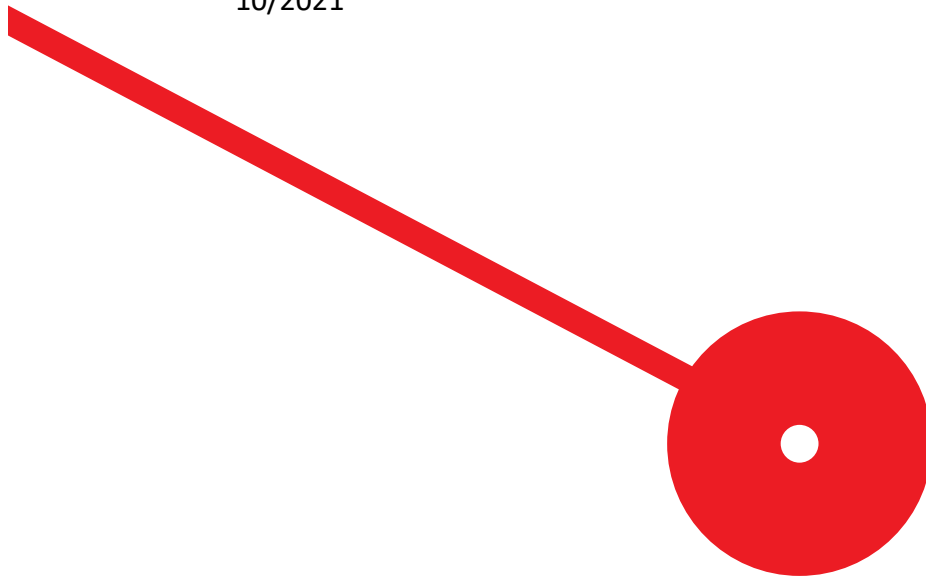




A influência do marketing digital no comportamento do consumidor em aderir a consultas por telemedicina em Portugal

Marcio Ferreira da Cunha

10/2021





A influência do marketing digital no comportamento do consumidor em aderir a consultas por telemedicina em Portugal

Marcio Ferreira da Cunha

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Marketing Digital, sob a orientação da Professora Doutora Sandrina Teixeira



Dedicatória

A minha esposa Juliana, minha filha Lara, minha mãe Lucia e meu pai Euclides, bem como a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradecimentos

Esta dissertação é o resultado final de um trabalho desenvolvido por mim, mas que não seria possível sem a ajuda de todos aqueles que me rodeiam e fazem parte do meu dia-a-dia.

Inicialmente agradeço a Deus, por ter abençoado todos os dias da minha vida, por iluminar o meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

À minha orientadora, Professora Doutora Sandrina Teixeira, diretora do Mestrado em Marketing Digital, um agradecimento muito especial pela orientação em todas as etapas da dissertação até a sua concretização. Agradeço a confiança, a autonomia e a passagem de conhecimento, amizade e apoio, com sugestões que me fizeram pensar, refletir e expandir o meu conhecimento.

A todos os professores que contribuíram para o meu desenvolvimento e que tornaram possível a realização deste estudo, em especial à Professora Doutora Amélia Ferreira pela orientação e pelos conhecimentos transmitidos no início de todo este processo e que foram fundamentais para a realização da pesquisa qualitativa.

Aos que na instituição em que trabalho me apoiaram e criaram as condições para que este projeto se materializasse, aqui expresso a minha sincera gratidão, em particular às minhas gestoras Shannon Mckay, *Executive Director Global Consultancy Practice*, e Ana Gomes, *Design Project Manager Lead*, pelo interesse, disponibilidade e facilidade concedida, e em especial ao Pedro Gonçalves, *Managing Director* do escritório de Portugal, pela fundamental ajuda para a realização das entrevistas qualitativas.

Aos colegas de Mestrado, pela partilha de ideias, sugestões, e companheirismo ao longo deste percurso. Foram grandes facilitadores de toda esta experiência, em especial ao José Leão e Cristiana Meireles pela parceria e amizade que vão para além da vida académica.

Aos meus amigos pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram.

À minha família, em especial aos meus pais, por toda a colaboração, disponibilidade e apoio que sempre demonstraram.

À minha querida filha e esposa, por todo o tempo que não lhes dispensei, pela infinita paciência e porque todos os dias acrescentam amor à minha vida e me fazem ver o quanto sou feliz.

Em memória da minha querida avó e de meu tio Fernando que sempre me influenciaram com a sua energia positiva.

A todos o meu MUITO OBRIGADO.

Resumo:

A telemedicina é um conceito que emerge nos finais do século XX, no contexto da evolução das tecnologias da informação. No entanto, com a evolução das tecnologias da saúde e o surto da COVID-19, evidenciou-se a necessidade de estudar a importância da telemedicina em Portugal. Apesar da aplicação da telemedicina ser ampla, no que tange as consultas à distância, a mesma ainda é vista com restrições dentro da classe médica.

Este trabalho teve como objetivo investigar, através da aplicação de modelo adaptado do TAM se o marketing digital é capaz de influenciar a percepção e o comportamento do consumidor em aderir à telemedicina como uma opção de cuidado de saúde complementar que oferece mais comodidade através da utilização de plataformas digitais.

Seguindo uma abordagem mista, destinou-se inicialmente a explorar, através de pesquisa qualitativa, as percepções dos médicos quanto aos benefícios e riscos envolvidos na adoção da telemedicina em Portugal. A seguir, através de pesquisa quantitativa aprofundou-se os resultados e explorou-se, na ótica dos consumidores, os fatores motivadores da adesão às consultas por telemedicina e como o marketing digital poderia influenciar sua expansão.

Os resultados da qualitativa indicam expansão da adoção em diversas especialidades médicas e com grandes benefícios, principalmente para quem reside em zonas carentes de médicos. Apesar disso, observa-se relato de significativa perda na relação médico-doente, não devendo substituir a consulta inicial de forma presencial. Os resultados da quantitativa indicam ser a “atitude” o fator que mais gera influência na adesão à telemedicina, e por isto, o marketing de experiência online revela-se de elevada relevância, pois a maioria das atitudes dos indivíduos são aprendidas, não inatas, e é esperado que se modifiquem em função da experiência.

Conclui-se que o marketing digital tem fundamental responsabilidade na expansão desta tecnologia, pois pode contribuir para a criação de uma melhor *customer experience* para o produto telemedicina.

Palavras chave: Telemedicina; Marketing Digital; Marketing de Experiência; Technology Acceptance Model.

Abstract:

Telemedicine is a concept that emerged in the late twentieth century, in the context of information technologies evolution. However, with the health technologies evolution and the outbreak of COVID-19, the need for studying the importance of telemedicine in Portugal became evident. Although the application of telemedicine is wide, regarding the remote consultations, there are still some restrictions to its use within the medical profession.

This study aimed to investigate, through the application of an adapted TAM, whether digital marketing is able to influence the perception and behavior of consumers in adhering to telemedicine as a complementary health care option that offers more convenience through the use of digital platforms.

Following a mixed approach, it was initially intended to explore, through qualitative research, the perceptions of medical professionals regarding the benefits and risks involved in the adoption of telemedicine in Portugal. Then, through quantitative research the results were deepened and the motivating factors of adoption of telemedicine consultations, as well as the ways that digital marketing could influence its expansion, were explored from a consumer stand point.

The qualitative results indicate that the adoption of telemedicine is expanding in Portugal in several medical specialties and with great benefits, especially for those who live in areas where there is a shortage of doctors. Despite this, it is reported a significant loss in the doctor-patient relationship, and that it should not replace the initial in person consultation. The quantitative results indicate that "attitude" is the factor that most influences the adoption of telemedicine, and for this reason, the online experience marketing is of high relevance, as most of the individuals' attitudes are learned, not innate, and they are expected to change as a function of experience.

It is concluded that digital marketing has a fundamental responsibility in the expansion of this technology, as it can contribute to the creation of a better customer experience for the telemedicine product.

Key words: Telemedicine; Digital Marketing; Experience Marketing; Technology Acceptance Model.

Índice geral

Resumo:	v
Abstract:.....	vi
Índice de Figuras.....	xi
Índice de Tabelas	xii
Lista de abreviaturas	xiii
Capítulo - Introdução	1
Âmbito e justificação do tema	2
Relevância e motivações da investigação	4
Objetivos da investigação e posicionamento metodológico	5
Objetivos Específicos.....	6
Organização e estrutura do estudo	6
Capítulo I – Contextualização Teórica	8
1.1 Contextualização de Marketing	9
1.1.1 Marketing no contexto da saúde	9
1.1.2 Definição de Marketing Digital.....	10
1.1.3 O Mix de Marketing	11
1.1.4 Marketing de experiência online	13
1.1.5 O uso da internet em Portugal	15
1.2 Contextualização sobre o Comportamento do consumidor	17
1.2.1 Fatores que influenciam o comportamento do consumidor.....	17
1.2.2 O comportamento do consumidor de serviços de cuidados de saúde.....	18
1.2.3 Fatores que influenciam o nível de aceitação do consumidor para serviços de telemedicina.	18
1.3 Contextualização da Telemedicina.....	19
1.3.1 Definição de telemedicina	19
1.3.2 As aplicações da telemedicina.....	21

1.3.3	Os benefícios da telemedicina	21
1.3.4	Estatísticas sobre a saúde em Portugal	22
1.3.4.1	Médicos por habitantes:	22
1.3.4.2	Quantidade de consultas médicas:.....	23
1.4	Contextualização do ambiente tecnológico atual em Portugal	23
1.4.1	Fatores potenciais para adoção da telemedicina em Portugal	23
1.4.2	Barreiras potenciais para adoção da telemedicina em Portugal	24
Capítulo II – Modelo De Investigação		26
2.1	Modelo de Aceitação de Tecnologia	27
2.2	Modelo Conceptual.....	28
Capítulo III – Metodologia de Investigação		35
3.1	Métodos de investigação e justificação	36
3.2	Pesquisa Qualitativa:	37
3.2.1	Definição da amostragem e amostra.....	37
3.2.2	Técnica de recolha de dados	38
3.2.3	Pré-teste	39
3.3	Pesquisa Quantitativa:	40
3.3.1	Definição da amostragem e amostra.....	40
3.3.2	Técnica de recolha de dados	40
3.3.3	Pré-teste	42
3.3.4	Validação do instrumento de investigação	43
3.3.4.1	Análise do Fator <i>Perceived Easy of Use</i>	45
3.3.4.2	Análise do Fator <i>Perceived Usefulness</i>	46
3.3.4.3	Análise do Fator <i>Attitude</i>	47
3.3.4.4	Análise do Fator <i>Behavioral Intention of Use</i>	47
3.3.4.5	Análise do Fator <i>Perceived Barriers</i>	48
3.3.4.6	Análise do Fator <i>Self-efficacy</i>	49

Capítulo IV – Análise dos Resultados.....	51
4.1 Pesquisa Qualitativa:	52
4.1.1 Caracterização da Amostra.....	52
4.1.2 Análise de Conteúdo.....	52
4.1.2.1 Aplicabilidade da Telemedicina.....	52
4.1.2.2 Benefícios da Telemedicina	53
4.1.2.3 Riscos da Telemedicina.....	54
4.1.2.4 Barreiras da Telemedicina.....	56
4.1.2.5 Evolução da Telemedicina	59
4.1.2.6 Marketing Digital na Telemedicina.....	60
4.1.3 Síntese dos resultados.....	61
4.2 Pesquisa Quantitativa:	63
4.2.1 Caracterização da Amostra.....	63
4.2.2 Facilidade de Uso Percebida (“ <i>Perceived Easy of Use</i> ”)	65
4.2.3 Utilidade Percebida (“ <i>Perceived Usefulness</i> ”).....	66
4.2.4 Barreiras Percebidas (“ <i>Perceived Barriers</i> ”)	66
4.2.5 Autoeficácia (“ <i>Self-efficacy</i> ”).....	67
4.2.6 Atitude (“ <i>Attitude</i> ”)	67
4.2.7 Intenção de Uso (“ <i>Behavioral Intention of use</i> ”).....	67
4.3 Validação das Hipóteses.....	68
4.3.1 H1: A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Utilidade Percebida.....	68
4.3.2 H2: A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Atitude.....	69
4.3.3 H3: A Utilidade Percebida terá efeito positivo na Atitude.....	69
4.3.4 H4: A Utilidade Percebida terá efeito positivo no Intenção de uso.....	69
4.3.5 H5a: As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Atitude	69
4.3.6 H5b: As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Intenção de uso	70

4.3.7	H6: A Autoeficácia terá efeito positivo na Intenção de uso	70
4.3.8	H7: A Atitude terá efeito positivo na Intenção de Uso.....	70
4.4	Apresentação dos Resultados	70
Capítulo IV – Conclusão		74
5.1	Principais conclusões do estudo	75
5.2	Limitações da pesquisa.....	80
5.3	Recomendações para futuras investigações.....	81
Referências bibliográficas.....		82
Apêndices.....		97
Apêndice I – Uso da Internet em Portugal.....		98
Apêndice II – Questionário Pesquisa Qualitativa		103
Apêndice III – Questionário Pesquisa Quantitativa.....		105
Apêndice IV – Resultados Alfa de Cronbach e Variância Total Explicada.....		108
Apêndice V – Análise de Dispersão		115
Apêndice VI – Análise Descritiva da Pesquisa Quantitativa.....		116
Apêndice VII – Resultados da Análise Fatorial.....		122
Apêndice VIII – Coeficientes de Correlação de Pearson dos Constructos		126

Índice de Figuras

<i>Figura 1- Modelo de Aceitação de Tecnologia - TAM</i>	28
<i>Figura 2 – Modelo de Investigação proposto para a adoção da telemedicina</i>	33

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 - Estratégias digitais para fomento da adoção da telemedicina.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 2 - Dimensão e variáveis aplicadas no modelo conceptual.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabela 3 – Quadro resumo das hipóteses formuladas.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabela 4 – Tabela de hipóteses do modelo proposto.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabela 5 – Tabela de valores de Alfa de Cronbach.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabela 6 – Confiabilidade Interna.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabela 7 – Tabela de valores de KMO.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabela 8 – Análise Fatorial.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 9 - Síntese das ideias das Categorias.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabela 10 – Interpretação do coeficiente de correlação de Pearson.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabela 11 - Apresentação dos Resultados da Investigação.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabela 12 – Validação das hipóteses: apresentação dos resultados.....</i>	<i>72</i>

Lista de abreviaturas

ATT – *Attitude towards using telemedicine*

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

EU – *European Union*

EUROSTAT – Gabinete de Estatística da União Europeia

E-HEALTH - *Eletronic Health*

EHR – *Electronic Health Records*

E-WOW – *Eletronic Word of Mouth*

FBI – *Facebook Intensity Scale*

HBM – *Health Belief Model*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MTUAS – *Media and Technology Usage and Attitude Scale*

ONU – Organização das Nações Unidas

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

PB – *Perceived Barriers*

PP – Pontos Percentuais

PEU – *Perceived Easy of Use*

PU – *Perceived Usefulness*

SCT – *Social Cognitive Theory*

SMS – *Short Message Service*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAM – *Technology Acceptance Model*

UGC – *User Generated Content*

WHO – *World Health Organization*

Neste capítulo elucida-se acerca da natureza e problemática do estudo, identifica-se o problema de investigação principal e os específicos, enuncia-se os objetivos da investigação e apresenta-se a estrutura do trabalho.

Âmbito e justificação do tema

O ano de 2020 foi marcado por uma pandemia que exigiu das empresas uma rápida adaptação para atender a um novo normal onde o confinamento e o distanciamento social passaram a ser um padrão necessário para a garantia da vida. Como consequência, o *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* fez com que as empresas adotassem o teletrabalho para garantir a sobrevivência dos negócios. O trabalho remoto por meio de videoconferências, que para muitas empresas não era sequer aceitável antes da pandemia, se tornou de extrema necessidade para proteger a saúde dos funcionários e de suas famílias enquanto a vacina para combater este vírus microscópico e altamente contagioso não fosse criada, testada, aprovada, comercializada e inoculada.

Muitas vidas foram perdidas por conta do vírus e da incapacidade das nações de se organizarem para tratar conjuntamente este problema de saúde pública que em março de 2020 já atingia escala global. A complexidade em desassociar saúde pública e economia levou ao inevitável aumento do desemprego devido à redução das transações comerciais decorrentes dos *lock downs* e das demais medidas restritivas para preservação da vida.

Entretanto, houve também perdas de vidas não diretamente correlacionadas com o vírus da COVID-19, possivelmente por conta do medo de ir aos hospitais e pela falta do atendimento médico que deveria ter sido fornecido. Em Portugal, estima-se que cerca de 800 mil a 1 milhão de consultas de saúde foram atrasadas nos 9 primeiros meses de pandemia, assim como mais de 200 mil operações e centenas de milhares de exames complementares de diagnóstico.

Se por um lado a economia em Portugal foi severamente atingida por conta do encerramento da restauração, dos *shoppings* e das empresas em geral, por outro foi possível constatar que o canal digital foi a alternativa que permitiu garantir a manutenção de negócios, alguns mesmo em níveis mínimos de atividade.

Tal facto refletiu-se também na saúde, entretanto de forma muito tímida. Apesar de significativa parte da população portuguesa estar habituada a buscar informações sobre serviços de cuidado de saúde online, observou-se que as empresas de planos de saúde, de

seguros de saúde, e também os próprios profissionais de saúde que possuem suas próprias clínicas parecem não ter percebido o potencial da telemedicina como uma oportunidade para captação de novos consumidores, e pouco uso do marketing digital neste sentido foi feito. De um total de 12,5 milhões de consultas médicas realizadas em 2020 em Portugal, apenas 40 mil foram consultas por telemedicina (0,4%) (SNS, 2021).

Segundo dados do Gabinete de Estatística da União Europeia (EUROSTAT), no ano de 2019 cerca de 49% dos indivíduos portugueses com idade entre 16 e 74 anos informam terem utilizado a Internet para buscar informações sobre saúde. Trata-se de um elevado número se compararmos com a média da União Europeia (EU) que é de 55% (European Commission, 2020).

A digitalização da comunicação com o prestador de serviços de saúde em Portugal está a crescer a taxas muito elevadas. Segundo dados do EUROSTAT, entre 2012 e 2018 a quantidade de indivíduos que realizaram agendamento de consultas médicas através da Internet triplicou, saltando de 4% para 12% dos indivíduos com idade entre 16 e 74 anos (European Commission, 2020).

O meio online para captar consumidores para o serviço de telemedicina apresenta-se com elevado potencial, exigindo que as empresas percebam o que melhor sensibiliza o consumidor para aderir aos serviços de telemedicina. Para isto, é necessário compreender a influência do marketing digital no comportamento do consumidor em aderir à consulta por telemedicina em Portugal.

Segundo Wymbs (2011), o marketing digital caracteriza-se pelo uso de tecnologias digitais para criar uma comunicação integrada, orientada e mensurável que ajuda a adquirir e reter clientes.

Huang, Chang & Khurana (2012) sugerem que um hospital pode transformar o seu website corporativo numa ferramenta de marketing essencial para influenciar e ajudar os utilizadores na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde.

As estratégias de marketing digital na saúde, contudo, precisam ir além da construção de um website. É preciso engajar num relacionamento contínuo com os clientes. Segundo Kotler & Armstrong (2015), a chave é criar valor para o cliente e estabelecer uma relação emocional que se mantenha no longo-prazo.

Entretanto, para estabelecer esta relação é necessário entender os fatores que norteiam o comportamento do consumidor. Maslow & D. C. Stephens (2003), afirmam que o comportamento motivacional é resultado dos estímulos internos ou externos que agem sobre as pessoas. Estes despertam nelas o desejo, motivando-as, assim, a satisfazê-lo.

Segundo Kotler & Armstrong (2015), o comportamento de compra dos consumidores é fortemente influenciado por diferentes características culturais, sociais, pessoais e psicológicas que devem ser consideradas pelos profissionais de marketing.

Santos *et al.* (2020) relatam que variáveis como segurança, privacidade de dados, fiabilidade, qualidade, conveniência e utilidade percebida são frequentemente combinadas por pesquisadores para esclarecer a influência do marketing digital no comportamento do consumidor no meio online.

Segundo Merrel (1995), Telemedicina pode ser definida como o uso da transmissão de imagens, voz e outros dados que permitam a realização de consultas, educação e integração na medicina à distância, onde um dos participantes precisa ser um provedor de cuidados de saúde.

A telemedicina possui diversas aplicações. Segundo Amorim (2011) as mais importantes são: telediagnóstico, telemonitorização, telecirurgia e teleconsulta.

Relevância e motivações da investigação

Segundo Kaplan & Litewcka (2008), os potenciais benefícios da telemedicina incluem a maior disponibilidade de serviços e de acesso aos provedores de cuidados de saúde, a redução dos custos com saúde, o menor tempo de viagem para utentes e médicos, a melhoria na comunicação e nos fluxos de informação, a redução dos riscos de infeção e o aumento da perceção de pertencimento ao processo de cuidado de saúde.

De acordo com Abreu (2014), são fatores decisivos para a adoção da telemedicina em Portugal, a necessidade de redução dos custos com saúde, a falta de médicos em geral e no interior do país, a necessidade de reduzir a "pressão" nas urgências, o contínuo envelhecimento da população e o aumento do acesso à internet 4G e banda larga. Estes fatores ressaltam a elevada relevância do estudo, pois se por um lado o tema saúde ocupa posição de destaque na atualidade, fomentando a busca por soluções eficientes, seguras e mais económicas de cuidados com a saúde, por outro lado, o valor teórico da presente análise constitui-se um contributo para o enriquecimento científico uma vez que são

escassas as investigações que tratam sobre os fatores motivadores da adesão à telemedicina pelo consumidor português.

A motivação pessoal pelo tema, entretanto, ultrapassa os limites académicos e ancora-se no desejo de prover retorno com base científica para a sociedade, de forma a permitir que mais e mais consumidores possam ser motivados a engajarem-se nesta modalidade de cuidados de saúde que vem se ampliando cada vez mais em diversos países desenvolvidos, e que em Portugal, devido ao avançado desenvolvimento tecnológico e cultural dos indivíduos, tem alta probabilidade de gerar melhoria na qualidade dos cuidados com a saúde.

