área de saúde, como médicos, técnicos e enfermeiros, e outros, conforme a classificação de Mintzber (1994).

O hospital é uma estrutura, como classifica Senhoras (2007 p.46), que é composta por subsistemas, todos estes representados “pelas especializações dos conhecimentos e habilidades de profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros”; com peculiar característica de natureza técnica, trazendo consequências no âmbito da prestação de serviços, pois “nenhuma pessoa ou grupo é responsável completamente pelo sucesso ou qualidade da experiência completa do doente, uma vez que os profissionais são responsáveis por parte do processo, não havendo uma prestação de contas de todo o ciclo” (Senhoras, 2007 p 47).

Pode-se comparar o processo de formação da cultura organizacional á formação de grupos onde são, partilhadas crenças, pensamentos, sentimentos e valores, resultantes de experiências e aprendizagem coletiva. Ou seja: não havendo formações de grupo, não haveria cultura, nem estes grupos existiriam para se justificar os focos de subcultura em formação. (Macedo citado por Senhoras, 2007 p.47)

A condição exigida para a constituição da identidade institucional é constituída pela cultura organizacional e as subculturas cultivadas e sedimentadas ao longo dos anos, mas quando determinados padrões culturais se mostram negativos à eficiência e até à sobrevivência da própria organização, pode representar um problema, sobretudo se existir tendência para esquecer a atividade com a qual se vincula o serviço.

Os resultados da comunicação, necessariamente, refletirão uma instituição em fragmentos, operacional mas pouco eficiente, ou seja: produtividade baixa, atendimento repreensível, pessoal com baixa estima, objetivos não cumpridos e uma imagem institucional desgastada.

Existem fortes grupos com tendência para criar obstáculos perigosos ao serem efetuadas mudanças na organização.

Nos hospitais, há práticas instituídas que tendem em dificultar seriamente qualquer início de mudança, assim assinala Senhoras, citando Magalhães, quando afirma que “verifica-se muitas vezes na prática hospitalar, entretanto, as mudanças culturais e as novas capacitações de Comunicação e aprendizagem não são, necessariamente, pontos de consenso ou aceitação, pois representam uma ameaça aos valores e práticas profissionais dos funcionários e aos próprios padrões culturais estabelecidos no trabalho. Para se protegerem dessa ameaça, em muitos casos, os médicos e enfermeiros desenvolvem resistências às mudanças em razão do medo do que é desconhecido, preferindo, assim continuar com os seus próprios canais de Comunicação e padrões de conduta, a fim de realizarem as suas atividades como sempre fizeram.” (Magalhães citado por Senhoras, 2007 p.47).

Pode-se afirmar que a eficiência das organizações está relacionada diretamente ao modo como se encontra valorizada ou assumida a comunicação na organização.

Sendo a comunicação um processo, sempre que o mesmo não for considerado como tal, tende-se à frustração, insucesso, ansiedade, insegurança e à ineficiência nas relações internas e externas. Então a comunicação é remetida para a concepção de um projeto, de ações envolventes e simultaneamente integradoras, com foco nos diferentes públicos, utilizando instrumentos e linguagem muito próprias.

A troca de informações necessárias à atingir os objetivos que se podem realizar é o meio que constitui a comunicação; assumindo a comunicação uma dimensão de estratégia para superar problemas, gerir soluções de crises ligadas à imagem do hospital (Nassar, 2006 p.4).

Como qualquer outra organização, o hospital no seu quotidiano convive com conflitos, estruturas informais, pelo que não é só técnica, não é só estabilidade, consenso e

certeza. O hospital não é apenas uma forma de alcançar a realização de objetivos ou cumprimento de metas. Não deve ser movido apenas pela burocracia da razão. A gestão do hospital deve integrar um projeto de comunicação. É um desafio a colocar a todos os gestores das organizações hospitalares: tentar compreender a importância da comunicação como um projeto, capazes de fazer chegar eficientemente informações aos diversos públicos com ações a realizar, valores de emissão da organização.

1.3 Comunicação e relações entre médico e paciente

O importante para este estudo e de relevância é o veículo comunicação falado, na relação médico/ paciente. A preocupação nesta componente é essa interação passar para o online visto que “milhões de indivíduos que se integram em redes de informática se correspondem, criando assim uma nova noção de interação e comunicabilidade.” (Pitta, 1995 p.2) Para melhor entender a comunicação falada na sua essência ela exige um emissor e um receptor da mensagem, os ruídos na veiculação da mensagem, e o ponto de relações proxêmicas.

A globalização conduziu a uma grande modificação na velocidade da comunicação entre as pessoas, o advento da internet impulsiona a cada dia novas formas de interação. O paciente tem em questão de segundos, num *click*, acesso a todo e qualquer tipo de novidade de qualquer parte do mundo e traz ao consultório dúvidas ao profissional de saúde. A internet diminuiu as barreiras comunicacionais e isso significa maior poder de pesquisa, ganho de tempo ou informações. Enfim, o profissional deste milênio tem que estar preparado para conviver num mundo global sem fronteiras atento às características e necessidades específicas de cada paciente.

Canguilhem (2002) diz que a doença é ao mesmo tempo privação e reformulação, ou seja, não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital. A doença não deixa de ser uma vida nova, representada por novas constantes fisiológicas, novos mecanismos para a obtenção de resultados, aparentemente, inalterados. A saúde também é considerada um instaurador de normas vitais, pois é uma forma de aportar a existência com uma sensação, não apenas de possuidor ou portador, mas também de criador de valor. Por saúde, entende-se um conjunto de segurança (no presente) e seguros (para prevenir o futuro). A saúde é um guia estabilizador das capacidades de reação.

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) é muito mais do que ausência de doença: “saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de bem-estar físico, psicológico e social” (WHO, 1986), deve ser entendida como o sentido positivo de bem-estar que envolve todos os aspectos da vida.

A saúde e o bem-estar dependem dos estilos de vida, que por sua vez são determinados por fatores individuais, sociais e de outras áreas exteriores à saúde como é exemplo o ambiente. A consciencialização e participação do cidadão, a chamada capacitação do cidadão na promoção da saúde e prevenção da doença é a única forma eficaz de obter ganhos em saúde.

A saúde está relacionada com a sensação de bem-estar, que só é possível se as relações entre as pessoas, forem sustentadas por respeito mútuo, compromisso, confiança e contribuição para a saúde e qualidade de vida. O conceito de saúde não faz sentido sem estar numa relação, ou seja, a saúde existe a partir da relação entre o sujeito e o seu médico, entre o sujeito e a sua família, entre o sujeito e o seu corpo, mente e cérebro.

A produção e disseminação do conhecimento na saúde é-nos apresentada pela figura do médico. A ciência favorece a medicina no sentido de a tornar melhor para as pessoas. O médico é visto como um “Deus”, fazendo dos pacientes praticantes de um “culto” devido ao valor e à necessidade que empregam nessa figura. Estas representações não são mais do que a interação que existe entre o médico e paciente, visto como representações e episódios de doença com “discursos de várias géneses, de graus diferenciados e de níveis de elaboração heterogêneos.” (Rondelli citado por Pitta, 1995 p.38) Vendo a doença como o estado do problema, ela própria é um discurso para explicá-la e vivenciá-la, entender o seu surgimento (génese), e assim propor curá-la e tomar medidas preventivas para contê-la.

Perante esta interação, são revelados dois discursos: - o do médico e do paciente. O esforço coloca-se na base do entendimento mútuo. O leigo pode oferecer resistência no entendimento do discurso e do que gostaria de ouvir do médico; este por sua vez, perfaz uma tradução numa linguagem mais formalizada sobre aquilo que está a apresentar ao paciente, contudo, o nível de receção é baixo, o que significa que o médico necessita de se esforçar e trabalhar no sentido informal da leitura para socialização com os leigos.

Em 1972 o Prof. Robert Veath determinou 4 modelos de relação médico/ paciente. Esta determinação tem por base as relações do poder da informação detida pelo paciente. Dessa forma temos então o modelo Sacerdotal no qual o poder se centra no médico - o processo de decisão sobre diagnóstico e tratamento é de muito baixo envolvimento - não levando em conta as crenças ou desejos do paciente, existindo um domínio por parte do médico, (e a relação que o paciente tem é de submissão). É passível pensar que este tipo de relações existam ainda nos dias de hoje, quando se fala que o paciente é cada vez mais informado, devido à disseminação dos conteúdos médicos na internet; contudo, essa leitura não descarta um desconhecimento nem que seja parcial respeitante às terapêuticas e tratamentos medicamentosos. No modelo engenheiro acontece que o paciente é o centro das decisões. Porque os próprios médicos também podem adoecer e com conhecimentos de causa exercem o seu direito de clientes, na qual o médico que está a prestar o serviço não é mais do que a figura, na qual ele é única e exclusivamente executor da proposta do paciente. O modelo colegial é equilibrado na medida em que a relação é de alto envolvimento. O poder da comunicação é de partilhar e não existe uma autoridade definida. O último modelo é o Contratualista, no qual o paciente participa ativamente no processo e tomada das decisões médicas. O médico preserva a sua autoridade - enquanto detentor dos conhecimentos, técnicas e habilidades médicas - e o nível de envolvimento pode ser de médio ou alto envolvimento, dependendo das trocas de informações e partilha, na tomada da decisão sobre os processos médicos. É revelado um compromisso entre os dois participantes.

Esta naturalização dos sentidos, através do mito, ajuda ao entendimento dos discursos como um resultado simbólico, não só considerando a totalidade que a produção textual das mensagens, é só uma transmissão de informação mas também uma transmissão de sentidos, para comunicarmos e entendermos o processo de linguagem “tornar as mensagens mais claras, tanto com o objetivo de evitar ambiguidades, interpretativas quanto em aumentar o coeficiente de comunicabilidade com os públicos.” (Oliveira citado por Pitta, p.32)

No caso da saúde, se a informação destas mensagens fosse desmistificada não existiriam dicotomias e a informação estaria democratizada, eliminando as ambiguidades e as subjetividades humanas.

Em 1992 existe uma nova tendência trazida por Ezequiel Emanuel e Linda Emanuel em que reformulam os modelos e em vez dos quatro modelos anteriores escolhem unicamente os três modelos mais baseados no tipo de envolvimento entre médico/paciente – seriam os três grandes grupos de envolvimento. Suprimem o modelo colegial (igualitário). E ao modelo sacerdotal passam a chamar-lhe paternalístico, ao modelo engenheiro, de informático, e ao modelo contratualista subdividem-no em interpretativo para um médio envolvimento na relação; e deliberativo para um alto envolvimento, (estes envoltimentos seriam determinados pelo grau de informação detido pelo paciente o qual o tornaria autónomo).

O sujeito é autónomo, pois ele tem autonomia sobre o seu sistema, mas também dependente porque depende do meio para sobreviver. Pode também correlacionar-se o conceito proposto por Canguilhem (2002) com a compreensão do sistema aberto/fechado e autónomo/dependente (Morin, 2005). Portanto, o sujeito é um sistema aberto/fechado e autónomo/dependente, e são essas condições de abertura/fecho e autonomia/dependência que permitem a regeneração constante e, por conseguinte, a vida e saúde desse sistema.

Independentemente do segmento social, da ligação à Internet ou da qualidade e veracidade da informação disponível, tem surgido um novo participante na área da saúde: o paciente “*expert*”. É um paciente que procura informações sobre diagnósticos, doenças, sintomas, medicamentos e custos de internamento e tratamentos. O fato de ter acesso às informações disponíveis na internet, independente de sua veracidade, pode fazer com que este paciente esteja potencialmente menos disposto a acatar passivamente as determinações médicas. O paciente “*expert*” é, portanto, um consumidor especial dos serviços e produtos de saúde, pois detém informações que devem ser, pelo menos, levadas em consideração (Hardey, 1999).

Desta forma verifica-se uma visão ampliada de saúde, segundo a qual o indivíduo deve ser avaliado sob uma perspetiva mais global, ou seja: onde mora, o que faz, o que come, o que pensa, como vive, com quem interage. Trata-se, portanto, de uma estratégia pró-ativa que visa, por meio de um diagnóstico situacional, chegar ao conhecimento socioeconómico, político e cultural (Costa, 2000).

A assistência médica tem vindo a transformar-se num enorme aparato de tecnologias, por meio das quais o médico solicita exames diagnósticos cada vez mais sofisticados,

sem oferecer a devida atenção aos pacientes. Os médicos atuais atuam, estão de certa forma, substituindo a anamnese e o exame físico pelos exames complementares, e isso provoca um afastamento entre médicos e pacientes, resultando, entre outras coisas, no enfraquecimento da relação médico/ paciente.

Espanha (2008) diz que esta “deve ser entendida como a afirmação por parte do indivíduo da sua capacidade de pensar e agir, em função dos seus próprios critérios, valores e esforços”. A mesma autora explica ainda que a autonomia no campo da saúde, implica duas vertentes, por tanto, implica também dois tipos de públicos distintos: a autonomia individual, que vai analisar como as novas tecnologias vão influenciar a autonomia dos indivíduos em relação à informação e prevenção de doenças, assim como, se a interação com os profissionais de saúde se altera ou não; e a autonomia dos profissionais de saúde em perceber como as tecnologias irão permitir uma melhoria na relação profissional entre parceiros da mesma área e, por outro lado, na relação médico/ paciente.

Este novo cenário vai culminar com uma maior participação do paciente nas decisões relacionadas com a sua saúde, “reduzindo a assimetria na relação médico/ paciente” (Reis, 2008) “os médicos estão a deixar de ser detentores do saber e passam a ser desafiados por pacientes cada vez mais informados, que vasculham a internet em busca de informações sobre sintomas que venham a apresentar ou sobre doenças que já sabem que têm” (Reis, 2008).

Segundo Madeira (2006), “essa mudança de comportamento dos pacientes é extremamente positiva uma vez que, munidos de informação, podem passar a elaborar perguntas mais objetivas, discutir sobre o tratamento receitado, adotando uma postura mais crítica.”

1.4 Parâmetros que influenciam a relação médico paciente

1.4.1 Características do médico

De forma a ser estabelecida uma interação forte e produtiva entre médico/ paciente, o profissional de saúde tem de apresentar um conjunto de qualidades desejáveis e propiciadoras de atitudes terapêuticas necessárias. (Filho, 1998) Durante a execução da anamnese o médico tem de apresentar as qualidades de um bom entrevistador. Por conseguinte, o médico deve ter competência de estabelecer uma comunicação eficiente,

dentro de um ambiente de respeito para as diferenças culturais que separam médico e paciente, englobando não apenas os aspetos da comunicação verbal, mas também a habilidade em perceber e descodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele. (Filho, 1998) Dessa mesma forma deve encorajar as perguntas por parte dos utentes e ouvir os pacientes, interessando-se por conhecer o seu ponto de vista, assim como pelas suas preocupações e expectativas. O profissional de saúde tem ainda de recolher dados sobre a situação pessoal, familiar ou profissional do utente. (Ong et al., 1995) Deve induzir uma participação ativa do paciente, ajudando na diminuição da ansiedade que possa sentir.

No percurso desta relação complexa, evidenciam-se certas dificuldades como a incompreensão por parte do médico das palavras usadas pelo paciente para expressar a dor, bem como a dificuldade em transmitir informações adequadas à compreensão do paciente (Caprara, 2004): uma “informação insuficiente, imprecisa ou ambígua” ou “excessivamente técnica” pode dificultar a comunicação existente. (Teixeira, 2004 p.617) O profissional de saúde deve ter a capacidade de transmitir a informação de forma “clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e na personalizada” (Teixeira, 2004 p.617). A informação fornecida deverá responder às necessidades de informação do paciente, adaptada ao seu nível cultural e cognitivo (Ong et al., 1995). Assim, a melhoria da partilha de informação, por boas aptidões comunicacionais por parte do médico, permitiria diminuir o sofrimento do paciente, exponenciar o seu grau de satisfação e aperfeiçoar a sua relação com o utente, que é fundamental para a eficácia do ato médico (Freeman, 1999).

Por conseguinte, o médico ideal deverá demonstrar que detém as seguintes características: (Filho,1998)

- a empatia: o prestador de serviços deve ter a capacidade de se colocar no lugar do paciente, percebendo as suas dúvidas, angústias e sofrimento, sem no entanto, se confundir com ele;
- a continência: o médico deverá ser capaz de tolerar dentro de si, todos os sentimentos e pensamentos expressados pelo paciente durante a consulta – por exemplo, os ataques de choro ou de raiva - sem represálias para este último;
- a humildade: é aqui sinónimo de reconhecimento por parte do médico das suas limitações humanas como profissional e do respeito pelas crenças do paciente;

- o respeito das diferenças: o profissional de saúde não se deve sentir investido de transmitir verdades morais supostamente universais e válidas para o paciente;
- a curiosidade: o médico tem de questionar-se sobre as suas próprias hipóteses e as do paciente;
- a capacidade em conotar positivamente: refere-se à competência que o médico tem para encontrar aspetos socialmente valorizados em certos comportamentos do paciente.

A estes valores de estrutura, conforme Filho (1998) adição de outros atributos que lidam com o sofrimento humano, como o amor, a verdade, a ética, a criatividade, a paciência e a solidariedade deverão ser estruturantes para a relação.

Esta perspectiva holística permite encarar o paciente como “a person with a unique personal history and individual needs” (Verlinde, 2012 p.3), realçando a necessidade de humanização da relação médico/ paciente. Entende-se por humanização o “processo, fundamentado no respeito e [na] valorização da pessoa humana, que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. A sua essência é a aliança das competências técnica e tecnológica com as competências ética e relacional” (Rios, 2009 p.254). Assim, a humanização necessária da relação entre o médico e o paciente, a confiança e a colaboração estabelecidas, assim como a otimização da comunicação melhorarão a qualidade do serviço de saúde, bem como os resultados do tratamento e saúde do paciente. (Caprara, 1999; Verlinde, 2012)

1.4.2 Características do paciente

A relação médico/ paciente é estabelecida através dos profissionais de saúde na qual constroem uma visão dos seus utentes a partir de dados objetivos e imparciais obtidos ao longo da história clínica e do posterior exame clínico. É um facto: a brevidade das entrevistas médicas, a pressão do quotidiano e a gestão complexa e simultânea de várias tarefas forçam o médico ao uso de estereótipos. (Van, 2000). O estatuto socioeconómico do paciente pode ter um impacto tanto no comportamento do médico como no tratamento efetuado (Van, 2000), certos estudos demonstram, que pacientes de baixo estatuto socioeconómico têm consultas mais curtas e recebem menos informações. Deste mesmo modo, a sua resposta a estes estudos, é que se investe menos na sua saúde, tendo maior dificuldade em expressar as suas doenças. Por outro lado, aponta-se que os indivíduos da classe média são mais ativos na procura de informação junto do médico

(Scott, 1996). O género do paciente poderia também influenciar a comunicação estabelecida durante a consulta médica: de facto, certos estudos explicam que, durante a consulta médica, as mulheres colocam mais dúvidas, recebem mais informações, tornando-se melhores parceiras do que os homens na construção da relação (Van, 2000). Igualmente, as mulheres, com uma abordagem mais calorosa, encorajam os outros a comunicar e são mais comunicativas ao nível não-verbal do que os homens (Roter,2004). Finalmente, as características de personalidade do paciente poderão igualmente influenciar a relação médico/paciente (Filho, 1998).

1.5 Pressupostos dos cuidados de saúde - Medicina 2.0/ e-Health

Em Março do ano 2000 o Concelho Europeu planeou em Lisboa uma estratégia de desenvolvimento para a economia do conhecimento. Esse plano de ação “eEurope” chamada a “estratégia de Lisboa” tinha por objetivo torná-la competitiva e dinâmica.

Desse projeto derivou um outro, para o ramo de saúde chamado eHealth. Foi elaborado na eHealths ministerial conference no ano 2003, uma eHealth ministerial declaration onde se propunha: *“e-Health is today's tool for substantial productivity gains, while providing tomorrow's instrument for restructured, citizen-centred health care systems and, at the same time, respecting the diversity of Europe's multi-cultural, multi-lingual health care traditions. There are many examples of successful e-Health developments including health information networks, electronic health records, telemedicine services, wearable and portable monitoring systems, and health portals”*.

Hardey, (1999), em diversos estudos apontou que a maior evolução na informação “paper” no sistema de saúde, em particular na relação médico/paciente tem a ver com o enorme fluxo de informação médica ou de saúde na forma digital (internet), com presença nas mais diversas esferas e proveniências, onde instituições, grupos de consumidores, especialistas e outros, intervêm.

Termos como “medicina 2.0”, “saúde 2.0” e “eHealth”, urge distingui-los, apesar de não haver consenso geral sobre a definição de “saúde 2.0” e “medicina 2.0” na comunidade científica. (Van et al, 2010)

Existem autores com preferência no uso do termo “medicina 2.0” e outros em “saúde 2.0” (Van et al, 2010), embora Hugges et al (2008) não tenham descoberto grandes

diferenças, sugerindo como definição para “medicina 2.0:”*“Medicine 2.0 is the use of a specific set of Web tools (blogs, podcasts, tagging, search, wikis, etc) by actors in health care including doctors, patients, and scientists, using principles of open source and generation of content by users, and the power of networks in order to personalize health care, collaborate, and promote health education”*(Hughes, 2008).

A concordar com esta definição Eysenbach acrescenta ao termo “medecina 2.0” uma maior abrangência do conhecimento (Van et al., 2010), destacando o seguinte (Eysenbach, 2008): *“Medicine 2.0 applications, services and tools are Web-based services for health care consumers, caregivers, patients, health professionals, and biomedical researchers, that use Web 2.0 technologies and/or semantic Web and virtual-reality tools, to enable and facilitate specifically social networking, participation, apomediation, collaboration, and openness within and between these user groups”*. As definições apresentadas relacionam o uso dos instrumentos da “web 2.0” e a medicina, as quais se fundem no conceito de “medicina 2.0” fazendo a diferença do conceito de “medicina 2.0” do de “e-health”.

O grande uso da “web 2.0” na “medicina 2.0” é evidente na forma da partilha dos termos e na utilização das redes sociais pela participação de diferentes utilizadores e interação entre eles, dando-lhes um acesso ilimitado à informação (Eysenbach, 2008). Randeree destaca a importância das novas tecnologias na sua definição: *“Healthcare 2.0 can be defined as a network of (Web 2.0) applications and services that empower the user and are delivered through the Web (as a platform)”* (Randeree, 2009). De acordo com o que anteriormente foi abordado, conclui-se que a definição de “Medicina 2.0” não se define numa união: “Medicina + Web 2.0” (Hughes,2008).

O domínio destas redes provém do uso dos consumidores e da frequência com que o fazem. A expressão “patient empowerment 2.0” é definida na literatura da “Medicina 2.0” como: *“the active participation of the citizen in his or her health and care pathway with the use of information and communication technologies”*. Desta forma quer dizer que a ação ativa do paciente na sua saúde, com as tecnologias da “Web 2.0”, acresce o seu estatuto, ao simplificar o acesso à informação médica online, que lhes permite compreender as melhores terapêuticas apresentadas. (Van, 2010)

Assim, a relação está em ascensão positiva (Spallek, 2010), pois os pacientes estão melhor informados devido à Internet. As decisões terapêuticas são influenciadas pelo conhecimento prévio à consulta, que faz com que o paciente tenha um melhor entendimento do ato médico, proveniente das suas pesquisas online. (Leiner et al., 2009; Wiecha 2010)

Capítulo II – Marketing em Saúde

O marketing precisa de mostrar às pessoas que se importa com elas, com as suas condições de vida e com os seus sonhos, Kotler (2010) explica que as pessoas se importam mais com as empresas que se importam com elas.

O marketing passou por várias fases, Marketing 1.0 – centrado no produto; marketing 2.0 – centrado no consumidor; hoje o marketing tem que se apresentar com uma nova dinâmica expandindo o seu foco nos produtos, para os consumidores e para as questões humanas, o Marketing 3.0.

O marketing 3.0 é voltado para os valores em vez de ver a figura do consumidor/comprador, vê primeiramente seres humanos plenos (com mente, coração e espírito), cada vez mais os consumidores (humanos) procuram formas de satisfazer os seus desejos e necessidades profundas, por questões sociais, ambientais, económicas, melhorar o mundo, procura “não apenas satisfação funcional e emocional mas também satisfação espiritual, nos produtos e serviços que escolhem” (Kotler 2010 p.4)

A partir da definição de 2008 pela AMA, em que o “Marketing é uma atividade, um conjunto de instituições e processos para criar, comunicar, oferecer e trocar ofertas que tenham valor para os consumidores, clientes, parceiros e para a sociedade como um todo.” (Kotler 2010 p.18 cita o Press Release, American Marketing Association, 2008), que adicionando o termo sociedade faz impacto em grande escala nas implicações culturais da globalização.

Para avaliar os seres humanos já não podemos olhar de forma estanque e unidirecional. Ponderando a Pirâmide de Maslow onde se estruturam níveis de necessidades (necessidades básicas, segurança, sociais, autoestima e autorrealização) a qual deve ser invertida, colocando o capitalismo, (base espiritual), na autorrealização as pessoas preferem o conforto, algo que está além daquilo que se pode comprar.

A tendência é para a existência de um modelo de negócios em que a preposição de valor seja a premissa baseada nos valores para o marketing 3.0. Kotler (2010) fala através das palavras de Melinda Davis que a descoberta desta na componente dos benefícios psico-espirituais, são a necessidade mais forte que pode levar a cabo pela diferenciação que se pode criar com os modelos de negócio.

Ao aplicar a “ciência da troca” para o ramo da saúde e citando Scarpi (2004 p.183) “Falar em Marketing em saúde ainda é considerado tabu. É tido como uma técnica da

indústria e do comércio para elevar as vendas dos seus produtos e serviços, geralmente associada a um aspeto mercantilista, frio e desumano”. É exatamente para mostrar que esta afirmação faz parte de uma corrente de pensamento ultrapassada que esta temática será abordada seguidamente.

2.1 Marketing de Serviços em Saúde ao Serviço Hospitalar

Aquele que consideramos ser o mercado hospitalar – composto pelas entidades prestadoras de serviços na área da saúde, - lida com aquele que consideramos ser o bem mais essencial do ser humano – a saúde.

Rodrigues (2012) refere que o Marketing não deve ser encarado como um atalho para o sucesso, mas como um percurso a seguir para a obtenção de excelência no serviço prestado. Nesse contexto o profissional de saúde tem de se adequar, e a tendência é que toda a organização nos dias de hoje, necessita de utilizar as ferramentas de marketing e ter os clientes (pacientes) como centro de seu pensamento estratégico.

Borba (2008) cita Daft (1999), reconhece o hospital como uma empresa de serviços que pode ser classificada em 5 principais dimensões:

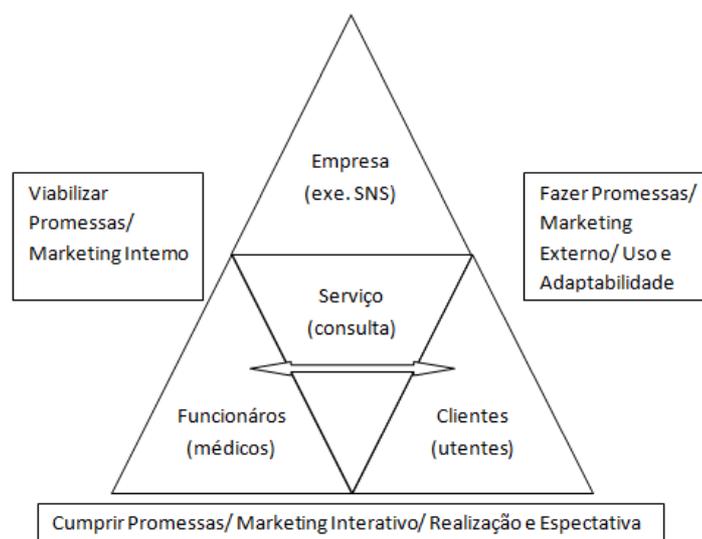
1. Produção e consumo em simultâneo: serviço de atendimento imediato, o cliente recebe o serviço exatamente ao mesmo tempo que este está a ser produzido.
2. Serviços personalizados: mesmo com protocolos de tomada de decisão, cada cliente é um ser humano com características e antecedentes pessoais específicos.
3. Participação dos clientes no processo de produção: a informação que o cliente tem é crucial assim como o próprio exame físico para o diagnóstico e tratamento.
4. “Produto” intangível: porque é a prestação de um serviço sem produto físico resultante.
5. Ênfase nas pessoas: os serviços só são prestados quando há clientes, se estes não necessitarem do serviço os profissionais de saúde não podem armazenar o serviço que prestam.

No entanto, quando o serviço consiste em cuidados de saúde alguns aspetos particulares devem ser tidos em conta, Matias (1995), aponta uma série de obstáculos à tranquilidade e obtenção da qualidade na prestação deste tipo de serviços:

- Alguns clientes podem ignorar a sua doença e não desejar o tratamento (serviço) adequado;
- Os clientes que sofrem de doença mental não se enquadram no modelo tradicional de consumidor/cliente;
- Os clientes com necessidade de cuidados emergentes raramente têm condições de revelar as suas preferências;
- A grande maioria dos clientes desconhece o custo associado à prestação do serviço de saúde;
- Os clientes, por norma, desconhecem os padrões de qualidade previstos para este tipo de serviços;
- Existe um risco moral associado ao consumo de serviços de saúde;

Vieira (2000) cita Gronröos (1994), de acordo com a natureza e heterogeneidade dos serviços não é fácil defini-los muito melhor, do que sendo, atividades de natureza mais ou menos intangível e que, de uma forma geral, geram interações entre o cliente e o prestador de serviços. Segundo o autor, um serviço pode ser uma prestação completamente imaterial ou fazer-se acompanhar de um bem físico.

Por outro lado, citando Lovelock (2009 p.8), “Um serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra (...) frequentemente de natureza intangível e não resulta normalmente na propriedade de quaisquer dos fatores de produção (...) cria valor e proporciona benefícios a cliente em horários e locais específicos.”



Esquema 1 - Adaptação do triângulo de Serviços (Gronroos, 2004 p.76)

Zeithmal e Bitner (2003) descrevem o triângulo de serviços da seguinte forma:

- a) Por meio do marketing externo a empresa faz promessas aos seus clientes, tendo em conta as suas expectativas; as promessas devem ser consistentes e exequíveis, para além de serem comunicadas, quer através dos meios tradicionais de marketing, quer através do processo do serviço, da evidência física e do pessoal de contato.
- b) O marketing interativo ocorre no momento da verdade; as promessas são mantidas ou guardadas e a confiança do serviço é testada a todo o momento em que o cliente interage com a organização.
- c) O marketing interno parte do pressuposto de que a satisfação do funcionário e a satisfação do cliente estão profundamente vinculadas uma à outra; para cumprir promessas a organização precisa ter pessoal com competências necessárias a uma prestação exemplar.

Vieira (2000) sustenta que o debate sobre diferenças entre bens e serviços deve fundamentalmente tratar a sua relevância e o seu impacto no desenho e implementação de estratégias de marketing adequadas.

Num ambiente onde se funde o profissional e o atendimento., para oferecer um bom serviço e se destacar o profissional, deve-se agregar valor (es) à sua tarefa principal, tal como maior atenção, dedicação, especialização, rapidez no atendimento e encantamento na experiência do atendimento clínico, envolvendo o conceito do marketing em todas as etapas descritas desse atendimento. Para que exista o marketing são necessários três pontos básicos:

- 1- Haver necessidades e desejos de uma pessoa a serem satisfeitos;
- 2- Que se disponha do bem ou serviço a ser oferecido para essa satisfação (profissional capacitado para atendê-lo);
- 3- Que essa ação se concretize através de um processo de troca e remuneração (aprovação e pagamento do tratamento).

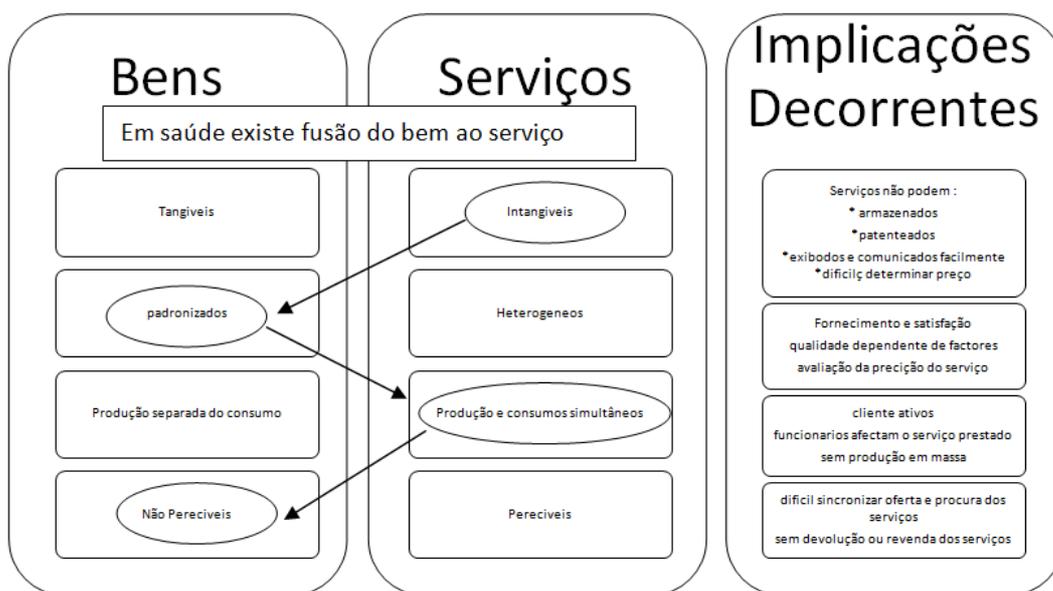
Atender, ser eficiente, encantar e deixar o paciente muito mais que satisfeito é atualmente mais que uma tendência, é um compromisso para a sobrevivência da vida clínica.

Zeitham e Biner (2003) separam a definição de serviços da de serviço ao cliente: “serviços” abrange uma ampla gama de aptidões cuja atividade principal é a entrega de serviços aos seus clientes; “serviço ao cliente” é o serviço prestado para dar apoio ao grupo de produtos principais de uma empresa.

Para Gronroos, (2004 p.66) “não importa tanto a definição de serviço, mas sim o estudo das suas características”.

Os Profissionais de saúde oferecem serviços: algo intangível, que não se pode tocar, o qual não tem forma nem embalagem, de análise subjetiva e opinião variável cuja percepção de valor é individual, não há parâmetros de avaliação definidos e a qualidade de um mesmo serviço pode oscilar tanto em função do envolvimento entre as partes como do estado físico e emocional do profissional assim como do tipo e perfil de cliente/paciente atendido. A respeito da competência, precisão diagnóstica e correta intervenção técnica, a escolha do profissional é uma livre decisão do paciente o qual vai confiar-lhe a sua saúde, a sua vida. A aprovação na prática se mede pela taxa de retorno e fidelidade dos pacientes quando sentem as suas necessidades e expectativas atendidas por um preço justo.

Kotler (2008 p.412) na sua definição remete para duas das características dos serviços, ao definir serviço como sendo “qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de algo”.



Esquema 2 - Diferenças entre bens e serviços adaptados à saúde; adaptação do esquema original de Zeithaml e Bitner (2003 p.36)

A característica mais relevante e distintiva nos serviços é a sua intangibilidade. A intangibilidade do serviço faz que existam menos características objetivas a valorizar e por isso seja mais difícil justificar os preços cobrados pelos serviços (Garcia 2006).

Zeithaml e Bitner (2003 p.36) reforçam que “pelo facto dos serviços serem atuações e ações mais do que propriamente objetos, não podem ser vistos, sentidos ou tocados da mesma forma que podemos sentir os bens tangíveis”.

A Comunicação estratégica em saúde, aliada ao marketing ajudam a canalizar as informações veiculadas por segmentos de mercado e o desejo pelas suas necessidades, na procura pela confiança.

Outro conceito revisto refere-se à gestão na saúde nos sistemas visionando que a saúde é um produto em vez de um só serviço, a procura da hegemonia através da articulação estratégica relativa aos processos económicos e administrativos do hospital levam à exploração de ângulos de comunicação para o consumo em saúde, em relação com os seus valores, emoções e relacionamento.

Concluindo, Baker (2005) afirma que embora muitos dos princípios gerais de marketing possam ser aplicados aos serviços, há áreas onde é necessário desenvolver um novo conjunto de ferramentas, nomeadamente no que concerne à intangibilidade dos serviços, à participação do cliente no processo de produção e ao desempenho dos empregados como parte integrante da oferta total do produto.

A saúde torna-se produto, no momento em que é colocada à venda, sendo como pagamento do ato médico, prestado na entidade de saúde, como hospitais ou clínicas. Nessa ocasião, torna-se objeto de consumo, aquisição e utilização; o que acontece, além da natureza física, pois o produto-saúde incorpora serviços, pessoas, locais, organizações e ideias. Assim, além da matéria-prima que é transformada em produto (clientes, equipamentos, médicos, medicamentos, hospitais), e dos serviços ofertados, a natureza do produto-saúde é determinada por mecanismos responsáveis pelo funcionamento e desempenho da organização como um todo, o que resulta no sistema de saúde.

2.2 Do Endomarketing ao serviço médico e especializado

Devido à abertura de mercado e à competitividade, as organizações procuram vantagens competitivas no intuito de manter e, se possível, melhorar o seu posicionamento no mercado.

Neste contexto, a maioria das organizações procura formas de se adequar à realidade, revendo os seus valores e modelos de gestão. Com a globalização, surgiram termos no contexto da organização como “benchmarking”, “empowerment”, “downsizing”, “endomarketing” etc.

Entre as exigências estabelecidas pelo novo cenário está a procura pelo aumento da satisfação dos clientes. Por este motivo, as organizações têm investido no exomarketing (exo = fora; marketing = identificação das necessidades e desejos dos clientes), ou seja, têm identificado as necessidades e desejos dos clientes externos, a fim de que sejam traduzidos para o ambiente interno da organização, porque não há cliente externo satisfeito se o colaborador - o cliente interno da organização - também não estiver. Daí surge o endomarketing (endo = dentro; marketing = identificação das necessidades e desejos dos clientes), com foco voltado para os colaboradores. Fruto de uma busca pela competitividade, as organizações chegaram à conclusão que, para que as mudanças aconteçam, é necessário não só o envolvimento e o comprometimento dos gestores, mas de todos os colaboradores, agentes de mudança, para que sejam efetivos.

O endomarketing é uma ferramenta de comunicação e integração contínua entre os colaboradores e a organização, e fortalece a responsabilidade de cada um sobre o resultado final. Passa a ser um instrumento fundamental que permite construir uma cultura organizacional fortalecendo o relacionamento entre clientes internos e externos. Para Bekin (2004), endomarketing é um instrumento que completa o esforço de Marketing de uma organização, mobilizando o seu público interno a aprimorar a cultura interna para prestar um bom serviço.

A área de marketing nos hospitais deve ser atuante e auxiliar no planeamento de todas as ações realizadas pela organização com o objetivo de atingir o seu público-alvo. A responsabilidade do marketing num hospital é, por exemplo, garantir o melhor

encaminhamento, visando à solução quanto ao problema básico do paciente mas, também, ampliar a satisfação oferecendo valores adicionais.

Dessa maneira, a sutura, o gesso ou a intervenção cirúrgica podem ser aliadas a um conjunto de valores agregados ao paciente como a disponibilidade de acesso a internet, farmácia, bancos e outros serviços. Além disso, podem oferecer-se orientações alimentares, sugerir exercícios e acompanhamento psicológico, tudo isso como forma não só de agradar o paciente mas de facilitar a sua recuperação.

Desse modo, o marketing hospitalar não estará a criar necessidades no paciente, muito menos a ludibriá-lo. Estará, sim, a trabalhar para a satisfação plena dos seus desejos e necessidades, aspeto fundamental para o crescimento das organizações. Na atualidade o marketing hospitalar não pode ser mais tratado como um detalhe dispensável dentro da instituição. Pelo contrário, deve participar ativamente para que a instituição tenha um comportamento organizacional competitivo.

“O principal objetivo do endomarketing é fazer com que todos os funcionários tenham uma visão partilhada sobre o negócio da empresa, incluindo itens como: gestão, metas, resultados, produtos, serviços e mercados nos quais atua.” (Brum, 1998).

O maior desafio do marketing é trabalhar incansavelmente para que a imagem projetada pela organização seja coerente com a sua identidade. Nos momentos em que os pacientes, funcionários e outros segmentos de público interagem com a organização, não pode haver dúvida sobre a filosofia de trabalho daqueles que estão ali empenhados para salvar vidas e dedicar ao paciente a atenção e o conforto necessários à sua recuperação.

2.3 O valor e qualidade da prestação dos serviços/produto na saúde

Para explorar um pouco mais o produto de saúde no contexto do marketing, deve ser lembrado que todo o produto ou serviço deve ser tomado como “algo”, que pode ser de natureza tangível ou intangível, mas que satisfaz uma necessidade ou desejo de um consumidor. E que, portanto, tem “valor” e uma dimensão económica para este consumidor.

O conceito chave aqui é o “valor”. Se o produto ou serviço visa atender uma necessidade ou satisfazer um desejo, o “valor”, tem a ver com o atendimento a uma necessidade ou desejo. O produto ou serviço em si mesmo é apenas a forma para chegar ao atendimento daquela necessidade ou satisfação daquele desejo.

O núcleo de qualquer “produto” ou “serviço” em saúde assenta na trindade da medicina:

- O médico,
- O paciente
- O encontro clínico.

O paciente procura o médico para atender uma necessidade, pode ter o desejo de ser examinado devido a um sintoma, e como pode ser uma preocupação em certificar-se de que está tudo bem. Assim, a primeira razão do encontro clínico é alcançar um conhecimento sobre a saúde do paciente por meio do exame médico. Trata-se da aquisição de uma informação, portanto, a realização do exame clínico pode conduzir a uma série de outros exames complementares.

Hult e Lukas (1995) argumentam que a oferta de serviços na saúde compreende quatro dimensões – a médica, a social, a cognitiva, e a emocional - e que o serviço de saúde deve ser organizado de tal modo a ter em conta estas dimensões e a forma como eles se ajustam ao cliente individual:

- a) Dimensão médica (sintomas e doenças físicas ou psicológicas)
- b) Dimensão social (informação sobre saúde recebida da família, amigos e colegas de trabalho, quer seja correta ou não);
- c) Dimensão cognitiva (conhecimento que o próprio paciente tem do seu problema de saúde ou de casos similares, através de pesquisa);
- d) Dimensão emocional (inclui os direitos do consumidor, de ser tratado com respeito e dignidade, respeitando as características específicas do ser humano).

Solomon (2002 p.24) definiu comportamento de consumidor como sendo “ um conjunto de processos envolvidos na seleção, compra, uso ou disposição, não apenas de produtos

ou serviços, mas também de ideias e experiências que possam satisfazer as necessidades e os desejos dos consumidores”.

Zeitham e Bitner (2003 p.50) referem que “o objetivo principal de todos os produtores de serviços e profissionais de marketing é desenvolver e disponibilizar ofertas que satisfaçam as necessidades e as expectativas dos clientes, garantindo a sua sobrevivência econômica”.

Neste contexto, Lovelock e Wirtz (2006 p.27) sentenciam que “entender o comportamento do consumidor está no coração do marketing”.

Apesar da importância que a maioria dos autores atribui ao estudo do comportamento do consumidor, Underhill (2008 p.35) declara que “a questão dos comerciantes não conhecerem o público que faz compras nas suas lojas surge constantemente”.

A segunda função do encontro clínico, além de verificar se existe ou não uma doença, é, logicamente, determinar um curso de ação. Trata-se de definir o que deve, ou não, ser feito para atender a uma necessidade de saúde do paciente. Se estiver tudo bem com o paciente, esta simples informação quase sempre atende a necessidade de conhecer o seu estado de saúde e o que levou o paciente a procurar o médico. Desse modo se encerra o ciclo do serviço.

O Marketing tem o seu espaço de combate na mente dos consumidores. O seu campo de batalha é feito dos vales e colunas do inconsciente coletivo. As suas estratégias e táticas devem operar não só em relação a valores, sentimentos, crenças, esperanças e expectativas, mas também em relação a medos, fobias, preconceitos e, enfim, a tudo aquilo que povoa o imaginário popular.

O perfil do consumidor contemporâneo – uma personagem independente, bem informado e bem defendido por leis e instituições - tem evoluído em sintonia com a dinâmica de um mundo cada vez mais competitivo e global. Frente a uma gama de opções em produtos e serviços que não tem paralelo na história, esse consumidor só poderá efetivamente desfrutar plenamente dos benefícios do mercado moderno, se tiver acesso à informação. Essa liberdade de acesso à informação é uma condição “*sine qua non*” para o funcionamento eficiente do mercado. Tanto que se constitui no pressuposto do princípio micro econômico que estabelece que as pessoas escolhem um bem em detrimento do outro, em virtude da maior utilidade que este bem lhes proporciona. Ora,

resulta evidente que, para poder comparar, o consumidor precisa de conhecer as alternativas e como diz Arrow (1963) - consiste numa forma de transferir o nível de incerteza associado ao custo do tratamento para o agente da oferta.

Logicamente, à medida que o número de opções cresce, em um cenário de mudanças rápidas e permeado de inovações e avanços tecnológicos, o Marketing cresce em importância como o canal de Comunicação entre os produtores e os consumidores, desejosos de otimizar as suas escolhas. É o consumidor final dos serviços hospitalares. A sua motivação de consumo é a necessidade premente. Segundo Rego (1989), com o aparecimento das teorias psicanalíticas, a racionalidade deu lugar ao fator emoção, e a tendência foi considerar o consumidor mais como um ser emocional do que um perfeito processador de informações. Ao receber o paciente ou a complexa família/ paciente, a instituição hospitalar precisa de estar apta a lidar com os diferentes aspetos psicológicos suscitados pelo “estado de doença”.

A doença é uma rutura, do ponto de vista físico e psicológico, do equilíbrio sobre o qual se estrutura a vida do indivíduo. Como todo desequilíbrio, traz consigo a insegurança em relação às possibilidades do restabelecimento desejado do estado anterior. A doença é, portanto, uma experiência extrema que desestrutura também as relações familiares.

O hospital precisa de estar preparado para, além de atender competentemente a real procura física dos seus clientes, é atender-lhes também a procura psicológica, esta sempre real enquanto percebida. Além disso, há a situação completamente diversa, em termos de expectativas, quanto ao resultado dos serviços prestados, para grupos diferentes de pacientes. Os pacientes cronicamente enfermos, ou os pacientes terminais e as suas famílias requerem um tipo de cuidado diferenciado ao de um adulto jovem, que sofrerá um dia de internamento para uma cirurgia de baixo risco.

A maneira como o hospital lida com o doente terminal e a sua família pode ser um fator determinante na forma como essas pessoas vão viver a experiência do sofrimento na vida humana: a morte e a perda irreversível que esta acarreta.

Segundo Kotler (2000), uma pessoa possui muitas necessidades a qualquer momento. Algumas necessidades são fisiológicas; elas surgem de estados de tensão fisiológicos, como fome, sede e desconforto. Outras necessidades são psicológicas; elas surgem de estados de tensão psicológicos, como necessidade de reconhecimento, estima e

integração. Uma necessidade passa a ser um motivo quando alcança um determinado nível de intensidade.

Ao se perceberem que são tratados com a devida atenção e deferência que a situação merece, os familiares certamente se lembrarão da forma como o sofrimento pôde ser abrandado pelo cuidado ou, pelo menos, que todo cuidado foi tomado para tal fim, e perceberão isso como qualidade.

Qualquer estratégia de Marketing que pretenda ser bem-sucedida deve levar em consideração estas proposições. É necessário colocar ainda, o problema do paciente ou da complexa família/ paciente sob a ótica do consumidor de serviços.

O paciente não é hoje o cliente passivo de antigamente, sujeito às determinações autoritárias do cuidador, médico ou hospital, propiciadas outrora pela detenção absoluta do poder e do conhecimento, estando hoje cada vez mais informado, e isso o torna cada vez mais um agente ativo do serviço prestado e, conseqüentemente, cada vez mais reivindicador e consciente dos seus direitos. Ignorar essa mudança, e persistir no modelo autoritário de assistência, pode resultar em competitividade, irreparável ao longo do tempo.

Do ponto de vista da prestação do serviço em si, o hospital tem um ponto que pode ser um privilégio ou um desastre, dependendo de como a questão seja abordada sob o aspecto de Marketing: o cliente está presente dentro da instituição hospitalar, e emite os seus sinais de aprovação ou reprovação a cada ato praticado. Uma estratégia de Marketing eficaz deve prever mecanismos de avaliação de satisfação e de correção das diferenças durante o processo de prestação do serviço.

O seu maior desafio é transmitir ao cliente uma noção dos bastidores, entendidos como toda estrutura de retaguarda que deve ser disponibilizada para que a “Hora da Verdade” seja encantadora, para usar o jargão do Marketing de serviços. A maneira como a pessoa motivada realmente age é influenciada pela percepção que ela tem da situação. Percepção é o processo por meio do qual uma pessoa seleciona, organiza e interpreta as informações recebidas para criar uma imagem significativa do mundo (Kotler, 2000).

Na elaboração de estratégias voltadas ao cliente/ paciente, este tópico merece considerações muito especiais. Aqui reside o cerne ainda intocado dessa gestão. Porque, em Marketing hospitalar, ao contrário de outros tipos de serviços, cria o desejo e a

procura do paciente que parece ser uma questão muito mais complexa. É o desafio a ser vencido.

Para Garcia (2005), entretanto, em qualquer estratégia de marketing deve evidenciar-se o lado humano como condição básica, pois esse passa a ser a razão central de uma política administrativa focada no acolhimento ao paciente. O investidor hospitalar, o diretor, o médico, toda a equipe paramédica, tem claro o objetivo a ser atingido no Marketing hospitalar: diante da necessidade premente, o cliente lembrar-se-á primeiro do nome do hospital que o tratou bem. A questão é que ele faça isso por um real valor percebido, que seja ligado diretamente ao real investimento do negócio hospitalar (identificado como toda a infraestrutura tecnológica e de recursos humanos que permite o cuidado de qualidade e que é onde se aloca o grande custo da atividade) e não aos aspectos periféricos.

Portanto, é preciso criar métodos para fazer o cliente/paciente procurar pelo investimento, que gerou qualidade técnica de atendimento criando, com isso, um diferencial competitivo.

2.3.1 Qualidade dos Serviços

Gronroos (2004 p.89) sustenta que “a vantagem competitiva de uma empresa depende da qualidade e do valor dos seus bens e serviços”.

Eiglier e Langeard (1991 p.88) defendem que, “Existe um consenso sobre a identificação de dois elementos na definição da qualidade: um objetivo e outro subjetivo. A qualidade objetiva é aquela que respeita aos constituintes físicos do produto; a qualidade subjetiva traduz-se na satisfação do cliente, pela sua percepção, as suas expectativas e os atributos que associa ao produto.”

A “qualidade de serviços percebida resulta da comparação dos clientes entre o serviço que percebem ter recebido e o serviço que esperem receber” (Lovelock e Wirtz, 2006 p.35).

Com a mesma opinião, Saias (2007 p.325) salienta que “não basta que a qualidade do serviço coincida com a definição que dele fazem os consumidores; mas também é necessário que eles percebam isso”.

Para Kotler (2008), uma das principais maneiras de uma empresa de serviços se diferenciar dos concorrentes é prestando serviços de alta qualidade ao consumidor alvo. As suas expectativas são formadas por experiências passadas, divulgação boca a boca e publicidade da empresa de serviços. Os consumidores escolhem assim os prestadores de serviços e, após serem atendidos, comparam o serviço recebido com o serviço esperado.

Kotler (2008) explica que existem três providências a tomar, de forma a controlar a qualidade: (1) seleção e formação do pessoal – o pessoal deve ser amável e prestativo; (2) padronizar o processo de prestação de serviço – representando fluxogramas com as etapas do processo; e (3) avaliando e acompanhando a satisfação do cliente através de sistemas de sugestões, reclamações e comparação da compra, possibilitando a correção dos serviços fracos.

Ainda acerca da qualidade do serviço, Rego (2008) citando Avedis Donabedian (2003), aponta alguns atributos dos cuidados de saúde, que no entender deste autor, definem a qualidade, são eles: eficácia, efetividade, eficiência, optimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Kuazaqui e Tanaka (2008) reforçam que um serviço de saúde de qualidade é formado por três níveis que deverão estar em equilíbrio permanente: (1) serviço de qualidade essencial percebida, intimamente relacionado com o tratamento; (2) serviço de qualidade física, estreitamente relacionado com a estrutura física, os equipamentos ou mesmo a decoração; (3) serviço de qualidade complementar, correlacionado com o apoio dos pacientes e acompanhantes, como sejam a hotelaria hospitalar.

Capítulo III – Tecnologias digitais na saúde

A prestação de serviço em saúde está relacionada com conceitos da saúde e bem-estar do paciente mas também com tecnologia, pelo que os avanços e mudanças são uma constante, requerendo competências várias.

A nova onda de tecnologia permite a conectividade e interatividade entre as pessoas e redes, esta força assenta em três grandes equipamentos: computadores, smartphones, tablets ligados à internet - a era da participação. Esta era de tecnologia permite aos utilizadores lerem e comentarem, como também partilharem e criarem conteúdos, tornando os consumidores em pro-consumidores.

Presente isto, a onda tecnológica é um facto é dividida em duas amplas categorias: a das formas de media sociais expressivas, como blogs, twitter, youtube, facebook, sites de networking; e a outra categoria os media colaborativos, que inclui websites como wikipedia, Craigslist, entre outros.

Sendo “ o sector da saúde nitidamente um sector info-intensivo, cada vez mais dependente das tecnologias da informação e das comunicações” (CCE, 2004, p.7), conclui-se que a Internet representa um poderoso instrumento de “gestão do conhecimento” para a área da saúde, envolvendo vários “players” (classe médica, pacientes e os seus familiares, os hospitais, indústria farmacêutica, sociedade científica e, por fim, a sociedade civil em geral).

A ciência e tecnologia para a medicina não existe só para a criação de drogas medicamentosas mas também, na procura dos melhores equipamentos para assistência médica e do paciente. Dessa prática o médico faz uso de exames complementares de diagnóstico para observação do paciente, onde por vezes se pode achar que essa prescrição é abusiva no sentido de por vezes não serem totalmente necessários, nessa perspectiva o “culto” não está só presente no médico mas também no “culto dos aparelhos”, provenientes de um processo científico, só que com funções mais de mercado do que propriamente de complementaridade do diagnóstico.

Além disso, IBM (2007), apresenta na sua lista “five in five” – as cinco tecnologias que mudarão a maneira como vivemos em cinco anos – duas inovações relacionadas a este trabalho: a primeira da lista é a facilidade em disseminar as informações médicas, graças ao avanço das comunicações e à habilidade de captura dos dados médicos, permitindo que o tratamento da saúde se desloque do tradicional consultório para onde

está o paciente. A segunda inovação (quinta da lista), embora não seja especificamente relacionada com a área médica, apresenta a iteração dos equipamentos pessoais com o ambiente – tecnologia de presença.

3.1 A cibercultura, redes e as relações online

É difícil imaginar a cibercultura no século XXI sem pensar em *mobilidade*, porém ela não se refere somente ao espaço virtual. Também está presente ao caminharmos por um espaço físico e nos nossos sonhos e pensamentos, no espaço imaginário de todos nós. Todos esses espaços estão conectados de diversas maneiras, sendo que transitamos por entre as barreiras deles mais do que pensamos. Esses territórios – ou espaços – constroem em conjunto o espaço simbólico, onde as trocas sociais e de informação acontecem. A junção do espaço eletrônico e do espaço físico resulta no território informacional, que tem como base a rede de conexões, onde cada um de nós é um ponto de informação.

Assim, Lemos (2006) propõe pensar em três questões cotidianas que não percebemos acontecer: (1) Desterritorialização, (2) Reterritorialização e (3) Des-re-territorialização.

(1) Desterritorialização: refere-se ao momento em que ultrapassamos a fronteira de um território, mudando em termos de processos, hábitos e práticas, dentro de contextos já estabelecidos. Ex.: a criação do telemóvel como tecnologia de informação.

(2) Reterritorialização: consolidar o processo (1). Reorganizar o contexto de um sistema, combinando antigas e novas práticas. Ex.: a massificação do telemóvel na sociedade, por considerá-lo item indispensável para comunicar-mos.

(3) Des-re-territorialização: quando os processos (1) e (2) se repetem, após a entrada de uma nova tecnologia no contexto, por exemplo. Ex.: a inserção do serviço via rádio para telemóvel.

Deste modo, o ciberespaço cria as linhas de fuga necessárias à desterritorialização, mas também cria espaços de reterritorialização como os blogs. A des-re-territorialização ganha espaço em campanhas pró-*softwares* livres, nas redes sociais, entre outros. “O que tem feito do ciberespaço um mecanismo de libertação da emissão, de reconfiguração cultural e de sociabilidade coletiva em rede é a potência para a criação de linhas de fuga num espaço de control informacional” (Lemos, 2006, p.7). Com o

processo (3), o ciberespaço proporciona diferentes práticas de trabalho, inédito em ideias virtuais, além de reconfigurar os relacionamentos pessoais/virtuais.

“Compreender a cibercultura só é possível a partir de um pensamento móvel, que dê visibilidade a processos de mobilidade urbana, de cidades globais e nomadismos informacionais” (Lemos, 2006, p. 8-9). Vemos então que a mobilidade é fundamental para se pensar na comunicação do nosso cotidiano. Os potenciais de exploração pela comunicação da mobilidade são, sem dúvidas, um mercado próspero. Criação de aplicativos para *tablets* e telemóveis, oportunidades via SMS e web sites móveis, além das redes sociais, que abrem um grande leque de chances e hipóteses à espera para serem pesquisados e trabalhados.

As redes têm a lógica da colaboração, em que as contradições descrevem o processo necessário de pluralização dos pontos de vista numa realidade plural e dinâmica, e em contínua redefinição. Nesse sentido, Di Felice (2008) afirma que o advento das novas tecnologias não transforma apenas os processos, mas também os sentidos e as percepções. Ao falar sobre as três revoluções comunicativas, da escrita, da imprensa e da mídia de eletrônica de massa, o autor afirma que estamos a viver a quarta revolução comunicativa, a das tecnologias digitais. Cada revolução trouxe novas tecnologias para o cotidiano das pessoas e, com isso, novas práticas sociais e novas formas de interação. Comparando o período da terceira revolução, da comunicação de massa, com a contemporaneidade, Di Felice afirma que “as fórmulas da sociedade de massa, baseadas na distinção entre emissor e recetor, empresa e consumidor, entre instituições e cidadãos, entre público e privado, não conseguem explicar a complexidade das interações sociais nem as formas metageográficas contemporâneas” (Felice, 2008)

As redes digitais trouxeram, portanto, uma nova forma de comunicação feita de fluxos e trocas de informações “todos-todos”. A temporalidade também é diferente, praticamente em tempo real, sendo todas as formas de comunicação na web instantâneas.

De acordo com o autor, a mudança dos processos comunicativos das tecnologias analógicas para as digitais alterou a direção dos fluxos comunicativos e a posição e a identidade dos inter-agentes. Nesse novo modelo, a distinção emissor e recetor é substituída por uma “interação de fluxos informativos entre o internauta e as redes, resultado de uma navegação única e individual”. As novas tecnologias, no entanto, não

anulam a existência das antigas, antes elas coexistem e criam muitas novas situações sociais.

Para se poder analisar melhor as redes sociais é preciso saber do que elas são constituídas. Redes sociais são formadas por dois elementos: utilizadores e as conexões. Os utilizadores somos nós da rede. As conexões são as interações ou laços sociais que ocorrem e sem formam entre nós. No livro “Redes Sociais na Internet” (2009), Raquel Recuero apresenta a seguinte definição para rede social: “uma rede social é definida como um conjunto de dois elementos: utilizadores (pessoas, instituições ou grupos; os nós da rede) e as conexões são (interações ou laços sociais) (Wasserman e Faust, 1994; Degenne e Forse, 1999). Uma rede, assim é uma metáfora para observar padrões de conexão e um grupo social, a partir das conexões estabelecidas entre os diversos utilizadores. A abordagem de rede tem, assim, o seu foco na estrutura social, onde não é possível isolar os utilizadores sociais nem as suas conexões.”(Recuero, 2009 p.24)

Assim como na sociedade, os usuários das redes online interagem de maneiras diferentes, comportam-se de maneiras distintas; tudo de acordo com o grupo com que eles se encontram naquele momento. Uma das características mais relevantes do mundo online é que os utilizadores têm um certo controlo sobre a construção da identidade e sobre a exposição na rede. Segundo Lemos e Sibilia, e Döring, citados por Raquel Recuero (2009), existe um processo de constante construção do “eu” por parte dos atores do ciberespaço. É possível assim, através de um perfil, decidir qual parte do “eu” que o utilizador quer mostrar nas redes sociais.

As conexões são formadas pelos laços sociais que surgem da interação entre os atores e podem ser percebidas graças aos rastros sociais deixados por eles. A interação seria, assim, o elemento fundador das relações sociais onde ela pressupõe ação comunicacional, sendo assim um reflexo comunicativo entre os utilizadores. A interação possui algumas características, como a falta da linguagem não-verbal e a influência das possibilidades oferecidas pelas ferramentas utilizadas pelos utilizadores. Assim, a autora separa as interações em alguns grupos pois elas podem ser síncronas ou assíncronas (Reid, 1991), podem ser mútuas ou reativas (Primo, 2003).

Essas relações formam, por fim, os laços sociais, que são as efetivas conexões entre os utilizadores. Eles podem também se dividir em categorias, como laço dialógico ou laço

associativo, e ainda laço forte ou laço fraco. Os laços associativos são constituídos de interações sociais reativas, enquanto que laços dialógicos são constituídos de interações mútuas. Os laços fracos são importantes para interligar grupos com laços fortes entre si

A autora também desenvolve o conceito de capital social que segundo Recuero (2009), seria um conjunto de recursos num determinado grupo, que pode ser usufruído por todos os membros e desfrutado individualmente, baseando-se na reciprocidade. O capital social “está embutido nas relações sociais e é determinado pelo seu conteúdo”.

As relações mediadas por computador têm como propriedade a capacidade de migrar. O conjunto dessas interações sociais forma relações sociais, que por sua vez geram laços sociais (Recuero, 2009). Logo, todo o laço social é considerado relacional, pois só acontece em relação a outro utilizador. Laços sociais podem ser divididos de acordo com as suas propriedades: em laços associativos e laços dialógicos. Os laços relacionais dialógicos (Recuero, 2009) são aqueles constituídos através da interação mútua (Primo 2003), ou seja, passam a existir através das relações interdependentes e dos processos de negociação, tendo como característica a imprevisibilidade.

3.2 A Internet e as TIC nos profissionais de Saúde

As novas orientações no sector da saúde em Portugal, nos últimos anos tem vindo a trazer novos perfis profissionais não só leigos como também médicos ligados às novas tecnologias da saúde. A partir desta premissa em que é necessário profissionais qualificados em que é relevante os perfis profissionais estarem ligados às “profissões das tecnologias da saúde”³, deixa prever a emergência destas novas trajetórias de profissionalização. Esta questão tecnológica é interessante verificar o saber dos profissionais associados às tecnologias aquando do uso dos recursos estratégicos.

Segundo Freidson (1984) “A medicina em sentido lato (a arte de curar), é antes de mais um ofício, uma ocupação, que consiste em prestar um serviço, sobre a forma de diagnóstico e de tratamento das doenças daqueles que vêm consultar o médico.” (Freidson, 1984 p.15)

³ O campo das tecnologias da saúde é constituído por 18 grupos profissionais ligados a várias áreas da saúde, nomeadamente com intervenção no âmbito do diagnóstico e da terapêutica e reconhecidos pelo Decreto-Lei 220/99.

Dando a devida importância à internet no profissional na saúde, quanto mais ele se envolve na internet e ao mesmo tempo em interações virtuais, acaba por se encontrar em todos os domínios da sua vida. (Mitchell, 1999 e 2003) No advento das novas formas de comunicação, seja ela sem fios, do telemóvel às sms, elas fazem amplificar a forma de socialização dos grupos mais jovens da sociedade. As tecnologias estão interligadas com as pessoas e desse modo às suas vidas, estão conectados desde uma realidade virtual a uma virtualidade real (Castells, 2002), com uma forma de viver dentro e com a tecnologia de comunicação articulando-as conforme as suas necessidades (Espanha, Soares e Cardoso, 2006).

Deste modo são visíveis potencialidades com propensão com a utilização da internet enquanto a tecnologia social torna-se em novas relações sociais e em novas sociabilidades no qual o contato físico tende a manter-se mas não em todos os sentidos. Esta nova forma de mediação vem então alargar as possibilidades de contacto que se desenvolvem e que aparecem na sociedade que de um modo geral reforça as relações sociais já existentes (Cardoso, 2005b).

Está a acontecer uma desmaterialização do acesso à internet e às tecnologias digitais que esta a provocar uma revolução semelhante à que o telemóvel fez na comunicação sem fios e na longa distância. A justaposição dos vários meios de comunicação torna-se numa ligação à presença física do nosso corpo tornando-se um permanente “anywhere just in time”.

Através da internet a tecnologia da informação e comunicação foram a revolução das sociedades contemporâneas da qual se vive uma experiência de poder num espaço em tempo virtual que nos dá capacidade de conhecer novas maneiras de fazer, de ser e viver num mundo atual suscitando alterações de fundo em todas as esferas de ação humana.

Castells (2004c) introduziu um conceito “ de sociedades das comunicações móveis” da qual fez uma análise dessas mesmas num contexto contemporâneo e pretendeu dar uma nova estrutura da vida social que resultou da mobilidade proporcionada pelas comunicações móveis. Uma vez que as comunicações sejam elas móveis ou pela internet são parte central da vida humana, o advento da tecnologia fez-nos capazes de permitir que a comunicação pudesse acontecer em qualquer parte e de uma forma que trouxe profundos efeitos sociais.

Desta forma a profissão médica em posição dominante permite definir que os outros grupos profissionais que não médicos ocupem na divisão do trabalho uma situação em subordinação na comunicação. Isto significa que é a partir do próprio trabalho médico e da centralidade da sua profissão na execução dos cuidados de saúde define posições funcionais relativas ao desempenho realizados por outros profissionais (Carapinheiro 1993).

3.3 As TIC e a Telemedicina

Com a crescente utilização das TIC particularmente nas questões de telemedicina e ehealth é passível de certeza que da internet aos telemóveis existe uma forma da mediação tecnológica a qual esta cada vez mais existente na transmissão da informação e comunicação na saúde. Esta nova forma de mediação tecnológica trouxe consigo um novo modelo da própria relação médico/ paciente, trazendo assim um novo modelo de interação entre os sujeitos.

Conforme Rice e Katz (2001), existe um aumento da procura da informação sobre saúde por parte dos pacientes que não leva diretamente a uma substituição dos prestadores dos cuidados médicos, nem tao pouco a uma diminuição da confiança neles. Mais uma vez os médicos são o foco fundamental na própria conexão em que os utentes desenvolvem com a informação disponível online; uma dinâmica na relação médico/ paciente tornando-se também numa futura construção da autonomia por via de colheita e do uso da informação sobre saúde acessível nos vários meios a que os utentes têm acesso.

A ênfase da relação dos profissionais da saúde e utentes com as TIC tem proporcionado o seu relacionamento mediado pelas tecnologias da informação e comunicação que é um dos aspetos que mais revelou preocupação nos investigadores. (Akerkar, 2004; Friedewald, 2000; Kivitz, 2004; Anderson, 2003). Na sua grande maioria as teorias assentam no estudo desta nova forma de relacionamento entre médico e paciente.

Esta realidade vem confirmar a importância das Tecnologias de Informação e Comunicação, as TIC, no mundo em que vivemos. Ciente da sua importância para a sociedade, a Comissão Europeia desenvolveu a iniciativa e-Europe na qual se inserem uma série de diretrizes para os chamados cuidados de saúde online (e-Health):

“ (...) Muito rapidamente as TIC's tornaram-se um componente vital para a eficiência e a gestão dos sistemas de saúde na Europa e o seu uso na saúde irá conhecer um forte crescimento.” (Europe Information's Society, n.d.)

Apenas a título informativo, apresenta-se a definição da União Europeia sobre e-health:

“ O conceito «saúde em linha» refere-se ao conjunto de ferramentas baseadas nas tecnologias da informação e da comunicação utilizadas para apoiar e reforçar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, bem como para controlar e gerir questões relacionadas com a saúde e o estilo de vida.

A saúde em linha abrange a interação entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde, a transmissão de dados entre instituições, a comunicação entre pares, entre os doentes ou entre os profissionais de saúde; inclui, além disso, as redes de informações sobre saúde, os registos de saúde eletrónicos, os serviços de telemedicina, os sistemas de comunicação pessoais e portáteis para monitorizar e prestar assistência aos doentes”. (SAÚDE EU, n.d.)

No domínio dos sistemas de informação, é essencial a existência de fiabilidade e atualidade de dados, os quais se devem relevar nas diversas perspectivas com que se aborda o sistema de saúde.

Estes devem garantir a eficiência e segurança de fluxos de informação, eliminando a duplicação de atos, designadamente de diagnósticos e, simultaneamente, potenciar a celeridade, a eficiência e proximidade dos sistemas de saúde.

De acordo com a WHO – World Health Organization – telemedicina é a entrega de serviços de saúde, onde a distância é fator crítico, usado por profissionais da saúde usando tecnologias de informação e de telecomunicação para a troca de informações válidas. Essas trocas de informações revelam-se uteis para diagnósticos, tratamentos e prevenção de doenças e ferimentos, pesquisa e avaliação e para a educação continuada dos provedores de saúde, tudo no interesse do avanço da saúde dos indivíduos e de suas comunidades.

As TIC têm sido usadas na medicina ao longo de vários anos, uma das principais referências à telemedicina na literatura data de um artigo publicado em 1950, que fazia

descrição da forma de transmissão de imagens radiológicas por telefone. (Demiris, 2003)

Os avanços tecnológicos do setor da informática na saúde e das telecomunicações convergem e envolvem-se na transferência remota de dados, sinais e imagens médicas para melhor desenhar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente.

Da junção de três áreas chave tais como, telecomunicações, telemática e tecnologias de informação e medicina resulta a área de estudo a telemedicina. (Faria, 2003)



Esquema 3 - Adaptação do conceito de Faria, 2003 sobre a convergência das áreas chave da telemedicina

A área da telemedicina comporta bons indicadores quanto à sua potencial utilização e aceitação pelos utilizadores em que *mais de 1/5 dos Hospitais praticam actividades de telemedicina, com destaque para a teleradiologia e a teleconsulta, exercidas em, respetivamente, 83,7% e 53,1% dos hospitais que têm telemedicina.* (INE, 2011. Utilização das TIC)

Alguns fatores são decisivos para a utilização da Telemedicina e da Telesaúde em Portugal:

- A necessidade de reduzir os custos com a Saúde, melhorando os níveis de serviço;
- A falta de médicos em Portugal, em geral e no interior do país;
- A necessidade de reduzir a "pressão" nas urgências dos Hospitais;
- O contínuo envelhecimento da população portuguesa;

- A necessidade de reduzir o tempo de hospitalização, dos doentes, nomeadamente com doenças crónicas;
- A importância da diminuição dos custos com o transporte dos Pacientes e a sua qualidade de serviço;
- As tecnologias como as telecomunicações móveis 3G, tecnologias wireless Bluetooth;
- A estratégia do Plano Tecnológico com a utilização massiva da internet de banda larga.

Segundo a ATA - American Telemedicine Association - Telemedicine, Telehealth, and Health Information Technology, telemedicina é o uso de comunicações eletrônicas e tecnologias da informação para prover serviços clínicos quando os participantes estão em localizações diferentes. Intimamente associado à telemedicina é o termo telesaúde. Este termo é frequentemente usado para abranger uma gama de aplicações de tecnologias à distância como ensino à distância, atendimento médico à distância, e outras aplicações onde as comunicações eletrônicas e as tecnologias de informação são usadas para suportar serviços de cuidados à saúde. A videoconferência, a transmissão de imagens imóveis, a e-saúde (e-health) incluindo portais de pacientes, a monitoração remota de sinais vitais

Atualmente, os registos médicos são ainda maioritariamente efetuados em papel. No entanto, existem várias experiências de registos clínicos informáticos, o chamado processo clínico eletrónico, ou prontuários digitais.

O termo saúde de proximidade vem “garantir a prestação de serviços de saúde informados e de qualidade, através da disponibilização de informação de saúde do cidadão e de serviços eletrónicos de saúde, no local, no formato e no instante onde são necessários. O acesso à informação e aos serviços, pelo cidadão ou pelo profissional de saúde, será efetuada de forma adequada, consentida e segura.” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2010)

Assim, “para além da reorganização dos serviços de saúde em curso, do desenvolvimento de uma centralidade no cidadão, da implementação de um Sistema de Informação de Saúde, integrado e interoperável, importa ter em conta todo o património que resulta das políticas executadas no domínio das infraestruturas tecnológicas das Redes de Nova Geração, no aumento da literacia em TIC, na melhoria do sistema

nacional em I&D e dos processos de transferência de tecnologia com potencial de inovação e de empreendedorismo”. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2010)

Segundo Almeida, Neira, Hummel e Pisa (Almeida, Neira, Hummel, & Pisa, 2008), os pontos fortes da telemedicina podem ser enunciadas em quatro tópicos chave: (1) a possibilidade de acesso à saúde de populações em áreas remotas; (2) a possibilidade de tratamentos e cuidados ao paciente, sem obrigatoriedade de deslocações e (3) a possibilidade de atendimento e qualidade de serviço, com equidade e universalidade, independentemente da localização geográfica dos pacientes.

De acordo com o Portal da Saúde⁴ (Ministério da Saúde), a telemedicina pode dividir-se em "Teleconsulta" e em "Tele-diagnóstico. A teleconsulta é um serviço síncrono, em que um médico remoto comunica em tempo real com um doente (acompanhado presencialmente por um médico ou outro profissional de saúde), suportado por um sistema de comunicação. O grande futuro da Telemedicina está no Telediagnóstico, que é um serviço no qual um médico de forma remota recebe informação do doente (imagens médicas, resultados de análises de patologia clínica, eletrocardiograma ou sinais biológicos) e faz a análise, elabora o relatório de diagnóstico e remete-o a origem.

Apesar dos mais sofisticados sistemas de diagnóstico da atualidade (exemplo TAC, RM, Angiografia), os registos são até ao momento, em papel, película fotográfica, mostram que os registos digitais estão longe de uma maior facilidade de agrupamento do historial clínico do paciente para visualização do médico e acesso do doente. A impossibilidade de registos digitais têm motivado que grande parte dos registos médicos e de exames do paciente se percam ou extraviem, com inevitável ineficácia na informação produzida, dificulta o trabalho médico.

A proposição de uma logística assistencial por meio de facilitação do acesso a dados de diagnóstico, planeamento e avaliação das ações de saúde, inerente ao processo de determinação da doença, de construção do modelo de atenção das relações entre os serviços e a população, as identidades sociais, aos processos de construção do conhecimento trata-se de comunicação em saúde para ser mais aberta, estável, interativa, descomplexa, onde exista cooperação na comunicação.

⁴ <http://www.portaldasauade.pt/portal> acesso em 12/12/12

O desenvolvimento do processo clínico eletrônico e a digitalização para o arquivo digital faz dos exames complementares de diagnóstico as ferramentas tecnológicas para a webização da informação médica e a partilha desta informação centrada no doente e para o doente.

Esta inovação do processo clínico eletrônico só será completa se preencher também, os aspetos relevantes da informação médica, que são os exames complementares de diagnóstico: laboratoriais, imagiológicos, cardiológicos. Estes contribuem para os elevados custos da saúde, mas são indispensáveis para a confirmação diagnóstica na moderna medicina tecnológica.

As aplicações da telemedicina são muito amplas, pois abrangem desde o primeiro contato entre o médico e o paciente, a formulação diagnóstica, o tratamento clínico e até intervenções cirúrgicas com o auxílio de qualquer meio de comunicação que una pontos distantes fisicamente. Assim, esse método é capaz de conectar centros de referência com unidades de atendimento da periferia, proporcionando assistência em dúvidas diagnósticas, condutas e ensino (Hersh et al, 2001, Vuckovic et al, 2003).

Desde 1994 que são realizados projetos para o desenvolvimento e promoção da telemedicina em Portugal. A partir de 2004 começaram a ser utilizadas as primeiras plataformas de telemedicina, no Alentejo com a plataforma TeleMedAlentejo; em Aveiro com o projeto Rede Digital de Saúde da Ria de Aveiro e a Rede Telemática da Saúde, ambos incluíam a telemedicina com telediagnóstico. Em 2006 avançam projeto no norte do país como o Caleno – Telemedicina em Castela e Leão e no Nordeste Transmontano e o Projeto Gamite – Galiza e Minho através da Telemedicina; outro projeto avançou no Porto projeto UPIP (Urgência Pediátrica Integrada do Porto) Em 2007 avança na região do Algarve após experiências iniciais de Teleconsulta, com telediagnóstico entre Hospitais, Centros de Saúde e Centros da Especialidade. Nesse mesmo ano houve um desenvolvimento exponencial que abrange todo o território nacional. O INEM desenvolve uma oferta de serviços de emergência pré-hospitalar, coordenadas por um centro de interação central, o CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Na ligação com o centro de médicos são usados serviços de Telemedicina – voz, dados e imagens; outro dos avanços foi o sistema de interação Saúde 24 – linha de contacto (24 horas por dia, 7 dias da semana) durante todo o ano,

está em pleno funcionamento desde Abril de 2007 (Carrasqueiro et al., APDSI, 2007 pag. 103-111).

A telemedicina já usada em diversas áreas da medicina para atendimento de utentes. As especialidades abrangidas nas práticas da Telemedicina (Vasconcelos da Cunha e al., 2004 –APDSI, pag.124) praticadas em Portugal, são: - Anatomia Patológica;- Cardiologia e Cardiologia Pediátrica;- Dermatologia;- Genética Médica;- Endocrinologia (Diabetes);- Neurologia;- Obstetrícia;- Oncologia;- Ortopedia;- Radiologia e neuro-radiologia.