Objetivos da investigação e posicionamento metodológico

Nesta investigação interessa-nos estudar se o marketing digital é capaz de influenciar a perceção e o comportamento do consumidor em aderir à telemedicina como uma opção de cuidado de saúde complementar que oferece mais comodidade através da utilização de plataformas digitais. A reflexão desenvolvida ao longo da revisão de literatura conduziu à definição da problemática em estudo, identificando-se a seguinte pergunta de partida, que se edificou como fio condutor deste trabalho:

“Que contributos o marketing digital pode oferecer para fomentar a adoção e expansão da telemedicina como uma opção de cuidado com a saúde em Portugal?”

Adicionalmente ao problema principal, foram formulados alguns problemas específicos para tentar identificar se os fatores que estão presentes na teoria do Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM) têm influência na intenção de uso das consultas por telemedicina, os quais são apresentados abaixo:

- Em que medida a facilidade de uso do serviço de consulta por telemedicina aumenta a atitude em usar tal serviço?
- Em que medida a utilidade do serviço de consulta por telemedicina aumenta a intenção de usar tal serviço?
- As preocupações com privacidade e segurança das informações de saúde diminuem a atitude em usar tal serviço?

Segundo Hague & Jackson (1990), a fase inicial de uma pesquisa contempla a definição dos objetivos, na medida que estes esclarecerão a razão e a orientação deste estudo. Assim sendo, o objetivo geral deste estudo foi:

Investigar, através da aplicação de modelo adaptado de TAM se o marketing digital é capaz de influenciar a percepção e o comportamento do consumidor em aderir à telemedicina como uma opção de cuidado de saúde complementar que oferece mais comodidade através da utilização de plataformas digitais.

Objetivos Específicos

De modo a concretizar o objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos para se verificar se os fatores que estão presentes no TAM têm influência na intenção de uso das consultas por telemedicina:

- Analisar em que medida a facilidade de uso do serviço de consulta por telemedicina aumenta a atitude em usar o serviço.
- Compreender em que medida a utilidade do serviço de consulta por telemedicina aumenta a intenção de usar o serviço.
- Constatar se as preocupações com privacidade e segurança das informações de saúde diminuem a atitude em usar o serviço.

No que tange a metodologia a ser utilizada, tendo como base os objetivos já descritos, o tipo de pesquisa a ser realizada neste estudo foi do tipo descritivo e exploratório com abordagem mista, pois destina-se a delinear a percepção dos consumidores quanto aos fatores que influenciam os seus comportamentos para o uso da telemedicina no meio online (quantitativa) a partir do conhecimento inicialmente adquirido pelo autor sobre às percepções dos profissionais de saúde quanto aos benefícios e riscos envolvidos na adoção da telemedicina (qualitativa).

Organização e estrutura do estudo

A dissertação encontra-se organizada em 5 capítulos, iniciando-se com o capítulo Introdução onde se elucida a cerca da natureza e emblemática do estudo, se identifica o problema de investigação e apresenta-se a estrutura do trabalho.

Sucessivamente, no capítulo I, é elaborada a contextualização teórica, constituída por 5 temas: i) o **Marketing**, incluindo sua aplicação no contexto da saúde, o marketing digital, o **mix** de marketing e a evolução do mesmo com o advento do marketing digital e o marketing de experiência online; ii) o **Comportamento do Consumidor**, incluindo os fatores que o influenciam, bem como um enfoque no comportamento do consumidor de serviços de saúde e uma avaliação dos fatores que influenciam o nível de aceitação

dos serviços de telemedicina, iii) a **Telemedicina**, suas definições e aplicações e potenciais benefícios, iv) a **Saúde em Portugal**, incluindo informações estatísticas detalhadas sobre este setor, e v) o **Ambiente tecnológico em Portugal**, com a contextualização dos principais fatores potenciais e barreiras para a adução de telemedicina no país.

O capítulo II, está relacionado com o modelo de investigação, onde é definido o modelo conceptual que serviu de suporte para o estudo, foi construída a esquematização teórica para a investigação e formularam-se as hipóteses da investigação.

No capítulo III, é elaborada a metodologia de investigação, onde se inclui, a explicação sobre os procedimentos relativos às pesquisas qualitativa e quantitativa: a construção e justificação do questionário, a definição da população e amostra, a técnica de recolha de dados, o pré-teste do questionário e é feita a validação do instrumento de investigação.

No capítulo IV, apresentam-se os resultados decorrentes das entrevistas a médicos (qualitativa) e da aplicação do questionário a consumidores (quantitativa), procedendo-se à discussão das hipóteses de investigação.

No capítulo V, são apresentadas as principais conclusões da investigação, analisando-se os resultados obtidos face aos objetivos propostos. São ainda apresentados constrangimentos e limitações associados à investigação e adiantam-se algumas reflexões para futuras investigações relacionadas com a temática em análise, indicando possíveis sugestões.

Por fim, descreve-se as Referências Bibliográficas utilizadas, onde são citadas todas as fontes utilizadas para contextualização e embasamento desta investigação científica, seguida de um elemento pós-textual - Apêndices - que a complementar.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

No capítulo I, pretende-se fazer a contextualização teórica, aprofundando os temas importantes de atuação ao longo da investigação.

1.1 Contextualização de Marketing

Esta secção inicia-se com uma breve exposição sobre o Marketing no contexto da saúde, evidenciando a transformação do serviço de saúde em objeto de consumo e ressaltando sua natureza física (secção 1.1.1), prosseguindo com a contextualização de Marketing Digital e a evolução do conceito desde o início do século XXI, ressaltando a relevância do *user generated content* (UGC) no comportamento do consumidor (secção 1.1.2). Na sequência, aborda-se o mix de marketing e sua evolução no contexto do marketing digital (secção 1.1.3), seguido pela contextualização do marketing de experiência online e introdução de estratégias digitais para fomentar a telemedicina (secção 1.1.4). Por fim, são apresentadas estatísticas sobre o uso da internet em Portugal e vantagens do seu uso como fonte de informações para os cuidados com a saúde (secção 1.1.5).

1.1.1 Marketing no contexto da saúde

Segundo Berkowitz (2021, p.5) para que exista o marketing são necessários três pontos básicos: i) haver necessidades e desejos de uma pessoa a serem satisfeitos; ii) que se disponha do bem ou serviço a ser oferecido para essa satisfação (profissional capacitado para atendê-lo) e iii) que essa ação se concretize através de um processo de troca e remuneração (aprovação e pagamento do tratamento).

Lovelock (2009, p.8) refere que “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 ao cliente em horários e locais específicos.”. Desta forma, no contexto da saúde, 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. Zeithaml e Bitner (2003 p.36) reforçam que “pelo facto de os 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”. E neste contexto, a saúde torna-se objeto de consumo, aquisição e utilização, o que acontece para além de sua natureza física, pois o produto-saúde incorpora serviços, pessoas, locais, organizações e ideias.

Além da matéria-prima que é transformada em produto (clientes, equipamentos, médicos, medicamentos, hospitais), e dos serviços oferecidos, a natureza do produto-saúde é determinada por mecanismos responsáveis pelo funcionamento e desempenho da organização como um todo e por isso, no contexto do marketing tem uma natureza tangível e intangível. Desta forma, as estratégias de marketing em saúde devem satisfazer necessidades e desejos de um cliente-paciente. Portanto, tem “valor” e uma dimensão econômica para ele.

1.1.2 Definição de Marketing Digital

Ao longo dos anos, diversos autores contribuíram para aprimorar a definição do marketing digital. Coviello, Milley & Marcolin (2001) definiram o marketing digital como uma forma de estabelecer e mediar o diálogo por meio da internet a partir do uso de tecnologias e plataformas interativas. Mohammed (2004) definiu internet marketing como o processo de construção e manutenção do relacionamento com o cliente através de atividades online que facilitam a troca de ideias, produtos e serviços para satisfazer objetivos de ambas partes.

Uma década depois, Redant (2014) descreveu digital marketing como o processo para encontrar a melhor forma de atingir objetivos por meio da promoção de uma marca ou serviço através das *media* eletrônicas conectadas, o que pode ocorrer online, na web, através de aplicações específicas para internet ou através de aplicações para telemóveis, onde ambas utilizam conexões de rede ou conexões *bluetooth*.

No ano seguinte, Mogos, (2015) trouxe a definição de marketing digital na perspectiva da atração e obtenção de clientes através de serviços integrados e *on-line*. Por sua vez, mais tarde, Ryan (2017) definiu o marketing digital como um conjunto de atividades desenvolvidas com o propósito de promover e comercializar produtos por meio do uso de tecnologias e canais digitais. Frente ao exposto, esse artigo baseia-se no conceito de marketing digital proposto por Ryan (2017) e Mohammed (2004).

O marketing digital tornou-se rapidamente a forma preferencial para as empresas divulgarem seus produtos e serviços o que gerou diversas mudanças nos hábitos e percepções dos consumidores quanto a comodidade, rapidez, preços e informações, permitindo às empresas criar uma nova forma de geração de valor para os clientes e explorar um novo canal de relacionamento com os mesmos. Atualmente é difícil uma

empresa não estar presente no meio online através dos diversos *social media* (Blyth, 2011; Kotler & Armstrong, 2012).

O marketing digital se destaca pela capacidade elevada de segmentação, praticidade e personalização da comunicação, o que proporciona maior velocidade e mais economia que as tradicionais ações de promoção e comunicação (Alalwan, Rana, Dwivedi & Algharabat., 2017).

A popularização da internet evidenciou uma nova categoria de conteúdos, aqueles gerados pelos utilizadores comuns da internet, comumente encontrado na literatura de língua inglesa como *user-generated content* (UGC) (Kumar, Bezawada, Rishika, Janakirman, Kannan, 2016; Zhang, Xu, Zhao & Yu, 2018).

A análise do UGC e o **comportamento do consumidor** online pressupõem focar nos comentários relacionados com experiências de compra online, pois segundo Grewal & Stephen (2019) os consumidores com maior interação com o ambiente digital tendem a fornecer *feedbacks*, indicações, recomendações e até comentários negativos, sempre que podem, por meio dos diversos sites e social media. Segundo Shamout (2016) e Grewal & Stephen (2019), a literatura classifica este tipo de conteúdo como *eletronic word of mouth* (e-wow), o qual é reconhecido pelos consumidores como um conteúdo útil e de valor hedónico tanto na produção como em sua leitura, e que possui elevada influência no comportamento de compra, inclusive na compra por impulso.

Segundo Chiang, Yi Lin & Huang (2018) os consumidores passaram a envolver-se na geração de informações em todo o processo de consumo por meio de fontes e canais interativos, revelando um comportamento de oposição à mídia tradicional, uma vez que o controle da mensagem e do conteúdo não está mais restrito ao profissional de marketing, passando assim, a exercer forte influência no estímulo e na mudança do comportamento de compra dos consumidores. Por esta razão, Ramya & Ali (2016) ressaltam que compreender e acompanhar as mudanças provocadas pelo marketing digital no comportamento de compra dos consumidores tornou-se essencial para as estratégias e planejamentos empresariais.

1.1.3 O Mix de Marketing

O mix de marketing é uma ferramenta clássica para ajudar a planear o que oferecer e como oferecer aos consumidores. Segundo Kotler & Kartajaya (2016), basicamente

existem quatro Ps: produto, preço, distribuição e comunicação. O produto é muitas vezes desenvolvido com base nas necessidades e nos desejos dos consumidores, captados por meio de pesquisas de mercado. Para definir um preço de venda, as empresas utilizam uma combinação de métodos de precificação baseados no custo, na concorrência e no valor para o cliente.

Uma vez que as empresas decidam *o que oferecer* (produto e preço), precisam resolver *como oferecer* (distribuição e comunicação). As empresas precisam definir onde distribuir o produto com o objetivo de torná-lo convenientemente disponível e acessível aos clientes. Elas também precisam comunicar as informações sobre o produto ao público-alvo mediante diferentes métodos, como publicidade, relações-públicas e promoção de vendas. Quando os quatro Ps do mix de marketing são otimamente projetados e alinhados, vender torna-se menos desafiador à medida que os clientes são atraídos pelas propostas de valor.

O conceito de precificação está evoluindo na era digital, de padronizada para dinâmica, que consiste em estabelecer preços flexíveis com base na procura do mercado e na capacidade de utilização. A precificação dinâmica permite que as empresas otimizem a rentabilidade ao cobrar de clientes distintos de maneiras diferentes, com base no padrão do histórico de consumo, na proximidade dos canais físicos e em outros aspectos do perfil dos clientes.

O conceito de canal também está mudando. Em um mundo conectado, os clientes exigem acesso quase instantâneo a produtos e serviços. Da mesma forma, o conceito de comunicação também evoluiu nos últimos anos. Hoje, a proliferação dos *social media* permite aos clientes reagirem a essas mensagens. Também permite que eles conversem sobre as mesmas com outros clientes. A ascensão de sistemas de avaliação fornece uma plataforma para que eles possam conversar e oferecer avaliações de marcas/produtos com os quais tenham interagido.

Um dos primeiros e mais usados modelos para descrever o caminho do consumidor é o modelo AIDMA: *atenção, interesse, desejo, memória e ação*. O texto publicitário e o discurso de vendas devem chamar atenção, gerar interesse, fortalecer o desejo, manter o produto na memória do consumidor e, por fim, promover a ação de compra do mesmo (Handayani & Hudrasyah, 2015).

Para Kalyanam e McIntyre (2002), o *mix* de marketing digital necessita de mais elementos do que apenas os quatro Ps do marketing *mix*, pois para o sucesso são fundamentais elementos como *website*, personalização, segurança, privacidade, comunidade, suporte ao cliente e promoção de vendas, tornando assim o marketing digital mais complexo do que o marketing tradicional.

1.1.4 Marketing de experiência online

Através do marketing de experiência é possível atrair, engajar e fidelizar clientes por meio da criação de experiências memoráveis, inovadoras e imersivas, capazes de engajar os mesmos não somente de forma emocional, mas também fisicamente e de forma a gerar diferentes estímulos sensoriais para estabelecer vínculos afetivos e promover a marca/produto. Este tipo de marketing consiste em promover uma série de ações para despertar o interesse dos clientes em relação à empresa, fazer com que eles se identifiquem com seus valores e se tornem fiéis (Patel, 2021).

Segundo Silva e Tincani (2013, p. 150) o marketing de experiências “[...] pode ser utilizado para alavancar uma marca em declínio, diferenciar um produto dos concorrentes, criar identificação para uma empresa, promover inovações ao consumidor ou colaborador e induzir o consumo de certo produto ou marca com fidelidade, proporcionando assim benefícios para a marca”.

A abordagem do marketing de experiência online tem suas próprias características e dinâmicas que devem ser compreendidas com o intuito de selecionar práticas e estratégias de marketing mais eficazes, onde a proposta central é construir e manter um relacionamento com os clientes, por meio de atividades online, em um cenário onde eles têm autonomia e poder para decidir o que fazer com as informações (Armstrong & Hagel, 1996).

São características do marketing de experiência em plataformas digitais: i) comunicação visual rápida através de sites e *posts* em redes sociais; ii) utilização de cores, imagens e mensagens para despertar interesse no ambiente online; iii) remarketing, anúncios personalizados para utilizadores que visitaram previamente uma página e não adquiriram um produto anunciado; iv) comodidade de compra online, em qualquer hora e local; v) facilidade ao buscar informações técnicas sobre produtos ou serviços através de pesquisa rápida e vi) possibilidade de buscar opiniões de terceiros sobre a qualidade de um produto ou sobre uma marca. Dessa forma, o cliente online espera personalização,

comodidade, vários canais, informações na internet, valor competitivo e escolha. Os clientes estão cada vez mais no controle da relação cliente-empresa (Wind, 2008). Nas plataformas digitais as opiniões são influenciadas pelos relatos das experiências de terceiros. Desta forma, a experiência permite criar fidelização entre a marca e o cliente (Albert & Anil, 2013). Com base na revisão da literatura, para fomentar a adoção das consultas por telemedicina, são apresentadas na Tabela 1 estratégias de marketing de experiência online que podem ser implementadas pelas empresas.

Tabela 1 - Estratégias digitais para fomento da adoção da telemedicina

Experiência e ferramenta de interação	Estratégia digital para fomentar a adoção da telemedicina
Comunicação visual rápida sobre o produto telemedicina através de sites.	Criar <i>landing pages</i> específicas para informar sobre a tecnologia e seus benefícios. Utilizar promoções e ofertas online para conquistar e atrair os consumidores.
Utilização de cores, mensagens e imagens para despertar interesse na consulta por telemedicina	Integrar a linguagem de comunicação nos diversos meios em que o provedor de serviços de saúde está presente, explorando a utilização dos aplicativos de gestão de conta de cliente disponibilizados pelas instituições de saúde, bem como o uso de QR Code para facilitar o download dos aplicativos de telemedicina.
Utilizar diferentes tipos de anúncios (texto, imagem, vídeo) para divulgar as consultas por telemedicina, contendo conteúdos relevantes, em diferentes media.	Utilizar os anúncios no Google em formato texto e banners (SEM e rede de display), bem como nas redes sociais com maior presença de decisores e influenciadores da adoção da telemedicina, como por exemplo Facebook e Instagram.
Implementar no site um canal de geração de conteúdo onde os consumidores possam compartilhar suas opiniões sobre as consultas por telemedicina.	Utilizar o conteúdo gerado pelos utilizadores (UGC) como ferramenta de influência do comportamento do consumidor para a expansão da adoção da telemedicina.
Compartilhamento de conteúdo que informe sobre os benefícios da telemedicina e ações implementadas para mitigar os riscos, com o objetivo de gerar percepção de segurança e de facilidade de uso da telemedicina.	Implementar newsletters e criar uma área de notícias no site onde seja frequentemente postado conteúdo sobre os benefícios, a segurança e a facilidade de utilizar os aplicativos de telemedicina, criados por médicos.
Uso de influenciadores defensores da telemedicina.	Utilizar influenciadores relacionados com os temas saúde e bem-estar para serem defensores do produto e gerar maior interação com decisores e influenciadores da adoção da telemedicina.
Remarketing e anúncios personalizados.	Utilizar os recursos de remarketing para atrair e converter novos clientes.

Fonte: Elaboração própria.

1.1.5 O uso da internet em Portugal

Segundo o portal *We Are Social* (2020), em janeiro de 2020 Portugal possuía 7 milhões de utilizadores ativos nas redes sociais, dos quais 97% acedem as plataformas através do telemóvel (ver figura 1 – Apêndice I), sendo o Youtube, o Facebook e o Instagram as redes com a maior audiência na faixa dos 16 até 64 anos de idade, com 93%, 86% e 68% de utilizadores ativos respectivamente (ver figura 2 – Apêndice I).

Com uma densidade de 1,55 telemóveis por habitante (ver figura 3 – Apêndice I), 99% dos indivíduos com idade entre 16 e 64 anos possui acesso frequente às redes sociais e seu tempo médio de uso é de 2h04min por dia (ver figura 4 – Apêndice I), constituindo-se este meio digital como uma ferramenta de elevada relevância para a estratégia de marketing digital das empresas portuguesas. (Global Digital Insights, 2020)

Os dados apresentados pelo *We Are Social* (2020) demonstram que os consumidores estão conectados à internet por um longo período, o que representa uma excelente oportunidade para as empresas e profissionais de saúde intensificarem o relacionamento com os consumidores, através da utilização das mensagens corretas para a transformação do comportamento e fomento da adesão à telemedicina.

A literatura científica revela que alguns segmentos foram obrigados a digitalizarem-se para acompanhar a tendência do mercado em virtude da mudança nos hábitos de consumo de seus públicos-alvo (Gonçalves, Klatte, Da Silva, G., Da Silva S. & Da Silveira, 2019). Por outro lado, outras empresas identificaram a oportunidade de otimizar e potencializar seus lucros através do uso das plataformas digitais, de forma que a transformação digital passou a ser prioridade para a maioria das empresas (Kaplan & Haenlein, 2010; Gomes & Reis, 2015). No que se refere à distribuição dos utilizadores com 16 ou mais anos por grupo etário, segundo dados da Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA) mais de 95% dos indivíduos com idade entre 16 e 44 anos acedem a Internet em Portugal (ver figura 5 - Apêndice I). Entretanto, ainda é necessário atuar na literacia digital dos indivíduos de grupos etários mais altos, pois apenas cerca de 40% dos indivíduos com idade entre 65 e 74 anos são ativos na internet.

No que se refere à distribuição dos utilizadores com 16 ou mais anos por sexo, identifica-se equilíbrio, sendo composta por 79,7% de indivíduos do sexo masculino e 76,9% do sexo feminino (ver figura 6 - Apêndice I).

No que tange à distribuição dos utilizadores com 16 ou mais anos por escolaridade, observa-se que mais de 96% possuem ensino secundário ou superior, sendo que 56% daqueles que possuem apenas o ensino básico já acedeu a internet ao menos 1 vez no último ano (ver figura 7 – Apêndice I).

A crescente utilização da internet em Portugal é um indicativo para a definição de estratégias assertivas de marketing digital para fomentar a adesão à telemedicina, uma vez que é uma importante fonte de informação sobre saúde. Entre 2013 e 2020, segundo dados extraídos da base de dados *Internet access and use* do EUROSTAT, a população da EU que possui acesso à internet cresceu de 79% para 90%, ou seja, +11 pontos percentuais (pp) (European Commission, 2020).

Além disto, a utilização regular da Internet cresceu 15pp, sendo que em 2013 eram 62% o total dos indivíduos que a usavam diariamente enquanto em 2020 este número passou para 77%.

Dados do EUROSTAT revelam que nos últimos 6 anos a quantidade de portugueses que realizou agendamento de consultas pela internet aumentou 200% (ver figura 8 – Apêndice I), passando de 4% para 12% do total de indivíduos, superando a tendência de crescimento médio da EU (112,5%) no mesmo período (European Commission, 2020).

Os dados do EUROSTAT revelam também que 49% dos indivíduos com idade entre 16 e 74 anos buscaram através da Internet informações relacionadas com saúde em Portugal durante o ano de 2019 (ver figura 9 – Apêndice I). Tais dados demonstram um elevado grau de maturidade dos indivíduos nesta faixa etária relativo ao uso da internet, ficando Portugal a apenas 6pp abaixo da média dos indivíduos da EU que utilizam a internet para o mesmo fim (European Commission, 2020).

Segundo Lorence & Abraham (2008), são inúmeras as vantagens da utilização da internet como fonte de informações sobre saúde, pois além de constituir uma vasta fonte de conteúdos que podem ser facilmente atualizados, permite que seja disponibilizado aos utilizadores uma variedade de formatos interativos que promovem melhor compreensão e retenção da informação. Além disto, permite uma utilização mais adequada dos recursos dos serviços de saúde, torna os utilizadores mais bem informados e com melhor saúde, e ajuda a estabelecer uma forte relação entre o prestador de cuidados de saúde e o utente (Oliveira, 2016).

1.2 Contextualização sobre o Comportamento do consumidor

Nesta secção procede-se a apresentação dos fatores que influenciam o comportamento do consumidor, sob a ótica do marketing e da psicologia e explicita-se o que o profissional de marketing precisa observar para motivar a decisão dos consumidores (secção 1.2.1), é abordada ainda a relevância das fontes de informação como *drives* do comportamento do consumidor de serviços de cuidados de saúde (secção 1.2.2), e por fim são apresentados os principais fatores que influenciam o nível de aceitação do consumidor para serviços de telemedicina (secção 1.2.3).

1.2.1 Fatores que influenciam o comportamento do consumidor

Os consumidores são pessoas que buscam informações sobre produtos e serviços quando precisam satisfazer suas necessidades, mas na maioria das vezes são influenciados por variáveis de ordem cultural, social, pessoal e psicológica. Por isso, é importante analisar os fatores internos e externos que motivam o consumidor a tomar atitudes no momento da compra. (Kotler & Armstrong, 2015).

Segundo Kotler & Armstrong (2015), os fatores de ordem cultural que afetam o comportamento de compra e que precisam ser observados pelo profissional de marketing são nomeadamente a cultura, a subcultura e a classe social. A cultura é o principal determinante do comportamento e desejos de uma pessoa. Algumas das características a nível social que influenciam o comportamento dos indivíduos são os grupos e redes sociais, família e os papéis e status pessoais. No que concerne aos fatores pessoais, as características de maior influência são a idade e estágio no ciclo de vida, a situação financeira, o estilo de vida, a personalidade e a autoimagem. Em termos de variáveis psicológicas, os fatores que influenciam o comportamento são a motivação, a percepção, a aprendizagem, e as crenças e atitudes.

Segundo Maslow & Stephens (2003), o comportamento motivacional é resultado dos estímulos internos ou externos que agem sobre as pessoas. Estes despertam nelas o desejo, motivando-as, assim, a satisfazê-lo. Neste contexto, Lovelock & Wirtz (2006, p.27) sentenciam que “entender o comportamento do consumidor está no coração do marketing”.

Neste sentido, Doob (1947), refere que a maioria das atitudes que temos são aprendidas, não inatas, e é esperado que se modifiquem facilmente em função da experiência. Segundo Zajonc, R. (1968), a frequência de exposição que uma pessoa tem

em relação a determinado objeto pode ter um efeito na formação da atitude daquela pessoa em relação àquele determinado objeto, de forma que a mera exposição repetitiva de um indivíduo a determinado estímulo é uma condição suficiente para o aumento positivo de sua atitude em direção àquele objeto.

1.2.2 O comportamento do consumidor de serviços de cuidados de saúde

Segundo Ștefănescu, Nicolescu, Bilcan & Ifrim (2019), o estudo do comportamento do consumidor de serviços de saúde online não deve se limitar apenas ao indivíduo como usuário final, mas também deve focar no estudo das relações entre o provedor e o consumidor, e principalmente, no conjunto de fatores que podem influenciar esse comportamento. Feng & Xie (2015) ressalta que nos serviços de saúde online as decisões de compra muitas vezes requerem a presença de vários participantes que desempenham diferentes funções: influenciador, decisor, comprador ou usuário.

As fontes de informação do consumidor são diferenciadas em fontes internas e externas. Como resultado de uma experiência anterior e pertencente a um determinado meio cultural, cada consumidor possui uma determinada quantidade de informações sobre o produto. Ao ser colocado na situação de decisão de compra, o consumidor se engajará em uma busca interna por informações sobre alternativas de produtos. Normalmente, no entanto, mesmo os consumidores mais experientes precisam de informações adicionais, engajando-se em uma busca externa por informações (publicidade, fontes pessoais, etc.).

1.2.3 Fatores que influenciam o nível de aceitação do consumidor para serviços de telemedicina.

O comportamento do consumidor de serviços de telemedicina é resultado de um complexo conjunto de fatores que atuam com intensidades diferentes. Diversos autores na literatura científica têm focado seus esforços no sentido de identificar os fatores envolvidos na explicação desse comportamento (Kontos, Blake, Chou & Prestin, 2014; Kim, Han, Yoo & Yun, 2012).

Segundo Li, Land, Ray & Chattopadhyaya (2010) e Shahab, Brown, Gardner & Smith (2014) inúmeras pesquisas têm mostrado que os fatores socioculturais desempenham um papel importante na determinação do comportamento do indivíduo em relação à saúde. Opiniões ou crenças sobre doença, enfermidade ou morte e informações culturais sobre as

causas e tratamento de doenças são componentes culturais que podem motivar os indivíduos na busca ou adiamento do atendimento médico.

Ștefănescu *et al.* (2019) relata também que a família tem papel fundamental nas decisões de compra e consumo, exercendo a mais forte influência sobre o consumidor de serviços de saúde e que o nível de escolaridade influencia tanto a demanda por serviços de saúde quanto o tipo de serviços solicitados. Pessoas com maior escolaridade, mesmo que afetadas por problemas de saúde menos graves do que as de menor escolaridade, recorrem mais aos serviços de saúde, principalmente aos especializados.

1.3 Contextualização da Telemedicina

Nesta secção procede-se a apresentação da definição de telemedicina, tomando como referência as definições de diversos autores e entidades de saúde internacionais, ressaltando as especialidades de saúde que mais a utilizam em Portugal (secção, 1.3.1), prossegue-se com a introdução das aplicações da telemedicina e é exposto o recorte que será abordado no âmbito desta investigação - teleconsultas por videoconferência – (secção 1.3.2), prosseguindo com a apresentação dos benefícios da telemedicina tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde (secção 1.3.3). Posto isto, encerra-se o capítulo com a apresentação de estatísticas de saúde em Portugal, com base em recentes dados oficiais anteriores ao início da pandemia COVID-19 (secção 1.3.4).

1.3.1 Definição de telemedicina

Segundo a *American Telemedicine Association* (ATA), a telemedicina é compreendida como o uso de comunicações eletrónicas e tecnologias da informação para prover serviços clínicos quando os participantes estão em localizações diferentes. Em termos práticos, a telemedicina é a aplicação das ciências médicas à distância sem que haja contacto físico direto para criação, manutenção ou complementação da relação médico-paciente, empregando para a sua concretização um meio de comunicação entre os pontos interessados. A telemedicina pode dividir-se em teleconsulta, telediagnóstico, telemonitorização e telecirurgia. A teleconsulta é um serviço síncrono, em que um médico remoto se comunica em tempo real com um paciente utilizando um sistema de comunicação (SNS, 2020).

Com a adição da tecnologia móvel aos cuidados de saúde, os consumidores passaram a contar com a flexibilidade dos cuidados de saúde a qualquer hora e lugar.

Com isso, a telemedicina começou então a emergir ditando a forma como a saúde passaria a ser fornecida pela rede de cuidados.

Merrell (1995), define telemedicina como o uso de imagens, voz e outros dados transmitidos eletronicamente para permitir a realização de consultas, a educação e a integração na medicina à distância". Kaplan & Litewka (2008) complementam enfatizando que para uma tecnologia ser considerada telemedicina, um dos participantes deve ser prestador de serviços de saúde.

De acordo com a World Health Organization (WHO), telemedicina é a entrega de serviços de saúde, onde a distância é fator crítico, usado por profissionais da saúde com a aplicação das tecnologias de informação e de telecomunicação para a troca de informações sobre os utentes. Essas trocas de informações revelam-se úteis 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 (Abreu, 2014).

A telemedicina já é usada em diversas áreas da medicina para atendimento de pacientes. Em Portugal as especialidades que praticam a telemedicina são: anatomia patológica, cardiologia e cardiologia pediátrica, dermatologia, genética médica, endocrinologia (diabetes), neurologia, obstetrícia, oncologia, ortopedia, radiologia e neurorradiologia (Cunha, 2004). A neurologia e a cardiologia estão entre as especialidades que mais tem beneficiado da telemedicina pois as tecnologias desenvolvidas proporcionam um suporte confiável para emergências, monitorização de clientes de alto risco, monitorização ao domicílio e em áreas isoladas ou carentes, bem como para a redução da hospitalização de pacientes com doenças cardíacas e neurológicas. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), mais de 1/5 dos hospitais praticam atividades de telemedicina, com destaque para a teleradiologia e a teleconsulta, exercidas respetivamente em 83,7% e 53,1% dos hospitais que têm telemedicina (INE, 2010).

De acordo com dados recentes, Portugal apresenta 160 plataformas de telemedicina, porém apenas 76 delas foram identificadas como ativas (Matos, Santana, Mendes, Marques, & Mestre, 2014, p.45). As principais iniciativas utilizadas são: os serviços de telerrastreio dermatológico, que preveem a possibilidade de um médico de medicina geral anexar imagens de relevância dermatológica e enviá-las a um médico

dermatologista, obtendo por meio telemático uma indicação sobre a situação clínica do doente; as teleconsultas de especialidade, implementadas a partir de 2015 através de o sistema “PDS-Live”, o que constitui um desenvolvimento do sistema de Plataforma de Dados de Saúde (PDS), já ativo no Serviço Nacional de Saúde (SNS); e os serviços de telemonitorização domiciliária, que contam com vários projetos experimentais ou quase experimentais que visam controlar remotamente o estado de saúde dos doentes crónicos.

1.3.2 As aplicações da telemedicina

Segundo Amorim (2011) existem diversas aplicações da telemedicina. Dentre elas:

- **Telediagnóstico:** refere-se à realização de consultas para obtenção de um diagnóstico, o qual geralmente ocorre por troca de textos, imagens estáticas de Raio-X, Eletroencefalograma, áudio e vídeo.
- **Telemonitorização:** refere-se à utilização de equipamentos especiais para registar dados vitais de utentes e enviá-los continuamente a um centro de análise, interpretação e alerta.
- **Telecirurgia:** refere-se à realização de diversos tipos de operações cirúrgicas à distância usando para isso robôs e técnicas computacionais avançadas. O cirurgião tem assim a possibilidade de controlar o robô à distância e ter uma total perceção da operação que está a realizar no quarto do utente.
- **Teleconsulta:** A teleconsulta é uma aplicação da telemedicina através da qual é possível transmitir, a qualquer distância, vários tipos de imagens médicas e biológicas, tais como radiografias, tomografias, ecografias e fotos de utentes. Deste modo, médicos situados em centros geograficamente distantes podem realizar consultas remotas com seus utentes, bem como trocar dados de imagem sobre os casos de seus utentes com colegas mais especializados para elaboração de diagnóstico e definição da conduta para o tratamento dos mesmos.

No âmbito desta investigação o foco do estudo, no contexto da telemedicina, será a modalidade da teleconsulta, conforme conceituado por Amorim (2011).

1.3.3 Os benefícios da telemedicina

Através de uma plataforma de telemedicina é possível não só encurtar distâncias e aumentar a acessibilidade aos profissionais de cuidado de saúde, mas é possível também

realizar a revisão de resultados de exames laboratoriais, resolver problemas urgentes, simples *follow-ups* e atendimento fora das horas normais de atendimento em casos de emergência.

De acordo com Almeida, Neira, Hummel & Pisa (2008), os principais benefícios da telemedicina são: (1) a possibilidade de acesso à saúde de populações em áreas remotas; (2) a possibilidade de tratamentos e cuidados ao paciente, sem obrigatoriedade de deslocamentos e (3) a possibilidade de atendimento e qualidade de serviço, com equidade e universalidade, independentemente da localização geográfica dos pacientes. Os autores Merrell, Doarn & Nicogossian (1988) além de abordarem os benefícios acima citados também acrescentam outros benefícios como: i) o uso da telemedicina funciona como uma ferramenta pedagógica dos profissionais de saúde e ajuda os mesmos a obterem uma segunda opinião sobre determinado diagnóstico; ii) melhora o atendimento e a qualidade de vida da população; iii) funciona como um recurso valioso para os serviços e urgência, isto porque alguns hospitais não tem dimensão para ter todos os especialistas; iv) prevenção e avaliação precoce dos problemas de saúde e diminuição da despesa pública. Dentre os benefícios que uma aplicação de telemedicina pode trazer para os utentes e consumidores elencados por Widberg *et al.* (2020), destacam-se: (a) a redução dos riscos de infecção e b) a possibilidade de redução de custos no tratamento.

Para Kaplan & Litewcka (2008) os potenciais benefícios da telemedicina incluem: maior disponibilidade de serviços e acesso a prestadores de cuidados de saúde, bem como disparidades reduzidas na acessibilidade de cuidados de saúde, menos tempo de viagem para o utente e o médico, e melhor fluxo de informações".

1.3.4 Estatísticas sobre a saúde em Portugal

Abaixo são apresentados relevantes números sobre a saúde em Portugal:

1.3.4.1 Médicos por habitantes:

Segundo dados do EUROSTAT, com 538 médicos por 100.000 habitantes, Portugal tem 43% mais médicos por 100.000 habitantes do que a média dos 28 países da EU, que possuem cerca de 376 médicos por 100.000 habitantes.

Este indicador pode ser positivo para o processo de adoção dos serviços de telemedicina, pois conforme estudo realizado por Widberg, Wiklund & Klarare (2020) para avaliar a adoção da telemedicina por utentes com câncer, foi identificado que a

atitude e o entusiasmo dos profissionais de saúde são um importante fator para a adoção da telemedicina e tem papel fundamental na mudança do comportamento.

1.3.4.2 Quantidade de consultas médicas:

Segundo dados do INE-Instituto Nacional de Estatística (2020), em 2018 realizaram-se 20,4 milhões de consultas médicas nas unidades de consultas externas dos hospitais, um aumento de 589,9 milhares de consultas em relação a 2017 (+3,0%) e da ordem dos 5 milhões de consultas em relação a 2008 (+32,4%). Nos hospitais públicos realizaram-se 58,5% do total de consultas médicas externas em contexto hospitalar em 2018, com predomínio das consultas de especialidades médicas (56,3% *versus* 43,7% de especialidades cirúrgicas). As especialidades com maior número de consultas nos hospitais em geral foram as de Ortopedia (9,0%), Oftalmologia (8,1%), Ginecologia-Obstetrícia (7,1%) e Cirurgia Geral (5,1%).

Apesar de estar a evoluir positivamente em várias áreas relativas à saúde, nomeadamente nas políticas de saúde, no combate a mortalidade infantil e no aumento da esperança de vida, Portugal, enfrenta enorme desafio para a sustentabilidade do sector da saúde devido ao envelhecimento da população. A Organização das Nações Unidas (ONU) prevê que a partir de 2025 à 2050, a população portuguesa reduzirá entre 10% a 15%, sendo que os idosos irão triplicar e os jovens diminuirão para menos de um terço da população. (ONU, 2019)

1.4 Contextualização do ambiente tecnológico atual em Portugal

Nesta secção procede-se a apresentação dos fatores potenciais para a adoção da telemedicina em Portugal com ênfase no desenvolvimento do setor das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e nas atuais necessidades do setor de saúde Português (secção 1.4.1). Posto isto, são apresentadas também as barreiras potenciais para a adoção desta tecnologia de saúde em Portugal, focando principalmente os riscos relativos à privacidade das informações do paciente (secção 1.4.2).

1.4.1 Fatores potenciais para adoção da telemedicina em Portugal

A evolução da conectividade está a mudar as relações comerciais e o comportamento das pessoas. O advento do 5G permitirá a realização de serviços online sem precedentes e no contexto do setor de saúde este recurso será fundamental para alavancar a utilização dos serviços de telemedicina.

Portugal pode utilizar este momento único para pôr em andamento iniciativas arrojadas de saúde online para promover a saúde individual e coletiva com o objetivo de reduzir os impactos no Sistema Nacional de Saúde por decorrência do envelhecimento da população, bem como para assegurar o aumento da expectativa de vida com mais saúde e qualidade para a população.

Alguns dos fatores potenciais para alavancar o uso da telemedicina são a disponibilização do *eletronic health record* (EHR) e o compartilhamento de exames de diagnóstico entre todos os operadores do setor.

A disponibilização do EHR permitirá o acesso e compartilhamento das informações de saúde dos indivíduos entre todos os operadores participantes do Sistema Nacional de Saúde (públicos e privados) a qualquer hora e a partir de qualquer sítio.

O compartilhamento dos exames de diagnóstico (Imagiologia, Patologia Clínica e outros) entre todos os operadores do setor (públicos e privados) reduzirá os custos desnecessários decorrentes da duplicação de grande quantidade de exames todos os anos.

1.4.2 Barreiras potenciais para adoção da telemedicina em Portugal

Não obstante, a telemedicina também oferece riscos. Além dos riscos diretamente relacionados com o ato médico, um dos riscos mais mencionados na literatura é o da proteção da privacidade. A introdução das tecnologias da informação e comunicação na saúde demandam o fornecimento de suporte técnico apropriado para garantir que a aplicação de telemedicina seja corretamente utilizada, bem como para a ajudar os utilizadores a satisfazerem suas necessidades de saúde. Entretanto, não apenas a usabilidade e a facilidade de utilizar os aplicativos e sistemas de telemedicina são essenciais. É necessário que a população tenha literacia digital para que possa utilizar os sistemas. Além disto, é necessário que os utilizadores sintam confiança de que não terão suas informações de saúde confidenciais expostas às equipas de suporte técnico.

Widberg *et al.* (2020) apontam que a idade não é uma barreira para a utilização da tecnologia de telemedicina, entretanto as pessoas mais velhas necessitam de suporte adicional no início da utilização, uma vez que tendem a achar a nova tecnologia difícil.

A informação clínica e os dados de saúde dos utentes são dados muito sensíveis, cuja acesso indevido pode ter consequências graves. A digitalização dos dados tornou a informação simultaneamente mais segura e mais vulnerável. Por isto, a proteção dos

dados é prioridade para todas as empresas na atualidade, principalmente por conta do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

De acordo com Liu, Lu, Hong, Wang & Dssouli (2008), a telemedicina é vulnerável a violações de segurança das informações pessoais de saúde. Para o uso de aplicativos de telemedicina é fundamental identificar todas as vulnerabilidades potenciais e fornecer contramedidas para remover ou mitigar riscos (Ștefănescu, Nicolescu, Bîlcan & Ifrim, 2019). As redes de telemedicina são suscetíveis a violações cibernéticas que representam uma ameaça imensa à confidencialidade, integridade e disponibilidade (C-I-A) dos registos médicos eletrônicos dos clientes. Os registos médicos do cliente contêm informações muito sensíveis que não devem ser disponibilizadas para pessoas não autorizadas, a fim de proteger a privacidade, integridade e confidencialidade do mesmo. Ao mesmo tempo, as informações do cliente devem estar prontamente disponíveis sempre que exigido por utilizadores autorizados para fins autênticos (Das & Mukhopadhyay, 2011). Os ataques cibernéticos em registos médicos eletrônicos (EMR) e sistemas de informação de saúde (HIS) dos clientes podem levar a consequências graves, como divulgação da identidade do paciente, constrangimento, violação de privacidade e, no pior dos casos, violação de integridade resultando na morte do paciente (Das & Mukhopadhyay, 2011). No que tange a essa questão de proteção dos dados, os pacientes em uso de telemedicina estão preocupados com a privacidade durante a transmissão de seus registos médicos eletrônicos (EMR), a partir dos quais suas identidades podem ser reveladas. Sendo assim, é importante levar em consideração as crenças e atitudes individuais em relação ao uso da telemedicina, pois o uso desta tecnologia de saúde pode impactar a rotina diária de um consumidor, bem como comprometer sua privacidade e conforto (Xuea *et al.*, 2015).

CAPÍTULO II – MODELO DE INVESTIGAÇÃO

A definição do modelo de análise da presente investigação é tão importante quanto a própria recolha de dados. Assim, este capítulo tem como objetivo descrever o modelo escolhido e a sua adaptação à investigação em curso.

2.1 Modelo de Aceitação de Tecnologia

Segundo DeLeone & McLean (1992), a aceitação de tecnologias está relacionada com a qualidade dos sistemas e informações e com a satisfação do consumidor.

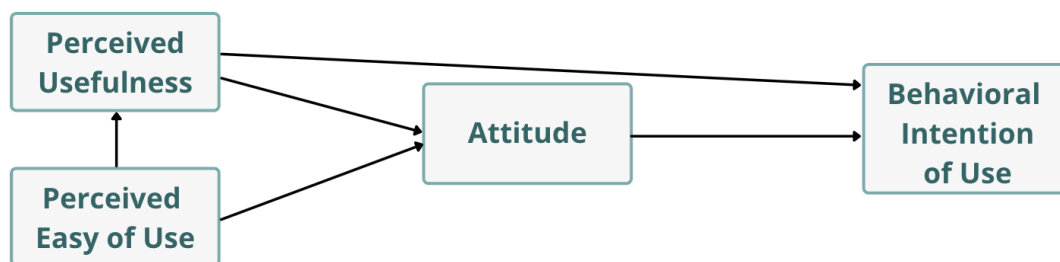
Para mensurar a intenção de uso e aceitação de tecnologias por parte dos utilizadores, foram propostos e testados empiricamente vários modelos nos últimos anos, tais como a Teoria da Ação Racional (TAR) de Fishbein e Ajzen, em 1975 e o Modelo de Aceitação Tecnológica (TAM), desenvolvido por Davis, em 1986 e revisto por Davis, Bagozzi e Warshaw, em 1989, a Teoria do Comportamento Planeado (TPB), de Ajzen, em 1991, a Teoria da Difusão de Inovações, de Rogers, em 1995 e o Modelo de Sucesso, de DeLone e McLean, em 1992, que foram aplicados a uma variedade de tecnologias de informação em diferentes contextos e populações. Entre todas as teorias mencionadas, a teoria do Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM) é considerada a mais importante e frequentemente aplicada para descrever a aceitação de um indivíduo a sistemas de informação.

O Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM) explica como um usuário aceita o uso de tecnologia (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989). O objetivo do TAM é obter uma compreensão e explicação do comportamento do usuário e uso da tecnologia, onde a “utilidade percebida” e a “facilidade de uso” indicam a aceitação da tecnologia pelo usuário. Contudo, o TAM, veio sofrendo alterações e, através da celebração de uma parceria entre IBM Canadá e o *Massachusetts Institute of Technology (MIT)*, nasce a sua primeira evolução, que permite analisar a receptividade do mercado a novos tipos de produtos e compreender a utilização fundamental dos computadores, onde foi adicionada a variável “intenção comportamental de uso” (Davis *et al.*, 1989). Desde então o modelo tem sido amplamente utilizado para esclarecer o comportamento final do utilizador ao longo de toda a gama de tecnologias de computação, inclusive em estudos relacionados à aplicação de telemedicina (Yarbrough & Smith, 2007; Briz-Ponce & Garcia-Penalvo, 2015; Anderson, Burford & Emmerton, 2016).

O modelo TAM representado na Figura 1, também prevê se o comportamento do consumidor é positivo ou negativo. No que diz respeito aos diversos estudos de aplicação

do modelo, concluiu-se que o fator “utilidade percebida” por parte do utilizador é o que mais influencia a aceitação de uma nova tecnologia (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989).

Figura 1- Modelo de Aceitação de Tecnologia - TAM



Fonte: Davis, Bagozzi & Warshaw (1989)

Tendo isto em consideração, esta investigação tem como objetivo validar um instrumento baseado no TAM, o qual para obter-se um conhecimento ainda mais aprofundado sobre o comportamento do consumidor agrega 2 constructos adicionais que foram introduzidos, adaptando o modelo de aceitação de tecnologia:

a) **Barreiras percebidas** (adaptado do HBM): Segundo Malhotra, Kim & Agarwal (2004); Deng (2013); Guo, Sun, Wang, Peng & Yan (2013), é necessário ter-se conhecimento das barreiras percebidas pelos consumidores, pois alguns problemas relacionados com riscos de informação e riscos de tecnologia, por exemplo, causam significantes barreiras para a aceitação da tecnologia.

b) **Autoeficácia** para aprender sobre telemedicina (adaptado do Social Cognitive Theory): Segundo Bandura (1998) autoeficácia é a confiança ou crença sobre a competência que um indivíduo possui para realizar um determinado comportamento que auxilie a lidar com ameaças à saúde.

A seguir apresenta-se o modelo conceptual com a descrição de cada hipótese de acordo com os constructos do modelo adaptado do TAM aplicados na presente investigação.

2.2 Modelo Conceptual

O modelo conceptual elaborado serviu de suporte para o estudo, sendo construída a esquematização teórica para a investigação e a conseguinte formulação de hipóteses.

Conforme apresentado na secção anterior, o TAM utiliza como constructos a utilidade e a facilidade de uso para obter uma compreensão e explicação do comportamento e aceitação da tecnologia pelo utilizador, e que para obter um

conhecimento ainda mais aprofundado o modelo foi adaptado para a inclusão de 2 constructos adicionais.

Segundo Kôche (1979), variáveis são aqueles aspetos, propriedades ou fatores, mensuráveis ou potencialmente mensuráveis discerníveis em um objeto de estudo, através dos valores que assume.

A elaboração do questionário da pesquisa quantitativa considerou a utilização de variáveis sociodemográficas, bem como as variáveis relacionadas ao TAM adaptado. Dentre as variáveis sociodemográficas, foram consideradas: (a) o gênero, (b) a idade, (c) escolaridade, (d) a condição atual perante o trabalho, (f) faixa de rendimento líquido, (g) quantidade de membros do agregado familiar e (h) distrito de residência e (i) uso das redes sociais. Já as variáveis baseadas na teoria, são: (a) Utilidade Percebida, (b) Facilidade de Uso Percebida, (c) Barreiras Percebidas, (d) Atitude, (e) Intenção de Uso, e (g) Autoeficácia.

No modelo de estudo encontramos uma variável dependente (Intenção de Uso) e um conjunto de 5 variáveis independentes, além das sociodemográficas. A variável dependente mede a intenção de uso das consultas por telemedicina – ver Tabela 2.

Tabela 2 - Dimensão e variáveis aplicadas no modelo conceptual

Dimensão	Variáveis	Nº questões	Autor
<i>Technology Acceptance Model</i>	<i>Perceived Easy of Use</i>	4	(Davis, 1985)
	<i>Perceived Usefulness</i>	6	
	<i>Attitude</i>	6	
	<i>Behavioral Intention of Use</i>	3	
<i>Health Belief Model</i>	<i>Perceived Barriers</i>	3	(Janz & Beker, 1984)
<i>Social Cognitive Theory</i>	<i>Self-efficacy</i>	3	(Mou <i>et al.</i> , 2016); (Ng <i>et al.</i> , 2009)
Demográfica	Gênero	10	Exploratória
	Grupo Etário		
	Escolaridade		
	Condição perante o trabalho		
	Rendimento Líquido		
	Quantidade de membros do agregado familiar		
	Distrito residência		
	Já fez telemedicina		
	Frequência de uso internet		
Redes sociais mais utilizadas			

Fonte: Elaboração própria

Após a identificação das dimensões e das variáveis a serem utilizadas, deu-se a formulação das hipóteses, que segundo Manson & Bramble (1989), são frases declarativas que permitem identificar uma relação entre duas ou mais variáveis e têm como base teorias ou modelos. Para Quivy & Campenhoudt (1992), as hipóteses, após a sua formulação, conduzem e delimitam a investigação. Estes autores acrescentam que uma hipótese só poderá ser testada quando existe a possibilidade de verificar, através de análises de dados, se esta é ou não corroborada. Abaixo apresenta-se a descrição de cada hipótese de acordo com os constructos do modelo adaptado do TAM aplicados na presente investigação:

a) *Facilidade de Uso Percebida (“Perceived Easy of Use”) – H1 e H2*

Integrando o Modelo de Aceitação Tecnológica (TAM), Davis (1985) indica que a Facilidade de Uso Percebida (PEU) diz respeito à ideia por parte da pessoa de que a utilização de um determinado sistema não acarreta qualquer esforço. Gyampah (2007) cita que quanto mais fácil for a utilização de uma determinada tecnologia, então maiores serão os benefícios que se espera obter com a mesma, tendo em vista um melhoramento do desempenho. No contexto do presente estudo, a fim de testar se as informações disponíveis geram percepção de que a utilização da telemedicina é simples e não acarreta esforços, as seguintes hipóteses foram formuladas:

H1: A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo no Utilidade Percebida de um serviço de consulta por telemedicina.

H2: A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Atitude do utilizador em usar serviços de consulta por telemedicina.

b) *Utilidade Percebida (“Perceived Usefulness”) – H3 e H4*

Davis (1985), indica que a Utilidade Percebida (PU) se refere ao nível em que a pessoa acredita que a utilização de um determinado sistema irá melhorar a sua performance para executar uma tarefa. Diversos estudos sugerem que a Utilidade Percebida é o principal fator determinante para aceitação e uso de novas tecnologias. A percepção dos utilizadores sobre a utilidade da tecnologia pode ser afetada por fatores externos. Com respeito a este contexto, a fim de testar se as informações disponíveis geram percepção de que a utilização da telemedicina será útil para melhoria dos cuidados com a saúde, as seguintes hipóteses foram formuladas:

H3: A Utilidade Percebida terá efeito positivo na Atitude do utilizador em usar serviços de consulta por telemedicina.

H4: A Utilidade Percebida terá efeito positivo no Intenção de uso de um serviço de consulta por telemedicina.

c) Barreiras Percebidas (“Perceived Barriers”) – H5a e H5b

Adaptado do *Health Belief Model (HBM)*, as Barreiras Percebidas (PB) são definidas por Janz & Becker (1984) como os potenciais aspetos negativos que podem ser financeiramente custosos, perigosos, desagradáveis, inconvenientes ou *time-consuming* quando se pretende tomar uma ação particular de cuidado de saúde. Segundo Deng (2013), Malhotra, *et al.* (2004) e Guo *et al.* (2013), problemas relacionados com riscos de informação e de tecnologia que causam significantes barreiras para a aceitação da tecnologia são, por exemplo, a preocupação com o abuso das informações, invasão de privacidade, resistência a adaptação à tecnologia em adultos de idade avançada. Desta forma, para testar se as informações disponíveis mitigam os riscos e barreiras à adoção dos serviços de telemedicina, as seguintes hipóteses foram formuladas:

H5a. As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Atitude de usar serviços de consulta por telemedicina.

H5b. As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Intenção de uso dos serviços de consulta por telemedicina.

d) Autoeficácia (“Self-efficacy”) – H6

A Autoeficácia (SE), adaptada do *Social Cognitive Theory (SCT)* como um aspeto especial das barreiras percebidas (Janz & Becker, 1984), é a confiança ou crença sobre sua competência para realizar um determinado comportamento para lidar com ameaças à saúde (Bandura, 1998). Indivíduos com maior autoeficácia são mais propensos a exibir mais disposição para realizar ações para atingir seus objetivos (McKinley & Ruppel, 2014). Em relação à tomada de decisão e à aprendizagem do conhecimento em saúde, as percepções de autoeficácia são particularmente cruciais, pois alguns indivíduos tendem a examinar suas circunstâncias atuais antes de iniciar comportamentos de aprendizagem. À medida que a complexidade do aprendizado aumenta, podem sentir que mais tempo, mais esforço para aprender e uma base de conhecimento mais ampla são necessários para concluir as tarefas de aprendizagem. A maior confiança dos indivíduos em sua

competência de aprendizagem pode, portanto, influenciar positivamente sua intenção de aprender conhecimentos sobre saúde. Assim, propôs-se a seguinte hipótese:

H6- A Autoeficácia terá efeito positivo na Intenção de uso de serviços de consulta por Telemedicina.

e) Atitude (“Attitude Towards Using Telemedicine”) – H7

Segundo Petty (2012), Atitude (ATT) é um predisposto estado de espírito em relação aos benefícios que um sistema traz para a melhoria do desempenho do trabalho, para a gestão do tempo e do seu efeito na melhoria da qualidade do trabalho realizado. Enquanto na presente investigação entende-se “trabalho” por “realização de consultas por telemedicina”, Simpao, Ahumada, Gálvez & Rehman (2014) relata que as atitudes dos usuários são um fator significativo na aceitação e eficiência do uso das tecnologias. Desta forma, para testar se as informações disponíveis sobre as características da telemedicina geram motivação para o uso desta tecnologia nos cuidados com a saúde, a seguinte hipótese foi formulada:

H7: A Atitude do utilizador terá efeito positivo na Intenção de Uso de serviços de consulta por telemedicina.

Além destes, e encerrando o detalhamento dos constructos do TAM, a Intenção de Uso (“*Behavioral Intention of Use*” - BI) irá medir a intenção de uso dos serviços de telemedicina no futuro próximo.

Baptista & Souza (2011, p.26) referem que as hipóteses “são uma resposta prévia ao problema proposto e, habitualmente, são desenvolvidas com base em estudos anteriormente realizados de acordo com o tema escolhido”, pelo que “a hipótese deve justificar o trabalho da parte empírica da investigação” (Hill & Hill, 2005). Na Tabela 3 apresenta-se o resumo das hipóteses previstas na presente investigação:

Tabela 3 – Quadro resumo das hipóteses formuladas

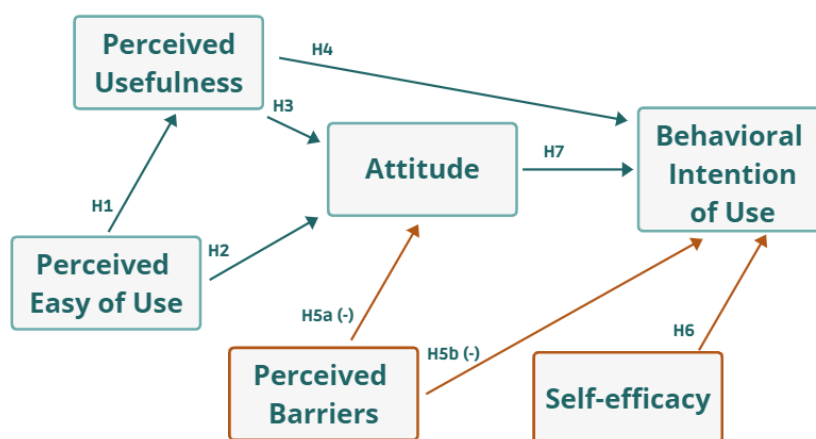
	Hipóteses	Autor
H1	A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo no Utilidade Percebida de um serviço de consulta por telemedicina.	(Davis, 1985)
H2	A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Atitude do utilizador em usar serviços de consulta por telemedicina.	(Davis, 1985)
H3	A Utilidade Percebida terá efeito positivo na Atitude do utilizador em usar serviços de consulta por telemedicina.	(Davis, 1985)

	Hipóteses	Autor
H4	A Utilidade Percebida terá efeito positivo no Intenção de uso de um serviço de consulta por telemedicina.	(Davis, 1985)
H5a	As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Atitude de usar serviços de consulta por telemedicina.	(Janz & Beker, 1984)
H5b	As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Intenção de uso dos serviços de consulta por telemedicina.	(Janz & Beker, 1984)
H6	A Auto-eficácia terá efeito positivo na Intenção de uso de serviços de consulta por Telemedicina.	(Mou <i>et al.</i> , 2016); (Ng <i>et al.</i> , 2009)
H7	A Atitude do utilizador terá efeito positivo na Intenção de Uso de serviços de consulta por telemedicina.	(Davis, 1985)

Fonte: Elaboração própria

O modelo de avaliação proposto reflete os constructos retirados dos modelos anteriormente mencionados. Portanto, pretende-se verificar se a “**utilidade percebida**” e a “**facilidade de uso**” indicam a aceitação da telemedicina pelo usuário e, ainda, se as “**barreiras percebidas**” e a “**autoeficácia**” influenciam a intenção de aderir às consultas de telemedicina por vídeo conferência – ver Figura 2.

Figura 2 – Modelo de Investigação proposto para a adoção da telemedicina



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Davis (1985)

Consultando a Tabela 4, é possível verificar quais as perguntas que serão utilizadas na validação das hipóteses formuladas.

Tabela 4 – Tabela de hipóteses do modelo proposto

Questões	Hipóteses							
	H1	H2	H3	H4	H5a	H5b	H6	H7
Perceived Easy of Use								
PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.	X	X						
PEU.2) Eu acho que será fácil para as pessoas utilizarem serviços de consulta de telemedicina por videoconferência.	X	X						
PEU.3) Eu acho que usar serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é simples.	X	X						
PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.	X	X						

Questões	Hipóteses							
	H1	H2	H3	H4	H5a	H5b	H6	H7
Perceived Usefulness								
PU.1) Eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência será benéfico para o cuidado com a saúde das pessoas.	X		X	X				
PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens	X		X	X				
PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde	X		X	X				
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	X		X	X				
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	X		X	X				
PU.6) De uma forma geral, eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis.	X		X	X				
Perceived Barriers								
PB.1) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência não esteja bem protegido e possa levar ao vazamento ou abuso de minhas informações pessoais					X	X		
PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade					X	X		
PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.					X	X		
Self-efficacy								
SE.1) Eu acho que posso aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais							X	
SE.2) Eu estou confiante para aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais							X	
SE.3) Eu acredito que sou capaz de aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais							X	
Attitude								
ATT.1) Usar serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia.		X	X		X			X
ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.		X	X		X			X
ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.		X	X		X			X
ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.		X	X		X			X
ATT.5) Estou disposto a apresentar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência a outras pessoas.		X	X		X			X
ATT.6) De uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal.		X	X		X			X
Behavioral Intention of Use								
BI1) Se necessário, eu faria uso do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência com frequência.				X		X	X	X
BI2) Caso seja preciso, estou disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.				X		X	X	X
BI3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.				X		X	X	X

(Itens removidos destacados em vermelho)

Fonte: Elaboração própria.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo é caracterizado o método de pesquisa que justificou o presente estudo, é descrito o procedimento do pré-teste do questionário, caracterizada a amostra final obtida e validado o instrumento de pesquisa.

3.1 Métodos de investigação e justificação

Tendo como base os objetivos já descritos, o tipo de pesquisa realizada neste estudo foi do tipo descritivo e exploratório com abordagem mista, e destinou-se inicialmente a (i) explorar, através de entrevistas semiestruturadas baseadas em um guião (ver Apêndice II), as percepções dos profissionais médicos portugueses quanto aos benefícios e riscos envolvidos na adoção da telemedicina em Portugal (qualitativa), para a seguir, (ii) entender as percepções e o comportamento do consumidor quanto ao uso da telemedicina e de que forma o marketing digital pode contribuir para a expansão da adesão à esta tecnologia de saúde em Portugal (quantitativa). A pesquisa quantitativa foi realizada através da aplicação de um inquérito por questionário (ver Apêndice III) e a coleta de dados produziu informações que foram tabuladas e interpretadas estatisticamente.

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (Triviños, 1987). A pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar maior ligação com o problema, almejando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análises de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 2007).

Segundo Malhotra (2006), a pesquisa quantitativa proporciona uma melhor visão e compreensão do contexto do problema. Este género de pesquisa centra-se na objetividade com base na análise de dados brutos recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros (Fonseca, 2002).

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa possibilita que o investigador amplie a sua experiência a partir da vivência humana, averiguando a vida das pessoas e descrevendo suas ações, emoções e sentimentos vividos. Essa modalidade de pesquisa tem por finalidade responder aos questionamentos da vida humana a fim de ampliar a compreensão do fenómeno investigado.

Com base na metodologia exploratória e objetivando aprofundar os conhecimentos sobre o objeto do estudo, foram feitas pesquisas nas bases de dados científicas da EBSCO, B-ON e RCAAP utilizando as *keywords e-health*, saúde, telemedicina, intenção de uso, comportamento do consumidor, publicidade online, marketing digital, marketing de experiência, estratégia digital, social media, TAM, HBM, SCT, FBI e MTUAS.

Os critérios de inclusão adotados foram: combinação das *keywords e-health* e telemedicina, marketing digital e saúde, bem como marketing de experiência e telemedicina, ambas no *abstract*. Como critérios de exclusão foram considerados estudos com data de publicação anterior a 2014, assim como artigos e revisões de literatura em línguas diferentes do Português e Inglês. A escolha por artigos com data-limite de 6 anos, deveu-se ao facto da velocidade de evolução dos avanços tecnológicos permitindo que o estudo se baseie nas mais recentes evidências científicas disponíveis no âmbito do marketing digital e do *electronic health (e-health)*.

Os conhecimentos obtidos a partir das pesquisas nas bases de dados científicos não somente contextualizam o referencial teórico do presente estudo, como também nortearam a elaboração do guião da pesquisa qualitativa e do questionário da quantitativa.

3.2 Pesquisa Qualitativa:

3.2.1 Definição da amostragem e amostra

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida no norte de Portugal. A seleção dos participantes foi aleatória e teve por base a referência por parte de pessoas do relacionamento do pesquisador. O quantitativo da amostra (8) foi considerado suficiente pelo investigador por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que, nesse tipo de abordagem não se valoriza o quantitativo numérico de participantes envolvidos no estudo, mas sim o aprofundamento do fenómeno a ser investigado (Minayo, 2010). O indispensável para essa abordagem é a possibilidade de domínio do pesquisador para compreender o objeto do estudo. Sendo assim, o quantitativo da amostra deve permitir que haja a saturação dos dados, situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescida no processo de pesquisa (Minayo, 2010).

Participaram da investigação oito médicos que exercem atividades no Sistema Público e no Sistema Privado de Saúde e que possuem diferentes especialidades médicas

(psiquiatria, patologia clínica, cardiologia, gastroenterologia, dermatologia e medicina da família). Alguns dos participantes selecionados possuem cargos de gestão, o que permitiu uma maior variabilidade e riqueza dos dados recolhidos. A seleção dos participantes considerou os seguintes critérios de inclusão: o médico deveria estar em situação profissional ativa durante o período de recolha dos dados; ter no mínimo um ano de exercício profissional, ter interesse e disponibilidade para participar da pesquisa. A caracterização da amostra será mais bem detalhada no item 4.1.1.

3.2.2 Técnica de recolha de dados

A recolha dos dados ocorreu em 20 de fevereiro a 14 de março de 2021 e foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas por permitir uma maior liberdade de resposta aos entrevistados (May, 2006). Para viabilizar a recolha do material empírico, foi elaborado um guião de entrevista, tendo como base o referencial teórico e os objetivos da investigação. A primeira parte do guião de entrevista foi composta por dados para caracterização dos médicos contendo as variáveis: idade, localidade de trabalho, anos de carreira, experiência no exercício da medicina em cargo de gestão, especialidade e se exerce a função no sistema público ou privado. A segunda parte foi constituída por questões subjetivas sobre a telemedicina.

As entrevistas decorreram através de videoconferência, entrevista telefônica e por e-mail, para que o mesmo fosse o mais conveniente e confortável para os participantes, em dias e horários escolhidos pelos próprios, de acordo com a sua disponibilidade. Como forma de registo das entrevistas, utilizou-se a gravação com o intuito de garantir a fidedignidade do autorrelato. Para tanto, antes de iniciar a gravação, foi feito um enquadramento à investigação, onde o investigador explicou aos participantes qual seria a finalidade e os objetivos que se pretendia atingir, sendo também clarificada a importância que a colaboração do entrevistado teria para a investigação. O investigador também garantiu a confidencialidade e anonimato dos dados. Todos os participantes autorizaram a gravação das entrevistas e compreenderam o objeto da investigação.

Após a recolha de informação, foi iniciada a fase de tratamento e análise de dados. Para analisar as informações obtidas a partir das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Essa análise é compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, baseadas em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, que possibilita a indução de

informações sobre categorias de produção dessas mensagens (Bardin, 2009). Para operacionalização da referida técnica foram realizadas as seguintes etapas: i) pré-análise é a fase da organização, a qual tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Essa fase consistiu no contato inicial com o material, sendo, portanto, realizada uma audição das gravações, bem como uma leitura geral do texto das entrevistas recebidas por e-mail para facilitar a compreensão do fenómeno a ser investigado; ii) transcrição das entrevistas na sua íntegra, provendo-se um código de identificação a cada entrevista (M1, M2, M3, M4...M8) para respeitar o anonimato dos entrevistados; iii) sucessivas leituras de modo atento para obtenção de uma melhor compreensão do conteúdo abordado pelos profissionais entrevistados, destacando-se assim, em cada entrevista transcrita, os fragmentos de textos relacionados aos objetivos da investigação (Bardin, 2009).