Assim as tecnologias de informação e comunicação constituirão um instrumento determinante para a promoção da cidadania em saúde através da capacitação do cidadão em saúde, do incremento da sua literacia em saúde e da disseminação de informação preventiva e de promoção de estilos de vida saudáveis.

A telemedicina e a *e-health* assumir-se-ão como um meio de fomentar o acesso e a equidade na prestação de cuidados de saúde. A saúde terá como desígnio a proximidade do cidadão. Para esta evolução foi fundamental a prossecução de um modelo de Sistemas de Informação da Saúde, que de forma integrada substitui uma lógica de prestação isolada de cuidados de saúde e que criará condições para que as diversas unidades de saúde, nas suas diferentes dimensões, missões e especialidades, possam hoje cooperar, de uma forma integrada, na prestação de melhores cuidados de saúde ao cidadão, tendo por base uma organização nele centrada.

Capitulo IV – Metodologia

No presente capítulo caracterizamos a amostra e os procedimentos da recolha de dados.

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra inquirida foi constituída por conveniência (n= 286). Para este estudo foi realizado um questionário com perguntas de carácter obrigatório e perguntas condicionadas. A amostra foi constituída simplesmente por utentes.

Tabela 1 – Características da Amostra

<i>Características da Amostra</i>	n	%
Idade		
18-25 anos	104	36
26-35 anos	114	40
36-45 anos	48	17
+45 anos	20	7
Género		
Feminino	141	49
Masculino	145	51
Nível de estudos		
Menos do 9º ano	7	2
2º Ciclo (9º ano)	8	3
3º Ciclo (12º ano)	102	35
Licenciatura	110	37
Mestrado	51	17
Doutoramento	1	0
Especialização	15	5
Ensino Complementar	1	0
Situação Profissional		
T. por conta própria	24	8
T. por conta de outrém	158	55
Estudante	36	13
Reformado	0	0
Desempregado	65	23
Outro (Trab. Estudante)	3	1
Zona Habitacional		
Zona Norte (Porto)	216	76
Zona Centro	24	8
Zona Lisboa e Vale do Tejo	41	14
Zona do Alentejo	1	0
Zona do Algarve	3	1
Ilhas (Açores e Madeira)	1	0

A tabela 1 apresenta a distribuição da amostra relativamente às diferentes variáveis.

Na variável idade, os dados recolhidos mostram que a amostra de influência está maioritariamente nos grupos etários dos 18 aos 35 anos, 36% e 40%, respetivamente.

Relativamente à idade, o número de respostas do sexo feminino é ligeiramente inferior, 49%, ao do sexo masculino em que houve 145 respostas ao questionário representado no equivalente a 51%, sendo uma amostra equilibrada.

Quanto ao nível de estudos, mostra que há mais indivíduos que têm a escolaridade obrigatória (12ºano) e com o grau de Licenciatura.

A distribuição da amostra conforme a situação profissional apresenta que dos inquiridos 55% trabalham por conta de outrem, 13% mostra serem estudantes, 23% afirmam serem desempregados e 8% trabalham por conta própria.

Dos inquiridos, 76% pertencem à região norte, e 14% da região de Lisboa e Vale do Tejo.

4.1.1 Tipo de estudo

O estudo é não probabilístico por conveniência. De acordo com Anderson, Sweeney e Williams (2007) as amostras por conveniência têm a vantagem de permitir que a escolha de amostras e a coleta de dados sejam relativamente fáceis; entretanto, é impossível avaliar a “excelência” da amostra em termos de sua representatividade da população. Uma amostra por conveniência tanto pode produzir bons resultados como não; nenhum procedimento estatisticamente justificável possibilita uma análise de probabilidade e inferência sobre a qualidade dos resultados da amostra.

Pode considerar-se que a amostra é também de conveniência, devido ao facto, do modo de recolha dos dados ter sido feita pela internet; maioritariamente, através do Facebook, mensagens privadas, contactos e por email.

Os dados foram recolhidos entre 6 de Dezembro de 2013 e 20 de Março de 2014.

4.2 Método de pesquisa

De acordo com Bell (2002, p. 20): *“Os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles. Realizam medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzem a conclusões quantificadas e, se possível generalizáveis. Os investigadores que adotam uma perspectiva qualitativa estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo. Procuram compreensão em vez de análise estatística.”* (Bell 2002, p. 20)

4.2.1 Pesquisa teórica

De forma a alcançar os objetivos do estudo, recorreu-se a uma metodologia quantitativa para a revisão dos modelos teóricos e enquadramento temático. Esta pesquisa pretende procurar respostas e relacionar as estratégias de marketing na comunicação em saúde e na relação entre médico e paciente.

4.2.2 Métodos de recolha de dados

O questionário constituiu-se por respostas fechadas, de resposta alternativas, escolhas múltiplas e respostas de escala por exemplo do mais satisfeito ao menos satisfeito – escalas de Likert. Foi compilado e estruturado de forma a tentar responder aos objetivos da investigação. Realizou-se um pré-teste (n=5) para verificar a conformidade e adequação do questionário conforme a metodologia apresentada por Hill e Hill (2002 p.76), na qual pressupõe três fases de análise:

- O questionário deve ser aplicado pelo investigador a uma amostra reduzida (5 a 6 elementos por divisão de grupo);
- Do preenchimento do questionário é pedido às pessoas que participaram a determinar problemas ou falhas durante o preenchimento;
- Realizar uma análise. Os questionários, de todos os grupos, são objeto de uma análise básica de forma a detetar as perguntas com pouca potencialidade e a forma de distribuição das perguntas.

Foi realizado o formulário pelo Google Drive online – Formulários e divulgado pelo Facebook e por email.

O questionário foi realizado de forma anónima respeitando a proteção dos dados e as informações recolhidas, esclarecendo aos intervenientes, que os dados seriam para um estudo académico no âmbito da conclusão de mestrado e não teriam outro fim.

As perguntas pertinentes a este projeto foram:

- Localização geográfica;
- Habilitações académicas;
- Situação laboral;

- Idade;
- Sexo;
- Pertença de computador ou portátil;
- Pertença de telemóvel com ligação 3G ou Wifi;
- Horas de ligação, por dia, à internet;
 - No computador
 - No telemóvel
- Nível de interação diário em redes sociais em conversação online;
- Deslocações às urgências por ano;
- Quantidade de vezes que vai ao médico por ano;
- Para ir ao médico se necessita de faltar ao trabalho/escola;
- O tempo que demora desde o momento que chega ao local da consulta e é atendido pelo médico;
- Quanto tempo demora a consulta;
- Quando vai ao médico o que procura;
- Relação que tem com o seu médico assistente;
- Qual o nível de interação que o médico tem para consigo;
- Potencialidade de consultas online;
- Uso das tecnologias digitais e *mobile* para consultas;
- Tipo de relação e acompanhamento que pretende numa consulta online;
- Benefício das consultas online para si, como paciente;
- Nível de Socialização que gostaria de ter com o médico assistente se fosse online.

Uma vez o questionário foi realizado online e com respostas de carácter obrigatório garantiu respostas completas sem falhas de perguntas, ou seja, os questionários ficaram completos.

O questionário utilizado constituiu-se por 60 itens, com várias perguntas de resposta fechada (múltipla escolha e alternativa) e de carácter obrigatório.

A primeira – Dados Gerais – contém questões destinadas à caracterização sociodemográfica da amostra, tais como: género, estado civil, idade, habilitações, entre outros.

A segunda – Caracterização da envolvente de uma consulta presencial – tem como objetivo a recolha de dados sobre a saúde dos inquiridos, e o ambiente da consulta presencial.

A terceira – Caracterização da relação /interação durante a consulta presencial – comporta itens de avaliação da relação.

O quarto – Usabilidade de Tecnologias de Informação – procura determinar a forma do uso no digital.

O quinto – Potencialidade para consultas online – determinar as vantagens e limitações a esta modalidade de consulta.

O sexto – Portal do Utente/ PDS – avaliar o conhecimento da plataforma e o benefício do seu uso.

Nas questões com recurso ao uso de escala, foi sempre utilizada a de Likert com dez pontos. Nos itens relacionados com a pertinência de aspetos relevantes desta escala, ela varia entre 1 “nada pertinente/relevante”, e 10 “muito pertinente/relevante”. Nas questões referentes à satisfação, ela varia entre 1 “nada satisfeito” e 10 “muito satisfeito”. O questionário, na versão em que foi administrado aos participantes, consta no Anexo 1.

4.3 Tratamento Estatístico dos Dados

Após a recolha dos questionários foi criada uma base de dados em SPSS, (*Statistical Package for Social Sciences*) 21, para o sistema operativo Windows, programa utilizado para o tratamento estatístico. Na investigação correlacional são analisadas as relações sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre variáveis, tal como elas existem naturalmente (Ribeiro, 2010). O coeficiente de Correlação de Pearson, consiste num teste que averigua se duas ou mais variáveis estão associadas. A escala do coeficiente r varia entre -1 e 1, sendo que a variável poderá ter uma correlação perfeita ou então não existir qualquer relação entre as variáveis ($r = 0$).

Capítulo V – Apresentação dos Resultados

5.1 Apresentação de resultados

No presente capítulo dedica-se atenção à apresentação dos resultados obtidos no estudo empírico. Os resultados que seguidamente se apresentam estão organizados por relevância, em consonância com a estrutura do questionário utilizado.

Na análise do quadro de correlações (Tabela 2) podemos verificar que as variáveis não estão fortemente correlacionadas ($r=0,50$), podendo afirmar que as pessoas que forão mais vezes ao médico nos últimos 2 anos não têm necessariamente uma boa relação com o seu médico.

Tabela 2 - Correlação das variáveis 2.1 e 3.1

Correlations			
		3.1 Qual a relação que tem com o seu médico?	2.1 Nos últimos 2 anos quantas vezes foi ao médico?
3.1 Qual a relação que tem com o seu médico?	Pearson Correlation	1	,050
	Sig. (2-tailed)		,644
	N	87	87

O gráfico 1 evidencia a quantidade de vezes que os inquiridos procuraram o médico. E revela também que os mesmos procuram-no a cada dois anos (entre 2 a 4 vezes). Quanto ao gráfico 2 exhibe a relação com o médico, onde 26% dos inquiridos revelam que as relações mantêm-se na média (nem é muito má nem muito boa).

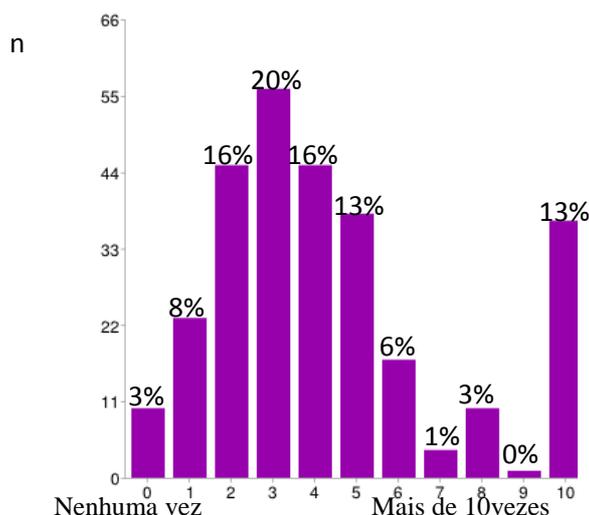


Gráfico 1 – Nos últimos 2 anos quantas vezes foi ao médico

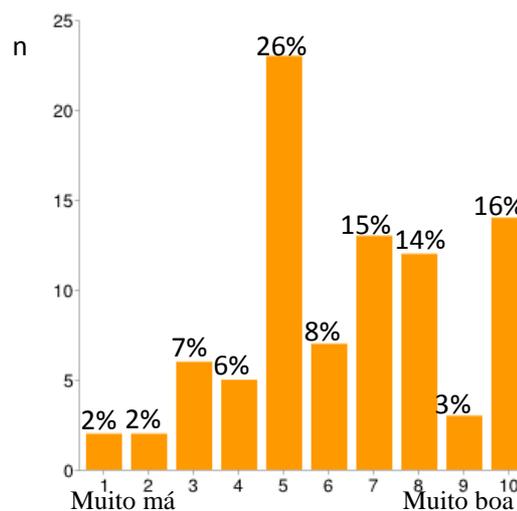


Gráfico 2 – Qual a relação que tem com o seu médico

Tabela 3 - Correlação das variáveis 2.4 e 2.10

Correlations			
		2.4 Como classifica então a pertinência do horário das consultas?	2.10 Como classifica a sua satisfação quanto ao tempo que demora a consulta?
2.4 Como classifica então a pertinência do horário das consultas?	Pearson Correlation	1	,225**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	286	286

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

A variável 2.4 ($r = 0,22$) não está correlacionada com a 2.10, mas mesmo assim o valor de correlação é estatisticamente significativo. Conclui-se que a satisfação quanto ao horário das consultas é maior ($n = 215$, 75% - Ilustração 1).

A inexistência de alternativas aos horários para consulta dá para verificar que se sentem confortáveis nestes horários. No entanto, revelam insatisfação quanto ao tempo de demora da consulta, 62% dos inquirido alegou demorar mais de 15 minutos no processo de duração de chegada ao local e ser atendido na consulta.

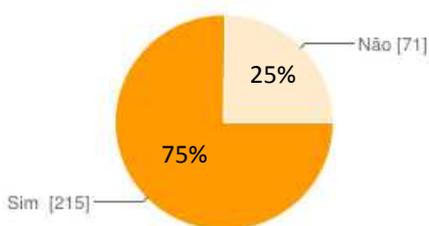


Ilustração 1 - Concorda com o horário das consultas

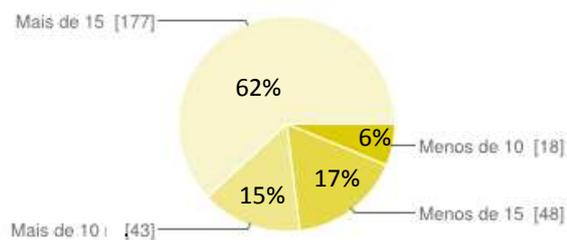


Ilustração 2 - Tempo de demora desde o momento que chega ao local da consulta até ser atendido

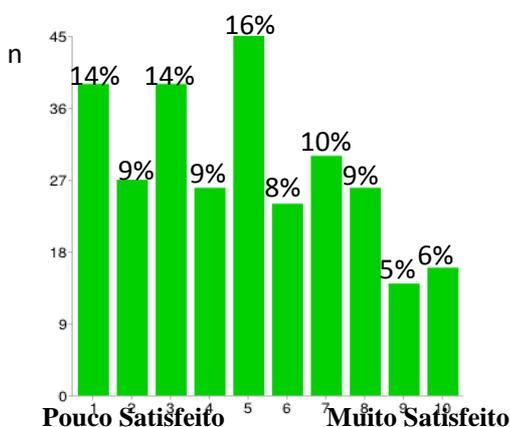


Gráfico 3 - Satisfação quanto ao tempo de demora da consulta

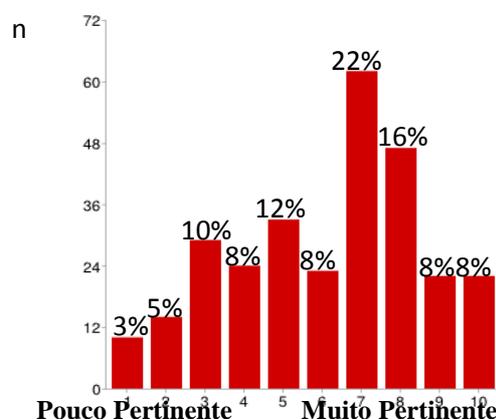


Gráfico 4 - Pertinência do horário das consultas

Na tabela 4, verifica-se que existe uma correlação positiva ($r = 0,8$) entre as perguntas 3.1 e 3.5, o que nos diz os quão satisfeitos estão relativamente à relação/ interação como também da relação que têm com o mesmo.

Tabela 4- Correlação das variáveis 3.1 e 3.5

Correlations			
		3.1 Qual a relação que tem com o seu médico?	3.5 No geral como classifica a sua satisfação em relação ao seu médico?
3.1 Qual a relação que tem com o seu médico?	Pearson Correlation	1	,779**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	87	87

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

É importante destacar que as pessoas quando vão ao médico procuram ou têm certas expectativas, entre elas a interação verbal (A), interação visual (B), empatia (C), palpação (D) e auscultação (E). O gráfico de frequência 5 mostra que houve inquiridos que optaram por escolher mais do que uma resposta.

Como podemos observar da maneira como a pergunta do questionário foi efetuada dá-se opção ao inquirido de escolher mais do que uma resposta (múltiplas respostas); pelo que, no gráfico 5 e 6 são apresentadas as combinações das várias opções de resposta relacionadas com o nível de interação com o médico.

Ainda no mesmo gráfico 5, o qual representa o cruzamento dos dados por género com a variável (nível de interação com o médico – pergunta 3.3), os grupos etários dos 18 aos 25 e 26 aos 35 são os que apresentam - o que se pode chamar de uma expectativa positiva relativamente ao nível de interação do médico consigo, podendo chamar que detêm o pacote “tudo incluído” (A,B,C,D,E).

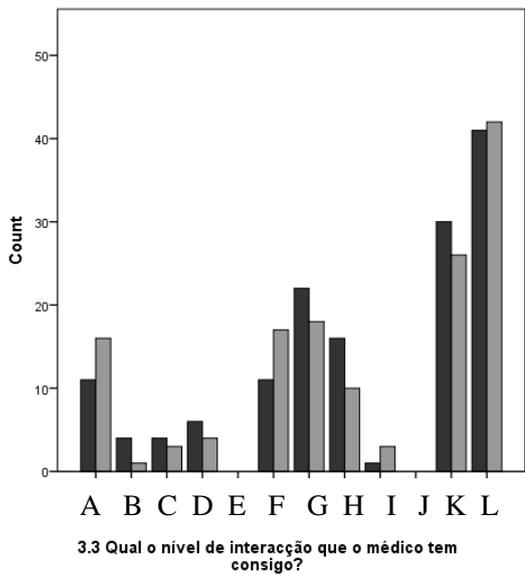


Gráfico 5 - Cruzamento da variável gênero com o nível de interação médico

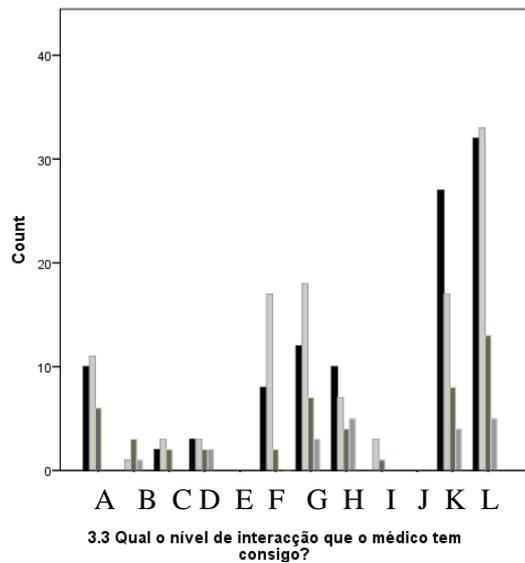


Gráfico 6 - Cruzamento da variável idade com o nível de interação do médico

Legenda:

- A – verbal
- B – visual
- C – empatia
- D – palpação
- E – auscultação
- F – Combinações (A,B)
- G- Combinações (A,E)
- H- Combinações (A,B,C)
- I- Combinações (A,B,D)
- J- Combinações (A,B,E)
- K- Combinações (A,B,D,E)
- L- Combinações (A,B,C,D,E)

No gráfico 6 que representa o cruzamento dos dados idade e a variável (nível de interação com o seu médico – pergunta 3.3), verifica-se que por serem “jovens adultos”, os médicos todo o cuidado, como se fosse para um utente de idade superior.

Os gráficos 7 e 8 destacam que as pessoas quando vão ao médico têm certas expectativas, entre elas que me ouça (A), qualidade no atendimento (B), respeite o horário das consultas (C), simpatia (D) competência profissional (E) e rapidez (F); é o que é o que se vê no gráfico 7 o qual representa o cruzamento dos dados gênero e a variável (a classificação das expectativas o ato médico – pergunta 3.4).

A maior percentagem de respostas incide na competência profissional e nas combinações A, B e E (A – que me ouça, B – qualidade do atendimento e E – competência profissional), sendo mais significativo no sexo masculino, revelando-se com percentagem superior em ambas as respostas sendo as mais destacadas.

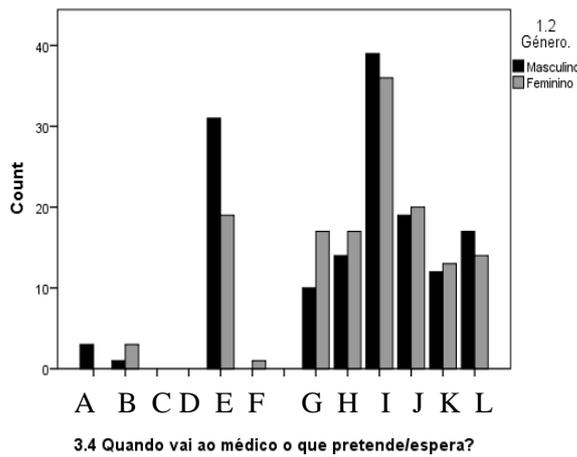


Gráfico 7 - Cruzamento da variável gênero com a classificação das expectativas o ato médico

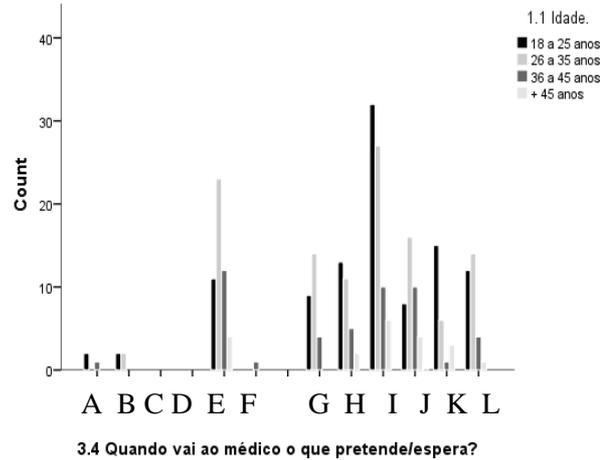


Gráfico 8 - Cruzamento da variável idade com a classificação das expectativas o ato médico

Legenda:

- A – que me oiça
- B – qualidade no atendimento
- C – respeito o horário das consultas
- D – simpatia
- E – competência profissional
- F – rapidez
- G – Combinações (A,B,C,D,E)
- H- Combinações (A,B,D,E)
- I- Combinações (A,B,E)
- J- Combinações (B,E)
- K- Combinações (A,B,C,E)
- L- Combinações (B,C,E)

De acordo com o gráfico 8, o qual representa o cruzamento dos dados idade com a variável (a classificação das expectativas do ato médico – pergunta 3.4) destaca-se nomeadamente a faixa etária dos 18 aos 24 na combinação de variáveis (letra I, (A) que me oiça, (B) qualidade no atendimento, (E) competência profissional), por revelar que as expectativas relativas à competência são altas e da mesma forma são também lhes dada importância à forma de atenção do médico durante o ato da consulta assim como à qualidade do atendimento.

Correlations							
		5.4 Considera que a utilização deste tipo de sistemas traz benefícios no atendimento para a saúde das pessoas?	5.7 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem organizar toda a sua informação de saúde?	5.8 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem monitorizar os seus Parâmetros Vitais (tensão arterial, glicemia, frequência cardíaca, temperatura, peso)?	5.9 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma que permite partilhar a sua informação de saúde com os profissionais de saúde sem exigir a sua presença?	5.10 O acesso a este tipo de sistema será feito através da Internet e possibilitará o acesso aos seus registos esteja onde estiver. Qual a relevância que este facto tem para si?	5.11 Considera este tipo de sistema uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde?
5.4 Considera que a utilização deste tipo de sistemas traz benefícios no atendimento para a saúde das pessoas?	Pearson Correlation	1	,493**	,447**	,562**	,507**	,664**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	286	286	286	286	286	286
5.7 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem organizar toda a sua informação de saúde?	Pearson Correlation	,493**	1	,620**	,600**	,646**	,653**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	286	286	286	286	286	286
5.8 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem monitorizar os seus Parâmetros Vitais (tensão arterial, glicemia, frequência cardíaca, temperatura, peso)?	Pearson Correlation	,447**	,620**	1	,590**	,555**	,605**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	286	286	286	286	286	286
5.9 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma que permite partilhar a sua informação de saúde com os profissionais de saúde sem exigir a sua presença?	Pearson Correlation	,562**	,600**	,590**	1	,613**	,674**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	286	286	286	286	286	286
5.10 O acesso a este tipo de sistema será feito através da Internet e possibilitará o acesso aos seus registos esteja onde estiver. Qual a relevância que este facto tem para si?	Pearson Correlation	,507**	,646**	,555**	,613**	1	,605**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	286	286	286	286	286	286
5.11 Considera este tipo de sistema uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde?	Pearson Correlation	,664**	,653**	,605**	,674**	,605**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	286	286	286	286	286	286

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 5- Correlações das variáveis 5.4, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10 e 5.11

A tabela 5 mostra uma correlação positiva entre a 5.9 e a 5.11 ($r = 0,67$), entre 5.11 e 5.4 ($r = 0,66$), entre 5.7 e 5.11 ($r = 0,65$) e também entre a 5.8 com a 5.11 ($r = 0,61$).

Indica que, o facto de poderem partilhar os seus dados clínicos com os médicos, sem exigir a sua presença está correlacionada com a forma de considerarem que este tipo de plataformas são uma ajuda eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos, no que diz respeito à sua saúde.

A segunda maior correlação ($r = 0,66$) está ligada ao facto dos inquiridos considerarem que a utilização de plataformas credenciadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) beneficiam o atendimento e que ajudam a sua decisão relativamente à saúde.

À medida que aumenta a possibilidade das pessoas terem uma plataforma que permite partilhar a sua informação de saúde com os profissionais de saúde, sem exigir a sua presença, também aumenta, o interesse na utilização do que se considera ser uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde na existência de uma plataforma.

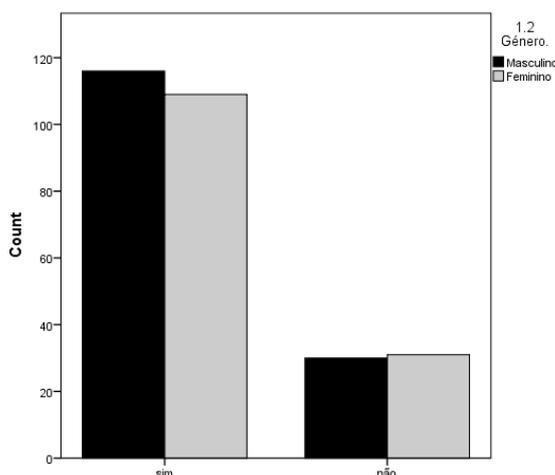


Gráfico 9 - Cruzamento da variável género com a variável 5.1

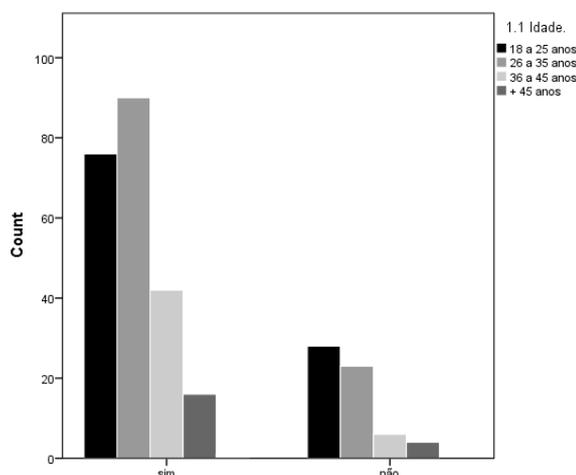


Gráfico 10 - Cruzamento da variável idade com a variável 5.1

Para reforçar as correlações apresentadas na tabela 4 foi efetuado um cruzamento da variável 5.1 (Se existisse uma plataforma credenciada pelo SNS de consultas online usaria?), com as variáveis género (gráfico 9) e idade (gráfico 10).

Estes gráficos representam a aceitabilidade e disponibilidade dos inquiridos em usarem um site ou plataforma sem exigir a sua presença física num consultório, centro de saúde ou Hospital, com o facto do benefício do atendimento ajudar às decisões relativamente à saúde.

Por género, o gráfico está mais ou menos equilibrado - sendo a maior aceitação pelos inquiridos do sexo masculino - já em termos das faixas etárias destacou-se o intervalo de idades entre os 26 aos 35, podendo dizer-se que é do maior interesse para uma

população activa de jovens adultos, sendo também importante para os jovens dos 18 aos 25.

Verificou-se que acima dos 36 anos, a taxa de aceitação até é alta - considerando que já não são propriamente a geração milénio de acesso a estes tipos de tecnologias - mas são receptivos aos estados de mudança e deveras interessados nos seus benefícios como no caso das consultas online.

Tabela 6 - Correlação das variáveis 5.12 (Falta de autonomia do sistema, Falta de consciência da utilidade do processo, Literacia Digital e Literacia em Saúde)

		Correlations			
		5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Falta de autonomia na utilização de novas tecnologias]	5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Falta de consciência da utilidade do processo]	5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Literacia Digital]	5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Literacia em Saúde]
5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Falta de autonomia na utilização de novas tecnologias]	Pearson Correlation	1	,638**	,593**	,462**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	286	286	286	286
5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Falta de consciência da utilidade do processo]	Pearson Correlation	,638**	1	,558**	,531**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	286	286	286	286
5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Literacia Digital]	Pearson Correlation	,593**	,558**	1	,738**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	286	286	286	286
5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? [Literacia em Saúde]	Pearson Correlation	,462**	,531**	,738**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	286	286	286	286

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Na tabela 6 quando se correlacionou a variável (quais os principais obstáculos, com as categorias da variável falta de autonomia do sistema, falta de consciência da utilidade do processo, literacia digital e literacia em saúde), estas correlações permitem discernir qual o tipo de necessidades contrapondo com a opinião dos inquiridos sobre os obstáculos relativos à implementação de uma plataforma para consultas online.

Observou-se uma correlação positiva entre os obstáculos ligados à Literacia Digital e à Literacia em Saúde ($r = 0,73$).

À medida que aumenta a literacia digital (o conhecimento da tecnologia), aumenta igualmente a Literacia em Saúde (o conhecimento sobre doenças e a saúde em particular), deixando de ser um obstáculo e passando a ser uma vantagem no sentido de incluir as consultas em ambiente online e digital no panorama actual.

A tabela 7 apresenta as correlações mais altas da variável 5.13; a Confidencialidade da informação, Consciencialização dos doentes e profissionais de saúde e Educação/ Formação.

Tabela 7 - Correlações da variável 5.13 (Confidencialidade da informação, Consciencialização dos doentes e profissionais de saúde e Educação/ Formação)

Correlations				
		5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Confidencialidade da Informação]	5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Consciencialização dos Doentes e dos Profissionais de Saúde]	5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Educação/Formação]
5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Confidencialidade da Informação]	Pearson Correlation	1	,717**	,628**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	286	286	286
5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Consciencialização dos Doentes e dos Profissionais de Saúde]	Pearson Correlation	,717**	1	,794**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	286	286	286
5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Educação/Formação]	Pearson Correlation	,628**	,794**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	286	286	286

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quanto à correlação da variável 5.13, que é a variável na qual os fatores que são determinantes para melhorar a relacionamento/ interação online; entre a consciencialização dos utentes e dos profissionais de saúde e a educação/ formação, observa-se uma correlação positiva de ($r=0,79$).

Confirma-se então, que os inquiridos vêm como fatores determinantes a consciencialização tanto dos utentes, como também dos profissionais de saúde, com o facto de ser igualmente importante a formação e educação para o sucesso da utilização das TIC, como a melhor forma de relação e interação online na perspetiva das consultas online.

Tabela 8 - Correlação das variáveis 5.14 (Disponibilidade dos dados, Organização/gestão da informação em saúde e Possibilidade de registo contínuo de informação de saúde)

		Correlations		
		5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Disponibilidade dos dados]	5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Organização/gestão da informação de saúde]	5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Possibilidade de registo contínuo de informação de saúde]
5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Disponibilidade dos dados]	Pearson Correlation	1	,805**	,741**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	286	286	286
5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Organização/gestão da informação de saúde]	Pearson Correlation	,805**	1	,729**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	286	286	286
5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Possibilidade de registo contínuo de informação de saúde]	Pearson Correlation	,741**	,729**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	286	286	286

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Relativamente à correlação da variável 5.14, (numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização) da tabela 8, na análise encontra-se a maior correlação de todo o estudo ($r = 0,81$), entre a disponibilidade dos dados e a organização e gestão da informação de saúde, influenciado também pela correlação da disponibilidade dos dados e a possibilidade do registo contínuo da informação de saúde ($r = 0,74$).

A primeira, mostra a potencialidade de estarem os registos organizados para uma melhor acessibilidade dos mesmos. A segunda, tem mais força no registo contínuo constatando-se, que se houver disponibilidade consegue-se mais facilmente efetuar um registo contínuo das informações de saúde.

Esta relação funciona nos dois sentidos, podendo afirmar-se que as três categorias (disponibilidade dos dados, organização/ gestão da informação em saúde, possibilidade de registo contínuo de informação de saúde) da variável 5.14, mostram-se importantes para a temática deste estudo.

Tabela 9 - Correlação das variáveis 6.7.1 (segurança da consulta online pela PDS Live) com 5.14 (Autonomia do sistema) com 5.13 (Telemedicina - consulta online) e 5.11 (ferramenta eficaz na capacidade de decisão no que diz respeito à sua saúde)

		Correlations			
		6.7.1 Considera esta forma de consulta segura para si como utente?	5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Autonomia do Sistema]	5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Telemedicina. (consulta online)]	5.11 Considera este tipo de sistema uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde?
6.7.1 Considera esta forma de consulta segura para si como utente?	Pearson Correlation	1	,374**	,377**	,479**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	93	93	93	93
5.14 Numa plataforma (site) quais os fatores relativos que seriam determinantes à sua utilização? [Autonomia do Sistema]	Pearson Correlation	,374**	1	,445**	,272**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	93	286	286	286
5.13 Quais os fatores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interação/ relacionamento? [Telemedicina. (consulta online)]	Pearson Correlation	,377**	,445**	1	,379**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	93	286	286	286
5.11 Considera este tipo de sistema uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde?	Pearson Correlation	,479**	,272**	,379**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	93	286	286	286

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Na tabela 9 quando correlacionadas algumas das variáveis (5.11, 5.13 e 5.14) com a variável 6.7.1, no intuito de verificar se haveria correlação, constatou-se que não havia fortes correlações ($r = 0.47$) mas indicou que os inquiridos que consideram a plataforma de consultas online segura, e também afirmam que é um sistema eficaz na melhoria da capacidade de decisão relativamente à sua saúde.

Para suportar esta teoria no gráfico de frequência 11 da variável 6.7.1 confirma-se uma forte inclinação para a segurança dos inquiridos no uso deste tipo de consulta online.

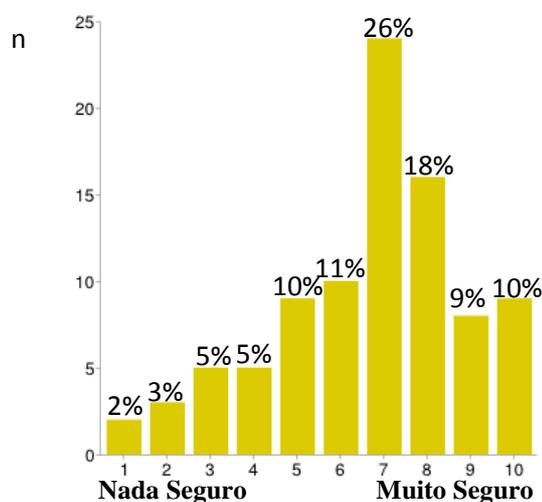


Gráfico 11 – 6.7.1 (Considera esta forma de consulta online pela PDS Live segura para si)

Capitulo VI – Conclusão/ Discussão

O estudo deste trabalho pretende contribuir para melhor compreensão na eficiência e eficácia do atendimento e acompanhamento médico. Devido ao pouco conhecimento até desconhecimento da forma de terapêuticas e das doenças, os pacientes tornam-se num signo frágil. Por isso, os meios de comunicação, através de estratégias de marketing, contribuem para uma aproximação da relação médico/ paciente.

A web 2.0 veio impor um novo rumo no processo comunicacional entre instituições e indivíduos, o que trouxe novos desafios aos profissionais responsáveis por essa ponte.

Entre outras mudanças, a web 2.0 exigiu a adaptação do marketing às novas tecnologias que sustentaram esta transição de paradigma. Fala-se então de marketing digital e, especialmente, do marketing aplicado nomeadamente à saúde, e por conseguinte, à relação médico/ pacientes.

O Hospital, centro de saúde/ consultório, como local físico, deixa de ser o meio de encontro entre médicos e pacientes para se tornar numa versão digital, por meio de dispositivos que facilitam a relação. Portanto, as distâncias são encurtadas, existindo uma maior comodidade, conforto e mais tempo útil para a conversação e interação.

Outra das conclusões da revisão da literatura resume-se numa frase: uma visão e estratégia de marketing de serviços podem ser transferidas para o meio digital com base no estudo das perceções, conhecimento do paciente. É por isso útil compreender certas características da evolvente do comportamento do consumidor, compreender as suas motivações, preocupações, crenças e opiniões, relevantes para a finalidade da comunicação, pois é de marketing que se fala e, no fim de contas, importa trabalhar os serviços online (exemplo: a consulta) de forma a melhor atender às necessidades dos pacientes.

Após análise das questões que estão na base desta investigação ficou compreendida e reconhecida uma nova forma de comunicação digital entre médico/paciente. Verifica-se também, através das análises de frequência que o SNS já tem uma plataforma (o Portal da Saúde – PDS) como alternativa para melhorar o acompanhamento médico, está pouco explorado e pouco divulgado. Dos 286 inquiridos só 32% tinham conhecimento do Portal

Ficou entendido que a relação médico/ paciente tem por premissa a comunicação verbal e visual, e o marketing encarna nesta composição uma forma de compreender as suas expectativas e satisfação, em complemento com as tecnologias digitais, como fenómeno que pode melhorar a relação, interação e ainda o acompanhamento entre médico/ paciente.

Existiu a preocupação de integrar na análise dos gráficos obtidos as correlações e as frequências para levar uma linha condutora do objetivo da pesquisa e também para melhorar forma de suporte ao estudo.

Estatisticamente foi feita a correlação sobre as limitações derivadas à interação/ acompanhamento digital entre médico/ paciente, visto que, é importante a sensibilização dos utentes e dos profissionais de saúde para esta nova posição e necessidade que requer ajustes para a educação e formação, tanto na perspectiva de novos profissionais graduados no mercado da saúde como no apoio aos utentes que não fazem parte da geração milénio e que não lidam frequentemente com as TIC ou dispositivos digitais.

A internet veio tornar o paciente, um conhecedor e, também um detentor de informação que vê online. Ser “*expert*”, era expressão para o médico e não o contrário. A web 2.0 foi como uma visão para o consumidor, e a web 3.0 fez uma abrangência do marketing e das relações transmídia e em rede nessa relação. Desde a forma de comunicar online, e como nos comportamos na rede ou com outros, o marketing é um fenómeno que deve ser usado em benefício e enquadramento para o Marketing Digital na Saúde.