Na fase de exploração do material foram destacados pontos relevantes de cada entrevista para a seguir, agrupá-los e organizá-los em categorias, as quais permitiram uma descrição das características pertinentes do material empírico (Minayo, 2010). Nesse sentido, realizou-se um processo de categorização que abrangeu conceitos-chave a partir das ideias que foram repetidas ao longo das entrevistas (Bardin, 2009) que serão mais bem detalhados no item 4.1.2.

A terceira e última fase abrangeu o tratamento e interpretação dos resultados. Nessa fase, foram abordadas as inferências e interpretações anunciadas no referencial teórico da presente investigação culminando-se com novas descobertas, sendo isto um alicerce para novas dimensões teóricas, face ao fenómeno investigado (Minayo, 2010) que serão mais bem detalhadas no item 4.1.3.

3.2.3 Pré-teste

Para a pesquisa qualitativa um guião com perguntas abertas foi elaborado com o objetivo de explorar ao máximo as opiniões dos médicos sobre a telemedicina. Previamente à realização das entrevistas a médicos por telefone e videoconferência, o guião foi submetido por e-mail para um respondente para avaliação e comentários. Após 2 dias o questionário corretamente preenchido foi devolvido pelo respondente, que confirmou não ter identificado nenhuma dúvida de entendimento, confirmando, assim, que não havia problemas com o instrumento de pesquisa.

3.3 Pesquisa Quantitativa:

3.3.1 Definição da amostragem e amostra

Este estudo foi identificado como amostra não probabilística. No processo de amostragem, foi utilizada a amostragem por conveniência. Na amostragem por conveniência o pesquisador escolhe uma amostra prontamente disponível de alguma maneira não aleatória.

A amostragem não probabilística é utilizada quando não temos acesso a lista completa dos indivíduos que formam a população, portando não sabemos a probabilidade de cada indivíduo ser selecionado para a amostra. A principal consequência dessa falta de informação é que não podemos generalizar resultados com precisão estatística.

A amostra por conveniência consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Os indivíduos empregados nessa pesquisa são selecionados porque eles estão prontamente disponíveis, não porque eles foram selecionados por meio de um critério estatístico. Geralmente essa conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem, porém tem como consequência a incapacidade de fazer afirmações gerais com rigor estatístico sobre a população.

Os inquiridos selecionados para o estudo foram nomeadamente, portugueses ou estrangeiros com residência em Portugal, com faixa etária acima de 18 anos, independente do gênero, escolaridade, da condição atual perante o trabalho, da faixa de rendimento líquido e quantidade de membros do agregado familiar e que tenham ou não feito consultas de telemedicina por videoconferência anteriormente.

3.3.2 Técnica de recolha de dados

De acordo com Pardal & Correia (1995), o inquérito por questionário é uma das técnicas de recolha de dados que evita a ambiguidade, mas deve-se ter cuidado em aplicar, pois deve ter uma boa estrutura, escalas adequadas e a colocação de questões pertinentes. Para Quivy & Campenhoudt (1992), o questionário é um instrumento de observação não participante elaborado tendo por base uma sequência de questões escritas, e através do mesmo, pretende-se conhecer as opiniões, crenças, informações factuais e representações sobre os indivíduos a quem este é dirigido.

A escolha pelo questionário baseou-se no facto de se pretender recolher informação relativamente a um número elevado de inquiridos, bem como pela necessidade de tratar os dados recolhidos mediante uma análise quantitativa. Adicionalmente, tal escolha ocorreu devido o questionário ser um instrumento de recolha de informação que pode ser aplicado a todos os indivíduos da mesma forma e com a mesma sequência. É esta particularidade do questionário que viabiliza a descrição e comparação das respostas dos indivíduos e a verificação das hipóteses formuladas pelo modelo criado.

O questionário utilizado foi dividido em 6 partes, uma para cada constructo do modelo adaptado do TAM, além da sociodemográfica e da introdutória, na qual o inquirido é convidado a participar do estudo mediante a apresentação do objetivo da sua realização e da informação de que se trata de uma investigação para a obtenção de grau de mestre em Marketing Digital pelo ISCAP/IPP.

Para operacionalizar a recolha dos dados, uma empresa de estudo de mercado localizada em Lisboa foi contratada, com recursos próprios do autor, para disponibilizar o questionário, através de um painel online, a sua base de respondentes distribuída por todo o país, com o objetivo de recolher as respostas daqueles que se interessassem em participar da pesquisa.

O questionário foi construído e distribuído através da plataforma QuestionPro, e antes do início do preenchimento era informado ao inquirido que as informações fornecidas teriam natureza anónima e que também seria fornecida a garantia de confidencialidade das respostas. O questionário foi publicado em um painel online devidamente registado na CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados, no dia 2 de agosto de 2021, tendo a recolha transcorrido até o dia 26 de agosto de 2021.

Para a elaboração do questionário, numa primeira fase foi feita a revisão da literatura sobre estudos semelhantes aos da pesquisa a desenvolver, com o objetivo de analisar questões previamente efetuadas nos mesmos. A partir dessa análise, foi definido o tipo de perguntas a incluir no questionário, sendo as questões presentes no questionário elaborado do tipo fechado e medidas, na sua maioria, através de uma “escala de Likert que é uma escala de medida, tipicamente, com cinco categorias de respostas, que exigem que os participantes indiquem um grau de concordância ou discordância com cada uma das afirmações relacionadas aos objetos de estímulo” (Malhotra, 2006).

O questionário que se encontra no Apêndice III, é composto por 41 perguntas obrigatórias e fechadas. A secção 1 possui uma breve contextualização do âmbito da pesquisa e a resposta para a primeira pergunta determina se o participante compreendeu a atividade, tem mais de 18 anos e pretende iniciar o inquérito, ou se não deseja prosseguir. Caso responda que pretende proceder é apresentada a **pergunta filtro** “Atualmente reside em Portugal?” para condicionar que o participante continue a pesquisa somente se residir em Portugal. Caso responda “não”, uma mensagem de agradecimento pela participação era apresentada e a pesquisa se encerra. A seguir, na **secção 2**, são apresentadas 7 perguntas **sociodemográficas** e 6 perguntas relacionadas com o **uso das redes sociais**. Nesta **secção**, explica-se ainda o que são consultas de telemedicina por videoconferência e questiona-se se o participante já havia feito uma consulta anteriormente, com as alternativas de resposta “sim” e “não”. A **secção 3** apresenta 4 perguntas de resposta única relativas ao constructo “**facilidade de uso**”. A **secção 4** apresenta 6 perguntas de resposta única relativas ao constructo “**utilidade percebida**”. A **secção 5** apresenta 3 perguntas de resposta única relacionadas com o constructo “**barreiras percebidas**”. A **secção 6** apresenta 3 perguntas de resposta única relacionadas com o constructo “**autoeficácia**”. A **secção 7** apresenta 6 perguntas de resposta única relacionadas com o constructo “**atitude**”. Por fim, a **secção 8** encerra o questionário com a apresentação de 3 perguntas de resposta única relacionadas com o constructo “**Intenção de Uso**”.

Para a análise das respostas obtidas utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), por ser um dos mais utilizados para esta finalidade. Este software permite ao seu utilizador analisar os dados e verificar a existência de relações entre as variáveis indicadas.

3.3.3 Pré-teste

Previamente à aplicação do questionário para a recolha de dados em grande escala, procedeu-se a realização de um pré-teste a uma amostra de tamanho reduzido para verificar e refinar o entendimento dos itens que constavam no questionário. De acordo com Krosnick (1999) e Saunders *et al.* (2009), o propósito deste pré-teste é redefinir o questionário para que os inquiridos não tenham problemas em responder às perguntas e não existam problemas na recolha dos dados. Assim, foi solicitado aos respondentes que anotassem ou apontassem qualquer tipo de dúvida ou dificuldade que porventura tivessem

sobre a interpretação ou compreensão de qualquer um dos itens do instrumento de pesquisa, tendo sido identificada apenas uma gralha, que foi corrigida.

3.3.4 Validação do instrumento de investigação

Nesta fase, pretende-se fazer a apresentação dos resultados relativos ao estudo exploratório e a sua discussão, apresentando os dados obtidos através do painel online, que foram codificados em Microsoft Excel e, posteriormente tratados estatisticamente no *Statistics Package For Social Science (SPSS)*.

Numa primeira abordagem é fulcral analisar a consistência dos dados através da avaliação da confiabilidade, que permite medir a coerência de respostas dadas pelos inquiridos. Segundo Malhotra (2019) um constructo não confiável não pode ser válido. Assim, primeiro devemos avaliar a confiabilidade dos constructos no modelo de mensuração. O coeficiente alfa pode ser usado para avaliar a confiabilidade (Malhotra, 2019). O alfa de Cronbach é a medida mais utilizada para avaliar a "confiabilidade" de escalas. O coeficiente é comumente usado quando num questionário temos várias perguntas tipo Likert, que formam uma escala e pretendem determinar se esta escala é confiável (Laerd, 2018). O coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach normalmente varia entre 0 e 1. No entanto, não há limite inferior para o coeficiente. Quanto mais próximo o coeficiente alfa de Cronbach for de 1,0, maior a consistência interna dos itens na escala – ver Tabela 5:

Tabela 5 – Tabela de valores de Alfa de Cronbach

Valores de Alpha de Cronbach	Análise de valores
> 0,9	Excelente
Entre 0,8 e 0,9	Boa
Entre 0,7 e 0,8	Aceitável
Entre 0,6 e 0,7	Questionável
Entre 0,5 e 0,6	Insatisfatório
< 0,5	Inaceitável

Fonte: George & Mallery (2003)

A “consistência interna” de um questionário é a extensão em que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto. Dito isto, caso a análise resulte em valores baixos de alfa, indicando baixa coerência nas respostas de uma ou mais perguntas (itens) por parte dos inquiridos, tais itens devem ser retirados da análise para não prejudicar a consistência interna do construto. Na Tabela 6, pode-se observar os resultados dos testes realizados, que serão detalhados mais a frente.

Tabela 6 – Confiabilidade Interna

Dimensão	Fatores	Nº questões	Alfa Crombach (1)	Itens removidos	Novo Nº questões	Alfa Crombach (2)	Média da escala	Variância da escala	Erro Desvio da escala
Technology Acceptance Model	Perceived Easy of Use	4	0,579	PEU 2, PEU 3	2	0,773	7,12	7,526	2,743
	Perceived Usefulness	6	0,710	PU 1, PU 6, PU 2 e PU 3	2	0,832	7,12	2,886	1,699
	Attitude	3	0,850	ATT 1, ATT 5 e ATT 6	3	0,917	11,338	11,125	3,335
	Behavioral Intention of Use	3	0,584	BI 1	2	0,919	8,384	3,536	1,880
Health Belief Model	Perceived Barriers	3	0,708	PB 1	2	0,909	5,182	4,941	2,223
Social Cognitive Theory	Self-efficacy	3	0,770	SE 1	2	0,858	8,284	2,922	1,709

Fonte: Elaboração própria

Na sequência recorreu-se à análise fatorial, onde se prosseguiu à qualidade das correlações das variáveis em estudo através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que permite comparar as correlações simples e parciais encontradas (Marôco, 2014), oscilando os seus indicadores entre 0 e 1 – ver Tabela 7.

Tabela 7 – Tabela de valores de KMO

Valores de KMO	Análise de valores
entre 0,9 e 1,0	Excelente
entre 0,8 e 0,9	Boa
entre 0,7 e 0,8	Média
entre 0,6 e 0,7	Medíocre
entre 0,5 e 0,6	Mau, mas aceitável
< 0,50	Inaceitável

Fonte: Marôco (2014, pag.477)

O teste KMO, quando apresenta valores baixos significa que o tamanho da amostra é inadequado para o uso desta ferramenta. O valor obtido neste teste deve ser $KMO \geq 0,5$, para que a ferramenta seja considerada possível ao problema. No presente caso todos os fatores puderam ser considerados. Através do teste de esfericidade de Bartlett, é possível medir se a análise fatorial é adequada ao problema. Ou seja, deve-se verificar se existe correlação suficientemente forte para que a análise fatorial possa ser aplicada. No presente caso, a análise fatorial confirmou a redução de fatores realizada para melhoria da consistência interna, uma vez que quando realizada com todos os fatores o KMO havia indicado para 3 constructos que não havia correlação suficientemente forte para a aplicação da análise fatorial. Dito isto, após as reduções em cada constructo e consequente ajuste nos valores de KMO, verificou-se que sendo o nível de significância

de todos os fatores 0,000, poderíamos rejeitar a hipótese nula e afirmar que a análise foi adequada, pois existia correlação. Na Tabela 8 pode-se observar os resultados dos testes realizados:

Tabela 8 – Análise Fatorial

Dimensão	Fatores	KMO (todos os fatores)	KMO (após redução fatores)	Teste de Barlett	Varância explicada - n° fatores	Varância explicada
Technology Acceptance Model	Perceived Easy of Use	0,308	0,500	0,000	1	81,512%
	Perceived Usefulness	0,455	0,500	0,000	1	85,622%
	Attitude	0,313	0,748	0,000	1	86,263%
	Behavioral Intention of Use	0,509	0,500	0,000	1	93,966%
Health Belief Model	Perceived Barriers	0,551	0,500	0,000	1	92,331%
Social Cognitive Theory	Self-efficacy	0,602	0,500	0,000	1	88,843%

Fonte: Elaboração própria

3.3.4.1 Análise do Fator *Perceived Easy of Use*

Quanto à análise das variáveis do constructo *Perceived Easy of Use*, anteriormente indicada na Tabela 6, é possível observar que esta dimensão possuía 4 itens, cuja consistência interna obtida foi de α - 0,579, valor considerado insatisfatório, assim sendo, procedeu-se à eliminação do item “PEU.3) Eu acho que usar serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é simples”, permitindo esta exclusão melhorar a sua consistência interna para α - 0,628, conforme demonstrado na Tabela A constante do item 1 do Apêndice IV.

Entretanto, por este valor ainda ser considerado questionável procedeu-se também à eliminação do item “PEU.2) Eu acho que será fácil para as pessoas utilizarem serviços de consulta de telemedicina por videoconferência”, permitindo, assim, melhorar a consistência interna para α - 0,773, valor considerado aceitável, conforme demonstrado na Tabela B constante do item 1 do Apêndice IV.

Restando 2 itens nesta dimensão, a correlação deles com o total é positiva com valor de 0,630, conforme demonstrado na Tabela C constante do item 1 do Apêndice IV

Na sequência, conforme anteriormente mencionado, foi realizada análise fatorial para confirmar se a redução de fatores realizada acarretou a melhoria da consistência interna, e assim poder validar a capacidade de os itens resultantes medirem aquilo que se

propõem. O valor do teste KMO obtido foi de 0,500, o que corresponde a uma análise má, porém aceitável para o estudo – ver Tabela 8, acima.

Da análise fatorial, através do método de extração das componentes principais, retém-se 1 componente que explica 81,512% da variância total (ver Tabela D - item 1 - Apêndice IV).

3.3.4.2 Análise do Fator *Perceived Usefulness*

Quanto à análise das variáveis do constructo *Perceived Usefulness*, anteriormente indicada na Tabela 6, é possível observar que esta dimensão possuía 6 itens, cuja consistência interna obtida foi de α - 0,710, valor considerado aceitável, entretanto a eliminação de itens era recomendada para a melhoria da consistência interna. Desta forma, procedeu-se à eliminação do item “PU.1) Eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência será benéfico para o cuidado com a saúde das pessoas”, pelo que a consistência interna subiu para α - 0,743 (ver Tabela A - item 2 - Apêndice IV), do item “PU.6) De uma forma geral, eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis”, pelo que a consistência interna subiu para α - 0,796 (ver Tabela B - item 2 - Apêndice IV), do item “PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens”, pelo que a consistência interna subiu para α - 0,827 (ver Tabela C - item 2 - Apêndice IV), e do item “PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde”, o que elevou o alfa de Cronbach para 0,832 (ver Tabela D - item 2 - Apêndice IV), valor considerado bom.

Restando 2 itens nesta dimensão, a correlação deles com o total é positiva com valor de 0,712 (ver Tabela E - item 2 - Apêndice IV).

Na sequência, conforme anteriormente mencionado, foi realizada análise fatorial para confirmar se a redução de fatores realizada acarretou a melhoria da consistência interna, e assim, poder validar a capacidade de os itens resultantes medirem aquilo que se propõem. O valor do teste KMO obtido foi de 0,500, o que corresponde a uma análise má, porém aceitável para o estudo – ver Tabela 8, acima.

Da análise fatorial, através do método de extração das componentes principais, retém-se 1 componente que explica 85,622% da variância total (ver Tabela F - item 2 - Apêndice IV).

3.3.4.3 Análise do Fator *Attitude*

Quanto à análise das variáveis do constructo *Attitude*, anteriormente indicada na Tabela 6, é possível observar que esta dimensão possuía 6 itens, entretanto os 352 participantes do inquérito responderam concordar plenamente com o item “ATT.1) Usar serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia”, e por possuir variância zero em decorrência disto, o mesmo foi imediatamente removido do contrato, passando-se a obter uma consistência interna de α - 0,850, valor considerado bom. Observou-se, entretanto, que a eliminação de itens era ainda indicada para a melhoria da consistência interna. Desta forma, procedeu-se à eliminação do item “ATT.5) Estou disposto a apresentar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência a outras pessoas.”, pelo que a consistência interna subiu para α - 0,901 (ver Tabela A - item 3 - Apêndice IV), e do item “ATT.6) De uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal”, pelo que a consistência interna subiu para α - 0,917 (ver Tabela B - item 3 - Apêndice IV), valor considerado excelente.

As correlações de cada item com o total da correlação variam entre 0,811 (item 2) e 0,874 (item 4), apresentando valores positivos e altos (ver Tabela C - item 3 - Apêndice IV).

Na sequência, conforme anteriormente mencionado, foi realizada análise fatorial para confirmar se a redução de fatores realizada acarretou a melhoria da consistência interna, e assim, poder validar a capacidade de os itens resultantes medirem aquilo que se propõem. O valor do teste KMO obtido foi de 0,748, o que corresponde a uma análise média e aceitável para o estudo – ver Tabela 8, acima.

Da análise fatorial, através do método de extração das componentes principais, retém-se 1 componente que explica 86,263% da variância total (ver Tabela D - item 3 - Apêndice IV).

3.3.4.4 Análise do Fator *Behavioral Intention of Use*

Quanto à análise das variáveis do constructo *Behavioral Intention of Use*, anteriormente indicada na Tabela 6, é possível observar que esta dimensão possuía 3 itens, cuja consistência interna obtida foi de α - 0,584, valor considerado insatisfatório, assim sendo, procedeu-se à eliminação do item “BI.1) Se necessário, eu faria uso do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência com frequência.”, permitindo esta

exclusão melhorar a sua consistência interna para α - 0,919 (ver Tabela A - item 4 - Apêndice IV), valor considerado excelente.

Restando 2 itens nesta dimensão, a correlação deles com o total é positiva com valor de 0,879 (ver Tabela B - item 4 - Apêndice IV).

Na sequência, conforme anteriormente mencionado, foi realizada análise fatorial para confirmar se a redução de fatores realizada acarretou a melhoria da consistência interna, e assim poder validar a capacidade de os itens resultantes medirem aquilo que se propõem. O valor do teste KMO obtido foi de 0,500, o que corresponde a uma análise má, porém aceitável para o estudo – ver Tabela 8, acima.

Da análise fatorial, através do método de extração das componentes principais, retém-se 1 componente que explica 93,966% da variância total (ver Tabela C - item 4 - Apêndice IV).

3.3.4.5 Análise do Fator *Perceived Barriers*

Quanto à análise das variáveis do constructo *Perceived Barriers*, anteriormente indicada na Tabela 6, é possível observar que esta dimensão possuía 3 itens, cuja consistência interna obtida foi de α - 0,708, valor considerado aceitável, entretanto a eliminação de itens era indicada para a melhoria da consistência interna. Desta forma, procedeu-se à eliminação do item, “PB.1) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência não esteja bem protegido e possa levar ao vazamento ou abuso de minhas informações pessoais”, permitindo esta exclusão melhorar a sua consistência interna para α - 0,909 (ver Tabela A - item 5 - Apêndice IV), valor considerado excelente.

Restando 2 itens nesta dimensão, a correlação deles com o total é positiva com valor de 0,847 (ver Tabela B - item 5 - Apêndice IV).

Na sequência, conforme anteriormente mencionado, foi realizada análise fatorial para confirmar se a redução de fatores realizada acarretou a melhoria da consistência interna, e assim poder validar a capacidade de os itens resultantes medirem aquilo que se propõem. O valor do teste KMO obtido foi de 0,500, o que corresponde a uma análise má, porém aceitável para o estudo – ver Tabela 8, acima.

Da análise fatorial, através do método de extração das componentes principais, retém-se 1 componente que explica 92,331% da variância total (ver Tabela C - item 5 - Apêndice IV)

3.3.4.6 Análise do Fator *Self-efficacy*

Quanto à análise das variáveis do constructo *Self-efficacy*, anteriormente indicada na Tabela 6, é possível observar que esta dimensão possuía 3 itens, cuja consistência interna obtida foi de α - 0,770, valor considerado aceitável, entretanto a eliminação de itens era indicada para a melhoria da consistência interna. Desta forma, procedeu-se à eliminação do item, “SE.1) Eu acho que posso aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais”, permitindo esta exclusão melhorar a sua consistência interna para α - 0,858 (ver Tabela A - item 6 - Apêndice IV), valor considerado bom.

Restando 2 itens nesta dimensão, a correlação deles com o total é positiva com valor de 0,769 (ver Tabela B - item 6 - Apêndice IV).

Na sequência, conforme anteriormente mencionado, foi realizada análise fatorial para confirmar se a redução de fatores realizada acarretou a melhoria da consistência interna, e assim poder validar a capacidade de os itens resultantes medirem aquilo que se propõem. O valor do teste KMO obtido foi de 0,500, o que corresponde a uma análise má, porém aceitável para o estudo – ver Tabela 8, acima.

Da análise fatorial, através do método de extração das componentes principais, retém-se 1 componente que explica 88.433% da variância total (ver Tabela C - item 6 - Apêndice IV).

Analisando ainda as medidas de dispersão, que servem para quantificar a variabilidade de um conjunto de dados e analisar se os resultados se concentram ou não ao redor da tendência central desse conjunto, foram calculadas as médias e o erro desvio de todos os itens que constituem as variáveis – ver Apêndice V. Os itens destacados em vermelho são os que foram removidos para aumento da consistência intra-constructo. É sabido que, quanto maior for a dispersão, menor é a concentração e vice-versa (Morais, 2005). Assim, analisando os valores das médias dos itens podemos verificar que a maioria se situa entre os 3 e 4 pontos. A média mais alta é representada pelo item “ATT.1) Usar serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia” que integra o constructo “*Attitude*” com 5,00. Por terem todos os 352 participantes respondido

concordar plenamente com esta afirmativa, o item foi retirado da escala, uma vez que possui variância zero. Ainda dentre os itens removidos para aumento da confiabilidade, a média mais baixa refere-se ao item “PB.1) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência não esteja bem protegido e possa levar ao vazamento ou abuso de minhas informações pessoais”, incluído no constructo “*Perceived Barriers*” com 2,34 de média. Dentre os itens que foram mantidos, a média mais alta é representada pelo item “BI.3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência”, com 4,25 de média, enquanto que as médias mais baixas, e com valores bastante próximos, referem-se aos restantes itens do constructo “*Perceived Barriers*”, a saber, “PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade” e “PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas”. Com 2,72 e 2,46 de média, respectivamente. A partir da observação do desvio padrão, todos os itens que foram mantidos em seus constructos possuem valores acima dos 0,7 pontos, concluindo assim que as opiniões não são homogêneas, mas sim bastante dispersas.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo é feita a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa qualitativa realizada nos meses de fevereiro a março de 2021 com base na análise de conteúdo, e a interpretação dos resultados obtidos através do questionário online da pesquisa quantitativa realizada em agosto de 2021. Encerra-se esta análise com a verificação das hipóteses de investigação anteriormente apresentadas e a discussão dos resultados obtidos.

4.1 Pesquisa Qualitativa:

4.1.1 Caracterização da Amostra

A amostra inquirida foi constituída por conveniência (n = 8). Para esta abordagem da investigação foram realizadas entrevistas semiestruturadas contendo questões para caracterização da amostra juntamente com questões subjetivas sobre a telemedicina. Participaram do trabalho 8 médicos, sendo 5 do sexo feminino (63%) e 3 do sexo masculino (37%), com idades entre 39 e 70 anos. Quanto à especialidade, 2 são psiquiatras, 2 são patologistas clínicos, 1 é médico de família, 1 é dermatologista, 1 é cardiologista e 1 é gastroenterologista. No que diz respeito ao tempo de experiência, o tempo mínimo de experiência é de 15 anos e o máximo de 50 anos. Quanto à experiência em cargos de gestão, apenas 2 médicos estão ou estiveram inseridos em cargos de direção. Em relação à localidade de trabalho 3 participantes trabalham exclusivamente no setor público de saúde e 4 em ambos: público e privado (ver Tabela A – Apêndice VI)

De seguida, apresentamos os resultados segundo as categorias identificadas na revisão da literatura, as quais nortearam o guião das entrevistas, e que se confirmaram na análise do conteúdo das mesmas.

4.1.2 Análise de Conteúdo

As seis categorias que emergiram da análise do conteúdo das entrevistas são: aplicabilidade da telemedicina; benefícios, riscos, barreiras, evolução da telemedicina e marketing digital na telemedicina.

4.1.2.1 Aplicabilidade da Telemedicina

Relativamente à categoria **aplicabilidade da telemedicina**, o seguinte foi relatado:

“Em termos de atos, pode ser uma consulta, pode ser troca de informação entre colegas para orientar alguma situação, pode ser para formação médica também, relativamente a casos clínicos.” (M1)

“(...) como eu também sou de uma área diagnóstica, associo muito à área diagnóstica nomeadamente da imagiologia. (...) A parte da patologia clínica, da minha área de medicina laboratorial, também tem muito potencial.” (M2)

As aplicações da telemedicina são muito amplas, pois abrangem desde o primeiro contacto 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. Sendo assim, esse método é capaz de conectar centros de referência com unidades de atendimento da periferia com o objetivo de proporcionar assistência em dúvidas diagnósticas, condutas e ensino (Hersh, Junium, Mailhot & Tidmarsh, 2001; Vuckovic *et al.* 2003). Um dos aspetos salientados pelos entrevistados foi a possibilidade de discussão de diagnóstico entre médicos. Neste sentido, a telemedicina proporciona uma melhor qualidade do diagnóstico com a possibilidade de obtenção de outras opiniões médicas.

4.1.2.2 Benefícios da Telemedicina

No que diz respeito aos **benefícios da telemedicina**, os médicos referiram o seguinte:

“No contexto atual é benéfico para evitar os contágios, mas nesta situação específica. É também útil em áreas, por exemplo, o interior de Portugal tem muito menos recursos, não é, a nível de saúde. (...) seria uma mais-valia, claro que sim, evitava que o doente tivesse que se deslocar centenas de quilómetros para ter acesso a cuidados diferenciados...” (M1)

“Evita a deslocação presencial e os custos inerentes (transporte, refeições, absentismo, incómodo...), facilita a transação de informações, evita aglomerados de pessoas, um aspeto importante no tempo atual, possibilita a consulta dos nossos pacientes, mesmo no exterior (emigrados).” (M5)

“Maior acessibilidade para o doente, resolução facilitada de problemas simples, melhor acompanhamento dos tratamentos. Ótima para atendimento

de doentes que vivem em comunidades rurais, pacientes deficientes ou outros com mobilidade reduzida.” (M6)

Relativamente aos principais benefícios da telemedicina nota-se alguma unanimidade nos discursos, nomeadamente quanto aos benefícios relacionados com a falta de médicos no interior do país e o envelhecimento contínuo da população portuguesa levando a um aumento das doenças crónicas e consequentemente maior número de internamento nas unidades hospitalares. No sentido de mitigar esta carência, e visando desenvolver a telemonitorização e a telemedicina, o Governo Português através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro, decidiu criar o Centro Nacional de Telesaúde, que visa reforçar a estratégia nacional para a promoção da telemedicina e promover a utilização das tecnologias da informação e comunicação como parte integrante de processos de reforma de cuidados de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro).

Dentre os relatos dos entrevistados observa-se que a comodidade para o paciente em virtude de evitar deslocações para a realização de consultas é unânime como um dos principais benefícios gerados pela telemedicina. Desta forma, a adoção desta tecnologia facilita não somente aqueles pacientes que vivem em zonas distantes das unidades de saúde, mas também aqueles que possuem deficiências físicas e mobilidade reduzida, tornando-se uma forma mais acessível de cuidado com a saúde. No entanto, existe também visão contraditória que refere a telemedicina como uma prática que pode gerar o aumento das desigualdades em saúde, pois os pacientes teriam que se contentar com uma solução custosa uma vez que o setor privado possui mais agilidade para implementação e expansão deste tipo de cuidado com a saúde do que o setor público.

4.1.2.3 Riscos da Telemedicina

No que concerne aos **riscos que a telemedicina** pode ocasionar, os médicos descreveram os relatos abaixo:

“(…) Por outro lado podemos cair num exagero de desvalorizar... O facto de não termos o doente à nossa frente, de não fazermos o exame físico convenientemente, podemos desvalorizar um ou outro sinal.” (M2)

“(…) Há um aspeto importante que é a relação médico-doente que é muito alterada. Uma coisa, uma relação que é essencial. A relação de confiança

que o médico... e o doente estabelece com o médico é extremamente importante, e é na presença da pessoa em si que se estabelece este tipo de empatia. E na teleconsulta isto é muito mais complicado. Por outro lado, há determinado número de aspetos do exame físico que se perdem completamente. (...) Prejuízos na qualidade da consulta.” (M3)

Os relatos acima vão ao encontro do que a literatura diz sobre os riscos associados a telemedicina. Segundo os autores Bergrath *et al.* (2011) e Gregoski *et al.* (2012) a interação virtual entre médico e doente é prejudicada onde o doente é convertido num conjunto de representações visuais e informações digitais transmitidas telematicamente e analisadas em sua ausência, o que pode contribuir para incrementar a vocação reducionista da biomedicina. Vale a pena lembrar que, nas últimas duas décadas, vários autores destacaram o perigo de a difusão dos serviços de telemedicina induzir a uma nova forma de “desumanização” em saúde (*e.g.* Bauer, 2001; Leh, 2001; Roback & Herzog, 2003; Zuiderent, Berg e Winthereik, 2003; Matusitz e Breen, 2007). Visando proteger o valor das conexões estabelecidas na relação entre profissional de saúde e doente, assim como compensar os efeitos do distanciamento induzido pela mediação tecnológica, a literatura mais atenta tem realçado a necessidade de combinar as ligações e trocas de dados telemáticos com uma série de encontros ao vivo (Lindberg *et al.*, 2013; Steventon & Bardsley, 2012; Birns, Bhalla & Rudd, 2010; Botsis & Hartvigsen, 2008). Esta indicação é conforme ao estabelecido pelo Ministério da Saúde, que recomenda que as teleconsultas ocorram após o profissional de saúde e o doente terem tido um contacto prévio presencial (Despacho do Ministro da Saúde n.º 3571, de 6 de março de 2013).

Entre os aspetos abordados nas entrevistas destacou-se a preocupação decorrente das perdas na relação médico-doente agravadas pela limitação imposta pela tecnologia para a realização de exame físico, para a perceção da linguagem corporal dos pacientes, e para o estabelecimento da empatia entre as partes, acarretando riscos para a assertividade dos diagnósticos. Desta forma, para a realização de consultas por telemedicina, deverão ser observadas pelos médicos as condições mínimas necessárias para a prestação dos cuidados de saúde, inclusive no que tange às condições ambientais, uma vez que tanto médico quanto paciente deverão encontrar-se em um sítio que garanta as condições de privacidade necessárias para a realização da consulta sem a interferência física de pessoas não envolvidas e autorizadas a participar.

4.1.2.4 Barreiras da Telemedicina

As principais **barreiras da telemedicina** relatadas pelos médicos foram:

“A responsabilidade médico-legal. Isto não está bem claro, por exemplo, em nossos seguros de responsabilidade. Já andamos muitas vezes a analisar e a responsabilidade médico legal é uma coisa que nos preocupa - tomar uma decisão através de uma teleconsulta - se temos o mesmo apoio da companhia seguradora que temos quando é uma consulta presencial.” (M4)

“Culturais: para os médicos mais idosos e doentes mais idosos. E em geral para quem tem horror às máquinas, há sempre muita gente que se movimenta com dificuldade perante uma máquina, por mais vantajosa que ela possa parecer aos outros. Psicológicas: Problemas muito vastos na relação médico-doente, sobretudo no primeiro contato que pode ser decisivo. Ou, mais tarde, pode instalar-se uma banalização do contacto, com todos os inconvenientes que se adivinham. Tecnológicas: Todas as tecnologias funcionam ainda muito mal, quer para o doente quer para os médicos (redes deficientes, aparelhos de comunicação complexos e pouco fiáveis). Técnicas: (...) Do meu ponto de vista, a qualidade dos atos médicos vai diminuir, na perspectiva do clínico, apesar da satisfação crescente do doente por causa do acesso facilitado.” (M6)

Os entrevistados citaram que a responsabilidade médico-legal é uma preocupação que dificulta a adoção da telemedicina. Neste sentido, para a expansão desta tecnologia médica é fundamental que as condições necessárias para sua realização estejam estabelecidas, nomeadamente o acesso à internet de qualidade, plataformas digitais fáceis de aceder e utilizar, existência de literacia digital, e ainda, seu uso deverá ser mais indicado a médicos que não possuam idade elevada e aversão à tecnologia.

Antes de realizar uma consulta de telemedicina, o médico deve obter uma avaliação médica documentada e revisar o histórico clínico relevante para estabelecer o diagnóstico e identificar as condições subjacentes e/ou contraindicações ao tratamento recomendado. Antes de realizar o tratamento, o médico deve obter a documentação adequada em relação ao consentimento informado do cliente para o uso de tecnologias de telemedicina, incluindo os seguintes itens: identificação do cliente, do médico e das credenciais do médico; tipos de transmissões permitidas usando telemedicina (por

exemplo, recargas de prescrição, consulta agendamento, etc.); detalhes sobre as medidas de segurança tomadas com o uso de tecnologias de telemedicina, como criptografia de dados e proteção de senha, proteções de ecrã e de ficheiros de dados, bem como potenciais riscos para a privacidade, não obstante tais medidas; cláusula de isenção de responsabilidade para perda de informações devido a falhas técnicas e requisito de consentimento expreso do paciente para encaminhar informações de identificação do mesmo para terceiros (Kmuchá, 2020).

Nas entrevistas acima descritas, os médicos também abordaram como barreira para o uso da telemedicina a relação médico-doente que será possivelmente afetada. A relação médico-doente é um conceito primordial na medicina e em especial do ato médico, suscitando e envolvendo emoções básicas do ser humano como a vulnerabilidade e a confiança, estando o seu sucesso associado a melhores resultados terapêuticos, a maior satisfação do doente perante os cuidados de saúde, bem como a uma sensação de realização profissional do médico. Contudo, a complexidade que a caracteriza e a imensidão de fatores que a influenciam, tornam-na passível de ser interpretada de múltiplas formas por múltiplos observadores, o que dificulta a sua efetiva e plena definição (Guerra, s/d).

No que concerne a relação médico-doente por telemedicina, esta deve respeitar o princípio da relação terapêutica, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do médico, a autonomia do doente e a confidencialidade. Quando o doente pede ou se submete a uma consulta por telemedicina, esta não deve substituir a relação médico-doente e deve realizar-se em condições sobreponíveis a uma consulta presencial, e só será dada quando o médico tiver uma ideia clara e justificável da situação clínica. Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, o médico que usa os meios da telemedicina e não observa presencialmente o doente, deve avaliar cuidadosamente a informação recebida, só podendo dar opiniões, recomendações ou tomar decisões médicas, se a qualidade da informação recebida for suficiente e relevante. De notar que, na utilização da telemedicina em situações de urgência, pode a opinião do médico teleconsultado ser baseada numa informação incompleta, mas nesta situação excepcional o médico assistente é responsável pela decisão a tomar (Regulamento da Ordem dos Médicos n.º 707/2016, de 21 de julho).

A opinião dos médicos sobre as **barreiras percecionadas pelos pacientes**:

“(...) o que eu ouço os utentes falarem é que as consultas por telefone não são a mesma coisa, que aquilo nem é uma consulta - que é o que eles dizem - que nunca na vida pensaram alguma vez ter uma consulta médica por telefone, dizem que não tem jeito nenhum... (...) Acho que os utentes seriam mais críticos e mais avessos à telemedicina.” (M1)

“O doente de instituição privada é o doente que procura determinado tipo de serviços, portanto será um doente que se adapta facilmente a este tipo de serviço e que já fará muita coisa por uma via digital. [Como o doente] de uma instituição pública de saúde (...) não é quem escolhe a forma como quer ser visto, parece-me ser uma barreira, por exemplo, para observar pessoas com oitenta e muitos anos que não tenham literacia digital.” (M4)

Constatou-se nas entrevistas que os médicos percebem que a telemedicina é um produto mais direcionado a uma faixa da população com condições financeiras que permitem aceder o sistema privado de saúde, enquanto um paciente que depende do sistema público ainda não tem a possibilidade de exercer a escolha deste tipo de consulta no SNS. Neste sentido, para generalizar a adoção da telemedicina é necessário que as políticas públicas de saúde garantam as condições para a universalização desta tecnologia a nível nacional.

O objetivo principal da telemedicina é de permitir maior acessibilidade aos serviços de saúde. Contudo, é preciso ter em conta dois fatores. O primeiro seria que o SNS é regionalmente assimétrico, sendo os territórios com menor cobertura de serviços de saúde, por exemplo as áreas periféricas, rurais ou distantes dos grandes centros urbanos onde a população tem mais dificuldade em dispor de recursos tecnológicos. O segundo fator seria que os utentes que apresentam incapacidades, piores condições económicas e sociais ou vivam em condição de isolamento social e/ou geográfico tem mais dificuldade de dispor de recursos tecnológicos, bem como menor conhecimento em lidar com o seu funcionamento.

À luz destas considerações, pode-se prever que quem mais beneficiaria da telemedicina seriam os que têm capacidades e recursos suficientes para conjugar as prestações convencionais com os serviços mediados à distância, visto que se encontram já em vantagem tecnológica e socioeconómica. Logo, a estratégia para a promoção da telemedicina deve abandonar a retórica da acessibilidade e focar-se na elaboração de

medidas concretas que visem a superação ou pelo menos a diminuição dos *digital divides* em saúde através da promoção de uma efetiva literacia em saúde digital (Comissão Europeia, 2014).

4.1.2.5 Evolução da Telemedicina

Da categoria **evolução da telemedicina** tendo como foco central a sua importância e o seu uso daqui a 5 e 10 anos, destacam-se os seguintes relatos dos médicos:

“(...) Acho que naturalmente vai avançar, que no sistema nacional público também vai ter e vai ser o futuro, mas a privada vai lançar primeiro e muito mais vagas, muito mais rapidamente.” (M2)

“(...) Acho que vai provavelmente reduzir relativamente ao que se passa hoje em dia e vai atingir a um patamar muito superior ao anterior a pandemia, isto porque a maior parte dos centros de saúde não atendem os doentes presencialmente. Com o passar do tempo isso tende a crescer, a medida que há implementação da informática (...).” (M3)

“(...) em consultas de seguimento crónico nas diversas especialidades. Reuniões clínicas síncronas entre pares de centros diferentes (nacionais e internacionais). (M5)

Os comentários dos médicos nas entrevistas revelaram que consideram o crescimento na adoção das consultas de telemedicina irreversível, principalmente depois da pandemia COVID-19, e que se evidenciará mais no sistema privado que no público. Desta forma, a telemedicina será cada vez mais utilizada em consultas de seguimento crónico, nas diversas especialidades, e permitirá o acesso global aos melhores médicos e cirurgiões, independente da localidade que o paciente se encontre.

É evidente que o desenvolvimento de normas e regras de conduta para o uso da telemedicina permitirá suprir alguns dos problemas presentes. A banalização de sistemas de videoconferência levará tendencialmente à diminuição dos custos, tornando a sua aplicação mais apetecível e viável. Por conseguinte, com a generalização das aplicações de telemedicina, passará a ser encarada como uma nova “técnica médica” deixando de ser considerada apenas como uma “tecnologia emergente” (Guerra, 2018).

Dados de 2020 indicam que o uso da Internet entre os europeus está aumentando constantemente. Cerca de 90% dos lares da União Europeia (UE) tinham acesso à Internet

em 2020, e cada vez mais cidadãos estão online com o objetivo de obter informações de saúde, serviços médicos ou para agendar consultas médicas pela Internet. Mais da metade dos cidadãos europeus pesquisaram online por informações de saúde em 2020, duas vezes mais do que em 2008 (Eurostat, 2021).

A telemedicina pode ser uma das soluções que podem ajudar a enfrentar os desafios que os Estados-Membros da União Europeia enfrentam, incluindo o envelhecimento da população e um número crescente de doentes crónicos. No futuro é inerente que mais pessoas precisarão de assistência ou apoio médico. O desenvolvimento permanente de novas tecnologias que ajudam pacientes, bem como a redução do número de profissionais de saúde, são argumentos adicionais para a implementação e uso de telemedicina. É importante notar que a telemedicina deve ser considerada complementar à medicina convencional, ao invés de um substituto, e que em alguns casos não pode substituir a interação pessoal entre o profissional de saúde e o doente (Cioti *et al.*, 2019).

4.1.2.6 Marketing Digital na Telemedicina

Da categoria **marketing digital na telemedicina**, destacam-se os seguintes relatos dos entrevistados:

“(...) desde que eu saiba como é e como é que se faz [para utilizar o aplicativo de telemedicina], sem problema. Eu sei que há pessoas que são muito avessas a estas novas tecnologias e a utilização das novas tecnologias (...).” (M1)

“(...), mas o povo tem que estar absolutamente ciente e consciente de que tem que estar preparado e tem que saber utilizar esse tipo de cuidados. E tem que saber responsabilizar-se pela utilização desse tipo de cuidados e ser participativo na sua educação para a saúde, na sua formação para a saúde. (...) eu acho que a privada tem maior capacidade para a telemedicina. E depois tem outra coisa que eu acho fantástico que é a capacidade que a privada tem de marketing, ou seja, o como vão promover o produto deles. Eles vão ter uma capacidade de promoção do produto. ”-Nós temos teleconsulta disto, daquilo e daquilo outro”. Eles escolhem dentro dos seus utentes - porque eles têm isso muito bem feito - o público-alvo pra aquele tipo de consultas. Eles não fazem nada sem ter um processo muito bem definido

de como é que se vai começar, quem é que se quer atingir, qual é o resultado que se quer atingir e o resultado líquido e financeiro. (M2)

“A partida, tem que ser um doente com alguma informação e que saiba utilizar a parte informática. Tem que ter alguma informação do que é uma teleconsulta, o que é telemedicina. (...). Aqui tem que ter também algum hábito de uso do computador para entender que (...). Portanto, [para] pessoas de idade e muitas vezes de aldeia não é fácil. (...)” (M3)

Os comentários dos médicos evidenciam que em virtude dos diferentes níveis de literacia digital, para que a consulta por telemedicina seja adotada é necessária a disseminação de informações sobre o que é, e sobre como se utiliza esta tecnologia. Neste sentido, através do marketing digital é possível criar mensagens que contribuirão para a perceção dos benefícios e da facilidade de uso da telemedicina com o objetivo de contribuir para a geração de confiança e para a adoção desta tecnologia.

Através do marketing de experiência é possível atrair, engajar e fidelizar clientes por meio da criação de experiências memoráveis, inovadoras e imersivas, capazes de engajar o mesmo não somente de forma emocional, mas também fisicamente, e de gerar diferentes estímulos sensoriais para estabelecer vínculos afetivos. (Patel, 2021).