Desta forma este conceito só pode ser apresentado relacionando com o facto da relação poder ser online e aliado às TIC e ao marketing de serviços. Mesmo não usando termos do Marketing digital, ele consegue ser apresentado pelas 3 vertentes que o compõem.

A própria literatura suporte de forma teórica, a potencialidade dos comportamentos relacionais passarem do offline para a relação online. Contudo a prática parece um pouco diferente, porque de acordo com o estudo realizado, só uma percentagem pouco significativa conhece o Portal do Utente – PDS, no entanto, 79% são propensos às consultas online serem credenciadas pelo SNS, é de salientar que dos conhecedores Portal da Saúde só 26% sabiam que o Portal vai ter a modalidade da PDS Live que comporta consultas online.

Os dados recolhidos através da realização destes inquéritos, tão só apoiaram, na sua grande maioria as conceções duma visão utópica (minha visão – Plano de Negócios com uma solução integrada de serviços de saúde, chamado “Saúde Digital” que foi o ponto de partida para a realização desta tese), colecionadas ao longo da fase de levantamento bibliográfico, e clarificando os principais eixos de ação.

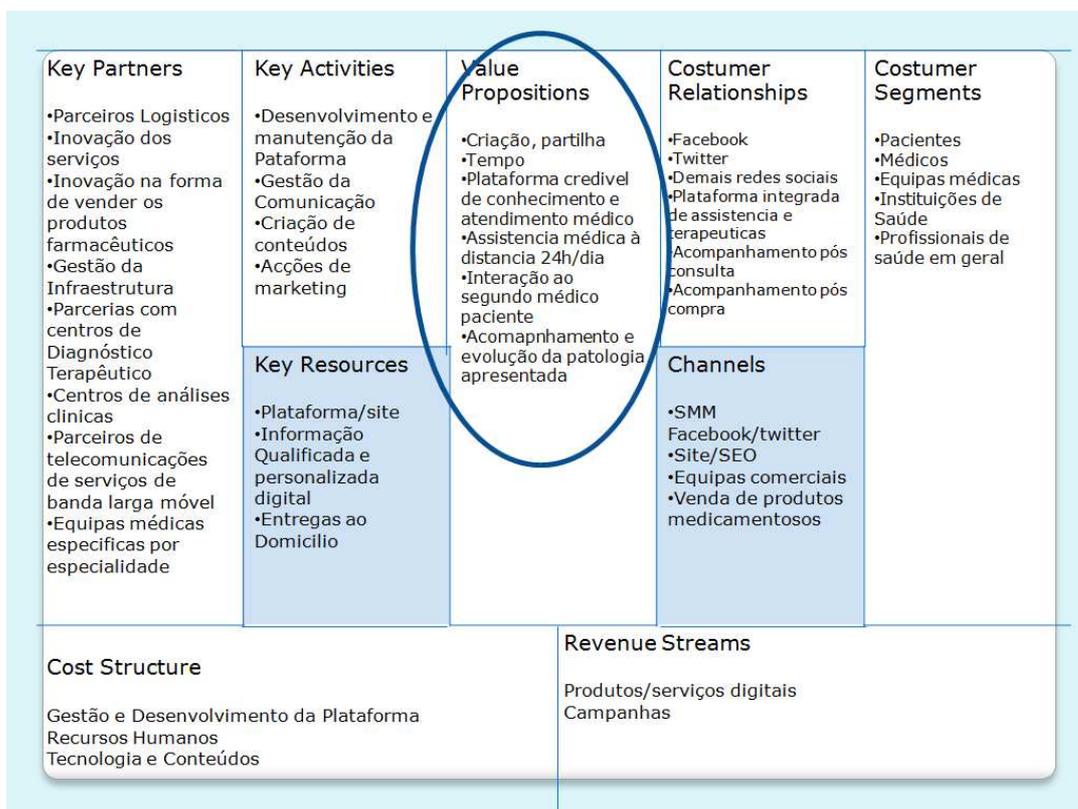


Ilustração 3 - Modelo de Negócios - Saúde Digital

O presente trabalho alcançou os objetivos propostos, verificando-se que o tema é pertinente, passível de evolução e estudos mais aprofundados no futuro.

6.1 Limitações encontradas

Apesar de se terem atingido os objetivos propostos, existem algumas limitações claras ao estudo, das quais se destacam as seguintes:

- Uma das grandes limitações deste estudo prende-se com inexistência de respostas de qualquer profissional de saúde.
- A sua natureza genérica e caracterizadora, foi limitada no sentido de só se cingir à literatura mais concisa, não podendo aprofundar outros conceitos que poderiam ser pertinentes, como o trabalho desenvolvido pelos Planos de Saúde e pela UMIC, como também o telediagnóstico e aspetos de teleconsulta.
- A conseqüentemente limitada análise estatística apresentada, só permitiu avaliar as maiores correlações e os gráficos de frequência mais pertinentes, não havendo possibilidade de aprofundar outras análise como se pretendia, o que tornaria este trabalho mais completo e infinitamente mais extenso.
- O facto de não existirem estudos que associem o conceito de marketing digital na saúde e nomeadamente para a relação médico/ paciente, antevendo a necessidade de procurar base teórica que se aproximasse do conceito e então tentar correlacioná-la, permitindo uma aproximação mais exata de algumas das orientações do estudo.
- A amostra do questionário não é representativa do universo da População Portuguesa.

6.2 Trabalho futuro

Relativamente à possível realização de um trabalho futuro, sente-se a necessidade de aprofundar e dar mais maturação às propostas apresentadas, e deixar algumas sugestões que se pretende colocar por escrito: a primeira de todas tem a ver com a necessidade de ajustar os objetivos à comunidade médica; outra seria estudar mais aprofundadamente o porquê do baixo conhecimento do Portal da Saúde; também interessaria saber de que forma se vão realizar as consultas online; com respeito à reestruturação dos serviços de saúde com a nova modalidade online, saber como irão fazê-lo, e havendo essa possibilidade quais os parâmetros para a realização da consulta online e maneira de registar o diagnóstico; de que forma será possível viabilizar o conhecimento produzido nos dois momentos de consulta tradicional e online; e ainda, de que forma se assegura que essa transferência de conhecimento é realizada com segurança e responsabilidade social, respeitando os direitos dos pacientes e as condições impostas pelo código de trabalho de um profissional de saúde.

Referências Bibliográficas

- Almeida, Z.; Neira, R.; Hummel, A., e Pisa, I. (2008) *Quadro comparativo de Projectos de Telemedicina*. Minas Gerais: Extraídos do Livros de Telesaúde da UFMG
- Anderson, D. R.; Sweeney, D. J.; Williams, T. A. (2007) *Estatística aplicada à administração e economia*. (2ª Edição). São Paulo: Editora Cengage Learning
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Documento Preliminar Cidadania e Saúde*. Consultado em 01 de Novembro de 2012. Disponível na WWW: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns20112016/2010/07/27/ae-cs/>>
- Alvares, S.; Paiva, M; Ribeiro, C.; Cruz, V.; Costa, F.; Esteves, J., et al (2004) *Telemedicina: situação em Portugal*. pp. 1-9 Nacer e Crescer - revista do hospital de crianças maria pia vol XIII nº2 (Nacer e Crescer 2004, 13(2): 89-97)
- Anderson, J.G. et al, (2003) *The Impact of CyberHealthcare on the Physician-Patient Relationship*, Journal of Medical Systems, 127(1), February, Consultado em 10 de Novembro de 2012 Disponível na WWW <http://yi.com/home/EysenbachGunther/publications/2003/andersoneysenbach2003-j_medsys_r-cyberhealthcare.pdf>
- American Telemedicine Association (ATA), *Telemedicine, Telehealth, and Health Information Technology*, Consultado em 12 de Novembro de 2012 Disponível na WWW <<http://www.americantelemed.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>>
- Akerkar, S. M. e L. S. Bichile (2004), *Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age*", Postgrad Med [serial online 1; 50: 120-122, Consultado em 10 de Novembro de 2012 Disponível na WWW <<http://www.jpgmonline.com/txr.asp?2004/50/2/120/8252>>
- Arrow, K. J. (1963) *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, The American Economic Review, Volume L(3), nº 5

- Baker, M. J. (2005) *Administração de Marketing*, (53ª Edição), São Paulo, Elsevier, Editora Campus
- Bekin, S.F. (1995) *Conversando sobre endomarketing: um ciclo de entrevistas com Saul Fangaus Bekin*. São Paulo: Makron Books :150
- Bekin, S.F. (2004) *Endomarketing: como praticá-lo com sucesso*. São Paulo: Prentice-Hall, 2004
- Bell, J. (2002). *Como realizar um projecto de investigação*. (2ª Edição). Colecção: Trajectos nº38. Lisboa, Publicações Gradiva Publicações lda
- Bentes, M.; Dias, C. M.; Sakellarides, C. e Bankauskaite, V. (2004), *Health care systems in transition: Portugal*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Berry, L. (2001) *Descobrimo a essência do serviço*. Trad.: Bazán Tecnologia e Linguística. Rio de Janeiro: Qualitymark
- Best, R.J. (2000) *Market based management: strategies for growing customer value and profitability*. (2ª Edição), New Jersey: Prentice-Hall
- Bittar OJNV. (1982) *Marketing em hospitais que não visa lucro*. Rev. Paulista de Hospitais; 30 (1/2): 23-32
- Bittar OJNV. (1997) *Hospital: qualidade & produtividade*. São Paulo: Sarvier
- Bittar OJNV. (2001) *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*. RAS; 2(12): 8-21
- Borba, G.; Neto, F. (2008) *Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais*. Saúde Soc. São Paulo. Consultado em 10 de Novembro de 2012. Disponível na WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/05.pdf>>
- Brum, A. (1998) *Endomarketing como estratégia de gestão: encante seu cliente interno*. Porto Alegre: L&PM :180

- Brum, A. (2005) *Face a Face com o Endomarketing: o papel estratégico das lideranças no processo da informação*. Porto Alegre: L&PM,:157.
- Canguilhem, G. (2002) *O Normal e o Patológico*. (5ª.Edição). Revista Rio de Janeiro: Forense Universitária. Comissão das Comunidades Europeias Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das regiões. *Saúde em Linha – melhorar os cuidados de saúde para os cidadãos europeus: Plano de acção para um espaço europeu de saúde em linha*, Consultado em 10 de Novembro de 2012. Disponível na WWW: <<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:PT:PDF>>
- Caprara, A.; Franco ALS. (1999) *A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica*. Cadernos da Saúde Pública;15(3):647-54:15
- Caprara, A., Rodrigues J. (2004) *A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico*. Ciência & Saúde Coletiva;9(1):139-46
- Castells, M. (1999) *A Era da Informação. Economia, Sociedade e Cultura*. A sociedade em rede. (1). São Paulo: Paz e Terra
- Castells, M. (2002). *A Era da Informação: economia, sociedade e cultura*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Castells, M. (2003) *A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor,:243
- Castells, M. (2004) *A Galáxia Internet: Reflexões sobre Internet, Negócios e Sociedade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Carapinheiro, G. (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento
- Carapinheiro, G. (2004) "Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção» in *Noites de Sociologia, Saúde: Olhares Múltiplos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia

- Cardoso C.; Costa F.A.; Palma C.C. e Carmo LGM (2005) *A Sociedade em Rede em Portugal*, Porto, Campo das Letras
- Carrasqueiro, S. et al. (2004), *APDSI-2004, “e-Saúde – O que o Sector da Saúde em Portugal tem a ganhar com o desenvolvimento da sociedade da informação*, Lisboa APDSI - Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação
- Carrasqueiro, S. et al. (2007), *APDSI-2007, “e-Saúde em Portugal. Balanço e recomendações. Telemedicina – Onde estamos e para onde vamos*. Lisboa APDSI - Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação e Associação para o desenvolvimento da Telemedicina:89-96
- Cecílio, LO. (2000) *Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades*. In. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (4), out-dez :973-983
- Collina, CA. (2001) *A estratégia de comunicação e de marketing como apoio à nova gestão hospitalar*. Monografia (Especialização em Relações-públicas) – Escola de Comunicações e Artes. São Paulo: Universidade de São Paulo
- Costa N, PLO.(1977) *Estatística*. São Paulo: Edgard Blücher :264
- CCE - Comissão das Comunidades Europeias (2004). *Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das regiões*. Saúde em Linha – melhorar os cuidados de saúde para os cidadãos europeus: Plano de acção para um espaço europeu de saúde em linha, Bruxelas. Consultado em 10 de Novembro de 2012. Disponível na WWW: <<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:PT:P>>
- Costa NMM (org). (2000) *Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família*, Brasília, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica

- Cunha, AV, et al. (2004), *APDSI-2004, “e-Saúde – O que o Sector da Saúde em Portugal tem a ganhar com o desenvolvimento da sociedade da informação*, Lisboa APDSI -Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação
- Degenne, A. e Forsé, M. (1999) *Introducing Social Networks*, Sage Publications, London.
- Demiris G. (2003) *Integration of telemedicine in graduate medical informatics education*. J Am Med Inform Assoc; 10(4):310-4.
- Eiglier, P. e Langeard, E. (1991) *Servuction - A Gestão Marketing de empresas de serviços*, Mc Graw Hill.
- Emanuel E, Emanuel L. (1992) *Four models of the physician-patient relationship*. Jama, Europe Information's Society, Thematic Portal (n.d.) *The right prescription for Europe's eHealth*, 2010 Consultado em 10 de Novembro de 2012. Disponível na WWW:<http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/index_en.htm>
- Emmericki, A.; Pereira, H. J.; Quandt, C.O. (2000) *Aprendizagem na mudança do modelo de gestão em organização hospitalar: limites e possibilidades*. In. Cadernos de Saúde Publica, 16, (4), out-dez:973-983
- Espanha, R., Soares L. e Cardoso G. (2006) *Do Multimédia ao Wireless: As Dietas Mediáticas dos Portugueses*, in *A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política*", Colecção Debates, Ed. Presidência da Republica, Lisboa, Instituto Nacional Casa da Moeda
- Espanha, R. (2008). *A saúde na sociedade de informação*. Centro de estudos de comunicação e sociedade - Universidade do Minho
- Espanha, R. (2009). *Saúde e Comunicação numa sociedade em rede – o caso Portugues*, Monitor – Projectos e Edições, Lda
- Europe Information's Society, Thematic Portal (n.d.) *The right prescription for Europe's eHealth*. Consultado em 04 de Novembro de 2012. Disponível na

WWW:<http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/index_en.htm>

European patients forum (n.d.) *The Value Handbook – For project so-ordinatores, leaders and promoter on meaningful patient’s involvement* –:17. Consultado em 04 de Novembro de 2012. Disponível na WWW: <<http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/literaturereview-executive-summary.pdf>>

Eysenbach G. (2008) *Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness*. J Med Internet Res; 10(3):22

Faria, B. M. (2003) *e-Cath: um sistema de telemedicina para Hemodinâmicas Utilizando redes de baixas velocidades*; UFMG tese de mestrado- Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Exatas, Departamento de Ciência da Computação, Belo Horizonte:1-95

Felice, M. (org.). (2008) *Do público para as redes: a comunicação digital e as novas formas de participação social*. São Caetano do Sul: Difusão Editora.

Filho EJS. (1998) *A interação médico-cliente*. Revista da Associação Médica Brasileira;44(1):35-42.

Freeman R. (1999) *Communicating effectively: some practical suggestions*. British Dental Journal; 187(5).

Friedewald, V.E Jr., (2000) *The Internet Influence on doctor patient relationship – Internet/Web/Online Service Information, Health Management Tecnology*, Consultado em 2 de Novembro de 2012. Disponível na WWW:<http://www.findarticles.com/p/articles/mi_moDUD/is_11_21/ai_67373716>

Garcia, E. (2005) *Marketing na saúde: humanismo e lucratividade*. Goiânia: AB.

Garcia, M. S. A. (2006) *Marketing en sectores específicos*, Madrid, Ediciones Pirâmide

- Gronroos, C. (2004) *Marketing - Gerenciamento e Serviços*, Tradução da Segunda Edição, Rio de Janeiro, Editora Campus
- Hardey, M. (1999) *Doctor in the house: the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise*. *Sociol. Health Illn.*, 21(6):820-35
- Hersh WR, Junium K, Mailhot M, Tidmarsh P. (2001) *Implementation and Evaluation Of A Medical Informatics Distance Education Program*. *J Am Med Inform Assoc*; 8:570-584
- Hill, Manuela M. e Hill, Andrew (2002), *Investigação por Questionário*, 2ª edição, Edições Sílabo, Lisboa
- Hoepfl, M.C. (1997). Choosing qualitative research: a primer for technology education researchers. *Journal of Technology Education*, 9 (1), 47-63
- Hughes B; Joshi I; Wareham J. (2008) *Health 2.0 and Medicine 2.0: tensions and controversies in the field*. *J Med Internet Res.*; 10 (3):e23
- Hult, G.T.M. e Lukas B.A. (1995) *Classifying health care offerings to gain strategic marketing insights*, *Journal of Services Marketing*, 9 (2), 36-48
- IBM Corporation. (2007) *Five Innovations That Will Change The Way We Live Over The Next Five Years*, Consultado em 2 de Novembro de 2012. Disponível na WWW:<http://www.ibm.com/ibm/ideasfromibm/us/five_in_five/010807/images/Fiveinnov_010807.pdf>
- INE, (2011). *Utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais - 2010*, Consultado em 28 de Novembro de 2013. Disponível na WWW:<<http://www.ine.pt>>
- INE e UMIC (2005), *Inquérito ti Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais 2004*, Instituto Nacional de Estatística/UMIC - Agência para a Sociedade do Conhecimento.

- Kaiser Family Foundation (2005), *e-Health and the Elderly: How Seniors Use the Internet for Health Information - Key Findings From a National Survey of Older Americans*, A Kaiser Family Foundation Survey, California
- Kivits J. (2004), *Researching the 'informed patient': The Case of Online Health Information Seekers*, in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge
- Kotler, P. (2008) *Administração de Marketing - Análise, Planejamento Implementação e Controle*. (5ª Edição) Edição, S. Paulo, Editora Atlas SA
- Kotler, P. (2000) *Marketing para o Século XXI*, 6ª Edição, Lisboa, Editorial Presença
- Kotler P., Kartajaya H., Setiawan I. (2010) *Marketing 3.0 – As forças que estão definindo o Marketing centrado no ser humano*. Elsevier Editora, lda
- Kuazaqui, E., Tanaka L. C. T. (2008) *Marketing e Gestão Estratégica de Serviços em Saúde*, S.Paulo, Editora Thomson
- Leiner BM, Cerf VG, Clark DD, Kahn RE, Kleinrock L, Lynch DC, et al. (2009) *A Brief History Of The Internet*. ACM SIGCOMM Computer Communication Review. October;39(5)
- Lemos, A. (2006) *Ciberspaço e Tecnologias Móveis: Processos de Territorialização e Desterritorialização na Cibercultura*. COMPÓS, Baurú, SP.
- Lovelock, C. e Wirtz J., (2006) *Marketing de Serviços*, (5ª Edição), São Paulo, Person Prentice Hall
- Lovelock, C., Wirtz, J. (2009) *Services Marketing*, (6ª Edição), U.S.A.: Pearson Education Hall
- Machado, Maria do Céu Soares, Alta-Comissária da Saúde; (2007) *Cadernos de Economia*, Consultado em 28 de Novembro de 2013. Disponível na WWW: <<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/gestao+saude+plano+nacional.htm>>

- Madeira, W. (2006) *Navegar é Preciso: avaliação de impactos de uso da Internet na relação médico paciente*, Dissertação de Mestrado. São Paulo, Programa de Pós-graduação
- Matias, A. (1995) *O mercado de cuidados de saúde. Associação Portuguesa de Economia da Saúde* Dissertação. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão
- Mintzberg, H. (1994). *Rounding out the manager's Job*. Sloan Management Review, 36(1):11-26
- Miquelin, L.C. (1992) *Anatomia dos edifícios hospitalares*. 2ª Edição. São Paulo: Cedas, :241
- Mitchell W.J. (1999), *E-topia: urban lije, fim - but not as toe know it*, Cambridge, MIT Press
- Mitchell, W.J. (2003), *Me++: the cyborg self and the networked city*, Cambridge, MIT Press
- Moreira, J., Eglin, J. (2004), *in Handbook of Corporate communication and Public relations – Pure and Applied*, Ed. Sandra M. Oliver, Routledge, Londres,:110-128
- Morin, E. (2005) *O Método 3: o conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre: Sulina
- Nassar, P. (2003) *História, cultura organizacional e comunicação* Consultado em 28 de Novembro de 2013. Disponível na WWW: <http://www.aberje.com.br/novo/acoes_artigos.asp>
- Oliveira, I. de L. (2005) *Estrutura e funções da comunicação nas organizações: articulação entre conceitos e operacionalização*. In: Anais do I Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações-Públicas
- Ong LML, De Haes IJCJM, Hoos IAM, Lammes FB.(1995) *Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature*. Social science & medicine; 40(7):903-18

- OPSS. Relatório de Primavera (2002). *O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- OPSS. Relatório de Primavera (2004) *Incertezas ... Gestão da mudança na saúde*. Coimbra: Mar da Palavra
- OPSS. Relatório de Primavera (2005). *Novo serviço público saúde, novos desafios*. Coimbra: Mar da Palavra, 2005
- OPSS. Relatório de Primavera (2008). *Riscos e incertezas*. Coimbra: Mar da Palavra
- OPSS Relatório de Primavera (2009) *OPSS/SNS 10/30 Anos: razões para continuar*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Coimbra: Mar da Palavra
- OPSS (2010) *Desafios em tempos de crise: Relatório da Primavera 2010*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Coimbra: Mar da Palavra
- OPSS (2011) *Da depressão da crise para a governação prespectiva da saúde: Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Coimbra: Mar da Palavra
- Patton, M.Q., (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods, (3rd Edition)*. Thousand Oaks California: Sage
- Piovesan, A, Temporini, E.R. (1995) *Pesquisa exploratória. Procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública*. Rev Saúde Pública, 29 (4), 318-325
- Pitta A. M. R. (1995) *Comunicação e Saúde*. São Paulo: Hucitec Abrasco
- Primo, A. (2003) *Interação Mediada por Computador: a comunicação e a educação a distância segundo uma perspectiva sistêmico-relacional*. Tese de Doutorado, Porto Alegre: UFRGS / Instituto de Informática
- Primo, A. (2005) *Enfoques e desfoques no estudo da interação mediada por computador*. LIMC – Laboratório de Interação Mediada por Computador. Porto

Alegre: UFRGS, n. 45. Consultado em 29 de Novembro de 2013. Disponível na WWW: <www6.ufrgs.br/limc/PDFs/enfoques_desfoques.pdf>

Randeree E. (2009) *Exploring technology impacts of Healthcare 2.0 initiatives*. Telemed J E Health. Apr;15(3):255-60

Recuero, R. (2009) *Redes sociais na Internet*. Porto Alegre: Sulina

Rego, R. A. (1989) *A informação nutricional em rotulagem de produtos alimentícios no contexto das atividades de marketing da indústria de Alimentos : Um estudo exploratório*. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rego, G. (2008) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, Porto, Vida Económica Editorial.

Reid, E. (1991) *Electropolis: Communication and Community On Internet Relay Chat*. Honours Thesis. University of Melbourne, 1991. Consultado em 15 de Novembro de 2012. Disponível na WWW: <<http://cyber.eserver.org/reid.txt>>

Reis, B. (2008). *Impacto da internet na relação médico-paciente: a perspectiva do médico*. Projecto de pesquisa apresentado à Fundação Oswaldo Cruz – ICICT.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2010, de 19 de Dezembro, Agenda Digital.

Ribeiro, J.L.P. (2010) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*, (3ª Edição) Oliveira de Azeméis: Livpsic Psicologia – Edições de Psicologia

Rice, R. e Katz J. (2001), *The Internet and health communication - experi. and expectations*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications

Rice, R. e Murero M. (2006), *The Internet and health care - Tbeory, Res. and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates

Rios IC. (2009) *Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde*. Revista Brasileira de Educação Médica; 33(2):253-61.

- Rodrigues, P. (2012) *Marketing em contexto de mudança*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Roine R, Ohinmaa A, Hailey D. (2001) *Assessing telemedicine: a systematic review of the literature*. CMAJ.;165(6):765-71.
- Roman, A. (2002) *Comunicação organizacional: quem se comunica se trumbica!* Revista FAE
- Roter DL, Hall JA. (2004) Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annual review of public health*; 25:497-519.
- Saias, L. (2007) *Marketing de Serviços - Qualidade e Fidelização de Clientes*, Lisboa, Universidade Católica Editora
- Saúde - UE, O Portal da saúde pública da União Europeia. (n.d.). *eSaúde*. Consultado em 04 de Novembro de 2012. Disponível na WWW:<http://ec.europa.eu/health/care_for_me/e-health/index_pt.htm>
- Scarpi, M. (2004) *Gestão de clínicas médicas*. São: Paulo: Edições futura
- Scott A, Shiell A, King M. (1996) *Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status?* *Social science & medicine*. Jan;42(1):35-46
- Senhoras, E. M. (2007) *A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem*. In: *Revista Electronica de Comunicação & Inovação em Saúde*. FioCruz. Rio de Janeiro, (1):45-55. Consultado em 28 de Novembro de 2013. Disponível na WWW: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/45/55>>
- Silva, MLP, (2006) *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. Brasil: Edições Loyola
- Solomon, M. R. (2002) *O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo*, (5ª Edição), São Paulo, Bookman Artmed Editora

- Spallek H, O'Donnell J, Clayton M, Anderson P, Krueger A. (2010) *Paradigm shift or annoying distraction – emerging implications of Web 2.0 for clinical practice.* Appl Clin Inf.;1:96-115
- Teixeira JAC. (2004) *Comunicação em Saúde - Relação técnicos de Saúde - Utentes.* Análise Psicológica;22(3):615-20
- Underhill, P. (2008) *A Ciência das Compras - Tudo o que sempre quis saber sobre o comportamento dos consumidores,* (1ª Edição), Lisboa, Gestão Plus Edições.
- Van De Belt TH, Engelen LJ, Berben SA, Schoonhoven L. (2010) *Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review.* J Med Internet Res;12(2):e18
- Van Ryn M, Burke J. (2000) *The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients.* Social science & medicine. Mar;50(6)
- Veatch RM. (1972) *Models for ethical medicine in a revolutionary age.* Hastings Cent Rep
- Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. (2012) *The social gradient in doctor-patient communication.* International journal for equity in health;11(12):1-14.
- Vilares, M.J. e Coelho, P.S. (2005). *Satisfação e Lealdade do Cliente – Metodologias de avaliação e análise.* Lisboa, Escolar Editora.
- Vieira, J (2000). *Inovação e Marketing de serviços.* Braga: Editorial Verbo
- Vuckovic I, Dilberovic F, Kapur E, Voljevica A, Bilalovic N, Selak I. (2003) *The principles of telemedicine in practice.* Bosn J Basic Med Sci; 3(4):54-60
- Wasserman, S. e Faust, K. (1994) *Social Network Analysis, Methods and Applications,* Cambridge University Press, Cambridge, UK
- Wen KY, Kreps G, Zhu F, Miller S. (2010) *Consumers' perceptions about and use of the internet for personal health records and health information exchange:*

analysis of the 2007 Health Information National Trends Survey. J Med Internet Res.;12(4):e73

Wiecha J, Heyden R, Sternthal E, Merialdi M. (2010) *Learning in a virtual world: experience with using second life for medical education.* J Med Internet Res.;12(1):e1

Wootton R. (2001) *Recent advances: Telemedicine.* BMJ.;323(7312):557-60

World Health Organizatin (1986) *basic documents: thirty-sixth edition, world health organization, geneva, Switzerland*

WHO – World Health Organization.Information (n.d.) *Technology In Support of Health Care.* Consultado em 28 de Novembro de 2013. Disponível na WWW:<<http://www.who.int/entity/ehd/en/InformationTech.pdf>>

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS. (n.d.) Consultado em 28 de Novembro de 2013. Disponível na WWW:<<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>>

Zeithaml, V. A. e M. J. Bitner (2003) *Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente,* (2^a Edição), São Paulo, Bookman Artmed Editora

Anexos

Legenda:

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Google Outputs (gráficos de frequência)

Anexo 1 – Questionário

Marketing Digital na Saúde: a relação médico/paciente através de tecnologias digitais

O presente estudo, realizado no âmbito do mestrado em Marketing Digital (ISCAP), tem como objectivo pesquisar e conhecer as potencialidades do uso e utilização das tecnologias digitais entre médico e paciente, assim como explorar a sua interacção online. Obrigada pela colaboração!

*Obrigatório

Este questionário é anónimo e tem perguntas de resposta obrigatória

I - Caracterização da amostra

1. 1.1 Idade. *

Marcar apenas uma oval.

- 18 - 25 anos
- 26 - 35 anos
- 36 - 45 anos
- + 45 anos

2. 1.2 Género. *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino

3. 1.3 Nível de Estudos (completos). *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Menos do 9º ano
- 2º Ciclo (9º ano)
- 3º Ciclo (12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Especialização
- Ensino complementar

4. 1.4 Situação Profissional. *

Marcar apenas uma oval.

- Trabalhador por conta própria
- Trabalhador por conta de outrém
- Estudante
- Reformado
- Desemprego
- Outra:

5. 1.5 Zona Habitacional/ Região *

Marcar apenas uma oval.

- Região Norte (Porto)
- Região Centro
- Região de Lisboa e Vale do Tejo
- Região do Alentejo
- Região do Algarve
- Ilhas (Açores e Madeira)



II - Caracterização da envolvente para uma consulta presencial

6. **2.1 Nos últimos 2 anos quantas vezes foi ao médico? ****Marcar apenas uma oval.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Nenhuma	<input type="radio"/>	Mais de 10										

7. **2.2 Como faz a marcação da consulta? ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Presencial
- É marcada pelo médico
- Por telefone
- Pelo Portal do Utente (INTERNET)
- Outra:

8. **2.3 Concorda com o horário de funcionamento das consultas? ****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

9. **2.4 Como classifica então a pertinência do horário das consultas? ****Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Pouco pertinente	<input type="radio"/>	Muito pertinente									

10. **2.5 Qual o horário mais conveniente para a consulta? ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Antes das 7h
- Das 7 às 9h
- Das 9 às 12h
- Das 12 às 14h
- Das 14 às 17h
- Das 17 às 20h
- Depois das 20h

11. **2.6 Para ir ao médico necessita de faltar ao trabalho/escola? ****Marcar apenas uma oval.* Sim Não12. **2.7 Tem perda de remuneração por falta durante o horário laboral? ****Marcar apenas uma oval.* Sim *Passe para a pergunta 13.* Não *Passe para a pergunta 16.***II - Caracterização da envolvente para uma consulta presencial**13. **2.7.1 Essa perda de remuneração acontece frequentemente? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco frequente	<input type="radio"/>	Muito frequente									

14. **3.1 Qual a relação que tem com o seu médico? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito má	<input type="radio"/>	Muito boa									

15. **2.8 Perante esta situação de perda remuneratória como classifica a sua insatisfação? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada insatisfeito	<input type="radio"/>	Muito insatisfeito									

II - Caracterização da envolvente para uma consulta presencial

16. **2.9 Quanto tempo demora desde o momento que chega ao local da consulta até ser atendido pelo médico? ***

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 10 minutos
- Menos de 15 minutos
- Mais de 10 minutos
- Mais de 15 minutos

17. **2.10 Como classifica a sua satisfação quanto ao tempo que demora a consulta? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco satisfeito	<input type="radio"/>	Muito satisfeito									

III - Caracterização da Interação Médico/ Paciente durante a presencial

18. **3.2 O seu médico faz uso das tecnologias digitais durante a consulta? ***

(ex. computador)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

19. **3.3 Qual o nível de interação que o médico tem consigo? ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Verbal
- Visual
- Empatia
- Palpação
- Auscultação

20. **3.4 Quando vai ao médico o que pretende/espera? ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Que me ouça
- Qualidade de atendimento
- Respeite o horario das consultas
- Simpatia
- Competência profissional
- Rapidez
- Outra:

21. **3.5 No geral como classifica a sua satisfação em relação ao seu médico? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco satisfeito	<input type="radio"/>	Muito satisfeito									

IV - Usabilidade de Tecnologias de Informação22. **4.1 Dispõe de dispositivos digitais em casa? ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Computador de mesa
- Computador portátil
- Telemóvel Smartphone
- Tablet
- Outra:

23. **4.2 Tem Internet em casa? ****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

24. **4.3 Em média quantas horas despende por dia ligado à internet? ****Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não Uso	Menos de 1 hora	Entre 2 a 4 horas	Entre 4 a 8 horas	Mais de 8 horas
No computador	<input type="radio"/>				
No portátil	<input type="radio"/>				
No tablet	<input type="radio"/>				
No smartphone	<input type="radio"/>				

25. **4.4 Classifique qual o nível de interação diário que tem em redes sociais e em conversa online? ***

No caso de não utilizar OUTRA rede social classifique outro com POUCO1

Marcar apenas uma oval por linha.

	Pouco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito
Facebook	<input type="radio"/>											
Twitter	<input type="radio"/>											
Skype	<input type="radio"/>											
LinkedIn	<input type="radio"/>											
Instagram	<input type="radio"/>											
Outros	<input type="radio"/>											

26. **4.4.1 Caso tenha indicado outros, nomeie quais.**

.....

27. **4.5 Tem ligação 3G no Tablet ou no telemóvel/Smartphone? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

28. **4.6 Onde usa mais a Internet? ***

Marcar apenas uma oval.

Fora de casa

No trabalho

Em casa

Outra:

V- Potencialidade para consultas online (não presenciais)

29. **5.1 Se existisse uma plataforma/site credenciado pelo SNS de consultas online usaria? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

30. **5.2 Como considera a pertinência deste tipo de sistema no contexto de saúde actual? ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Não é boa ideia
- Não é apropriado à nossa população
- Ainda é cedo para a utilização deste tipo de sistema
- É útil só se existir apoio à sua utilização
- É útil já! Porque o apoio surge naturalmente
- Outra:

31. **5.3 Qual o benefício das consultas online para si, como paciente? ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Tempo de espera
- Custo de deslocação
- Custo do estacionamento da viatura
- Stress
- Outra:

32. **5.4 Considera que a utilização deste tipo de sistemas traz benefícios no atendimento para a saúde das pessoas? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco útil	<input type="radio"/>	Muito útil									

33. **5.5 Tipo de relação e acompanhamento que pretende numa consulta online? ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Proximidade
- Capacidade de pronta resposta
- Adaptabilidade (no caso de entrega de exames)
- Aceitabilidade
- Outra:

34. **5.6 Na plataforma para auxílio do paciente acharia conveniente incluir: ****Marcar tudo o que for aplicável.*

- Informação sobre doenças (glossário)
- Informação completa doente
- Histórico clínico de toda a sua vida
- Ser possível pedir 2ª opinião sem repetir exames porque já estão na plataforma
- Outra:

35. **5.7 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem organizar toda a sua informação de saúde? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada importante	<input type="radio"/>	Muito importante									

36. **5.8 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem monitorizar os seus Parâmetros Vitais (tensão arterial, glicemia, frequência cardíaca, temperatura, peso)? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada importante	<input type="radio"/>	Muito importante									

37. **5.9 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma que permite partilhar a sua informação de saúde com os profissionais de saúde sem exigir a sua presença? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada relevante	<input type="radio"/>	Muito relevante									

38. **5.10 O acesso a este tipo de sistema será feito através da Internet e possibilitará o acesso aos seus registos esteja onde estiver. Qual a relevância que este facto tem para si? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada relevante	<input type="radio"/>	Muito relevante									

39. **5.11 Considera este tipo de sistema uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada relevante	<input type="radio"/>	Muito relevante									

40. **5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1(menor relevância)	2	3	4	5	6	7	8	9	10(maior relevância)
Custo individual/social	<input type="radio"/>									
Dificuldade de adesão por parte dos decisores políticos	<input type="radio"/>									
Falta de autonomia na utilização de novas tecnologias	<input type="radio"/>									
Falta de consciência da utilidade do processo	<input type="radio"/>									
Iliteracia Digital	<input type="radio"/>									
Iliteracia em Saúde	<input type="radio"/>									
Incompatibilidades tecnológicas	<input type="radio"/>									
Preconceitos sobre Saúde	<input type="radio"/>									
Receio de não confidencialidade dos dados	<input type="radio"/>									

41. **5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1(menor relevância)	2	3	4	5	6	7	8	9	10(maior relevância)
Confidencialidade da Informação	<input type="radio"/>									
Consciencialização dos Doentes e dos Profissionais de Saúde	<input type="radio"/>									
Educação/Formação	<input type="radio"/>									
Empenho dos Media na área da Saúde	<input type="radio"/>									
Maior disponibilização e acesso a recursos informáticos	<input type="radio"/>									
Preocupação individual com a Saúde	<input type="radio"/>									
Telemedicina. (consulta online)	<input type="radio"/>									
Utilização de dispositivos de auto-diagnóstico	<input type="radio"/>									

42. **5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1(menor relevância)	2	3	4	5	6	7	8	9	10(maior relevância)
Autonomia do Sistema	<input type="radio"/>									
Compreensão dos benefícios da sua utilização	<input type="radio"/>									
Disponibilidade dos dados	<input type="radio"/>									
Organização/gestão da informação de saúde	<input type="radio"/>									
Percepção de utilidade do sistema	<input type="radio"/>									
Portabilidade do Sistema	<input type="radio"/>									
Possibilidade de registo contínuo de informação de saúde	<input type="radio"/>									

Plataforma SNS Portal do Utente - PDS Plataforma Dados em Saúde (PDS Live)

Esta plataforma, concebida sob os princípios de centralização, integração e personalização, procura "falar" a mesma linguagem dos utentes, e responder às suas necessidades através de dois tipos de serviços:

- Serviços informativos, cujo acesso é público, dispensando assim a autenticação do utente;
- Serviços eletrónicos, disponíveis na área "A minha saúde", cujo acesso exige a autenticação do utente com o Cartão de Cidadão e PIN ou número de utente SNS e senha.

Na área "A minha saúde", o utente passa a ter um papel ativo na manutenção, promoção e melhoria do seu estado de saúde e, conseqüentemente, um atendimento mais eficaz e seguro, através das seguintes funções:

- Registo de contactos de emergência através da opção "Os meus dados";
- Registo de informação sobre hábitos, medicação, alergias e doenças através da opção "Os meus registos";
- Registo das medições de peso, altura, glicémia, tensão arterial, colesterol, triglicéridos, saturação de oxigénio e de tempo de coagulação do sangue (INR) através da opção "As minhas medições";
- Carregamento de documentos de saúde, como análises clínicas, relatórios médicos e similares através da opção "Documentos";
- Partilha dos dados de saúde com os profissionais de saúde do SNS (SNS (hospitais, urgências, cuidados primários), mediante autorização prévia do utente, e com a possibilidade de poder consultar o histórico de acessos a essa informação através da opção "Os meus dados".

in Serviços do ministério da Saúde

A PDS live vai permitir, em breve, ligar dois profissionais de saúde (em ambiente de centro de saúde

e hospital) ou utente e médico em contacto directo, através de chat áudio e vídeo, permitindo a realização de uma tele-consulta com partilha de imagens e outros documentos.

in Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

A Telemedicina pretende reduzir os esforços dos utentes e dos serviços de saúde e o recurso à urgência hospitalar, permitindo o diagnóstico e a prescrição terapêutica na hora. Estes sistemas de informação e comunicação diminuem as transferências e a realização de exames, melhorando, desta forma, o aproveitamento dos recursos existentes.

in Portal do Cidadão - Keyword telemedicina

VI O Portal do Utente/ PDS Plataforma de Dados em Saúde

43. Depois desta breve apresentação sobre a Plataforma de Dados em Saúde/ Portal do Utente. Conhecia o Portal do Utente? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Pare de preencher este formulário.*

VI O Portal do Utente/ PDS Plataforma de Dados em Saúde

(continuação I)

44. Como faz uso dessa plataforma? *

Marcar apenas uma oval.

- Como médico *Passe para a pergunta 45.*
- Como utente *Passe para a pergunta 53.*

VI Caracterização do Portal do Utente/ PDS em uso e pertinência para os médicos

(continuação II)

45. 6.1 Como teve conhecimento desta plataforma? *

Marcar apenas uma oval.

- Por algum colega
- Por algum boletim informativo da ordem
- Por alguma norma interna da ACSS
- Por algum técnico operacional
- Pela internet
- Por algum artigo de jornal ou revista
- Outra:

46. **6.2 Como classifica a pertinência do portal? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada pertinente	<input type="radio"/>	Muito pertinente									

47. **6.3 Como classifica a pertinência da informação disponibilizada nesse Portal? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada pertinente	<input type="radio"/>	Muito pertinente									

48. **6.4 Como classifica a usabilidade deste Portal? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco difícil de usar	<input type="radio"/>	Muito fácil de usar									

49. **6.5 Classifique a sua satisfação global da PDS/ Portal do Utente? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada satisfeito	<input type="radio"/>	Muito satisfeito									

50. **6.6 Na consulta do portal para dados do utente, como classifica o seu uso? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Usa pouco	<input type="radio"/>	Usa muito									

51. **6.7 Tem conhecimento que o Portal do Utente/ PDS vai comportar a PDS Live para consultas online (telemedicina)? ****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

52. **6.7.1 Considera esta forma de consulta segura na pratica do acto médico? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada seguro	<input type="radio"/>	Muito seguro									

Caracterização do Portal do Utente/ PDS em uso e pertinência para os utentes

(continuação II)

53. **6.1 Como teve conhecimento desta plataforma? ****Marcar apenas uma oval.*

- Pelo seu médico
- Na secretaria do centro de saúde
- Pelo seu enfermeiro
- Por algum técnico
- Pela internet
- Por algum artigo de jornal ou revista
- Outra:

54. **6.2 Como classifica a pertinência do portal? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada pertinente	<input type="radio"/>	Muito pertinente									

55. **6.3 Como classifica a pertinência da informação disponibilizada neste Portal? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada pertinente	<input type="radio"/>	Muito pertinente									

56. **6.5 Classifique a sua satisfação global da PDS/ Portal do Utente? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada satisfeito	<input type="radio"/>	Muito satisfeito									

57. **6.4 Como classifica a usabilidade do Portal? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco difícil de usar	<input type="radio"/>	Muito fácil de usar									

58. **6.6 Como classifica o seu benefício na consulta através do portal para verificação de dados clínicos? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Usa pouco	<input type="radio"/>	Usa muito									

59. **6.7 Tem conhecimento que o Portal do Utente/ PDS vai comportar a PDS Live para consultas online (telemedicina)? ****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

60. **6.7.1 Considera esta forma de consulta segura para si como utente? ****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada seguro	<input type="radio"/>	Muito seguro									

Com tecnologia



Anexo 2 – Google Outputs (gráficos de frequência)

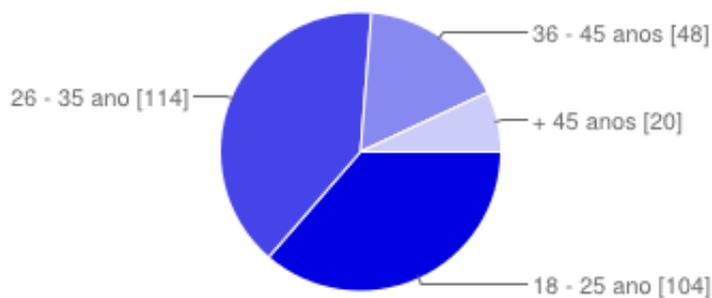
286 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Resumo

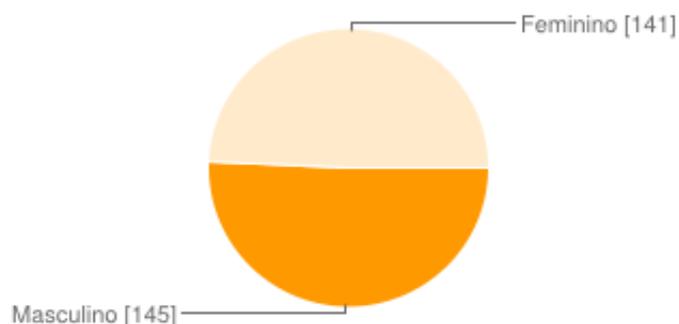
I - Caracterização da amostra

1.1 Idade.



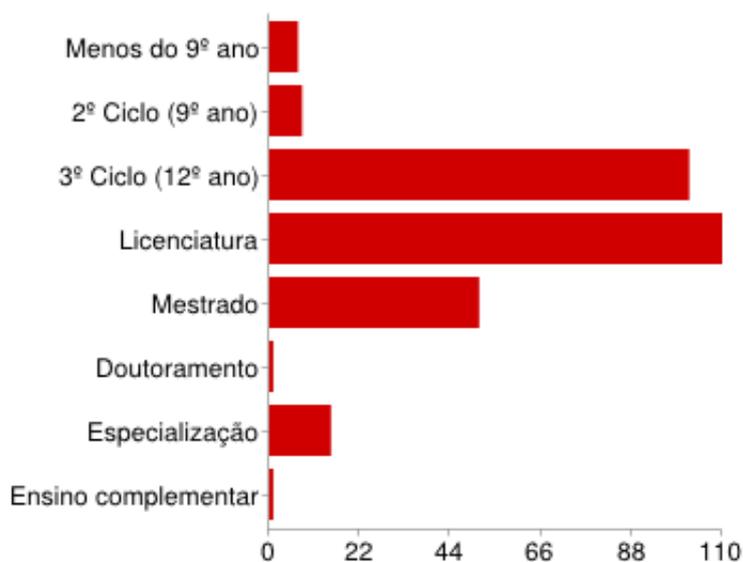
18 - 25 anos	104	36%
26 - 35 anos	114	40%
36 - 45 anos	48	17%
+ 45 anos	20	7%

1.2 Género.



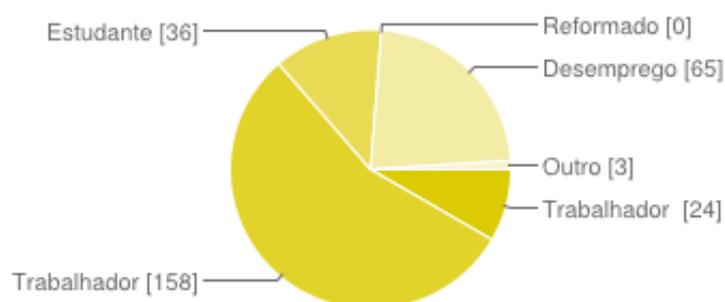
Masculino	145	51%
Feminino	141	49%

1.3 Nível de Estudos (completos).



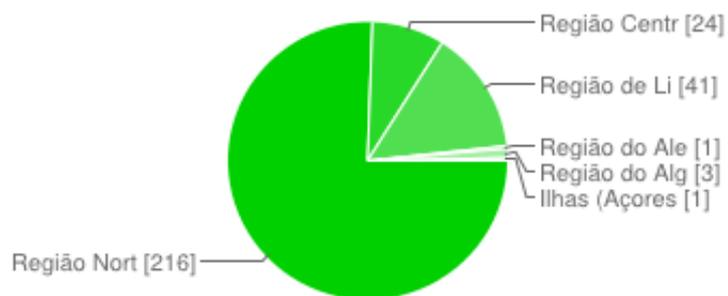
Menos do 9º ano	7	2%
2º Ciclo (9º ano)	8	3%
3º Ciclo (12º ano)	102	35%
Licenciatura	110	37%
Mestrado	51	17%
Doutoramento	1	0%
Especialização	15	5%
Ensino complementar	1	0%

1.4 Situação Profissional.



Trabalhador por conta própria	24	8%
Trabalhador por conta de outrém	158	55%
Estudante	36	13%
Reformado	0	0%
Desemprego	65	23%
Outro	3	1%

1.5 Zona Habitacional/ Região

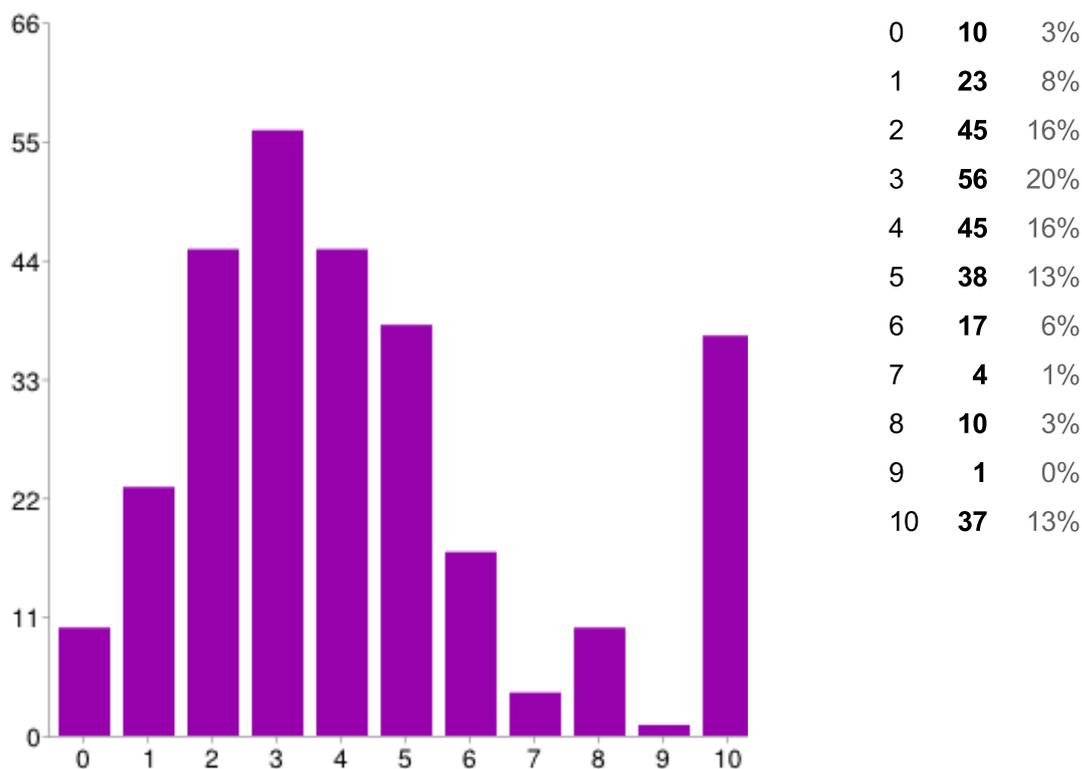


Região Norte (Porto)	216	76%
Região Centro	24	8%
Região de Lisboa e Vale do Tejo	41	14%
Região do Alentejo	1	0%
Região do Algarve	3	1%
Ilhas (Açores e Madeira)	1	0%

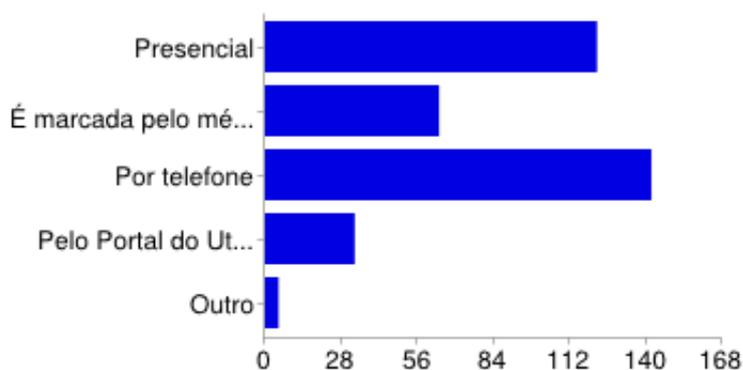
[Imagem]

II - Caracterização da envolvente para uma consulta presencial

2.1 Nos últimos 2 anos quantas vezes foi ao médico?

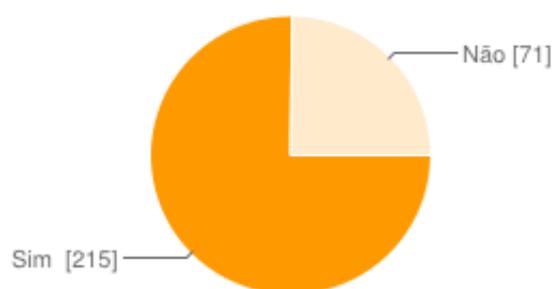


2.2 Como faz a marcação da consulta?



Presencial	122	33%
É marcada pelo médico	64	17%
Por telefone	142	39%
Pelo Portal do Utente (INTERNET)	33	9%
Outro	5	1%

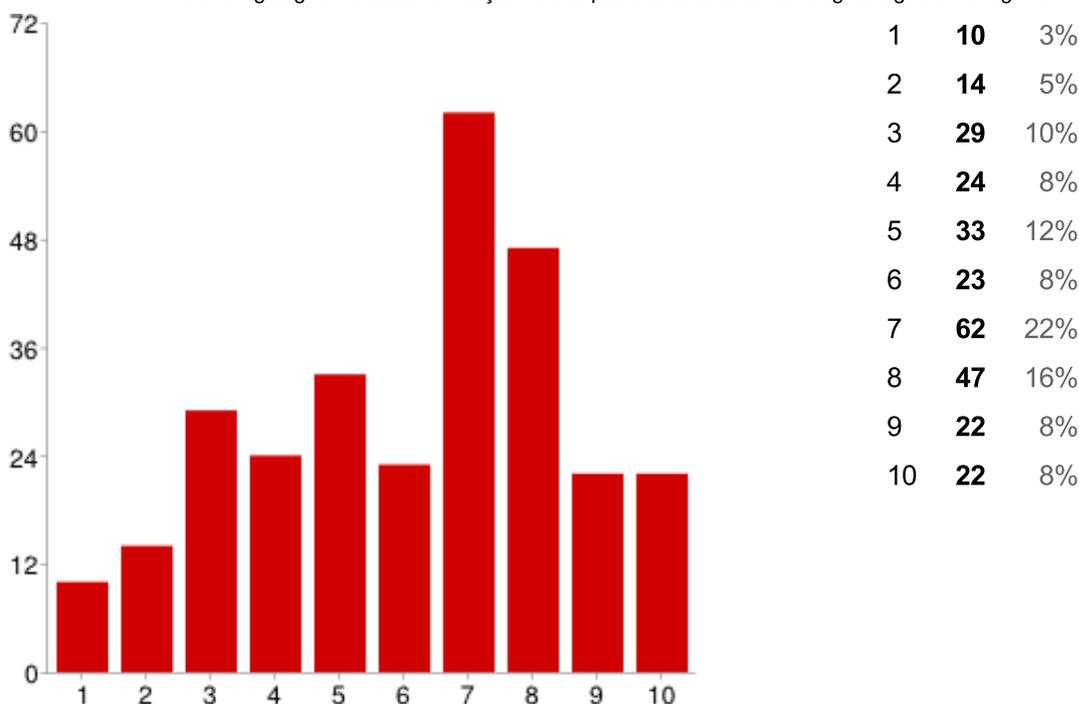
2.3 Concorda com o horário de funcionamento das consultas?



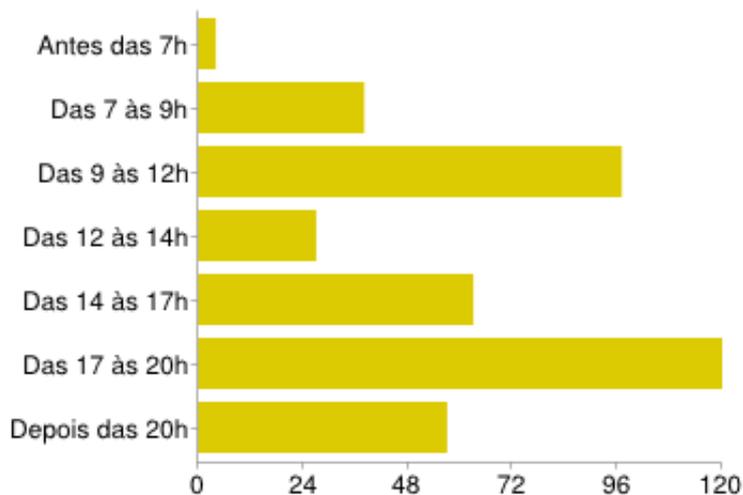
Sim **215** 75%

Não **71** 25%

2.4 Como classifica então a pertinência do horário das consultas?

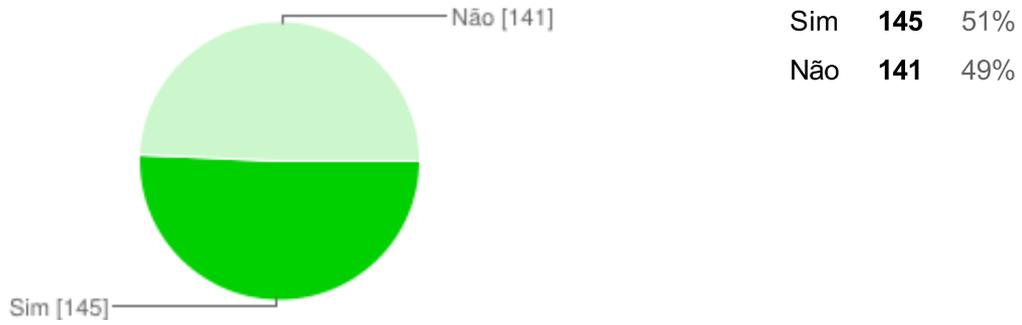


2.5 Qual o horário mais conveniente para a consulta?

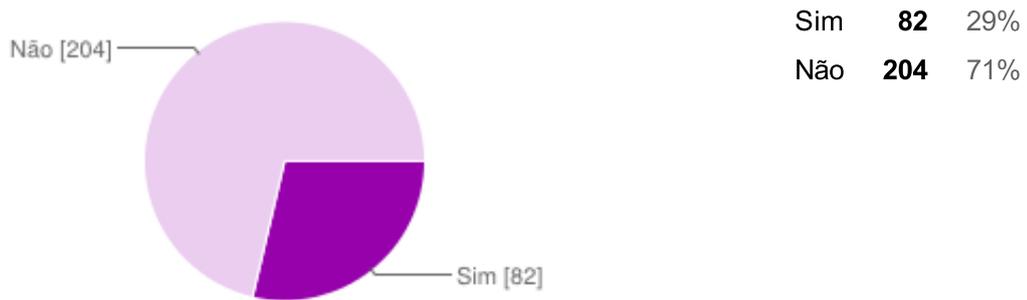


Antes das 7h	4	1%
Das 7 às 9h	38	9%
Das 9 às 12h	97	24%
Das 12 às 14h	27	7%
Das 14 às 17h	63	16%
Das 17 às 20h	120	30%
Depois das 20h	57	14%

2.6 Para ir ao médico necessita de faltar ao trabalho/escola?

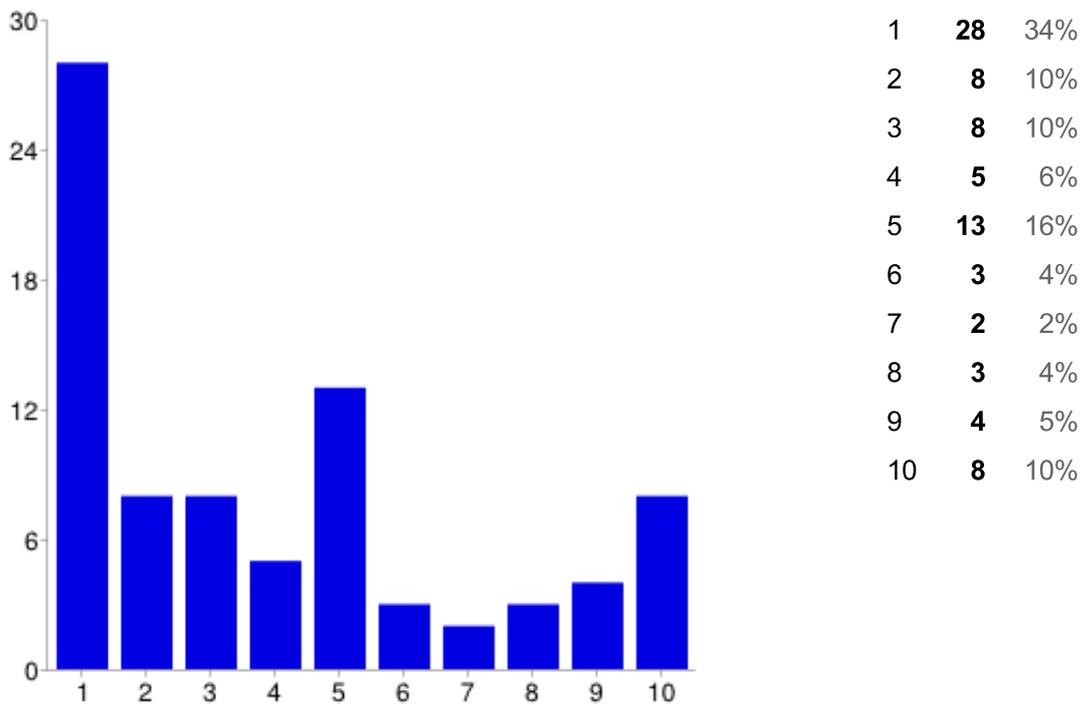


2.7 Tem perda de remuneração por falta durante o horário laboral?

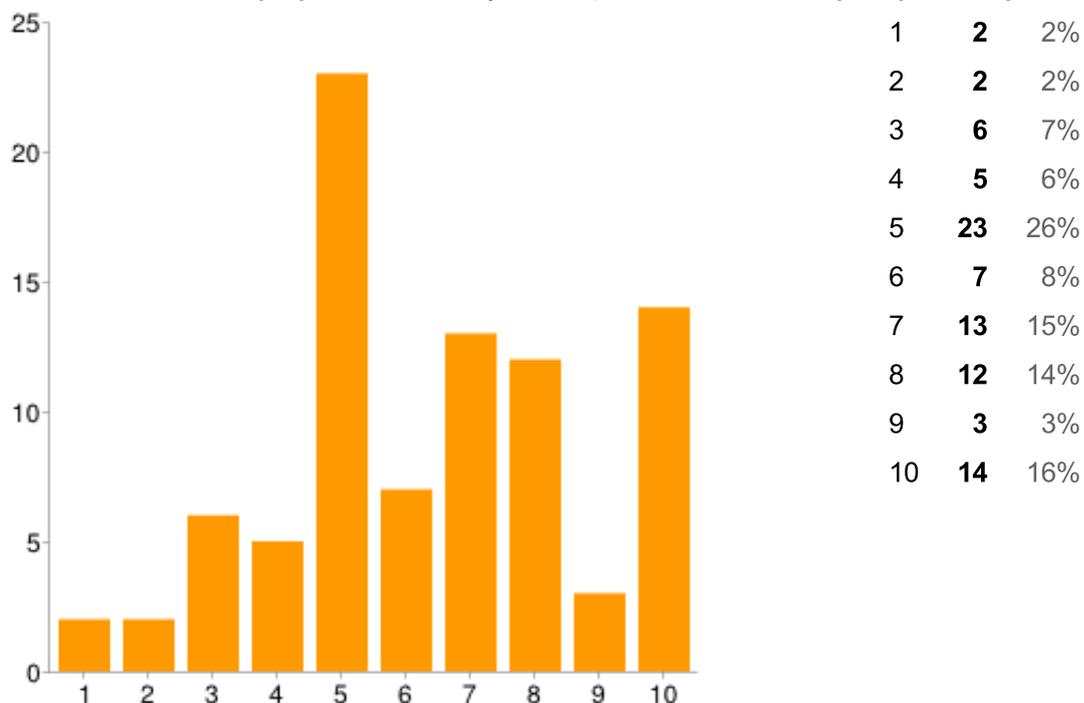


II - Caracterização da envolvente para uma consulta presencial

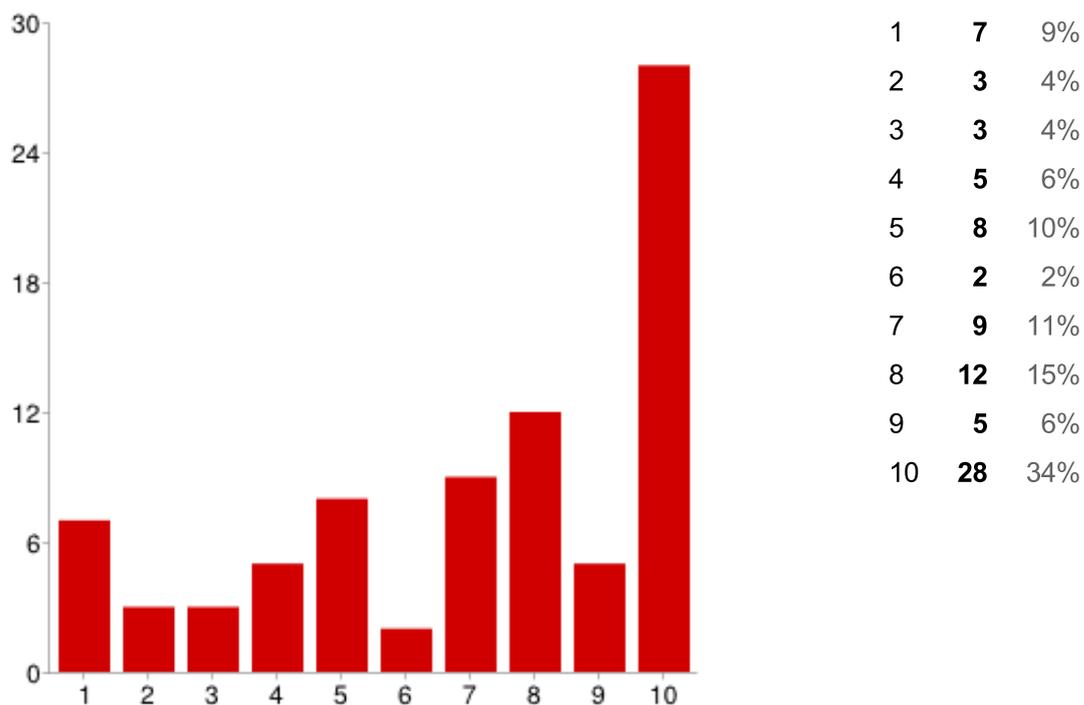
2.7.1 Essa perda de remuneração acontece frequentemente?



3.1 Qual a relação que tem com o seu médico?

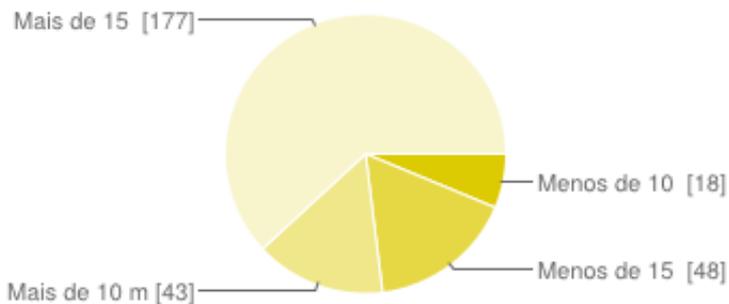


2.8 Perante esta situação de perda remuneratória como classifica a sua insatisfação?



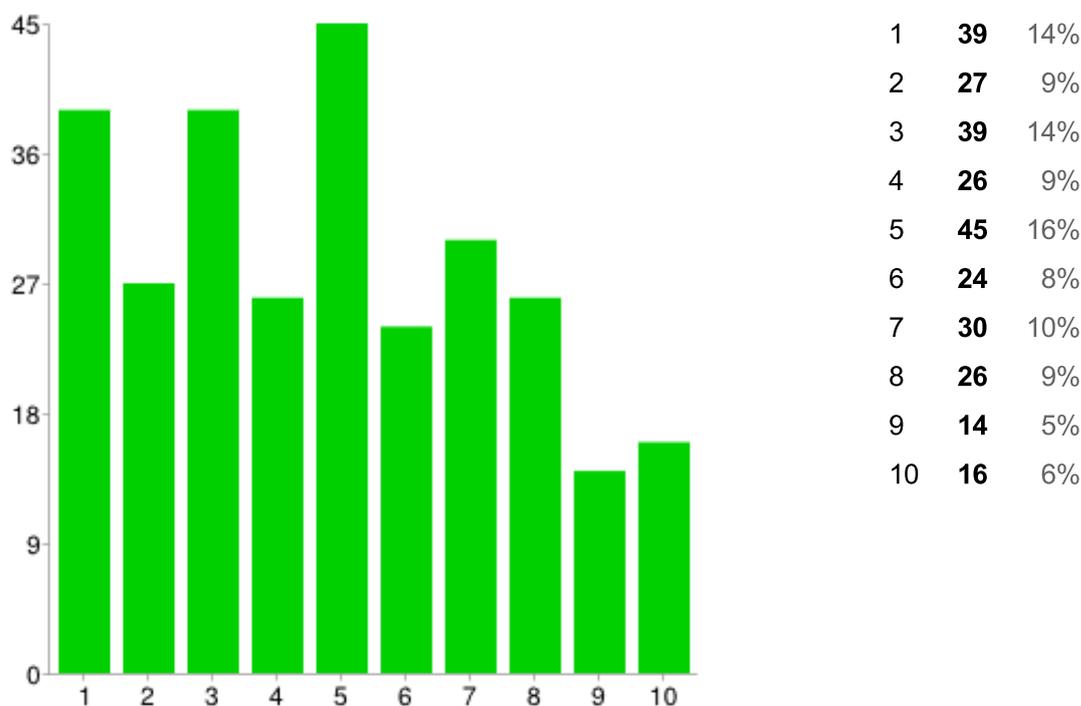
II - Caracterização da envolvente para uma consulta presencial

2.9 Quanto tempo demora desde o momento que chega ao local da consulta até ser atendido pelo médico?



Menos de 10 minutos	18	6%
Menos de 15 minutos	48	17%
Mais de 10 minutos	43	15%
Mais de 15 minutos	177	62%

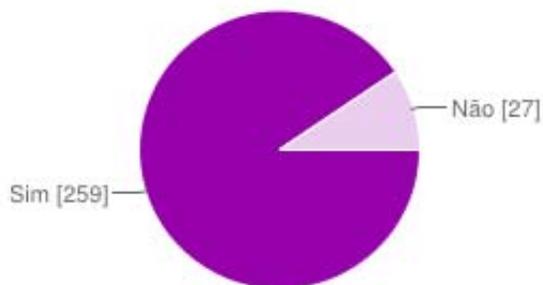
2.10 Como classifica a sua satisfação quanto ao tempo que demora a consulta?



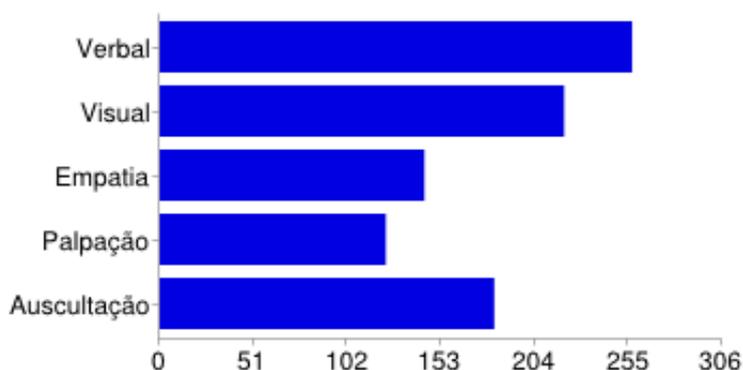
III - Caracterização da Interação Médico/ Paciente durante a presencial

3.2 O seu médico faz uso das tecnologias digitais durante a consulta?

Sim	259	91%
Não	27	9%



3.3 Qual o nível de interação que o médico tem consigo?



Verbal	257	28%
Visual	220	24%
Empatia	144	16%
Palpação	123	13%
Auscultação	182	20%

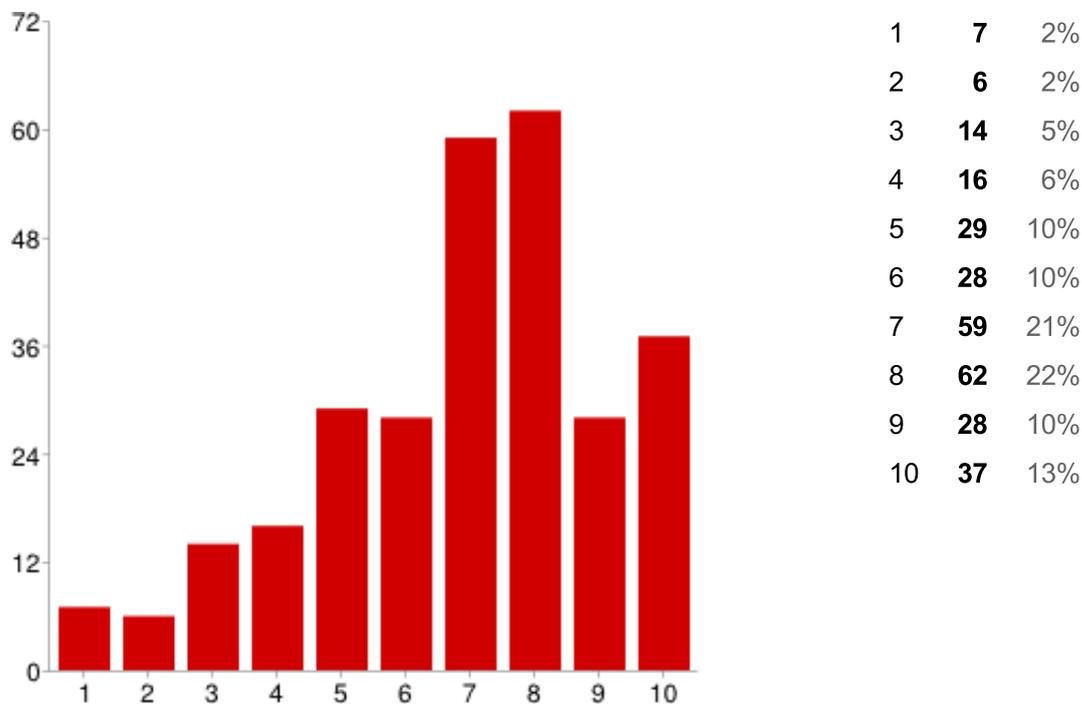
3.4 Quando vai ao médico o que pretende/espera?



Que me ouça	120	13%
Qualidade de atendimento	208	23%
Respeite o horário das consultas	121	13%

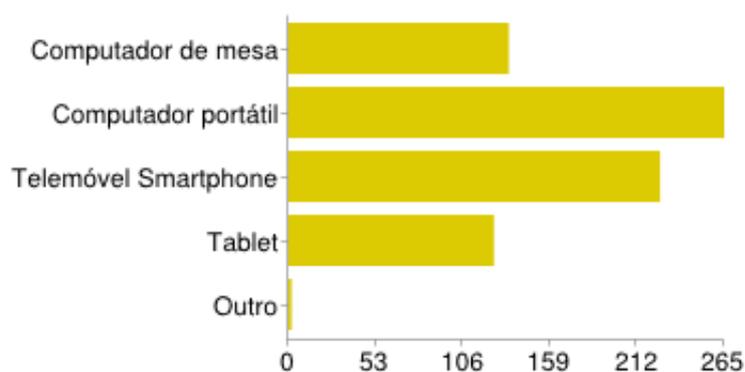
Simpatia	129	14%
Competência profissional	273	30%
Rapidez	41	5%
Outro	6	1%

3.5 No geral como classifica a sua satisfação em relação ao seu médico?



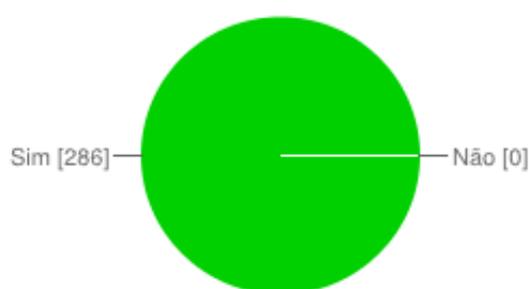
IV - Usabilidade de Tecnologias de Informação

4.1 Dispõe de dispositivos digitais em casa?



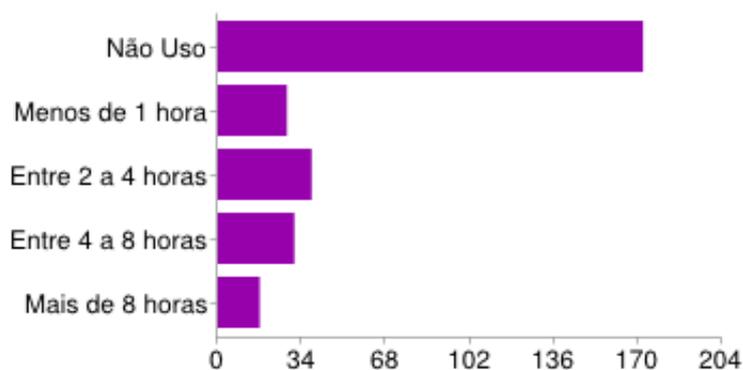
Computador de mesa	134	18%
Computador portátil	265	35%
Telemóvel Smartphone	226	30%
Tablet	125	17%
Outro	2	0%

4.2 Tem Internet em casa?



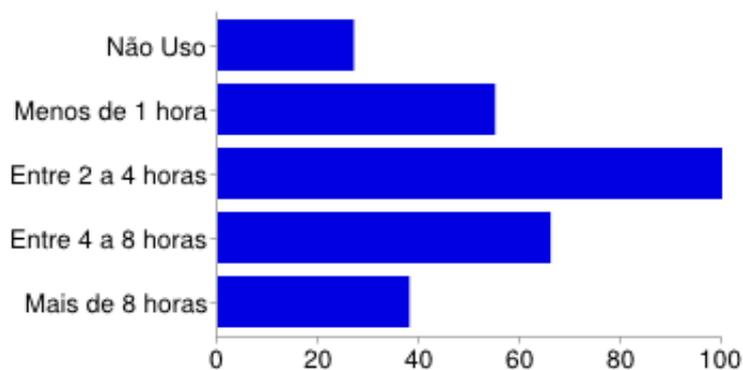
Sim	286	100%
Não	0	0%

No computador [4.3 Em média quantas horas despende por dia ligado à internet?]