Através do marketing de experiência online é possível potencializar a aprendizagem sobre a utilização dos serviços de consulta de telemedicina, bem como melhorar o serviço contribuindo para o aumento da utilização e melhoria da relação médico-doente. Neste sentido, o marketing digital tem fundamental responsabilidade na propagação do correto entendimento sobre o uso desta nova tecnologia, bem como em sua evolução, pois pode contribuir para a criação de uma melhor *customer experience* para o produto telemedicina.

4.1.3 Síntese dos resultados

Nesta fase da investigação e tendo como referência o discurso dos médicos, foi possível identificar algumas das ideias nucleares que estão presentes numa narrativa comum destes profissionais. A Tabela 9 sintetiza essas ideias:

Tabela 9 - Síntese das ideias das Categorias

Categorias	Ideias nucleares e consensuais
Aplicabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização para realização de consultas quando os participantes se encontram em diferentes sítios. - Utilização na área diagnóstica, tanto para consulta de registos de exames quanto para geração de relatórios médicos. - Utilização para troca de informações e debates entre médicos e para formação dos mesmos.
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. - Redução de custos com deslocações para realizar consultas. - Universalização do acesso aos serviços clínicos. - Redução de riscos de contágio por aglomeração em Unidades de Saúde.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de exames físicos como causa para a falha no diagnóstico médico. - Impactos na empatia em decorrência das perdas na relação médico-doente.
Barreiras da Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da qualidade dos atos médicos. - Incapacidade de substituir diversos atos da medicina normal. - Idade do profissional de saúde como fator limitante na literacia digital. - Preocupação com impactos legais decorrentes de erro de diagnóstico. - Receio da perda da cobertura dos seguros médicos (responsabilidade médico-legal). - Receio da violação de dados confidenciais. - Idade, o nível de literacia digital e a aversão à tecnologia do médico e dos pacientes. - Acesso não universal da população às redes de dados de telecomunicações (Internet) e a recursos tecnológicos. - Transformação da saúde em um produto comercial.
Evolução da Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> - Pandemia COVID-19 como fator de aceleração da adoção da telemedicina. - Liderança do uso da telemedicina pelo Sistema Privado de Saúde influenciando a adoção no Sistema Público. - Alargamento do número de consultas de seguimento crónico e de especialidades. - Ampliação do uso da robótica e da telemedicina nas intervenções cirúrgicas. - Aumento das reuniões clínicas entre pares médicos. - Possibilidade de acesso aos melhores médicos/cirurgiões independentemente da localidade em que o paciente se encontre.
Marketing Digital na Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> - Marketing Digital promove o conhecimento sobre benefícios e facilidade de uso da telemedicina. - Marketing de experiência online para criação e manutenção de relacionamentos de longo-prazo. - Marketing de experiência online para geração de confiança e melhoria da relação médico-doente.

Fonte: elaboração própria.

De uma forma geral as entrevistas e a análise de conteúdo evidenciaram que a evolução da adoção da telemedicina em Portugal é um fato irreversível e que conta com

o apoio do Governo para a criação e execução de políticas públicas, como o Centro Nacional de Telesaúde. Entretanto, o setor privado revela-se com maior potencial para alavancar a adoção em Portugal, uma vez que reúne maior capacidade de marketing para a transformação da teleconsulta em um produto de saúde. De forma geral, é consenso que para permitir a realização de consultas remotas, que geram uma redução nos custos com deslocações e um menor risco de contágio por aglomeração em Unidades de Saúde, será necessário que os riscos decorrentes da perda na relação médico-doente sejam mitigados e as barreiras relativas à responsabilidade médico-legal, sejam superadas.

4.2 Pesquisa Quantitativa:

4.2.1 Caracterização da Amostra

No decorrer da investigação foram recolhidas na totalidade 352 respostas através do inquérito por questionário divulgado no painel online da no período de 02 até 26 de agosto de 2021. Relativamente à caracterização demográfica dos inquiridos (ver Tabela B – Apêndice V), os dados recolhidos revelam uma distribuição equilibrada com 50,6% dos inquiridos do género masculino e 49,1% do género feminino. Apenas 1 inquirido respondeu pertencer ao género “outros”. No que se refere à idade dos inquiridos, as faixas etárias com mais evidência são as dos 45 a 54 anos (32,1%) e a dos 18 a 24 anos (30,7%), seguidas da faixa etária dos 25 a 34 anos (20,7%). Acerca do grau de escolaridade, 70,5% dos inquiridos revelaram possuir apenas o ensino básico (39,2%) ou o ensino secundário (31,3%) e 29,5% concluíram a licenciatura (10,8%), o mestrado (9,9%) ou o doutoramento (8,8%). No que tange a condição atual perante o trabalho, destacam-se 2 grupos com frequência bastante similar: empregado por conta de outrem (33,8%) e desempregado (33,5%). Apenas 1,4% dos inquiridos revelaram estarem reformados. Os empregados por conta própria representam 16,5% dos inquiridos. No que se refere ao rendimento líquido total do agregado familiar, 58,2% dos inquiridos revelam receber entre 1501 e 2500 Euros/mês, 18,5% dos inquiridos concentram-se nas faixas até 700 Euros/mês e na faixa de 701 até 1500 Euros/mês, enquanto 14,5% recebem de 3501 e 5000 Euros/mês. No que tange ao tamanho do agregado familiar, 48,9% dos inquiridos informaram ser composto por 2 pessoas, seguido por 19% que revelou que o agregado é composto de apenas 1 pessoa. Agregados com 3 e 4 pessoas correspondem a 28,1% do total dos inquiridos. No que tange a distribuição dos inquiridos por Portugal continental (ver Tabelas C e D – Apêndice V), 35,5% revelam estar na região norte, com destaque

para o distrito do Porto com 14,2% dos inquiridos, 31,3% revelam estar na região Centro, com destaque para o distrito de Guarda com 9,9% dos inquiridos, 17,9% revelam estar na região de Lisboa, 10,2% na região do Alentejo e 5,1% na região do Algarve.

Com o objetivo de traçar um perfil de uso da internet pelos inqueridos, foram inseridas perguntas oriundas do FBI e do MTUAS que permitiram avaliar a intensidade de uso para *social networking*, para pesquisas na internet, para e-mail, para jogos online e para assistir a vídeos. No Gráfico 1, constante do Apêndice V, observa-se que dentre os usos investigados, as redes sociais são a aplicação com maior frequência de uso da internet, onde todos os 352 (100%) dos inquiridos informam utilizar ao menos 1 vez por mês. Identificou-se ainda uma homogeneidade nas frequências de uso da internet para Redes Sociais, Pesquisas na Internet e E-mail, onde a concentração de utilizadores eventuais (até 1 x por semana) é de 76 (21,6%), 95 (27%) e 52 (14,8%) inquiridos, respectivamente, assim como de *heavy users*, com 176 (50%), 158 (44,9%) e 188 (53,4%) inquiridos, respectivamente. Apenas 11 (3,1%) dos respondentes relatam nunca terem utilizado a internet para pesquisas na internet e para E-mail. A utilização da internet para jogos online é pouco difundida entre os participantes do inquérito, onde 258 (73,3%) declaram nunca terem utilizado a internet para este fim. A utilização da Internet para vídeos apresenta destaque em duas frequências: "Várias vezes por mês" com 154 (43,8%) inquiridos e "1 vez por dia" com 91 (25,9%) inquiridos, o que indica que para a maioria dos participantes não há uma regularidade para este uso da internet. Este uso, ainda que significativo, pois 131 (37,2%) dos inquiridos declaram usar ao menos "1x ao dia", concentra apenas 40 (11,4%) de *heavy users* que assistem vídeos online "várias vezes por dia" com 22 (6,3%) inquiridos e "o tempo todo" com 18 (5,1%).

Quanto às redes sociais mais utilizadas foram indicadas 11 opções, incluindo aplicativos de mensagens e videoconferências. Ao analisar a Tabela F, constante do Apêndice V, é possível verificar que as 4 redes mais utilizadas pelos inquiridos são o Facebook (38,1%), seguido pelo Youtube (35,8%), Instagram (28,1%) e Twitter (23%). Dentre os aplicativos de mensagens instantâneas o WhatsApp é o mais utilizado, sendo a preferência de 35,8% da amostra e o Facebook Messenger é o segundo mais utilizado, com 12,8% da preferência dos inqueridos. A rede social menos utilizadas é o Snapchat (7,4%) e o aplicativo de mensagens e videoconferências com menor preferência pelos inquiridos é o Skype.

Adicionalmente, para complementar o perfil de uso foi perguntado aos 352 inquiridos quantos minutos passaram nas redes sociais na última semana. Observa-se que 43,5% dos inquiridos relatam terem utilizado as redes sociais na última semana por até 60 minutos, e que a faixa entre 1 e 2 horas apresenta elevada concentração de inquiridos (25%), seguida por entre 2 e 3 horas (17,6%) e mais do que 3 horas (13,9%) (ver Tabela G – Apêndice V).

Para complementar as informações sobre frequência, também foram incluídas no questionário perguntas que pretendiam avaliar os aspetos relativos à atitude dos inquiridos quanto ao uso das redes sociais. Dentre os inquiridos, 212 (60,2%) concordam que as redes sociais fazem parte de suas atividades diárias, sendo que destes, 64 (18,2%) concordam plenamente. Quando os 352 inquiridos foram questionados se as redes sociais se tornaram parte de suas rotinas diárias 238 (67,6%) concordaram, sendo que 151 (42,9%) inquiridos, quase a metade da amostra, relatam concordar plenamente com a afirmação. Quando questionados se sentiam-se fora de contacto quando não entram nas redes sociais há algum tempo, 74 (21,0%) dos inquiridos relataram concordar plenamente e 54 (15,3%) concordar, enquanto 182 (51,7%) dos inquiridos não concordavam nem discordavam e apresentaram-se indecisos – ver Gráfico 2 – Apêndice V.

Por fim, para melhor conhecer o perfil da amostra quanto a já ter realizado uma consulta de telemedicina por vídeo conferência, 237 (67%) dos inquiridos informam já ter feito uma consulta de telemedicina enquanto 115 (33%) relatam nunca ter feito – ver Gráfico 3 – Apêndice V.

4.2.2 Facilidade de Uso Percebida (“*Perceived Easy of Use*”)

Quando questionado aos inquiridos o quanto concordavam que seria fácil aprender como fazer uma consulta por telemedicina 184 (52,3%) inquiridos relataram concordar plenamente e 100 (28,4%) relataram concordar, enquanto 68 (19,3%) inquiridos discordaram por acreditar que haveria dificuldade a aprender. Entretanto, quando questionadas se concordam que será fácil para as pessoas utilizarem o serviço de telemedicina observa-se que a maioria não tem certeza ou discorda, com 113 (32,1) inquiridos relatando não concordar nem discordar e 106 (30,1%) discordando plenamente.

Observou-se ainda que 79 inquiridos (22,4%) relataram concordar plenamente e 123 (34,9%) concordar que o serviço de telemedicina é simples. Além disto, observa-se que há um equilíbrio entre aqueles que concordam ou concordam plenamente e os que

discordam ou discordam plenamente sobre o serviço por telemedicina ser conveniente, com 38,1% (35,2% concordam plenamente + 2,9% concordam) versus 36,1% (19,3% discordam plenamente + 16,8% discordam) respectivamente, o que indica que há um trabalho de convencimento a ser realizado sobre os indecisos, que representam 25,9% do total – ver Gráfico 4 – Apêndice V.

4.2.3 Utilidade Percebida (“*Perceived Usefulness*”)

Quando questionado aos inquiridos se concordavam que as consultas por telemedicina são benéficas para o cuidado com a saúde, a quase integralidade da amostra, com 342 (97%) inquiridos, informou concordar plenamente. Além disso, 137 (38,9%) inquiridos concordam plenamente e 215 (61,1%) concordam que ainda que as vantagens do uso da telemedicina vão superar as desvantagens, totalizando 100% de respostas positivas.

Quando questionadas sobre a utilidade da telemedicina para o cuidado com a própria saúde, 137 (38,9%) inquiridos indicam estarem indecisos.

Observa-se que os inquiridos indicam estar indecisos quanto às consultas de telemedicina aumentarem o nível de conveniência para o cuidado com a saúde (172; 48,9%) e que o serviço poderá melhorar sua qualidade de vida (184; 52,3%). Percebe-se ainda que 68 (19,3%) dos inquiridos informam discordar que a telemedicina poderá melhorar sua qualidade de vida e que a mesma quantidade de inquiridos (68; 19,3%) discordam que de uma forma geral as consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis – ver Gráfico 5 – Apêndice V.

4.2.4 Barreiras Percebidas (“*Perceived Barriers*”)

Foram apresentados 3 fatores de preocupação para que os inquiridos respondessem se estavam desde extremamente preocupados até nem um pouco preocupados, numa escala Likert de 5 pontos. Ao analisar as barreiras ao uso das consultas por telemedicina é possível verificar que apenas 114 inquiridos (32,4%) consideram que o serviço é seguro no que tange a proteção dos dados pessoais, e que 297 inquiridos (84,4%) demonstram alguma preocupação com a possibilidade de sua privacidade ser violada, dentre eles 92 (26,1%) um pouco preocupados, 101 (28,7%) de alguma forma preocupados e 104 (29,5%) moderadamente preocupados. Além disso, observou-se que 252 (71,6%) inquiridos demonstram alguma preocupação com a precisão

e fiabilidade das informações de saúde geradas durante as consultas de telemedicina por videoconferência, sendo 80 (22,7%) um pouco preocupados, 127 (36,1%) de alguma forma preocupados e 45 (12,8%) extremamente preocupados – ver Gráfico 6 – Apêndice V.

4.2.5 Autoeficácia ("Self-efficacy")

Apesar de na generalidade os inquiridos afirmarem que se preocupam com os riscos associados com as consultas de telemedicina é possível verificar que o nível de confiança na capacidade de aprender sobre as características do serviço nas redes sociais é bastante elevado com 262 (73,9%) respostas positivas, que correspondem à totalidade dos inquiridos que responderam concordar plenamente (170; 48,3%) e concordar (90, 25,6%). Vale ressaltar que apenas 59 (16,8%) inquiridos relataram-se como neutros, sem nem concordar nem discordar e que um reduzido número de apenas 33 (9,4%) inquiridos forneceram respostas negativas, por terem discordado da afirmação – ver Gráfico 7 – Apêndice V.

4.2.6 Atitude ("Attitude")

No questionário foram facultadas ainda 6 afirmações aos inquiridos relativas à atitude quanto ao uso do serviço de consultas por telemedicina, considerando os inquiridos, que as 3 atitudes que os levam a afirmar que adotariam o serviço, além do fato de 100% ter concordado plenamente que “usar o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia”, são: 1) “a consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde”, contando com 293 respostas positivas, dentre elas 102 (29,0%) fornecidas por inquiridos que relatam concordar plenamente e 191 (54,3%) concordar; 2) “estou disposto a apresentar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência a outras pessoas”, contando com 274 respostas positivas, dentre elas 102 (29,0%) fornecidas por inquiridos que relatam concordar plenamente e 172 (48,9%) concordar; e 3) “de uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal”, contando com 246 (69,9%) respostas positivas de inquiridos que relatam concordar plenamente com a afirmação – ver Gráfico 8 – Apêndice V.

4.2.7 Intenção de Uso ("Behavioral Intention of use")

Por último, foi questionado aos inquiridos qual a intenção de uso do serviço de consulta por telemedicina. Os resultados foram bastante positivos, visto que 179 inquiridos, mais da metade da amostra (50,9%), relataram concordar plenamente que

estão dispostos ou muito dispostos a usar o serviço de telemedicina por videoconferência— ver Gráfico 9 – Apêndice V.

4.3 Validação das Hipóteses

Nesta fase, serão testadas as hipóteses em estudo através da correlação dos constructos em causa. Inicialmente foi realizada uma análise fatorial para a construção dos constructos anteriormente mencionados. As tabelas de extração dos constructos podem ser consultadas no Apêndice VII. Para validar as hipóteses foi aplicado o teste de correlação de Pearson dos constructos como método de análise, pois permite verificar a relação entre as variáveis e validar as hipóteses definidas. Segundo Hinkle, Wiersma & Jurs (2003), o coeficiente de correlação de Pearson pode ser interpretado conforme a Tabela 10:

Tabela 10 – Interpretação do coeficiente de correlação de Pearson

Correlação	Interpretação
0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00)	Correlação muito alta positiva (negativa)
0,70 a 0,90 (-0,70 a -0,90)	Correlação alta positiva (negativa)
0,50 a 0,70 (-0,50 a -0,70)	Correlação moderada positiva (negativa)
0,30 a 0,50 (-0,30 a -0,50)	Correlação baixa positiva (negativa)
0,00 a 0,30 (0,00 a -0,30)	correlação insignificante

Fonte: Hinkle, Wiersma & Jurs (2003)

4.3.1 H1: A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Utilidade Percebida

Em relação à hipótese 1, foi realizada uma análise de correlação de Pearson do constructo “Facilidade de Uso Percebida (*Perceived Easy of Use*)” com o constructo “Utilidade Percebida (*Perceived Usefulness*)”. Pestana & Gageiro (2005) explicam que o coeficiente de correlação de Pearson (R) varia entre -1 e 1. Sendo que, numa situação ideal, o coeficiente de correlação R de Pearson apresenta o valor de 1, sendo essa considerada uma correlação positiva perfeita. Por outro lado, quando o coeficiente de correlação apresentar um valor de -1 estaremos face a uma correlação negativa perfeita (Pestana & Gageiro, 2005 e Marôco, 2014). Se o coeficiente de correlação apresentar um valor de 0 será indicador de ausência de correlação.

Ao analisar a Tabela A constante do Apêndice VIII, é possível concluir que existe uma correlação positiva entre os constructos constructo “Facilidade de Uso Percebida” e “Utilidade Percebida”, sendo o valor da mesma de 0,650, considerada moderada positiva

(Hinkle, Wiersma & Jurs, 2003). O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 1 é considerada válida.**

4.3.2 H2: A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Atitude

Quanto à Hipótese 2, foi realizada uma análise de correlação de Pearson do constructo “Facilidade de Uso Percebida (*Perceived Easy of Use*)” com o constructo “Atitude (*Attitude*)”. Ao analisar a Tabela B constante do Apêndice VIII, é possível concluir que existe uma correlação positiva entre estes dois constructos, sendo o valor da mesma de 0,409, considerada baixa positiva. O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 2 é considerada válida.**

4.3.3 H3: A Utilidade Percebida terá efeito positivo na Atitude

No que tange à Hipótese 3, foi realizada uma análise de correlação de Pearson do constructo “Utilidade Percebida (*Perceived Usefulness*)” com o constructo “Atitude (*Attitude*)”. Ao analisar a Tabela C constante do Apêndice VIII, é possível concluir que existe uma correlação positiva entre estes dois constructos, sendo o valor da mesma de 0,715, considerada alta positiva. O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 3 é considerada válida.**

4.3.4 H4: A Utilidade Percebida terá efeito positivo no Intenção de uso

Quanto à Hipótese 4, a análise de correlação de Pearson do constructo “Utilidade Percebida (*Perceived Usefulness*)” com o constructo “Intenção de Uso (*Behavioral Intention of Use*)” também revelou que existe uma correlação positiva entre estes dois constructos, sendo o valor da mesma de 0,462, considerada baixa positiva (ver Tabela D – Apêndice VIII). O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 4 é considerada válida.**

4.3.5 H5a: As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Atitude

Para validar à Hipótese 5a, a análise de correlação de Pearson entre o constructo “Barreiras Percebidas (*Perceived Barriers*)” e o constructo “Atitude (*Attitude*)” permitiu concluir que existe uma correlação negativa entre estes dois constructos, sendo o valor da mesma de -0,649, considerada moderada negativa (ver Tabela E – Apêndice VIII). O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 5a é considerada válida.**

4.3.6 H5b: As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Intenção de uso

Quanto à Hipótese 5b, foi realizada uma análise de correlação de Pearson do constructo “Barreiras Percebidas (*Perceived Barriers*)” com o constructo “Intenção de Uso (*Behavioral Intention of Use*)”. Ao analisar a Tabela F constante do Apêndice VIII, é possível concluir que existe uma correlação negativa entre estes dois constructos, sendo o valor da mesma de -0,345, considerada baixa negativa. O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 5b é considerada válida.**

4.3.7 H6: A Autoeficácia terá efeito positivo na Intenção de uso

Quanto à Hipótese 6, a análise de correlação de Pearson do constructo “Autoeficácia (*Self-efficacy*)” com o constructo “Intenção de Uso (*Behavioral Intention of Use*)” revelou que existe uma correlação positiva entre estes dois constructos, sendo o valor da mesma de 0,740, considerada alta positiva (ver Tabela G – Apêndice VIII). O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 6 é considerada válida.**

4.3.8 H7: A Atitude terá efeito positivo na Intenção de Uso

Por último, quanto à Hipótese 7, foi realizada uma análise de correlação de Pearson do constructo “Atitude (*Attitude*)” com o constructo “Intenção de Uso (*Behavioral Intention of Use*)”. Ao analisar a Tabela H, constante do Apêndice VIII, é possível concluir que existe uma correlação positiva entre os dois constructos, sendo o valor da mesma de 0,882, considerada alta positiva. O valor da significância estatística para a amostra é 0,000, inferior a 0,05, podendo assim concluir que, a **Hipótese 7 é considerada válida.**

4.4 Apresentação dos Resultados

A partir da análise do trabalho de investigação efetuado, de forma a esquematizar os resultados obtidos e a expor de que forma estes dão resposta aos objetivos do estudo definidos inicialmente, foi criada a Tabela 11.