Não Uso	172	60%
Menos de 1 hora	28	10%
Entre 2 a 4 horas	38	13%
Entre 4 a 8 horas	31	11%
Mais de 8 horas	17	6%

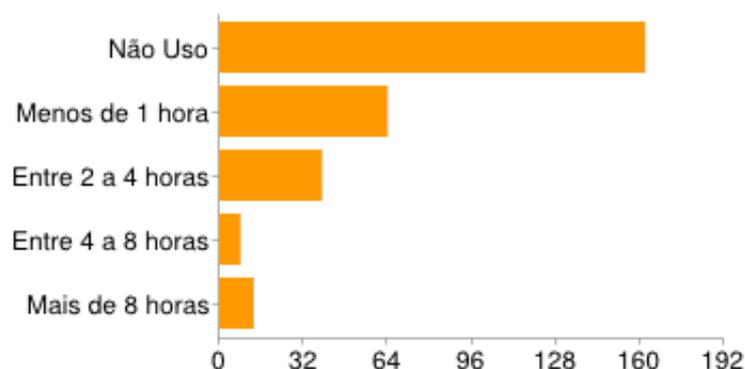
No portátil [4.3 Em média quantas horas despende por dia ligado à internet?]



Não Uso	27	9%
Menos de 1 hora	55	19%

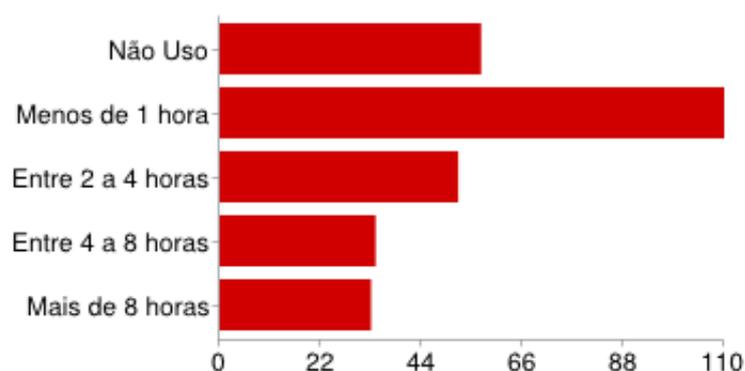
Entre 2 a 4 horas	100	35%
Entre 4 a 8 horas	66	23%
Mais de 8 horas	38	13%

No tablet [4.3 Em média quantas horas despende por dia ligado à internet?]



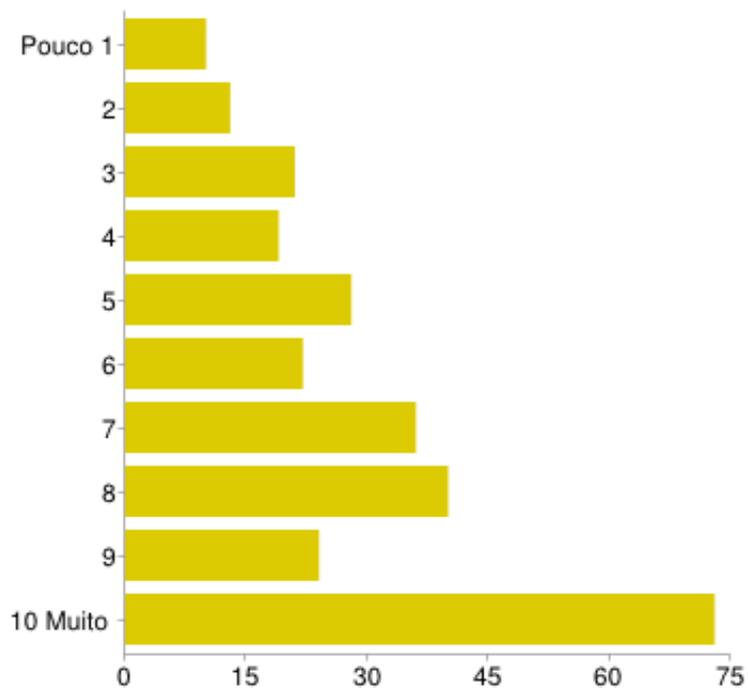
Não Uso	162	57%
Menos de 1 hora	64	22%
Entre 2 a 4 horas	39	14%
Entre 4 a 8 horas	8	3%
Mais de 8 horas	13	5%

No smartphone [4.3 Em média quantas horas despende por dia ligado à internet?]



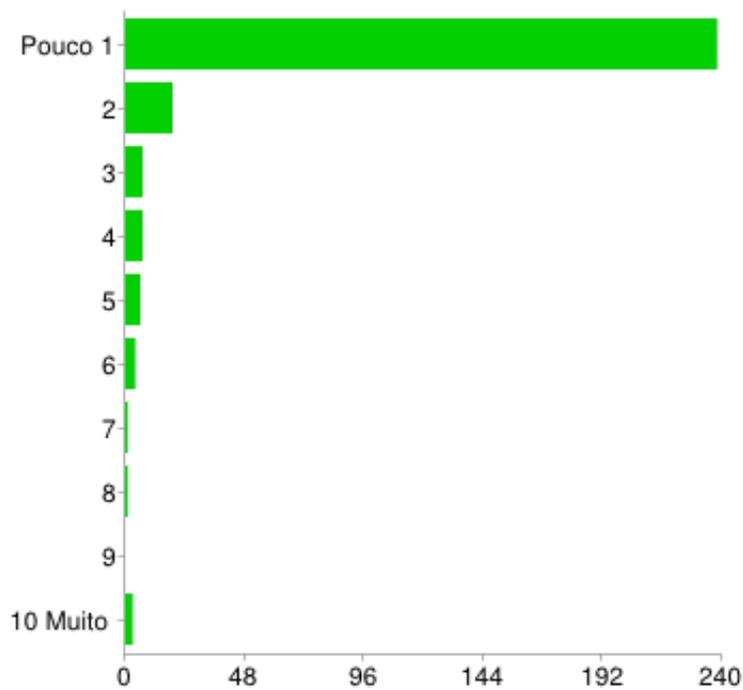
Não Uso	57	20%
Menos de 1 hora	110	38%
Entre 2 a 4 horas	52	18%
Entre 4 a 8 horas	34	12%
Mais de 8 horas	33	12%

Facebook [4.4 Classifique qual o nível de iteração diário que tem em redes sociais e em conversação online?]



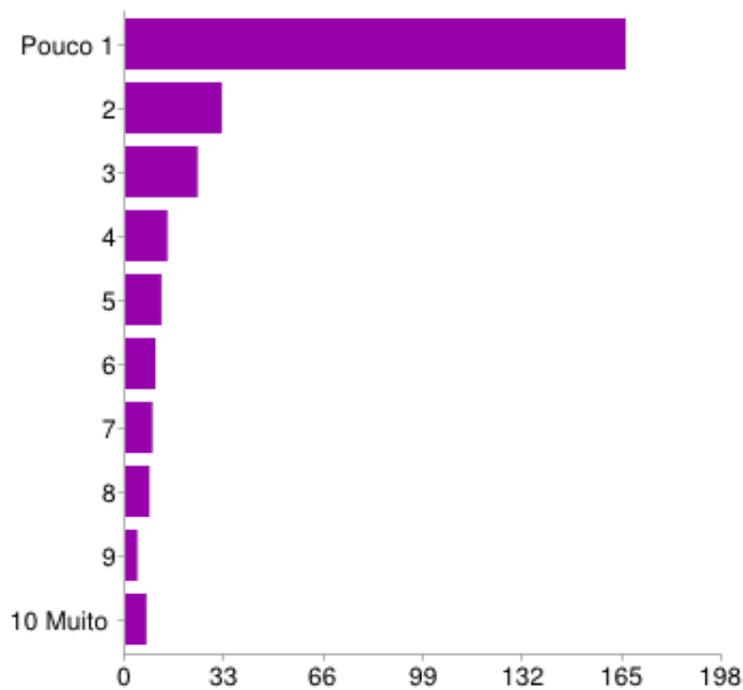
Pouco 1	10	3%
2	13	5%
3	21	7%
4	19	7%
5	28	10%
6	22	8%
7	36	13%
8	40	14%
9	24	8%
10 Muito	73	26%

Twitter [4.4 Classifique qual o nível de interação diária que tem em redes sociais e em conversação online?]



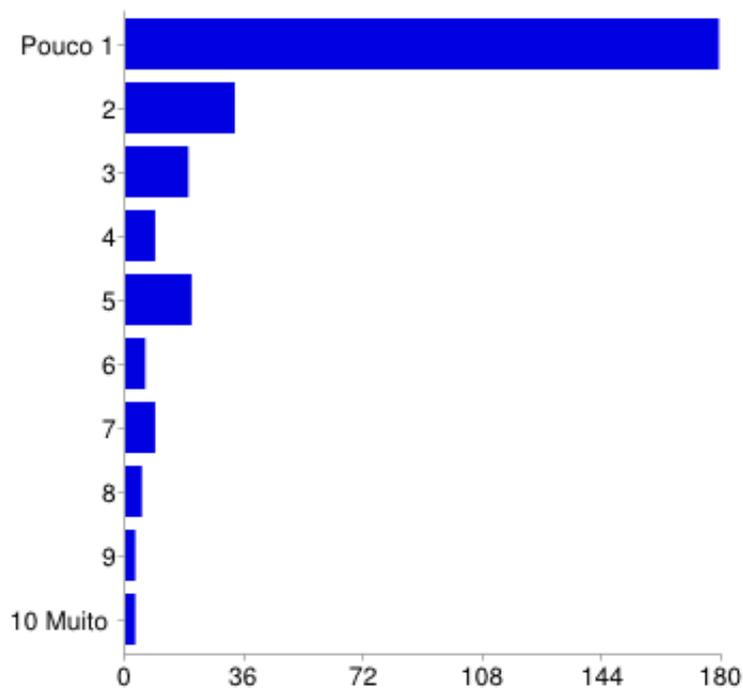
Pouco 1	238	83%
2	19	7%
3	7	2%
4	7	2%
5	6	2%
6	4	1%
7	1	0%
8	1	0%
9	0	0%
10 Muito	3	1%

Skype [4.4 Classifique qual o nível de iteração diário que tem em redes sociais e em conversação online?]



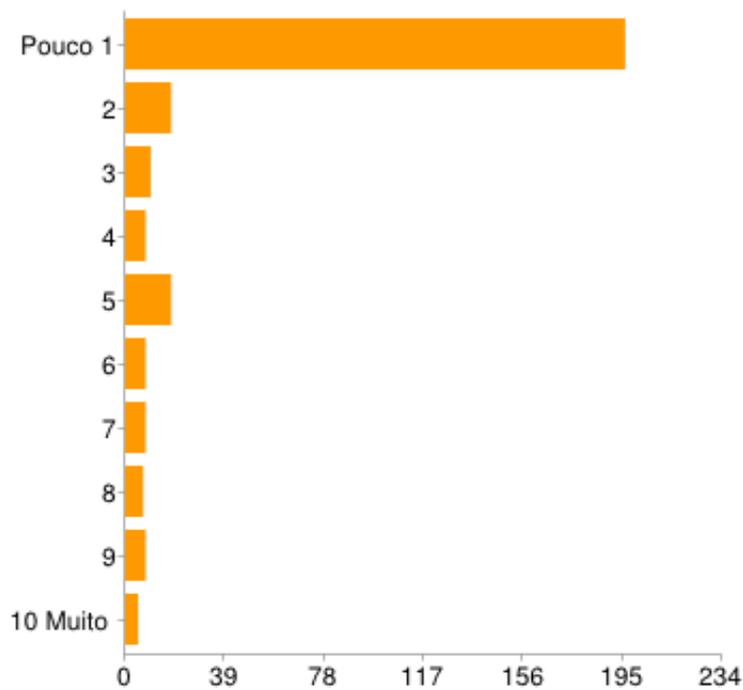
Pouco 1	166	58%
2	32	11%
3	24	8%
4	14	5%
5	12	4%
6	10	3%
7	9	3%
8	8	3%
9	4	1%
10 Muito	7	2%

LinkedIn [4.4 Classifique qual o nível de interação diário que tem em redes sociais e em conversação online?]



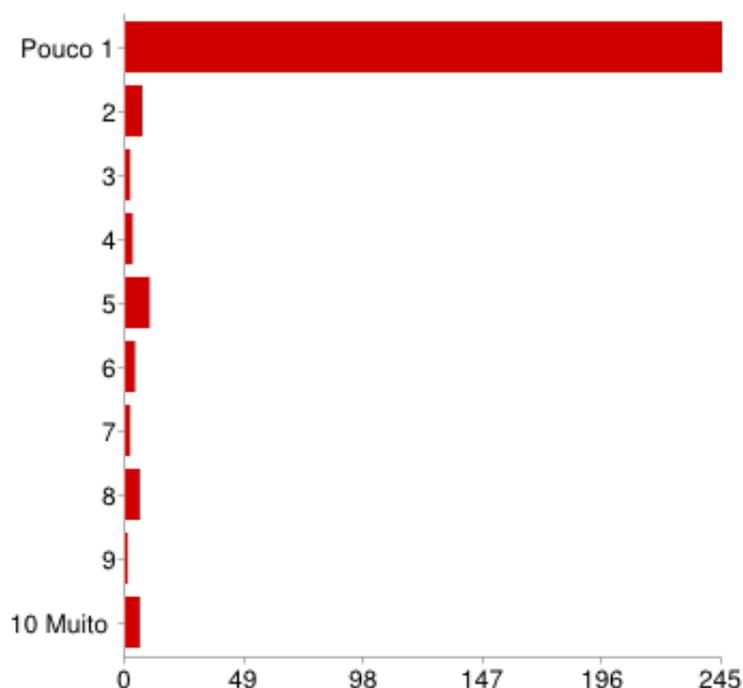
Pouco 1	179	63%
2	33	12%
3	19	7%
4	9	3%
5	20	7%
6	6	2%
7	9	3%
8	5	2%
9	3	1%
10 Muito	3	1%

Instagram [4.4 Classifique qual o nível de interação diário que tem em redes sociais e em conversação online?]



Pouco 1	196	69%
2	18	6%
3	10	3%
4	8	3%
5	18	6%
6	8	3%
7	8	3%
8	7	2%
9	8	3%
10 Muito	5	2%

Outros [4.4 Classifique qual o nível de interação diário que tem em redes sociais e em conversação online?]

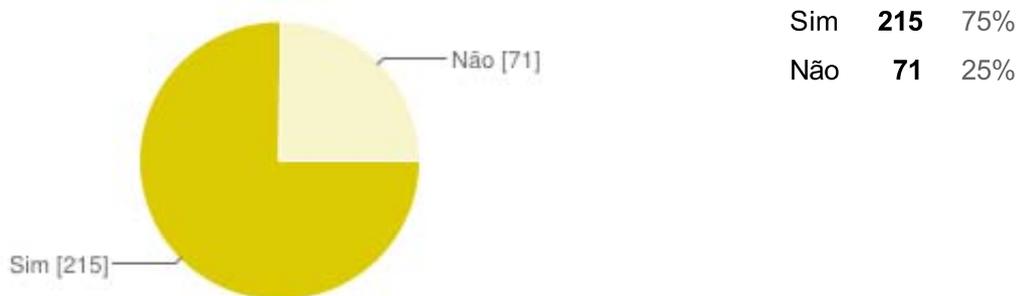


Pouco 1	245	86%
2	7	2%
3	2	1%
4	3	1%
5	10	3%
6	4	1%
7	2	1%
8	6	2%
9	1	0%
10 Muito	6	2%

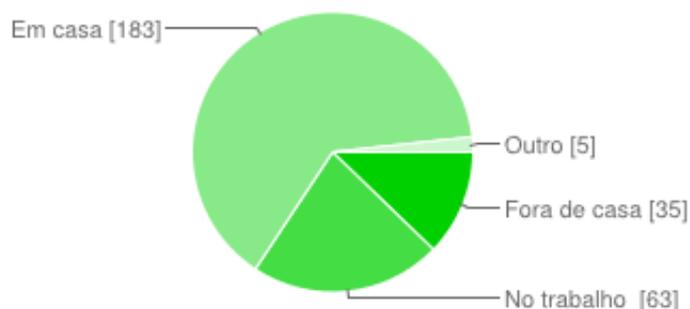
4.4.1 Caso tenha indicado outros, nomeie quais.

nenhum Pinterest hangout we heart it youtube Gmail e Google+ reddit .
 checkin linkedin; youtube Youtube, FourSqaure youtube, noticias Teamspeak
 google + Viber Whatsapp behance pesquisa e email iMessage Foursquare,
 Google + Pinterest, Google + Zzzz whatsapp chat gmail MSN pinterest SK
 gaming, jogos online Gmail Google Plus PINTEGREST tumblr Youtube
 slideshare Viber GTalk Tumblr google+ gmail, pinterest smarthphone viber,
 whatsapp Whatsapp skype

4.5 Tem ligação 3G no Tablet ou no telemóvel/Smartphone?



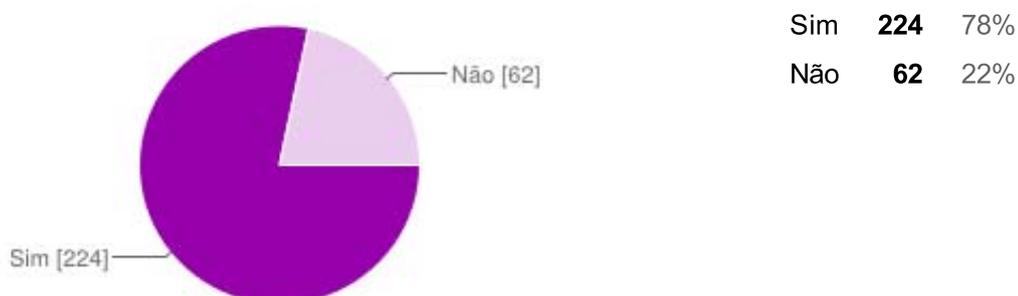
4.6 Onde usa mais a Internet?



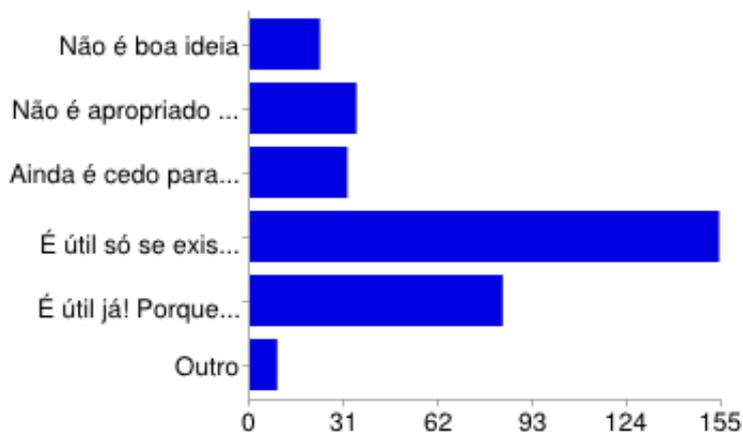
Fora de casa	35	12%
No trabalho	63	22%
Em casa	183	64%
Outro	5	2%

V- Potencialidade para consultas online (não presenciais)

5.1 Se existisse uma plataforma/site credenciado pelo SNS de consultas online usaria?

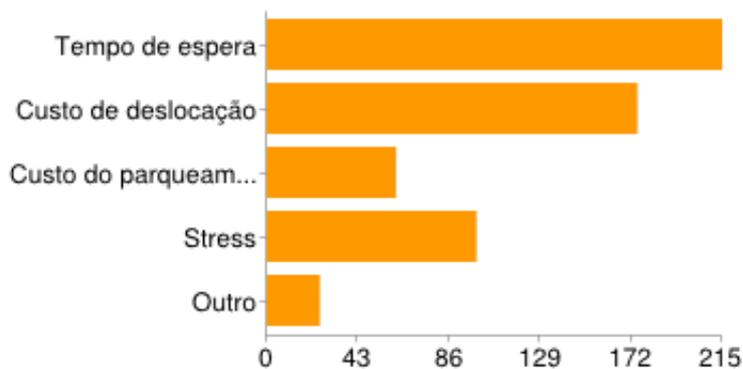


5.2 Como considera a pertinência deste tipo de sistema no contexto de saúde actual?



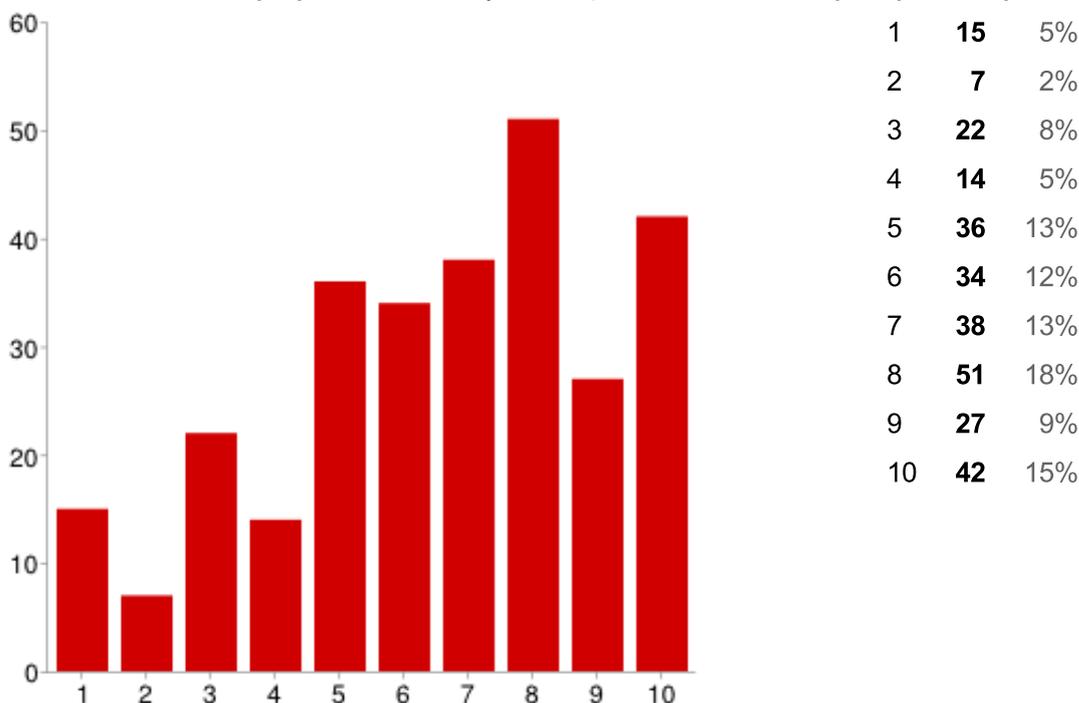
Não é boa ideia	23	7%
Não é apropriado à nossa população	35	10%
Ainda é cedo para a utilização deste tipo de sistema	32	10%
É útil só se existir apoio à sua utilização	154	46%
É útil já! Porque o apoio surge naturalmente	83	25%
Outro	9	3%

5.3 Qual o benefício das consultas online para si, como paciente?

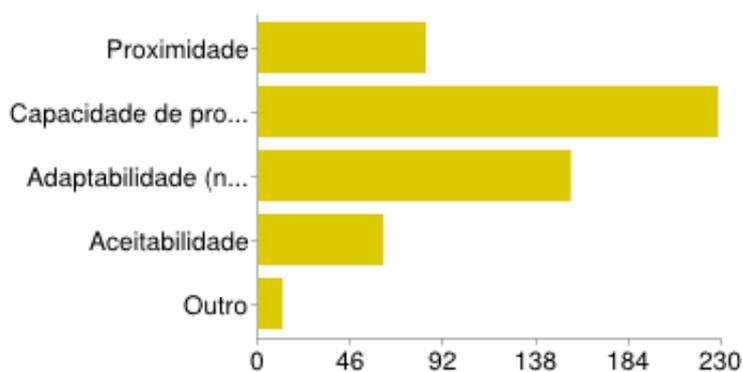


Tempo de espera	215	37%
Custo de deslocação	175	30%
Custo do estacionamento da viatura	61	11%
Stress	99	17%
Outro	25	4%

5.4 Considera que a utilização deste tipo de sistemas traz benefícios no atendimento para a saúde das pessoas?

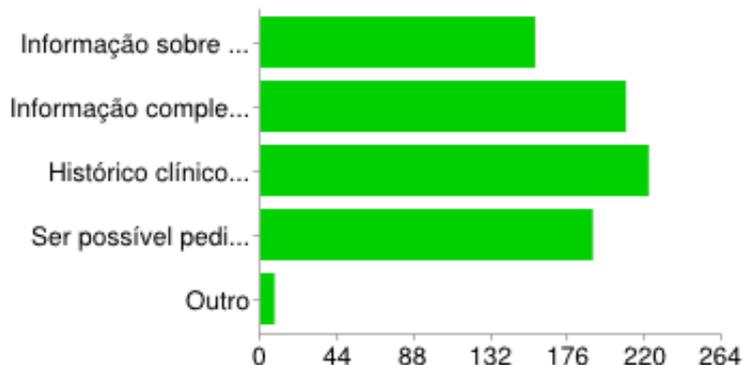


5.5 Tipo de relação e acompanhamento que pretende numa consulta online?



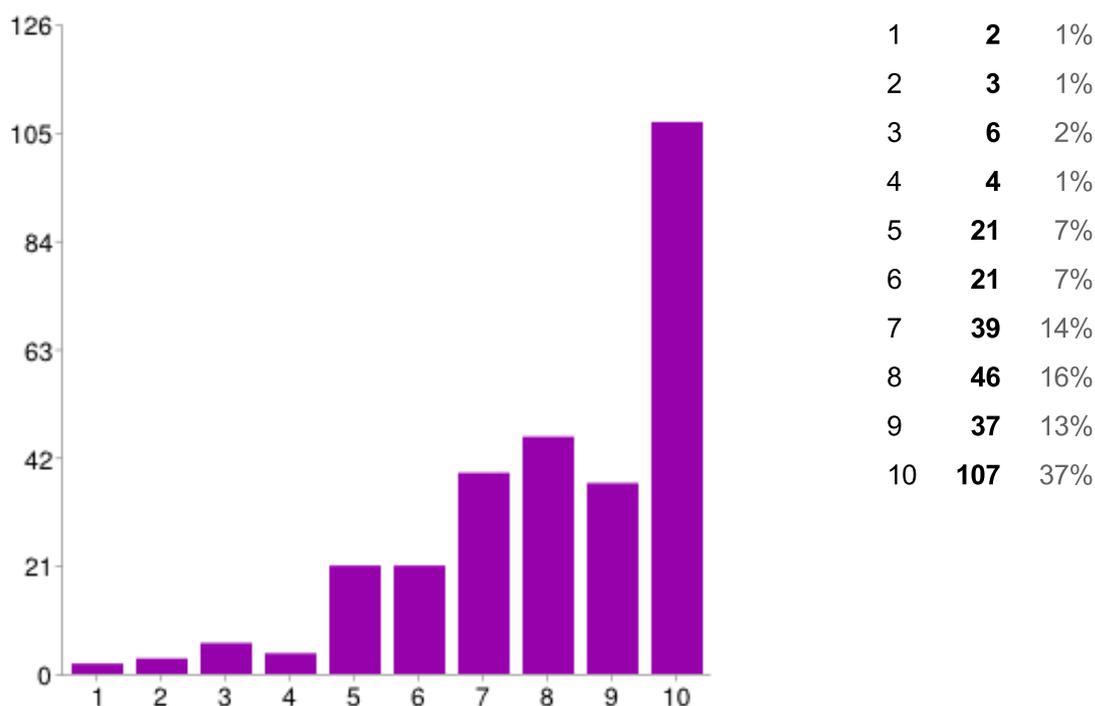
Proximidade	83	15%
Capacidade de pronta resposta	228	42%
Adaptabilidade (no caso de entrega de exames)	155	29%
Aceitabilidade	62	11%
Outro	12	2%

5.6 Na plataforma para auxílio do paciente acharia conveniente incluir:

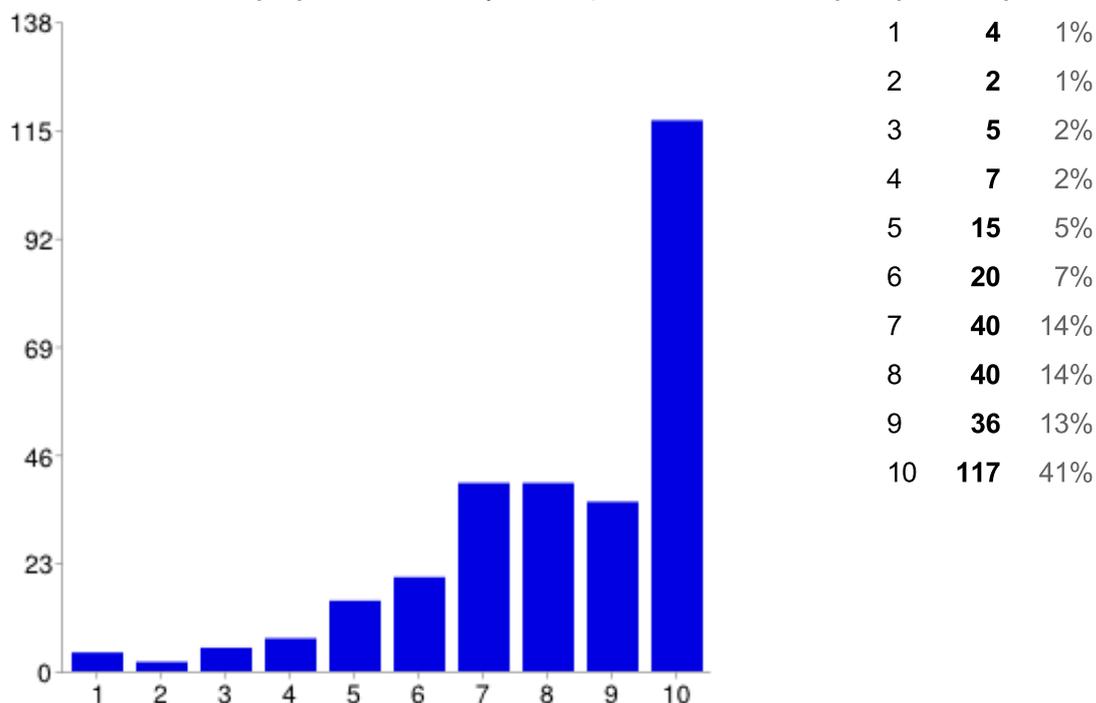


Informação sobre doenças (glossário)	157	20%
Informação completa doente	209	27%
Histórico clínico de toda a sua vida	222	28%
Ser possível pedir 2ª opinião sem repetir exames porque já estão na plataforma	190	24%
Outro	8	1%

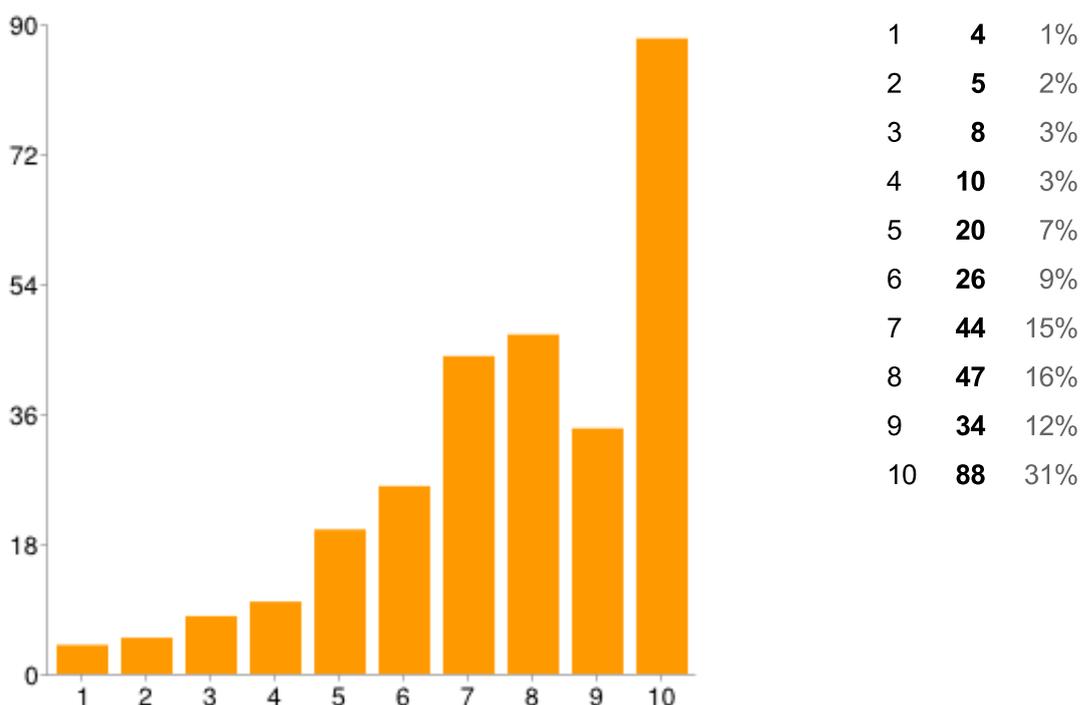
5.7 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem organizar toda a sua informação de saúde?



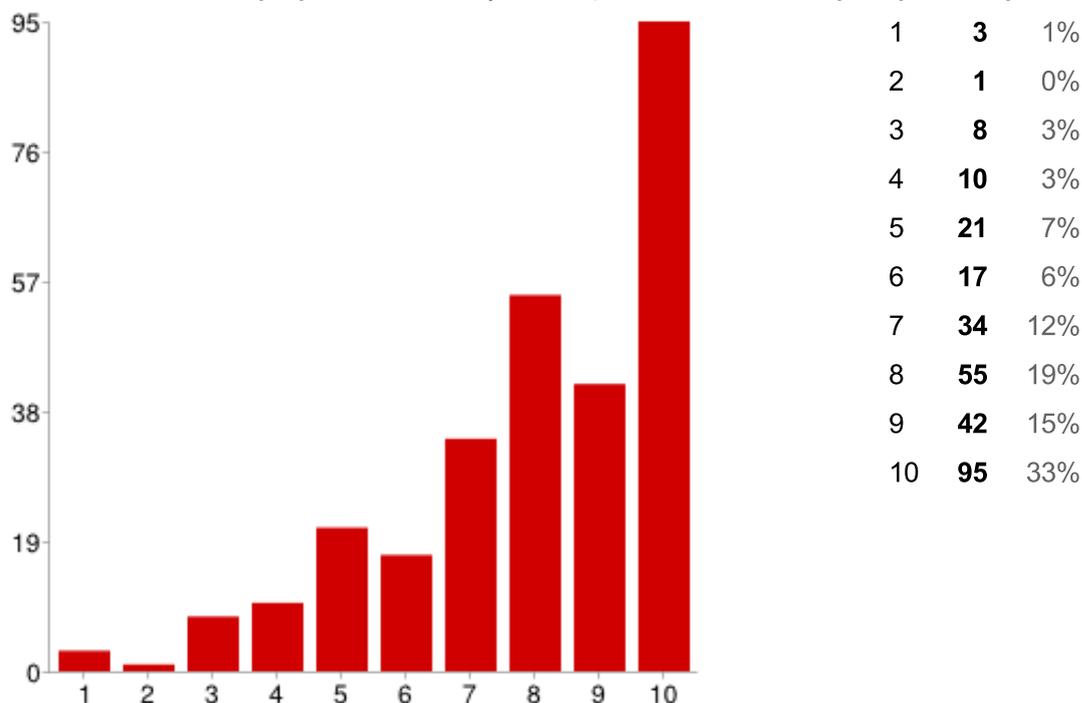
5.8 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma onde podem monitorizar os seus Parâmetros Vitais (tensão arterial, glicemia, frequência cardíaca, temperatura, peso)?



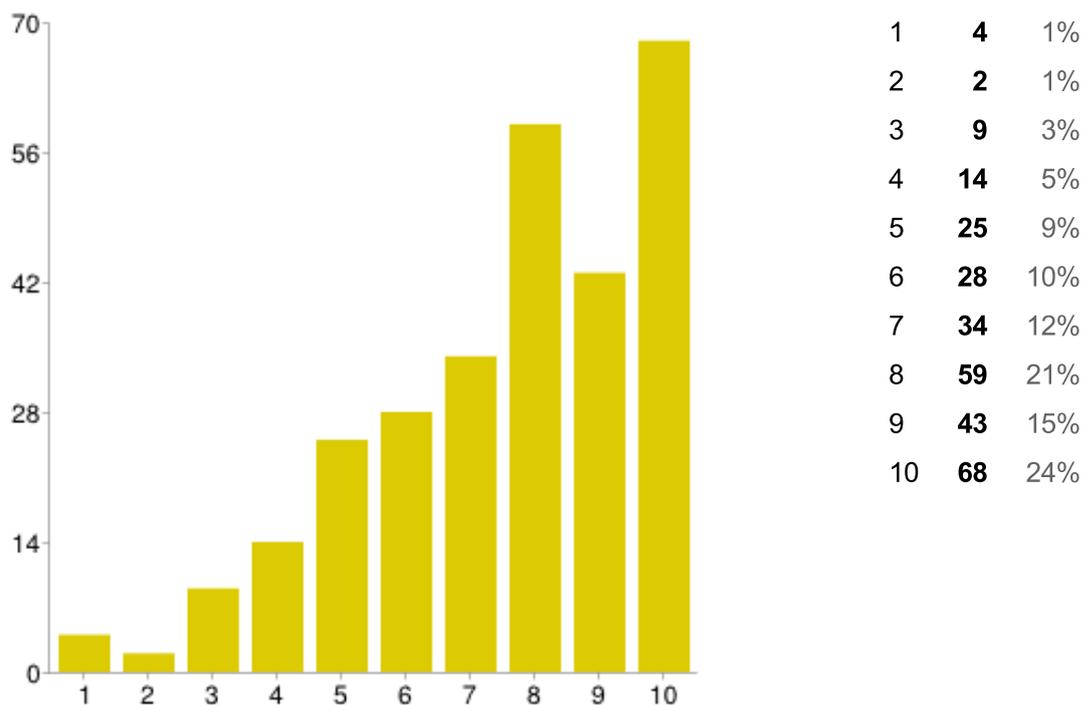
5.9 Como classifica a possibilidade das pessoas terem uma plataforma que permite partilhar a sua informação de saúde com os profissionais de saúde sem exigir a sua presença?



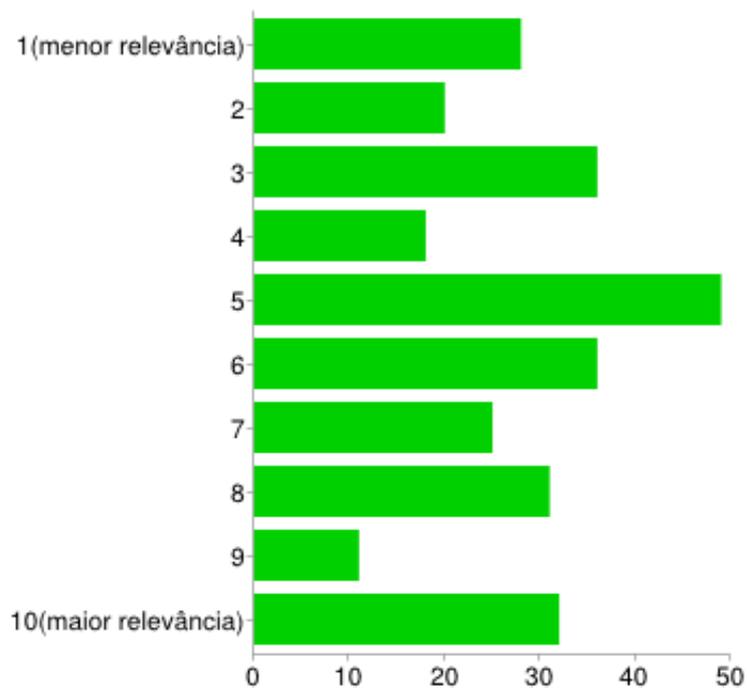
5.10 O acesso a este tipo de sistema será feito através da Internet e possibilitará o acesso aos seus registos esteja onde estiver. Qual a relevância que este facto tem para si?



5.11 Considera este tipo de sistema uma ferramenta eficaz na melhoria da capacidade de decisão dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde?

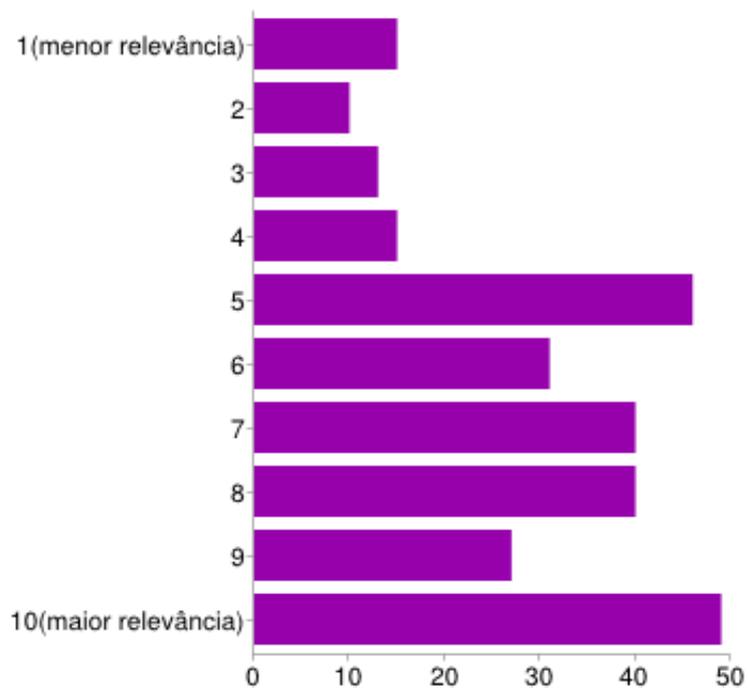


Custo individual/social [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



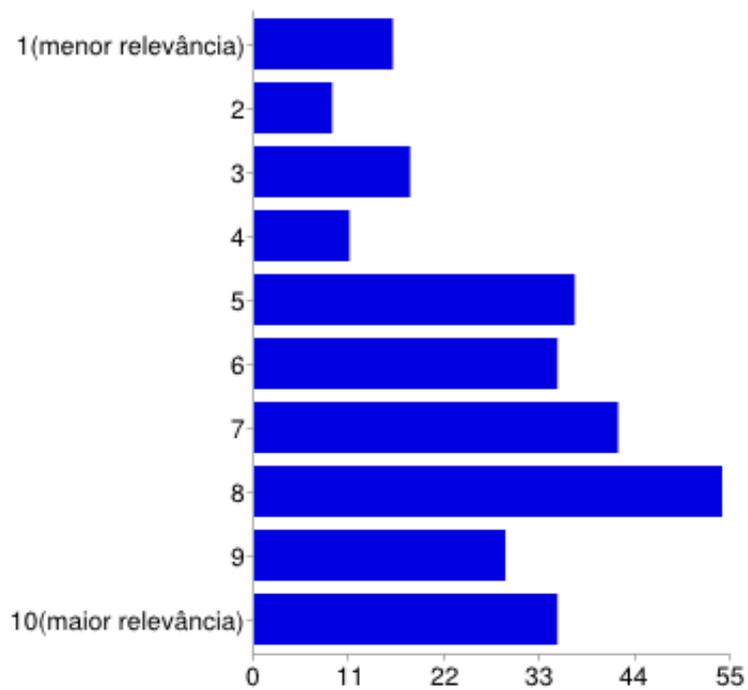
1(menor relevância)	28	10%
2	20	7%
3	36	13%
4	18	6%
5	49	17%
6	36	13%
7	25	9%
8	31	11%
9	11	4%
10(maior relevância)	32	11%

Dificuldade de adesão por parte dos decisores políticos [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



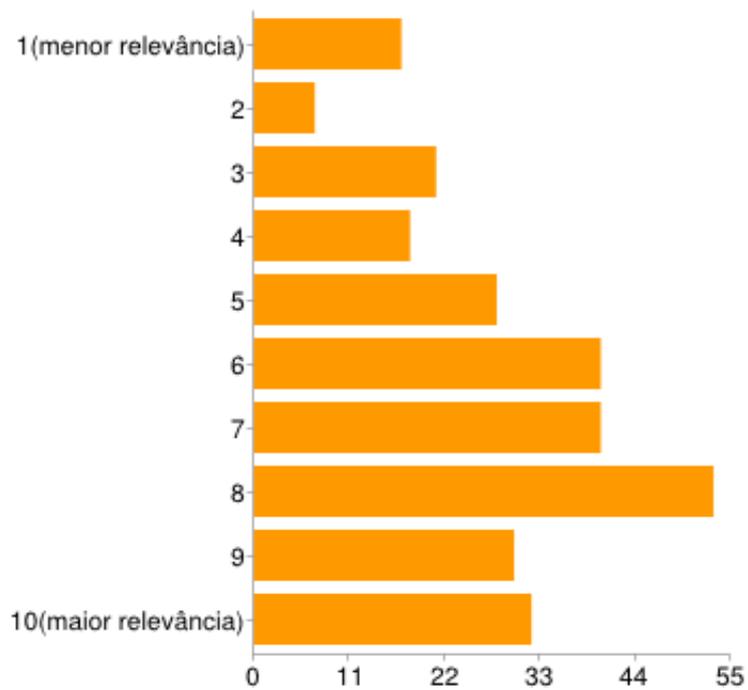
1(menor relevância)	15	5%
2	10	3%
3	13	5%
4	15	5%
5	46	16%
6	31	11%
7	40	14%
8	40	14%
9	27	9%
10(maior relevância)	49	17%

Falta de autonomia na utilização de novas tecnologias [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



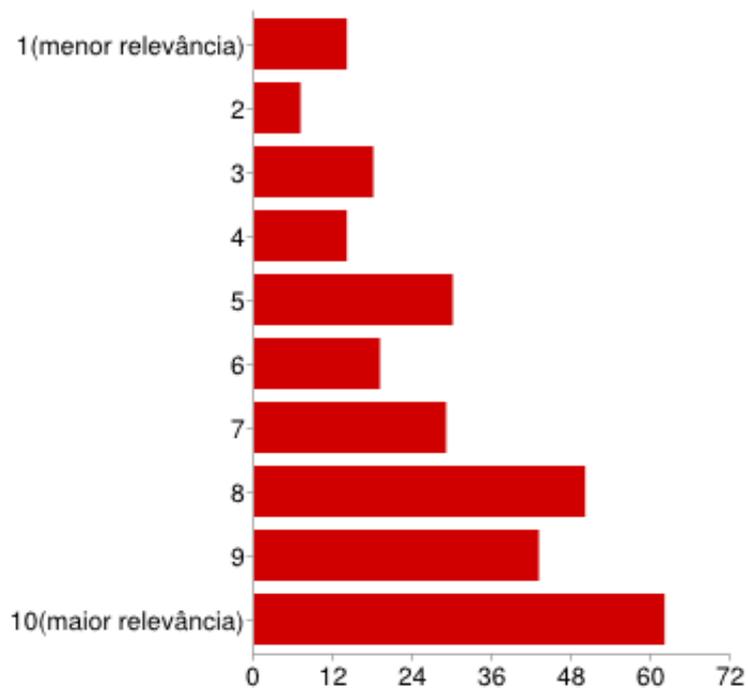
1(menor relevância)	16	6%
2	9	3%
3	18	6%
4	11	4%
5	37	13%
6	35	12%
7	42	15%
8	54	19%
9	29	10%
10(maior relevância)	35	12%

Falta de consciência da utilidade do processo [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



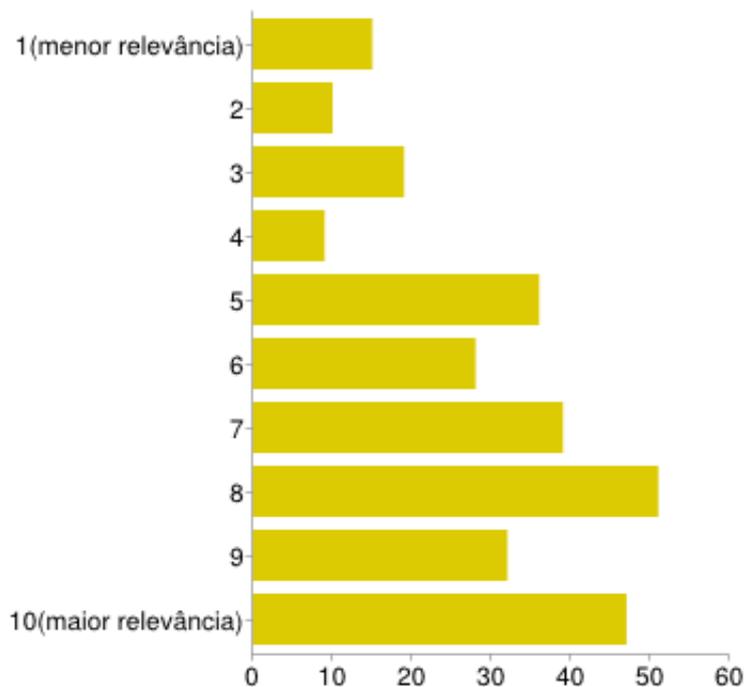
1(menor relevância)	17	6%
2	7	2%
3	21	7%
4	18	6%
5	28	10%
6	40	14%
7	40	14%
8	53	19%
9	30	10%
10(maior relevância)	32	11%

Iliteracia Digital [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



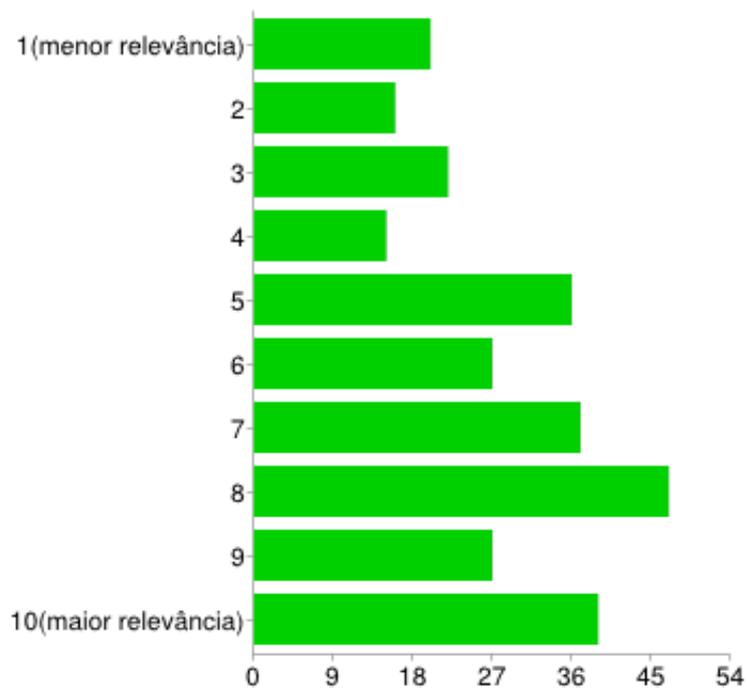
1(menor relevância)	14	5%
2	7	2%
3	18	6%
4	14	5%
5	30	10%
6	19	7%
7	29	10%
8	50	17%
9	43	15%
10(maior relevância)	62	22%

Iliteracia em Saúde [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



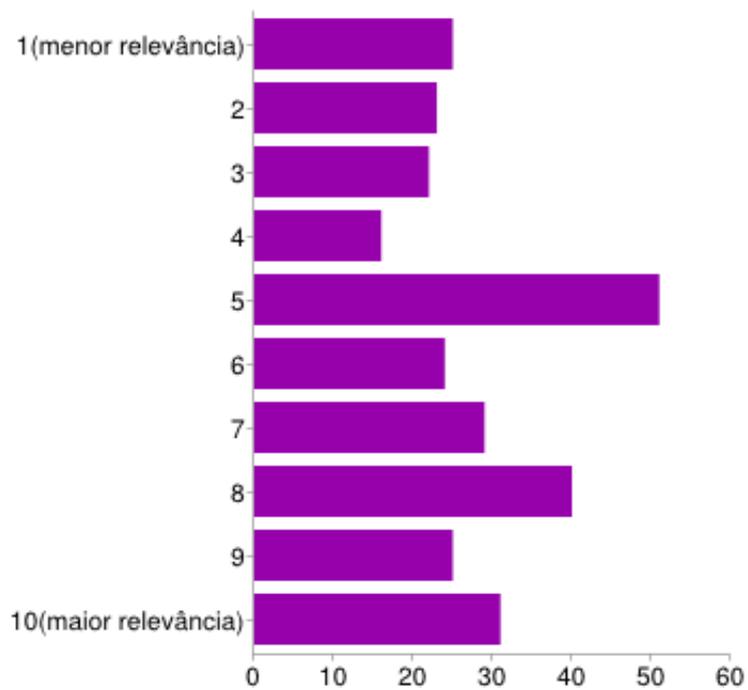
1(menor relevância)	15	5%
2	10	3%
3	19	7%
4	9	3%
5	36	13%
6	28	10%
7	39	14%
8	51	18%
9	32	11%
10(maior relevância)	47	16%

Incompatibilidades tecnológicas [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



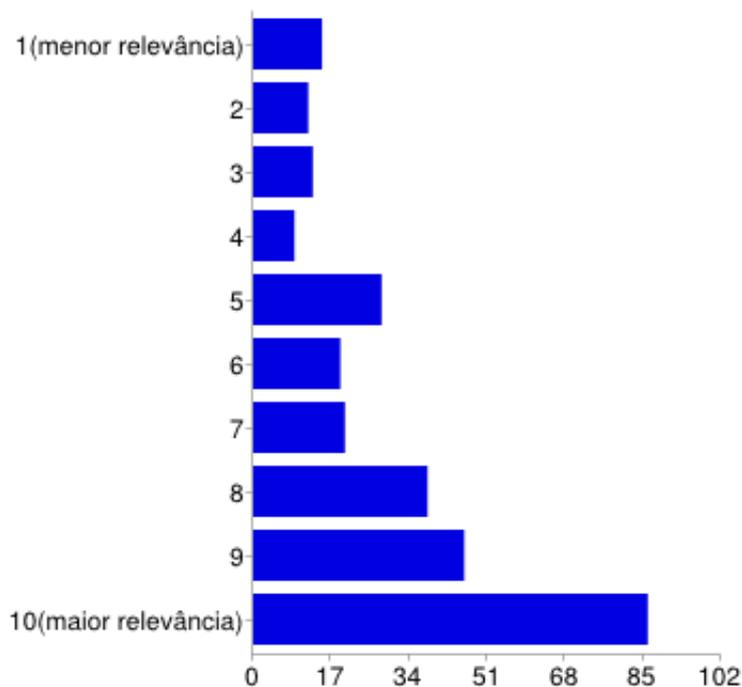
1(menor relevância)	20	7%
2	16	6%
3	22	8%
4	15	5%
5	36	13%
6	27	9%
7	37	13%
8	47	16%
9	27	9%
10(maior relevância)	39	14%

Preconceitos sobre Saúde [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



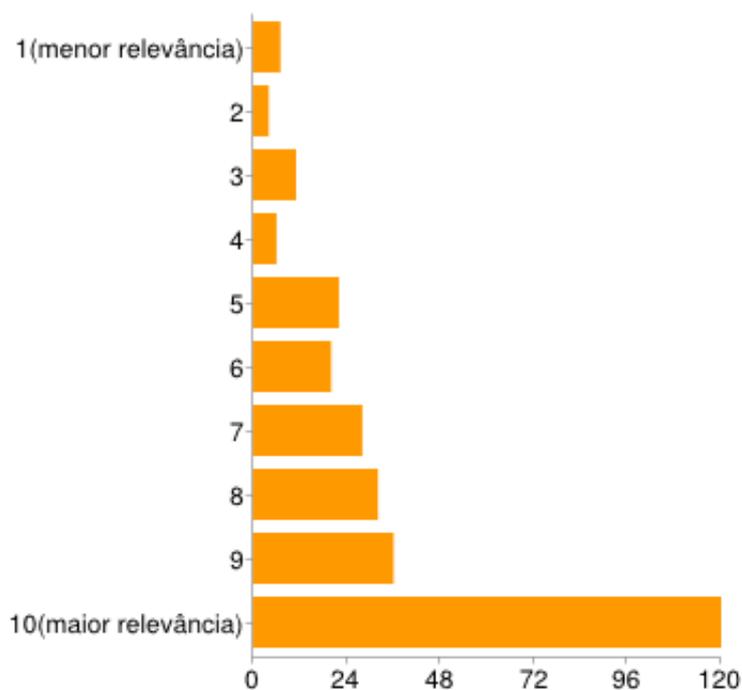
1(menor relevância)	25	9%
2	23	8%
3	22	8%
4	16	6%
5	51	18%
6	24	8%
7	29	10%
8	40	14%
9	25	9%
10(maior relevância)	31	11%

Receio de não confidencialidade dos dados [5.12 Quais os principais obstáculos relativamente à implementação deste tipo de plataformas?]



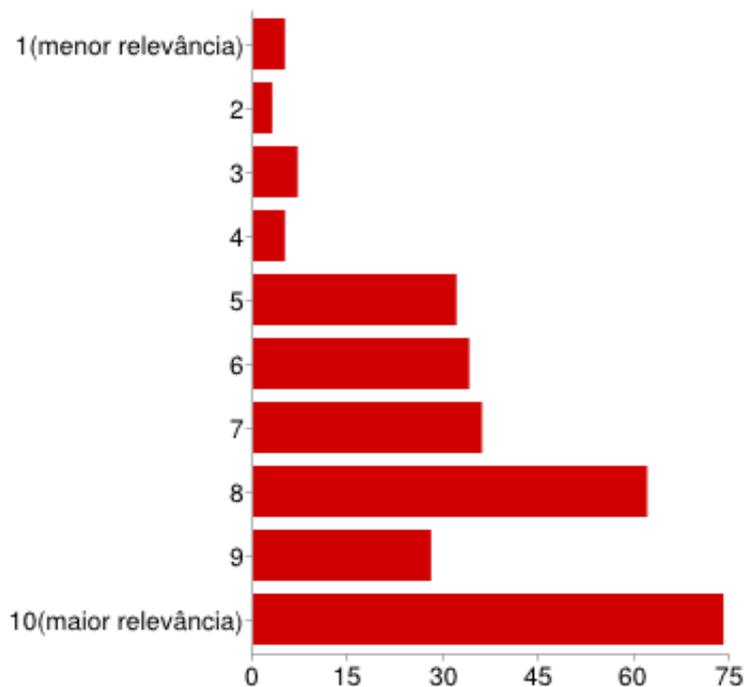
1(menor relevância)	15	5%
2	12	4%
3	13	5%
4	9	3%
5	28	10%
6	19	7%
7	20	7%
8	38	13%
9	46	16%
10(maior relevância)	86	30%

Confidencialidade da Informação [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



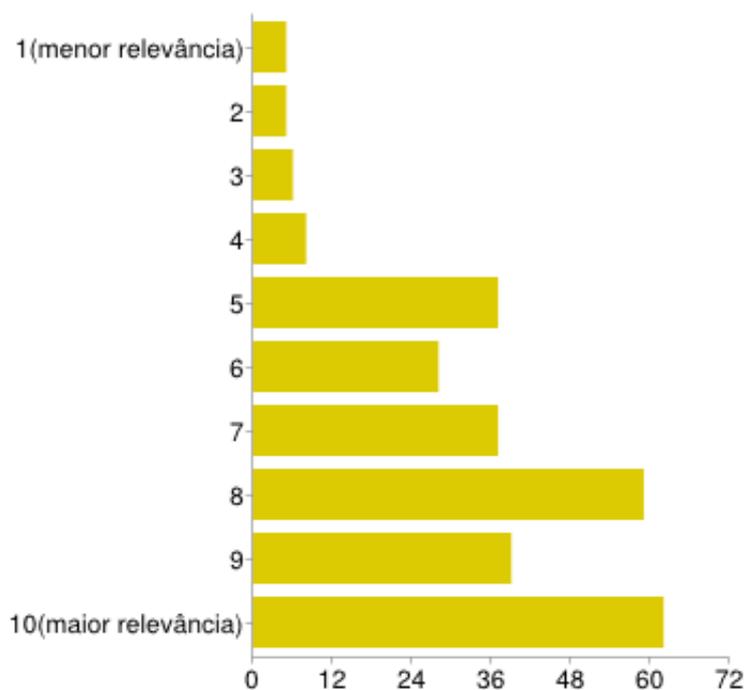
1(menor relevância)	7	2%
2	4	1%
3	11	4%
4	6	2%
5	22	8%
6	20	7%
7	28	10%
8	32	11%
9	36	13%
10(maior relevância)	120	42%

Consciencialização dos Doentes e dos Profissionais de Saúde [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/relacionamento?]



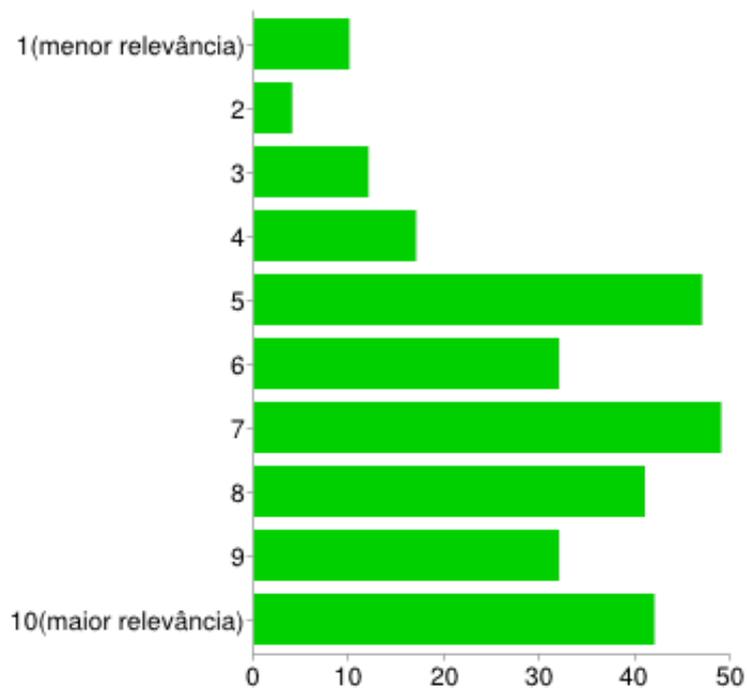
1(menor relevância)	5	2%
2	3	1%
3	7	2%
4	5	2%
5	32	11%
6	34	12%
7	36	13%
8	62	22%
9	28	10%
10(maior relevância)	74	26%

Educação/Formação [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



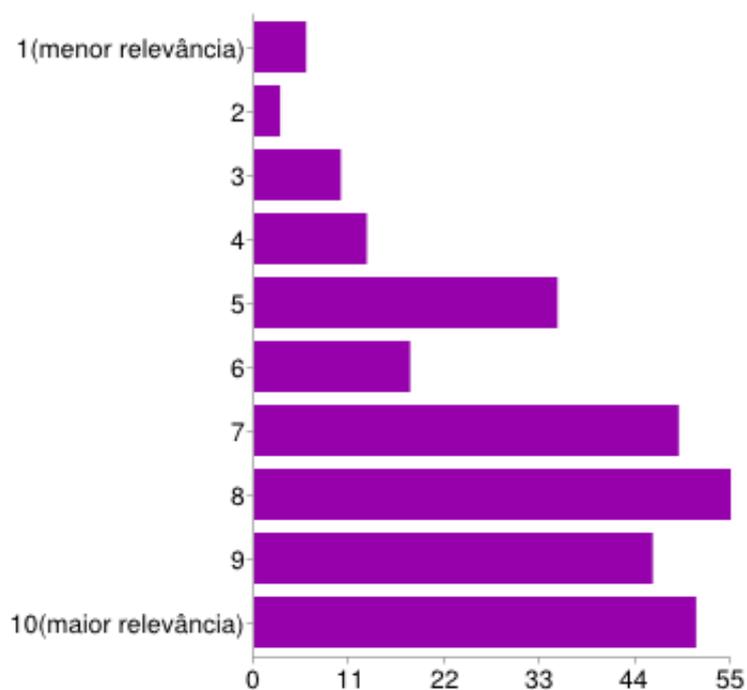
1(menor relevância)	5	2%
2	5	2%
3	6	2%
4	8	3%
5	37	13%
6	28	10%
7	37	13%
8	59	21%
9	39	14%
10(maior relevância)	62	22%

Empenho dos Media na área da Saúde [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



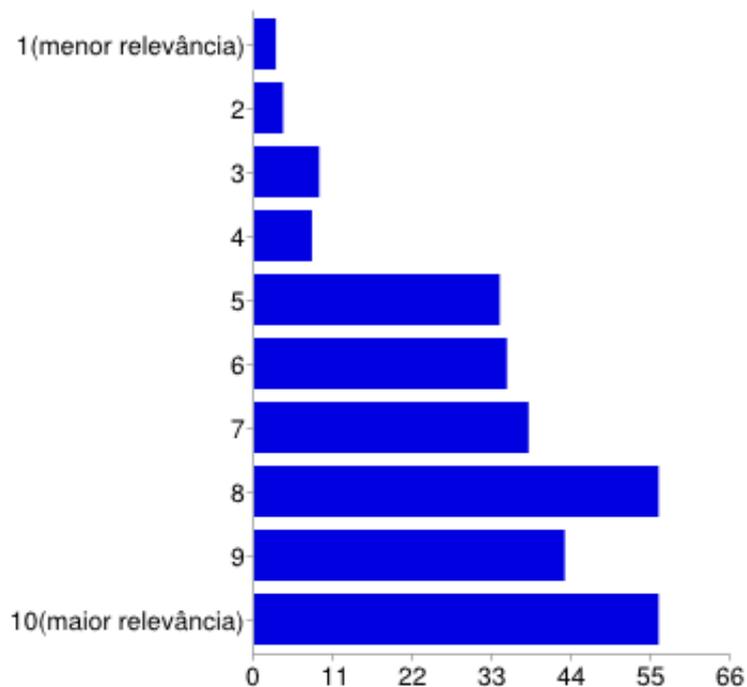
1(menor relevância)	10	3%
2	4	1%
3	12	4%
4	17	6%
5	47	16%
6	32	11%
7	49	17%
8	41	14%
9	32	11%
10(maior relevância)	42	15%

Maior disponibilização e acesso a recursos informáticos [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



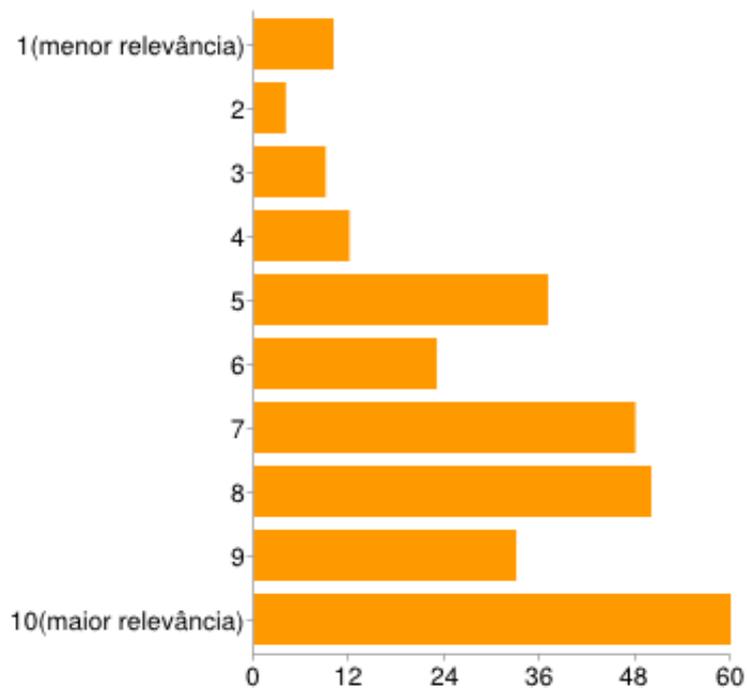
1(menor relevância)	6	2%
2	3	1%
3	10	3%
4	13	5%
5	35	12%
6	18	6%
7	49	17%
8	55	19%
9	46	16%
10(maior relevância)	51	18%

Preocupação individual com a Saúde [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



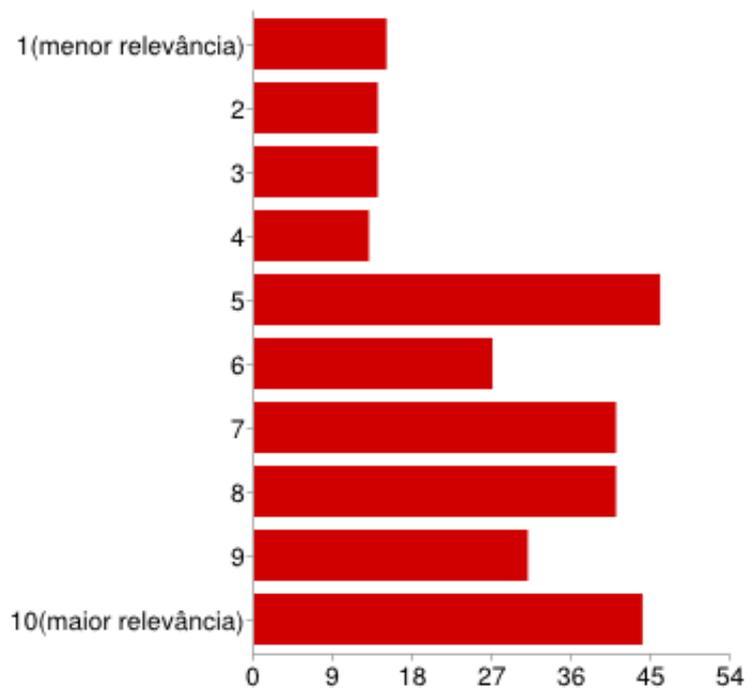
1(menor relevância)	3	1%
2	4	1%
3	9	3%
4	8	3%
5	34	12%
6	35	12%
7	38	13%
8	56	20%
9	43	15%
10(maior relevância)	56	20%

Telemedicina. (consulta online) [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



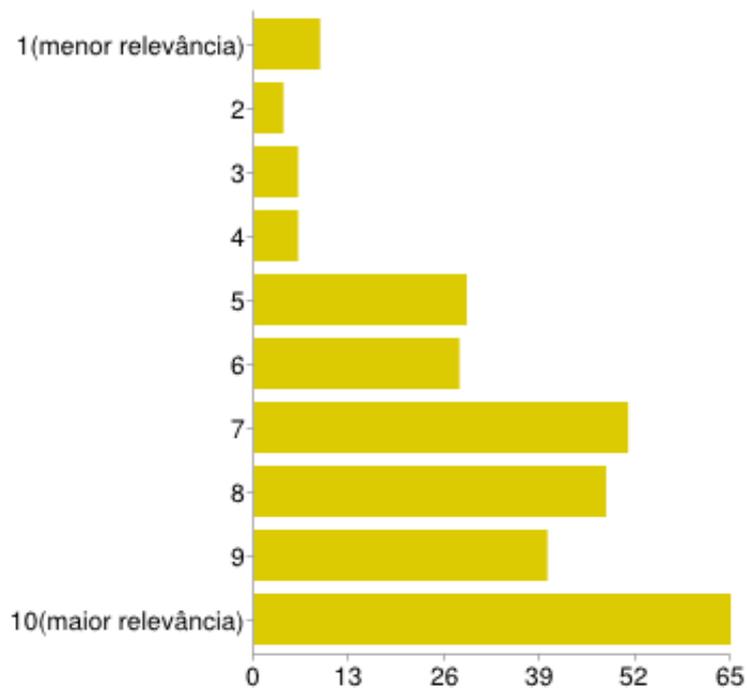
1(menor relevância)	10	3%
2	4	1%
3	9	3%
4	12	4%
5	37	13%
6	23	8%
7	48	17%
8	50	17%
9	33	12%
10(maior relevância)	60	21%

Utilização de dispositivos de auto-diagnóstico [5.13 Quais os factores sociais e/ou de contexto determinantes à utilização de tecnologias digitais como sites para o melhoramento da interacção/ relacionamento?]



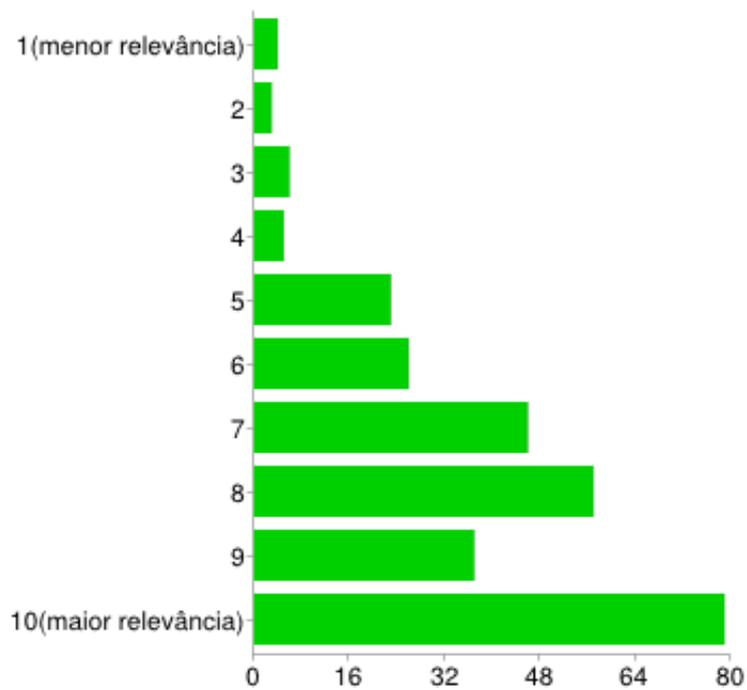
1(menor relevância)	15	5%
2	14	5%
3	14	5%
4	13	5%
5	46	16%
6	27	9%
7	41	14%
8	41	14%
9	31	11%
10(maior relevância)	44	15%

Autonomia do Sistema [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]



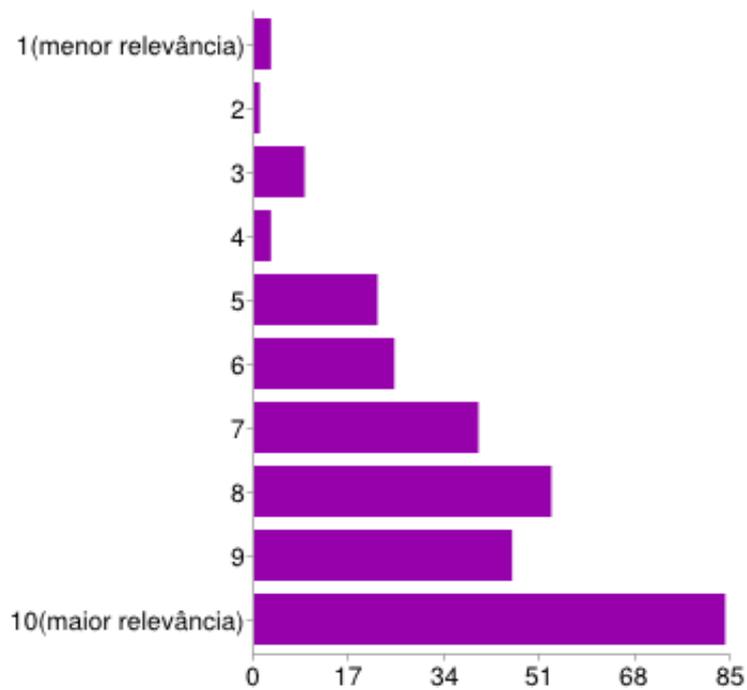
1(menor relevância)	9	3%
2	4	1%
3	6	2%
4	6	2%
5	29	10%
6	28	10%
7	51	18%
8	48	17%
9	40	14%
10(maior relevância)	65	23%

Compreensão dos benefícios da sua utilização [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]



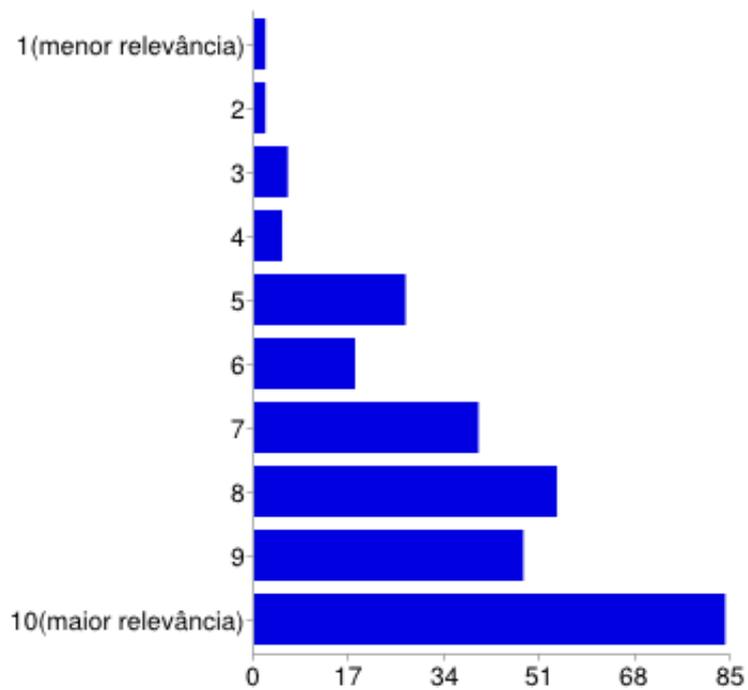
1(menor relevância)	4	1%
2	3	1%
3	6	2%
4	5	2%
5	23	8%
6	26	9%
7	46	16%
8	57	20%
9	37	13%
10(maior relevância)	79	28%

Disponibilidade dos dados [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]



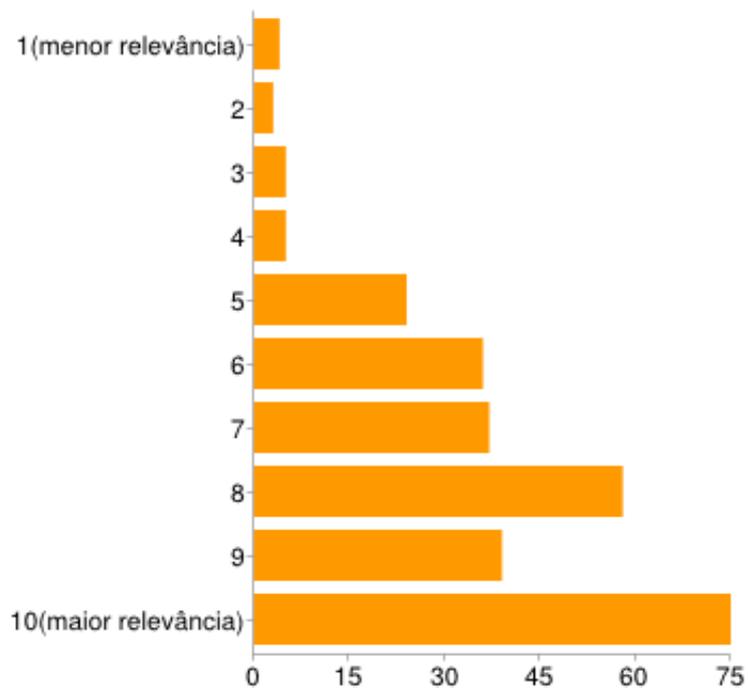
1(menor relevância)	3	1%
2	1	0%
3	9	3%
4	3	1%
5	22	8%
6	25	9%
7	40	14%
8	53	19%
9	46	16%
10(maior relevância)	84	29%

Organização/gestão da informação de saúde [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]



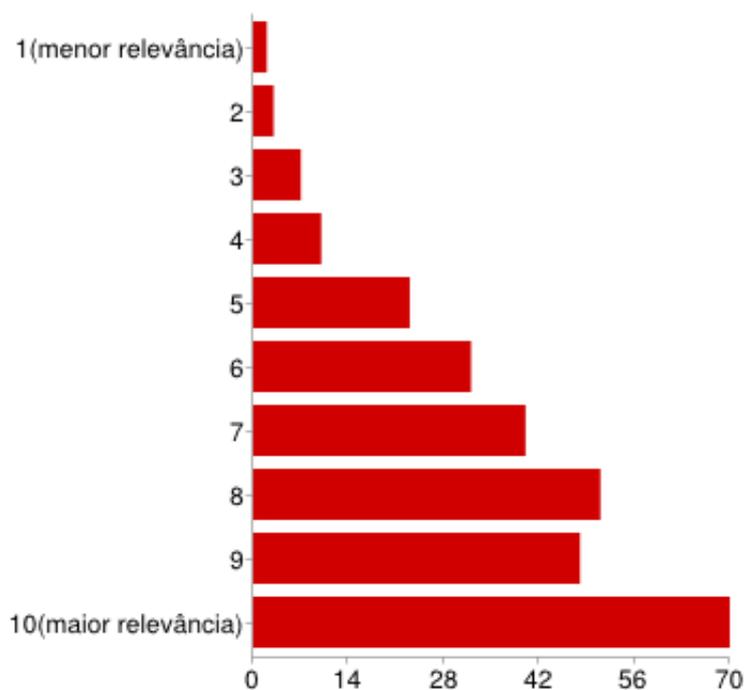
1(menor relevância)	2	1%
2	2	1%
3	6	2%
4	5	2%
5	27	9%
6	18	6%
7	40	14%
8	54	19%
9	48	17%
10(maior relevância)	84	29%

Percepção de utilidade do sistema [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]



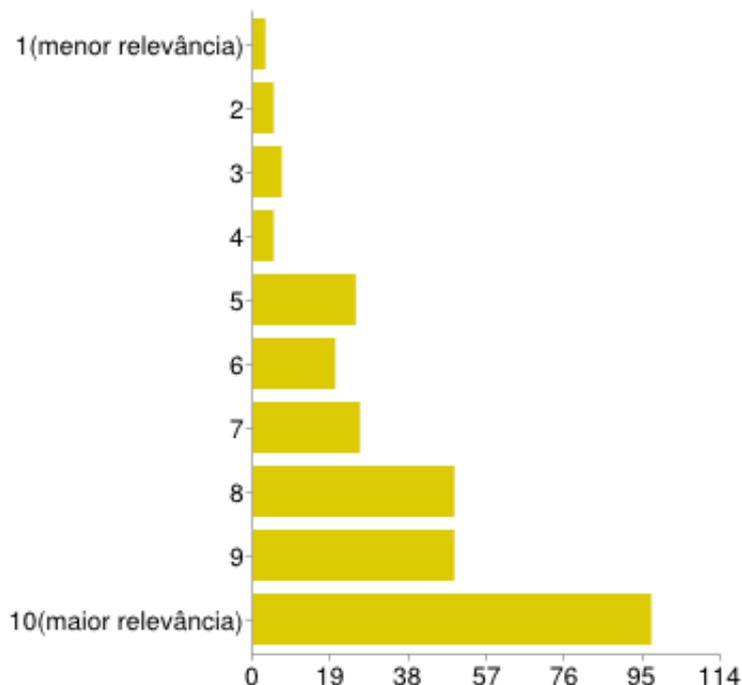
1(menor relevância)	4	1%
2	3	1%
3	5	2%
4	5	2%
5	24	8%
6	36	13%
7	37	13%
8	58	20%
9	39	14%
10(maior relevância)	75	26%

Portabilidade do Sistema [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]



1(menor relevância)	2	1%
2	3	1%
3	7	2%
4	10	3%
5	23	8%
6	32	11%
7	40	14%
8	51	18%
9	48	17%
10(maior relevância)	70	24%

Possibilidade de registo continuo de informação de saúde [5.14 Numa plataforma (site) quais os factores relativos que seriam determinantes à sua utilização?]

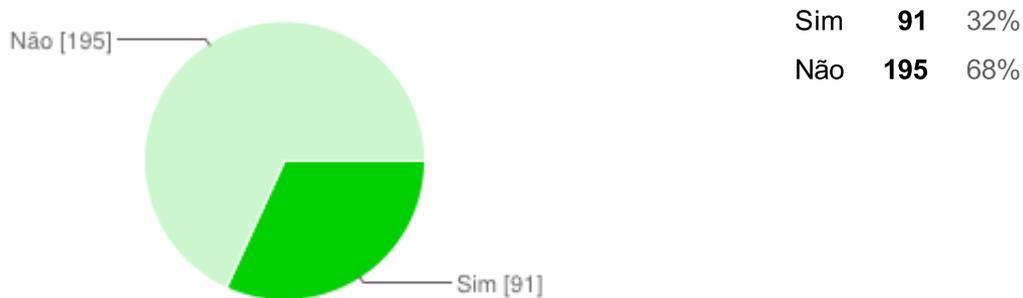


1(menor relevância)	3	1%
2	5	2%
3	7	2%
4	5	2%
5	25	9%
6	20	7%
7	26	9%
8	49	17%
9	49	17%
10(maior relevância)	97	34%

Plataforma SNS Portal do Utente - PDS Plataforma Dados em Saúde (PDS Live)

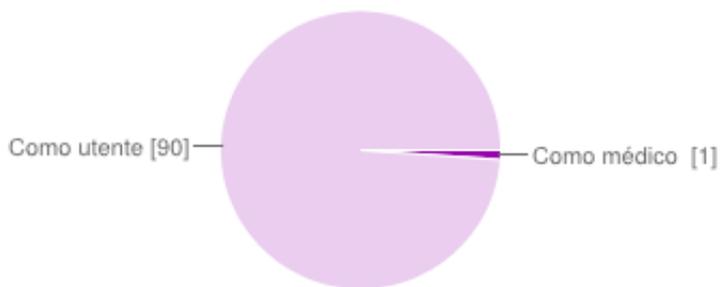
VI O Portal do Utente/ PDS Plataforma de Dados em Saúde

Depois desta breve apresentação sobre a Plataforma de Dados em Saúde/ Portal do Utente. Conhecia o Portal do Utente?



VI O Portal do Utente/ PDS Plataforma de Dados em Saúde

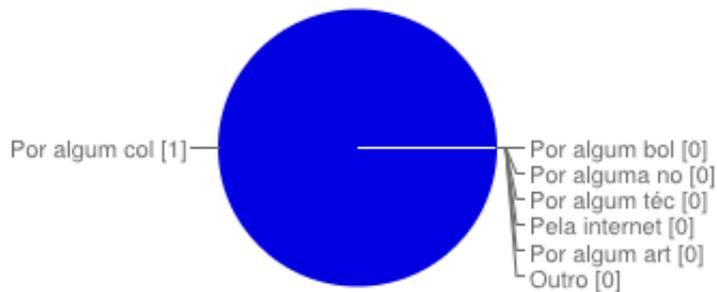
Como faz uso dessa plataforma?



Como médico	1	1%
Como utente	90	99%

VI Caracterização do Portal do Utente/ PDS em uso e pertinência para os médicos

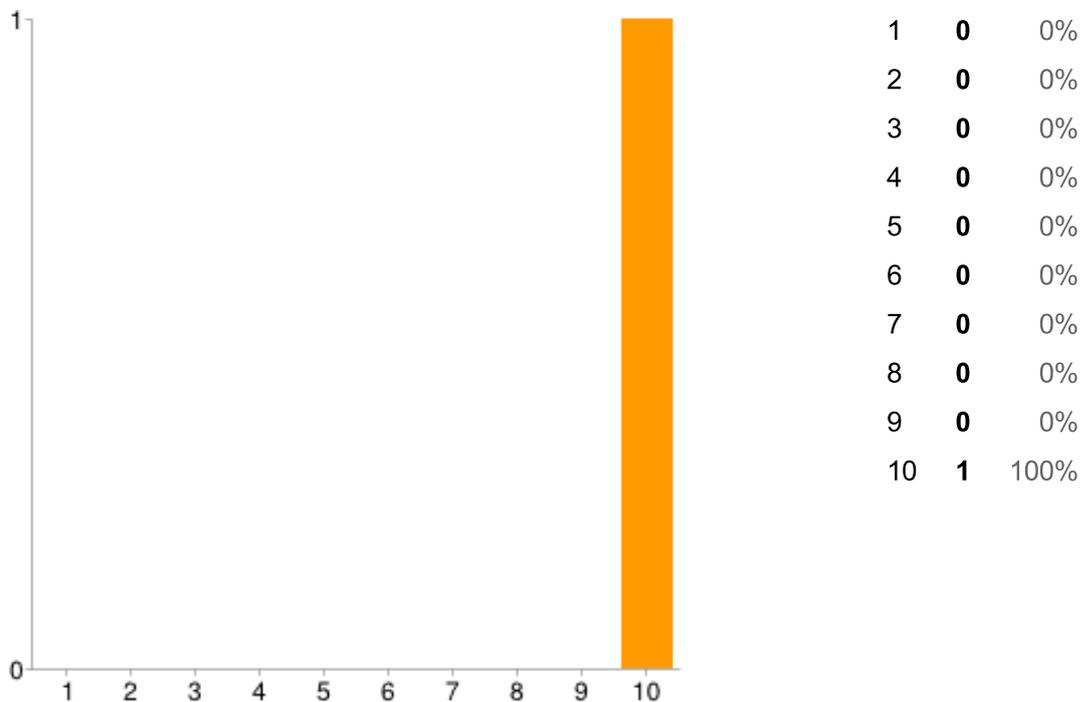
6.1 Como teve conhecimento desta plataforma?



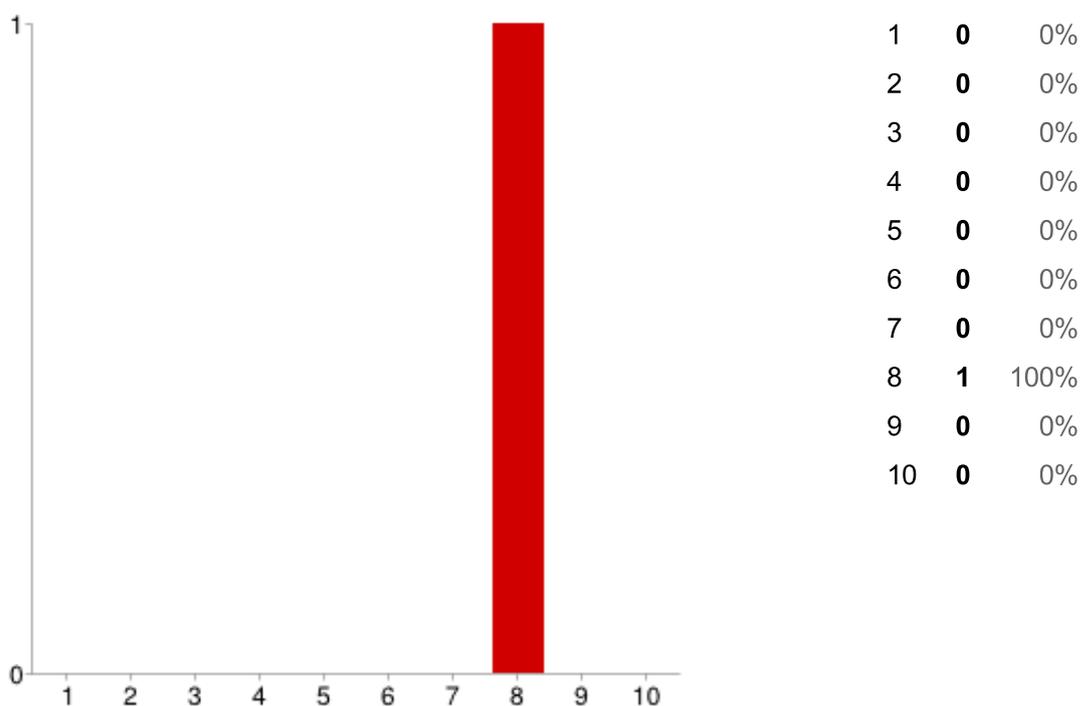
Por algum colega	1	100%
Por algum boletim informativo da ordem	0	0%
Por alguma norma interna da ACSS	0	0%

Por algum técnico operacional	0	0%
Pela internet	0	0%
Por algum artigo de jornal ou revista	0	0%
Outro	0	0%

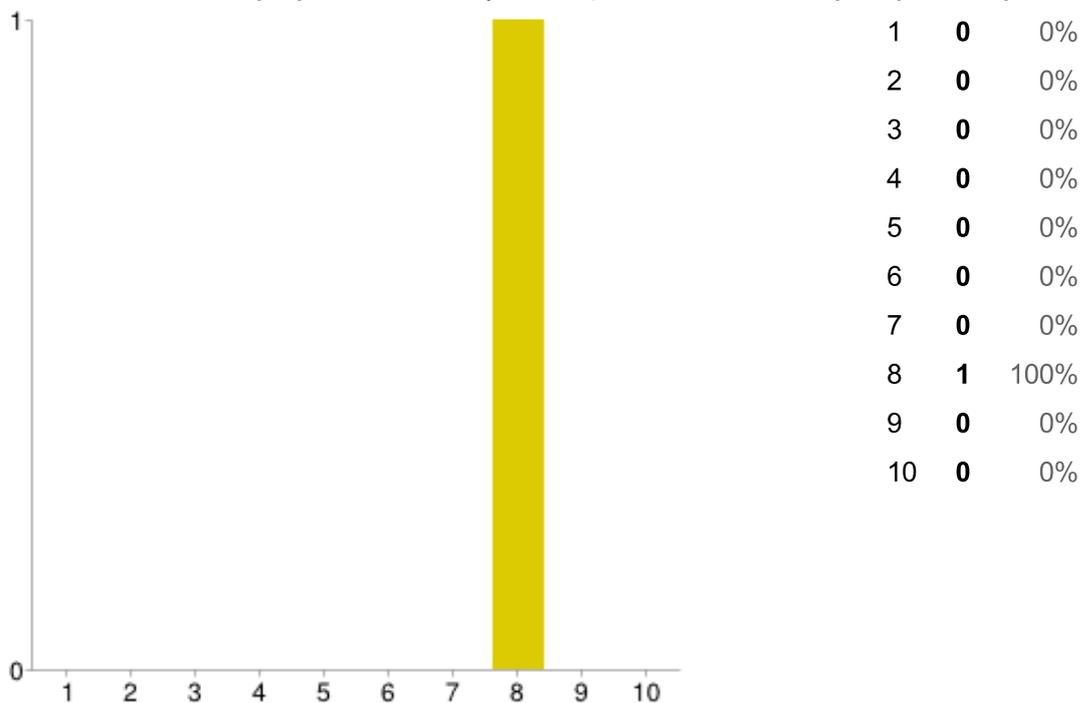
6.2 Como classifica a pertinência do portal?



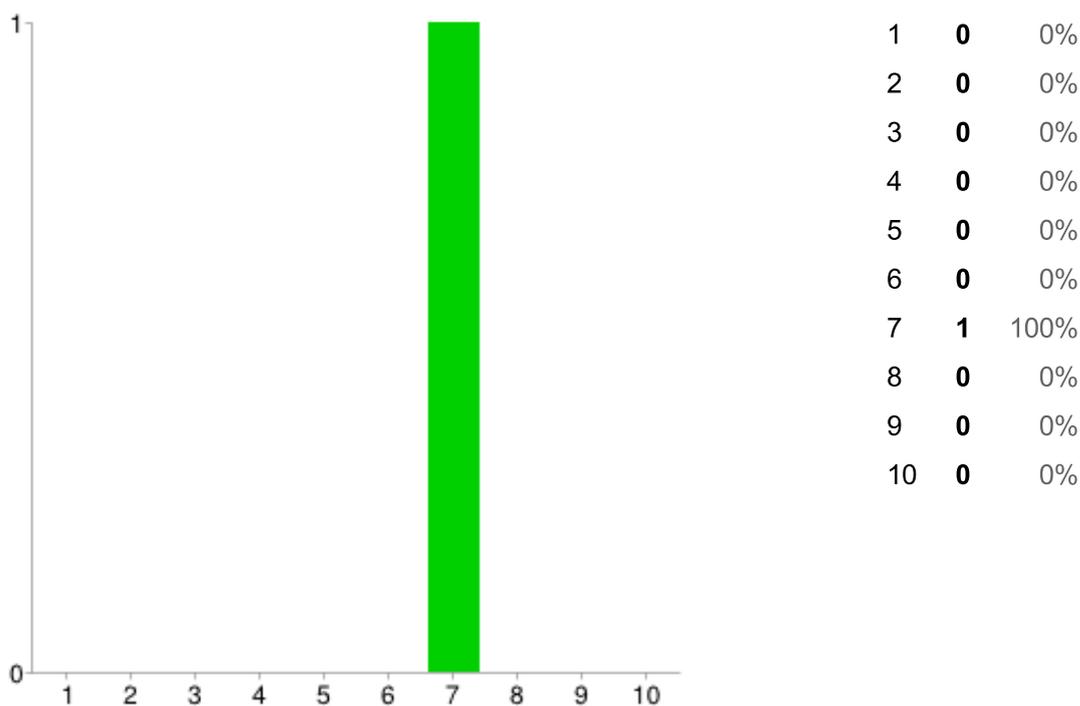
6.3 Como classifica a pertinência da informação disponibilizada nesse Portal?



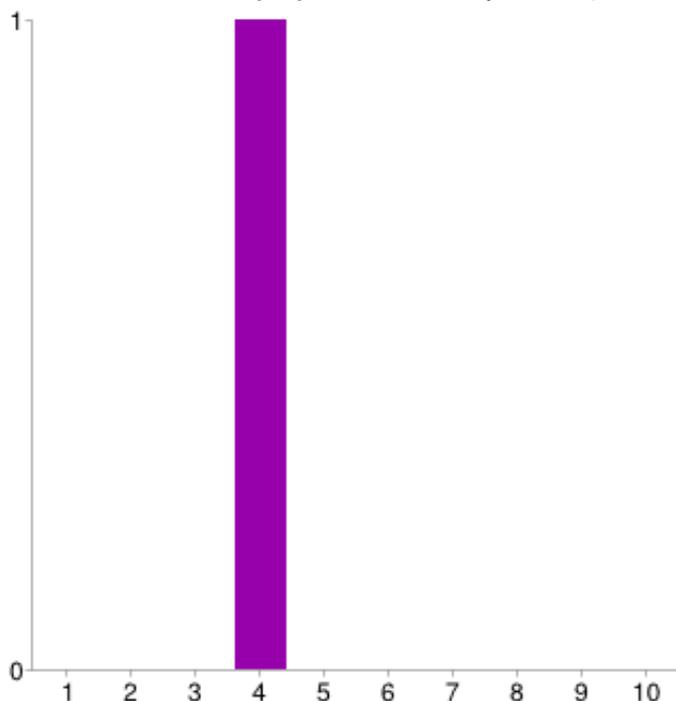
6.4 Como classifica a usabilidade deste Portal?



6.5 Classifique a sua satisfação global da PDS/ Portal do Utente?

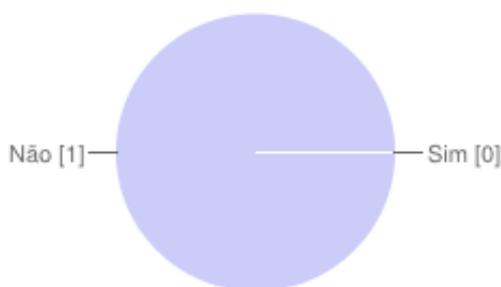


6.6 Na consulta do portal para dados do utente, como classifica o seu uso?



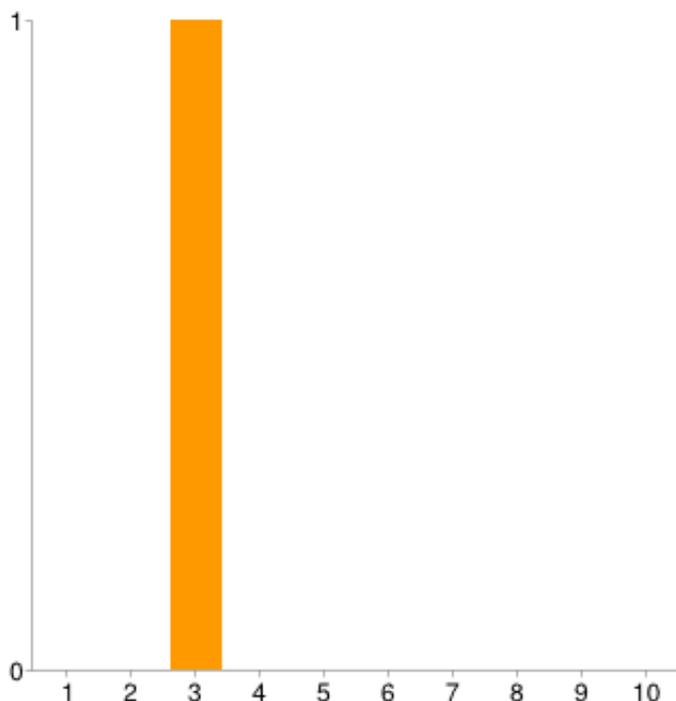
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	1	100%
5	0	0%
6	0	0%
7	0	0%
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%

6.7 Tem conhecimento que o Portal do Utente/ PDS vai comportar a PDS Live para consultas online (telemedicina)?



Sim	0	0%
Não	1	100%

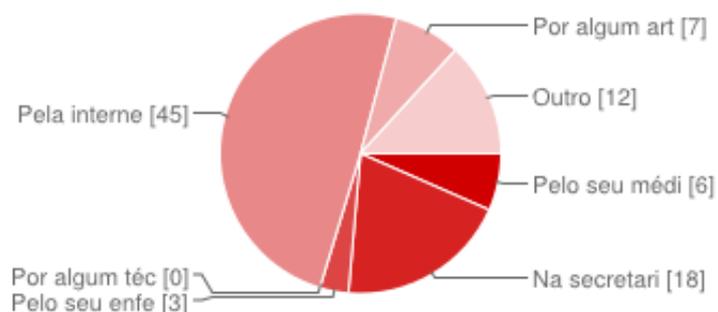
6.7.1 Considera esta forma de consulta segura na pratica do acto médico?



1	0	0%
2	0	0%
3	1	100%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	0	0%
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%

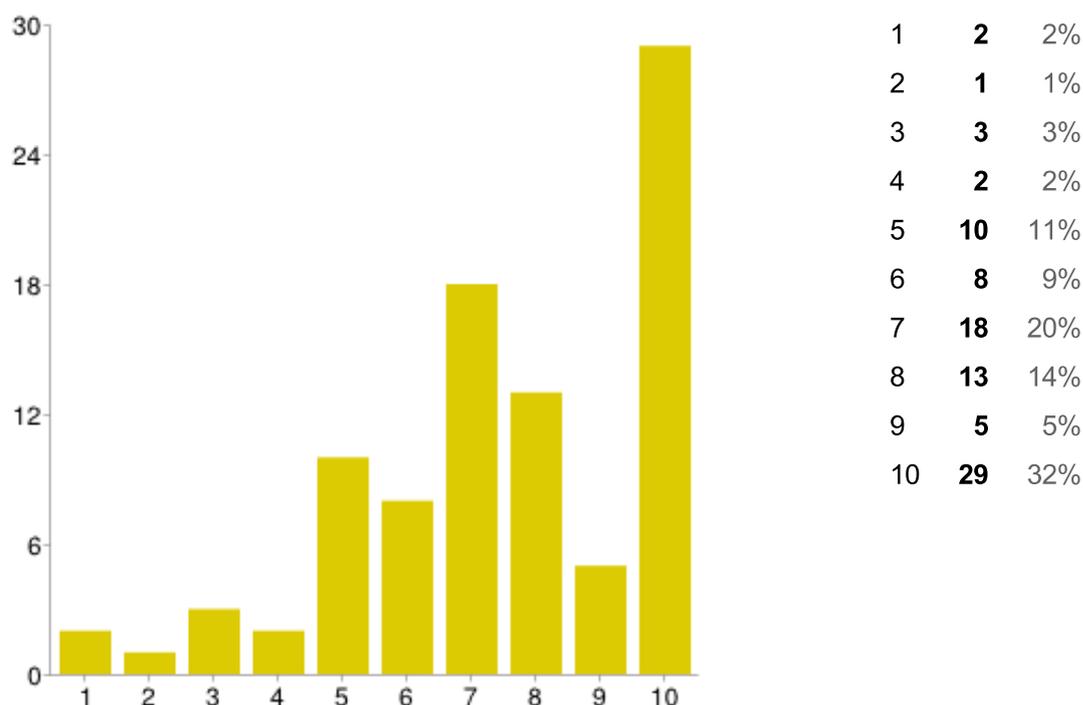
Caracterização do Portal do Utente/ PDS em uso e pertinência para os utentes

6.1 Como teve conhecimento desta plataforma?

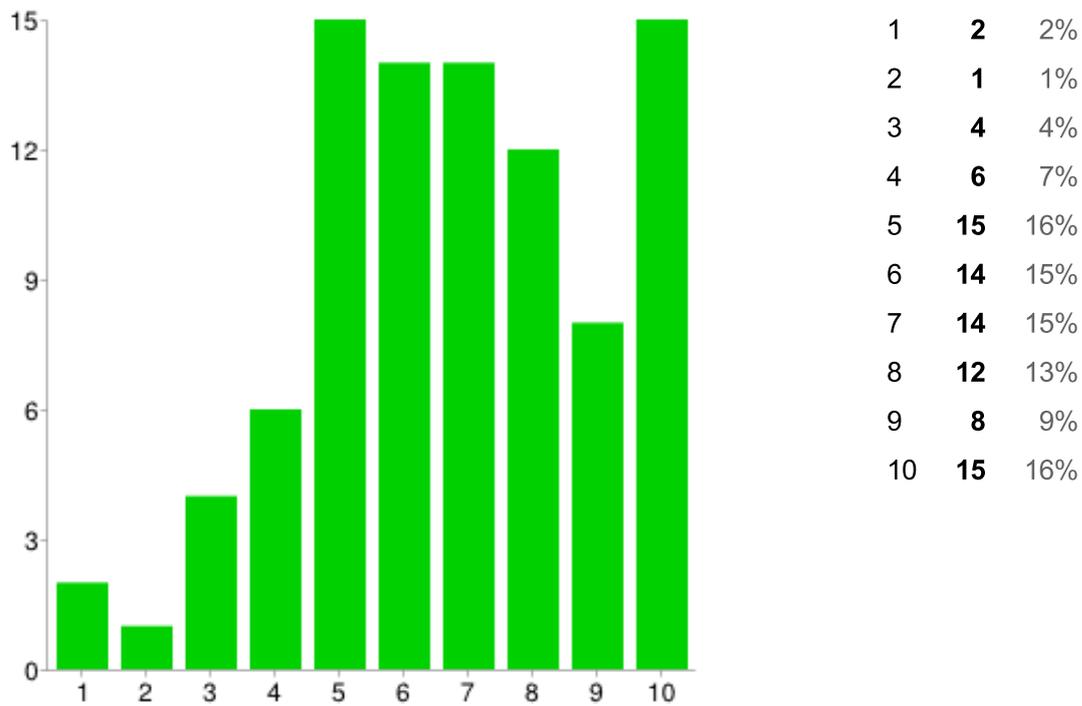


Pelo seu médico	6	7%
Na secretaria do centro de saúde	18	20%
Pelo seu enfermeiro	3	3%
Por algum técnico	0	0%
Pela internet	45	49%
Por algum artigo de jornal ou revista	7	8%
Outro	12	13%

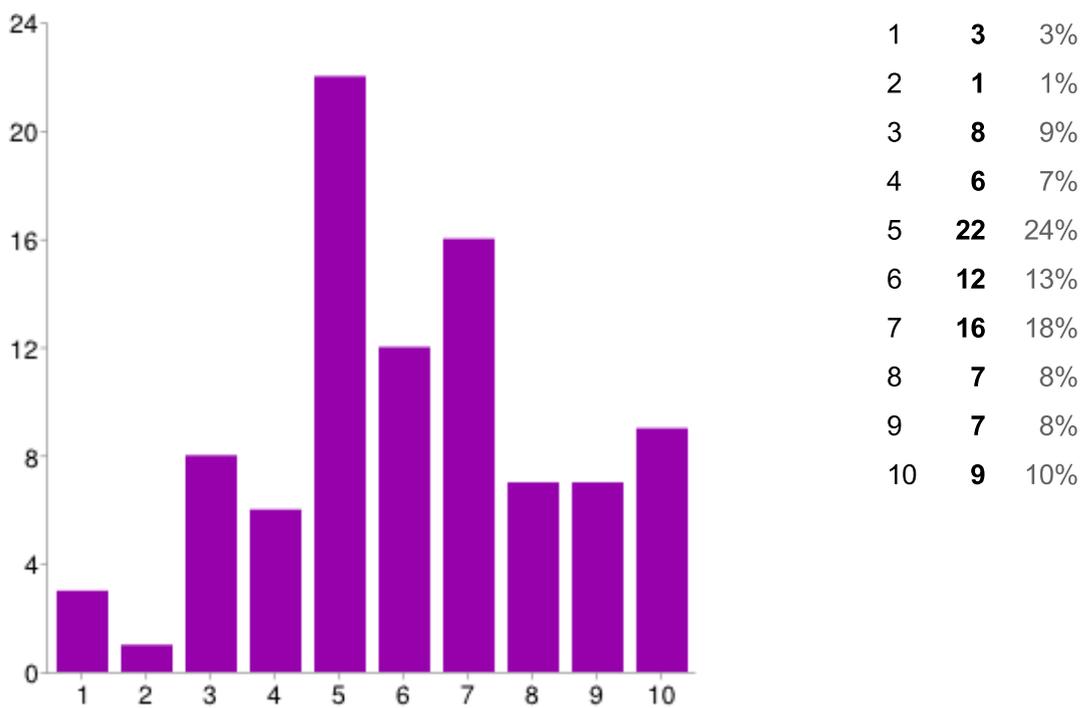
6.2 Como classifica a pertinência do portal?



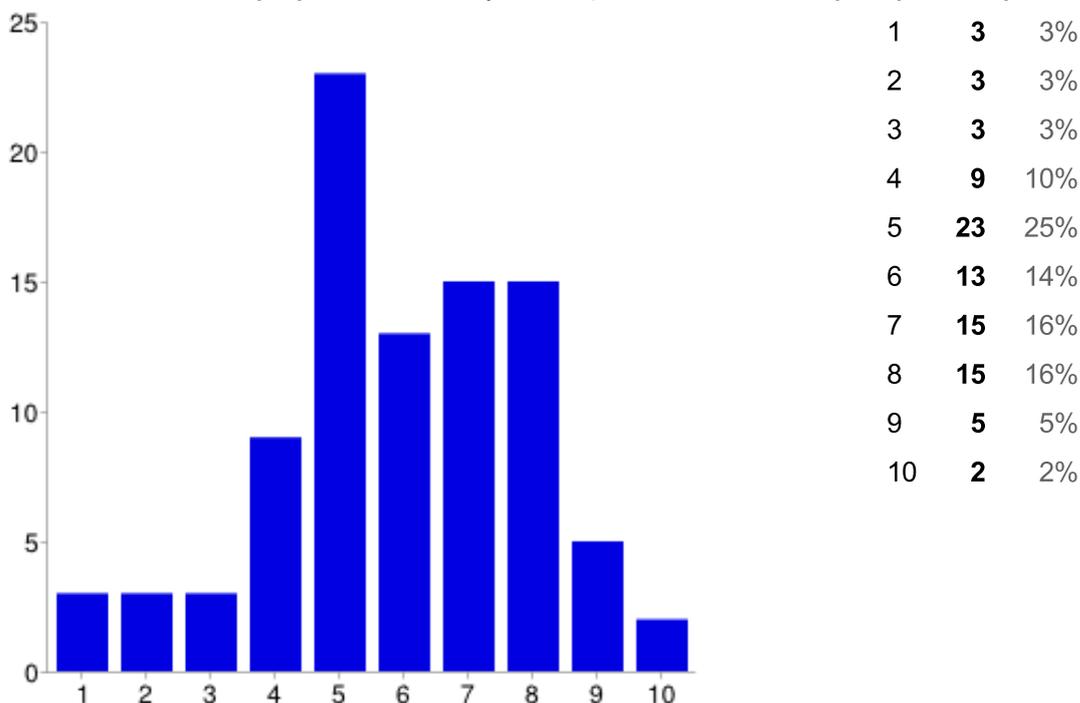
6.3 Como classifica a pertinência da informação disponibilizada neste Portal?



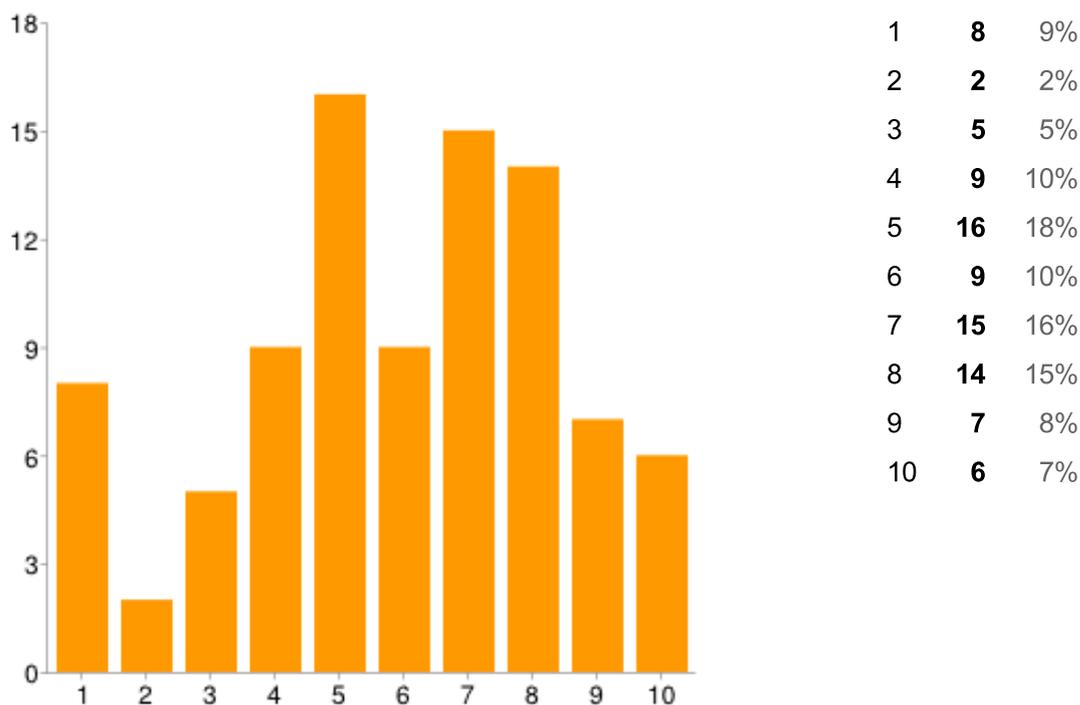
6.5 Classifique a sua satisfação global da PDS/ Portal do Utente?



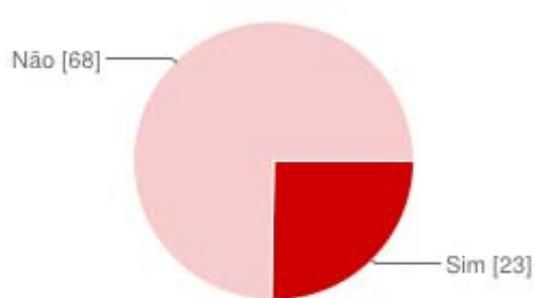
6.4 Como classifica a usabilidade do Portal?



6.6 Como classifica o seu benefício na consulta através do portal para verificação de dados clínicos?

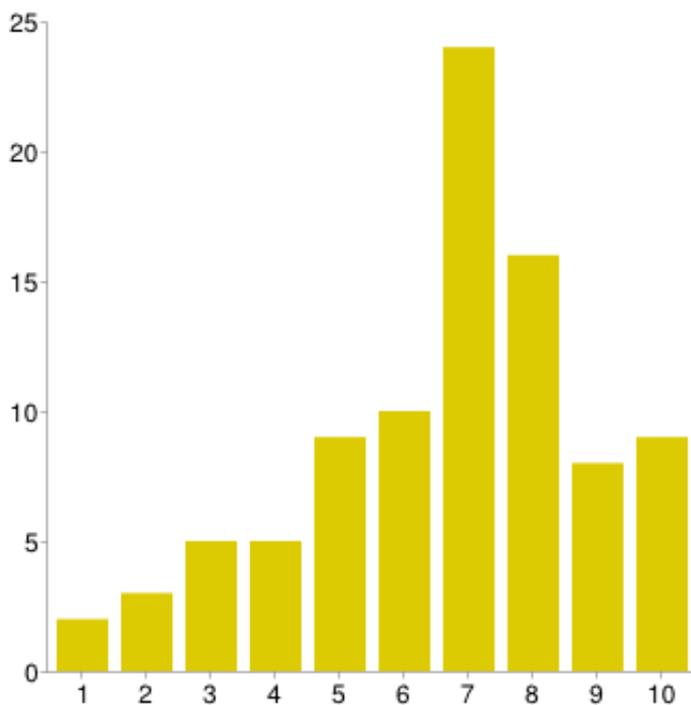


6.7 Tem conhecimento que o Portal do Utente/ PDS vai comportar a PDS Live para consultas online (telemedicina)?



Sim	23	25%
Não	68	75%

6.7.1 Considera esta forma de consulta segura para si como utente?



1	2	2%
2	3	3%
3	5	5%
4	5	5%
5	9	10%
6	10	11%
7	24	26%
8	16	18%
9	8	9%
10	9	10%

Número de respostas diárias