Tabela 11 - Apresentação dos Resultados da Investigação

Objetivos	Resultados
<p>Analisar em que medida a facilidade de uso do serviço de consulta por telemedicina aumenta a atitude em usar o serviço.</p>	<p>Verificou-se que há correlação positiva entre os dois constructos, com valor de 0,650, considerada moderada positiva, e por isto conclui-se que para a maioria dos inquiridos (284) a percepção de facilidade em aprender a fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência, associada à percepção da conveniência gerada pelo serviço, irá contribuir de forma moderada positiva para a formação dos fatores motivacionais que influenciam a atitude de utilizar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência, nomeadamente, a percepção de que tal serviço gera um aumento da qualidade dos serviços de cuidado com a saúde (293 respostas positivas / 83,2% do total), bem como de que gera a redução dos riscos associados com a saúde (147 respostas positivas / 41,8% do total) e de que se trata de um serviço de grande valia (225 respostas positivas / 63,9% do total). Quanto maior a percepção de facilidade de uso, maior será a atitude em usar este serviço de telemedicina.</p>
<p>Compreender em que medida a utilidade do serviço de consulta por telemedicina aumenta a intenção de usar o serviço.</p>	<p>Verificou-se que há correlação positiva entre os dois constructos, com valor de 0,462, considerada baixa positiva, e por isto conclui-se que mesmo exercendo uma influência baixa, a percepção de que o serviço de telemedicina por videoconferência aumenta o nível de conveniência para aceder aos serviços de cuidado com a saúde (180 respostas positivas / 51,1 % do total) contribui positivamente para o aumento da intenção de uso. Em relação ao nível de intenção de uso, a grande maioria dos inquiridos afirmam que concordam plenamente (50,9%) ou que concordam (23,0%) estarem muito dispostos a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.</p>
<p>Constatar se as preocupações com privacidade e segurança das informações de saúde diminuem a atitude em usar o serviço.</p>	<p>Verificou-se que há correlação negativa entre os dois constructos, com valor de -0,649, considerada moderada negativa, e por isto conclui-se que a maioria dos inquiridos (297 respostas variando entre “um pouco preocupado” a “moderadamente preocupado” / 84,4% do total) demonstra algum tipo de preocupação de que as consultas de telemedicina por videoconferência possam violar sua privacidade, enquanto 45 inquiridos (12,8% do total) demonstra, estarem extremamente preocupados com a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina não sejam suficientemente boas. A medida que aumenta o nível de preocupação com privacidade e segurança, à atitude de utilizar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência diminui moderadamente.</p>

Fonte: Elaboração própria

Quanto à validação das hipóteses em análise, faz-se a apresentação das mesmas na Tabela 12:

Tabela 12 – Validação das hipóteses: apresentação dos resultados

	Hipótese	Valor	Validade
H1	A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo no Utilidade Percebida de um serviço de consulta por telemedicina.	0,650**	Validada
H2	A Facilidade de Uso Percebida terá efeito positivo na Atitude do utilizador em usar serviços de consulta por telemedicina.	0,409**	Validada
H3	A Utilidade Percebida terá efeito positivo na Atitude do utilizador em usar serviços de consulta por telemedicina.	0,715**	Validada
H4	A Utilidade Percebida terá efeito positivo no Intenção de uso de um serviço de consulta por telemedicina.	0,462**	Validada
H5a	As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Atitude de usar serviços de consulta por telemedicina.	-0,649**	Validada
H5b	As Barreiras Percebidas terão efeito negativo na Intenção de uso dos serviços de consulta por telemedicina.	-0,345**	Validada
H6	A Autoeficácia terá efeito positivo na Intenção de uso de serviços de consulta por Telemedicina.	0,740**	Validada
H7	A Atitude do utilizador terá efeito positivo na Intenção de Uso de serviços de consulta por telemedicina.	0,882**	Validada

**A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tendo em consideração o objetivo principal desta investigação, vamos analisar as hipóteses que foram previamente estruturadas, de forma a dar-lhe resposta.

Fazendo uma análise global, é possível verificar que entre as oito hipóteses elaboradas, todas foram validadas.

A Hipótese 1 foi construída com o objetivo de verificar se a “facilidade de uso percebida” tem efeito positivo na “utilidade percebida”. Ao ser considerada válida foi possível constatar que existe uma influência positiva entre as duas variáveis, que de forma geral pretendiam analisar se os inquiridos consideravam que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente e fácil de aprender como usar e se achavam que o mesmo poderia melhorar sua qualidade de vida e aumentar seu nível de conveniência para aceder aos serviços de cuidado com a saúde, com a quarta maior correlação do estudo (0,650).

As Hipóteses 2, 3 pretendiam compreender se os fatores “facilidade de uso percebida” e “utilidade percebida” tinham efeito positivo sobre a “atitude”. Ao serem consideradas válidas foi possível constatar que existe influência positiva entre os fatores e a “atitude”, que de forma geral pretendiam analisar se os inquiridos consideravam que

usar o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência era de grande valia, se a telemedicina aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde e se reduz os riscos associados com a saúde.

A Hipótese 5a pretendia compreender se as “barreiras percebidas” tinham efeito negativo sobre a “atitude”. Por ser considerada válida, foi possível constatar que existe influência negativa entre as duas variáveis, que pretendiam analisar se as preocupações dos inquiridos com a possibilidade de violação de privacidade, e com a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante as consultas de telemedicina por videoconferência poderiam impactar negativamente na percepção de que tal forma de cuidado com a saúde era de grande valia, de maior qualidade e capaz de reduzir os riscos associados com a saúde. Esta hipótese apresenta a maior correlação negativa do estudo (-0,649).

A Hipótese 5b pretendia compreender se as “barreiras percebidas” tinham efeito negativo sobre a “intenção de uso”. Por ser considerada válida, foi possível constatar que existe influência negativa entre as duas variáveis, que pretendiam analisar se as preocupações dos inquiridos com privacidade e confiabilidade das informações geradas na consulta poderiam impactar negativamente na disposição de utilizar os serviços de consulta por telemedicina por videoconferência.

As Hipóteses 4, 6 e 7 pretendiam compreender se os fatores “utilidade percebida”, “autoeficácia” e “atitude” tinham efeito positivo sobre a “intenção de uso”. Ao proceder à validação destas hipóteses, todas foram confirmadas como válidas. Assim, podemos afirmar que os fatores “utilidade percebida”, “autoeficácia” e “atitude” têm influência positiva sobre a “intenção de uso”, que de forma geral pretendiam analisar se os inquiridos achavam que a qualidade de vida poderia melhorar com a utilização das consultas por telemedicina, se estavam confiantes para aprender sobre as características do serviço de telemedicina nas redes sociais, se acreditavam serem capazes de aprender sobre as características do serviço de telemedicina pelas redes sociais e se o serviço era de grande valia de forma a torna-los dispostos a usar esta tecnologia de cuidado de saúde. A Hipótese 7 apresenta a maior correlação do estudo (0,882).

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões do estudo, apresentadas as principais limitações do mesmo e recomendações futuras.

5.1 Principais conclusões do estudo

O ano de 2020 foi marcado por uma pandemia que exigiu das empresas uma rápida adaptação para atender a um novo normal onde o confinamento e o distanciamento social passaram a ser um padrão necessário para a garantia da vida. Como consequência, o COVID-19 fez com que a economia mundial sofresse um forte impacto.

Observou-se, entretanto, que as empresas que fornecem serviços de cuidados com a saúde nomeadamente os planos de saúde, seguros de saúde, e clínicas privadas, parecem não ter percebido o potencial da telemedicina como uma oportunidade para captação de novos consumidores, e foi feito pouco uso do marketing digital neste sentido. O meio online para captar consumidores para o serviço de telemedicina apresenta-se com elevado potencial, exigindo que as empresas percebam o que melhor sensibiliza o consumidor para aderir aos serviços de telemedicina. De um total de 12,5 milhões de consultas médicas realizadas em 2020 em Portugal apenas 40 mil foram consultas por telemedicina (0,4%) (SNS, 2021).

Nesta investigação foi possível chegar a diversas conclusões no que tange aos fatores para uso das consultas por telemedicina como uma opção de cuidado de saúde em Portugal, bem como de que forma o Marketing Digital pode contribuir para expansão da adesão. Pretende-se assim, numa breve síntese, referir a seguir os resultados mais salientes que advieram do presente estudo por meio das pesquisas qualitativa e quantitativa.

A pesquisa qualitativa teve como foco a identificação das principais categorias relacionadas à telemedicina, sob o ponto de vista dos profissionais médicos, e compreender de que forma o marketing digital pode contribuir para a expansão da adesão da telemedicina. Observa-se que foi realizado o cruzamento da revisão da literatura e de análise documental com os dados gerados a partir das entrevistas a médicos para garantir a correta caracterização das categorias emergentes: i) aplicações da telemedicina, ii) benefícios da telemedicina, iii) riscos da telemedicina, iv) barreiras da telemedicina, v) evolução da telemedicina, e vi) marketing digital na telemedicina, e assim compreender os fatores relacionados com a adoção da telemedicina em Portugal para a realização de consultas médicas à distância.

Deste modo, foi constatado que a telemedicina permite variadas aplicações, como a realização de consultas em que o médico e o paciente se encontram em diferentes sítios, bem como a possibilidade de discussão de diagnóstico entre médicos. Neste sentido, a telemedicina proporciona uma melhor qualidade do diagnóstico com a possibilidade de obtenção de opiniões complementares.

No que se refere aos benefícios, a comodidade para o paciente em virtude de evitar deslocamentos para a realização de consultas é um dos principais benefícios gerados pela telemedicina, principalmente devido à falta de médicos no interior do país e o envelhecimento contínuo da população portuguesa. Desta forma, a adoção desta tecnologia facilita não somente aqueles pacientes que vivem em zonas distantes das unidades de saúde, mas também aqueles que possuem deficiências físicas e mobilidade reduzida, tornando-se uma forma mais acessível de cuidado com a saúde.

A respeito dos riscos destaca-se a preocupação decorrente das perdas na relação médico-doente agravadas pela limitação imposta pela tecnologia para a realização de exame físico, para a percepção da linguagem corporal dos pacientes, e para o estabelecimento da empatia entre as partes, acarretando riscos para a assertividade dos diagnósticos. Foi identificado o risco de não existirem as condições ambientais e de privacidade para a realização da consulta sem a interferência física de pessoas não envolvidas e autorizadas a participar. Neste sentido a consulta por telemedicina precisa respeitar tais exigências para que possa ser realizada com normalidade.

Dentre as barreiras destaca-se a obrigatoriedade da existência de acesso à Internet de qualidade, plataformas digitais fáceis de aceder e utilizar e o domínio da literacia digital. Adicionalmente, a responsabilidade médico-legal é uma preocupação que dificulta a adoção da telemedicina, e esta tecnologia de saúde tende a ser mais adotada pela população com melhores condições financeiras para aceder ao sistema privado de saúde, uma vez os prestadores de saúde privados possuem maior capacidade de investimento em marketing digital para alavancar a adoção às consultas de telemedicina. Foi identificado ainda que a idade é um fator de constrangimento para a adoção da telemedicina, quer por médicos quer por pacientes e que as políticas públicas de saúde precisam garantir as condições para a universalização desta tecnologia a nível nacional.

Já no que tange à evolução da telemedicina, verifica-se que a mesma é irreversível, muito em decorrência das transformações geradas pela pandemia COVID-19, que é um

fator de aceleração da utilização desta tecnologia tanto no Sistema Nacional de Saúde quanto no setor privado. Desta forma, a telemedicina será cada vez mais utilizada em consultas de seguimento crónico, nas diversas especialidades, e permitirá o acesso global aos melhores médicos e cirurgiões, em qualquer parte do mundo, independente da localidade que o paciente também se encontre.

Entretanto para que seja possível dar suporte a expansão da telemedicina é importante definir estratégias de marketing e neste contexto o marketing digital reúne as características ideais para a promoção desta tecnologia. Através da abordagem do marketing de experiência online é possível atrair e fidelizar clientes por meio da criação de experiências memoráveis, inovadoras e imersivas, capazes de engajar o mesmo de forma emocional, criando e mantendo relacionamentos de longo-prazo.

Desta forma, o marketing digital tem fundamental responsabilidade na propagação do correto entendimento sobre o uso desta nova tecnologia, bem como em sua evolução, pois pode contribuir para a criação de uma melhor *customer experience* para o produto telemedicina.

Através da pesquisa quantitativa foi possível aprofundar os resultados obtidos na pesquisa qualitativa e explorar, sob o ponto de vista dos consumidores, os fatores motivadores para a adesão às consultas por telemedicina e como o marketing digital pode influenciar sua expansão.

Ao se analisar em que medida a facilidade de uso do serviço de consulta por telemedicina aumenta a atitude em usar o serviço verificou-se que há correlação positiva entre os dois constructos, com valor de 0,650, considerada moderada positiva, e por isto conclui-se que para a maioria dos inquiridos (284) a percepção de facilidade em aprender a fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência, associada à percepção da conveniência gerada pelo serviço, irá contribuir de forma moderada positiva para a formação dos fatores motivacionais que influenciam na atitude de utilizar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência. Quanto maior a percepção de facilidade de uso, maior será influência positiva para a formação da atitude em usar este serviço de telemedicina.

No que tange à investigação da medida em que a utilidade do serviço de consulta por telemedicina aumenta a intenção de usar o serviço, verificou-se que há correlação positiva entre os dois constructos, com valor de 0,462, considerada baixa positiva, e por

isto conclui-se que mesmo exercendo uma influência baixa, a percepção de que o serviço de telemedicina por videoconferência aumenta o nível de conveniência para aceder aos serviços de cuidado com a saúde (180 respostas positivas / 51,1 % do total) contribui positivamente para o aumento da intenção de uso. Em relação ao nível de intenção de uso, a grande maioria dos inquiridos afirmam que concordam plenamente (50,9%) ou que concordam (23,0%) estarem muito dispostos a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.

Analisando ainda as correlações dos construtos, pode-se concluir que, tendo por base o modelo do TAM adaptado que foi utilizado nesta investigação, o fator que para a maior parte dos inquiridos apresentou influenciar mais a “intenção de uso” de consultas de telemedicina por videoconferência foi a “atitude”, com a correlação mais alta do estudo (0,882). Ou seja, existe a percepção de que as 3 atitudes que mais contribuem para uma crescente adesão ao serviço estão relacionadas com a percepção de que “a consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde”, contando com 293 respostas positivas, dentre elas 102 (29,0%) fornecidas por inquiridos que relatam concordar plenamente e 191 (54,3%) concordar; bem como com a percepção de que “a adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde”, contando com 147 respostas positivas, dentre elas 100 (28,4%) fornecidas por inquiridos que relatam concordar plenamente e 47 (13,4%) concordar; e com a percepção de que “o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.”, contando com 192 (54,5%) respostas positivas de inquiridos que relatam concordar plenamente com a afirmação.

Podemos assim, concluir que apesar de diferentemente do modelo de adoção de tecnologia (TAM) original, o qual refere que a “utilidade percebida” por parte do utilizador é o fator que mais influencia a aceitação de uma nova tecnologia (Davis, 1989), o fato da presente investigação indicar que é a “atitude” o fator que mais gera influência no comportamento do consumidor para aderir à telemedicina, revela um fator de elevada relevância no contexto do marketing de experiência online, pois de acordo com Doob (1947), a maioria das atitudes que temos são aprendidas, não são inatas, e é esperado que se modifiquem facilmente em função da experiência. Segundo Zajonc, R. (1968), a frequência de exposição que uma pessoa tem em relação a determinado objeto pode ter um efeito na formação da atitude daquela pessoa em relação àquele determinado objeto,

de forma que a mera exposição repetitiva de um indivíduo a determinado estímulo é uma condição suficiente para o aumento positivo de sua atitude em direção àquele objeto.

Neste contexto, por meio de estratégias de marketing de experiência online que possam fomentar o aprendizado de uma atitude positiva em relação às consultas por telemedicina, o Marketing Digital é capaz de influenciar a percepção e o comportamento do consumidor em aderir à telemedicina como uma opção de cuidado de saúde complementar em Portugal, que oferece mais comodidade através da utilização de plataformas digitais. Algumas das estratégias de marketing de experiência online que podem ser implementadas pelas empresas para potencializar esta aprendizagem são:

- Criação de *landing page* específica para informar sobre esta tecnologia de saúde e seus benefícios, com a utilização de promoções e ofertas online para conquistar e atrair os consumidores;
- Integração da linguagem de comunicação nos diversos meios em que o provedor de serviços de saúde está presente, explorando a utilização dos aplicativos de gestão de conta de cliente disponibilizados pelas instituições de saúde, bem como o uso de *QR Code* para facilitar o download dos aplicativos de telemedicina;
- Utilização de anúncios no Google em formato texto e *banners* (SEM e rede de display), bem como nas redes sociais com maior presença de decisores e influenciadores da adoção da telemedicina, como por exemplo Facebook e Instagram;
- Utilização do conteúdo gerado pelos utilizadores (UGC) como ferramenta de influência no comportamento do consumidor;
- Implementação de newsletters e criação de uma área de notícias no site onde seja frequentemente postado conteúdos criados e/ou endossados por médicos sobre os benefícios, a segurança e a facilidade de utilizar as consultas de telemedicina, de forma que se possa massificar que se trata de um serviço que aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde, que sua adoção reduz os riscos associados com a saúde (infecções, por exemplo) e que por isto se trata de um serviço de grande valia;
- Utilizar influenciadores relacionados com os temas saúde e bem-estar para serem defensores do produto e gerar maior interação com decisores e influenciadores da adoção da telemedicina dentro do círculo social com maior influência sob decisões relativas à saúde: as famílias;

- Utilizar os recursos de *remarketing* para atrair e converter novos clientes.

Por último, foi analisado se as preocupações com privacidade e segurança das informações de saúde diminuem a atitude em usar o serviço. Verificou-se que há correlação negativa entre os dois constructos, com valor de -0,649, considerada moderada negativa, e por isto conclui-se que a maioria dos inquiridos (297 respostas variando entre “um pouco preocupado” a “moderadamente preocupado” / 84,4% do total) demonstram algum tipo de preocupação de que as consultas de telemedicina por videoconferência possam violar a sua privacidade, enquanto 45 inquiridos (12,8% do total) demonstram estar extremamente preocupados que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina não sejam suficientemente boas. A medida que aumenta o nível de preocupação com privacidade e segurança, maior será a influência negativa para a formação da atitude de utilizar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.

Nas análises da homogeneidade dos dados percebeu-se que os valores de desvio da média obtidos são bastante altos em todas as variáveis em análise, o que nos permite perceber que não existem opiniões fortes e unânimes sobre a aceitação desta tecnologia de cuidados com a saúde.

5.2 Limitações da pesquisa

Qualquer investigação, independentemente do seu mérito e das suas qualidades, apresenta algumas limitações, das quais se destacam:

- A utilização de uma amostra não probabilística por conveniência não permite a generalização dos resultados a toda a população, sendo as conclusões limitadas à amostra estudada;
- Trata-se de um estudo pontual, representando um retrato de um momento e fenómeno, pelo que ao longo do tempo os resultados se podem alterar, fruto da evolução das tecnologias de cuidado com a saúde e do maior acesso da população à Internet, pelo que seria interessante repeti-lo mais vezes ao longo do tempo.
- A vertente da telemedicina investigada focou-se nos fatores que motivam o uso por parte dos consumidores, estando excluídos do estudo os fatores que motivam a adesão por parte dos profissionais de saúde.

5.3 Recomendações para futuras investigações

As limitações anteriormente apresentadas devem ser tidas em conta com o intuito de melhorar substancialmente a investigação apresentada. Adicionalmente, as seguintes recomendações também podem contribuir para futuras investigações:

- Obter uma amostra maior;
- Aplicar um novo modelo de aceitação da tecnologia, entre os existentes ou construir um que tenha em consideração mais especificidades relacionadas com o uso das aplicações moveis associadas aos cuidados com a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAker, D. A., Kumar, V., & Day, G. S. (2001). *Pesquisa de marketing* (1ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Abreu, B. (2014). *Marketing digital na saúde: A relação médico/paciente através das tecnologias digitais* [Master's Thesis, Instituto Politécnico do Porto. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto]. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/5054>
- Adolpho, C. (2012). *Os 8ps do marketing digital: O guia estratégico de marketing Digital* (1ª ed.). Alfragide: Texto Editores. ISBN: 978-972-47-4495-7.
- Ahrholdt, D., Greve, G., & Hopf, G. (2019). *Online-marketing-intelligence*. (p.145) Springer Books.
- Alalwan, A. A., Rana, N. P., Dwivedi, Y. K., & Algharabat, R. (2017). Social media in marketing: A review and analysis of the existing literature. *Telematics and Informatics*, 34(7), 1177-1190.
- Albert, B. & Anil, B. (2013). An analysis of user-generated content for hotel experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Technology*, 4(3), 263-280.
- Almeida, Z., Neira, R. Hummel, A. & Pisa, L. (2008). Quadro Comparativo de Projetos de Telemedicina Extraídos do Livro de Telesaúde da UFMG. 1-2.
- Amoako-Gyampah, K. (2007). Perceived usefulness, user involvement and behavioral intention: An empirical study of ERP implementation. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1232-1248.
- Amorim, F. (2011). *Telemedicina e telecuidados*. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3765>
- Anderson K., Burford O., & Emmerton L. (2016). Mobile health apps to facilitate selfcare: a qualitative study of user experiences. *PLoS One.*, 11(5):e0156164.26.

- Armstrong, A. & Hagel, J. III. (1996). The real value of on-line communities. *Harvard Business Review*, May/June, 134-41.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 231–255. <https://doi.org/10.1007/BF01172995>
- Bauer, K. (2001). Home-based telemedicine: a survey of ethical issues, *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*, 10 (2), 137-146.
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Berkowitz, E. (2021). *Essentials of Health Care Marketing*, Burlington, p.5.
- Bergrath, S., Rörtgen, D., Rossaint, R., Beckers, S. K., Fischermann, H., Brokmann, J., Czaplik, M., Felzen, M., Schneiders, M. T., & Skorning, M. (2011). Technical and organizational feasibility of a multifunctional telemedicine system in an emergency medical service - an observational study. *Journal of telemedicine and telecare*, 17(7), 371–377. <https://doi.org/10.1258/jtt.2011.110203>
- Birns, J., Bhalla, A. & Rudd, A. (2010), Telestroke: a concept in practice, *Age and Ageing*, 39, 666-667.
- Botsis, T., & Hartvigsen, G. (2008), Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7 (4), 195-203.
- Blyth, A. (2011). *Brilliant online marketing: How to use the internet to market your business*. Pearson Education, Prentice Hall.
- Boston Digital (2020). *Quarterly sentiment survey on telehealth*. <https://www.bostondigital.com/news/boston-digital-releases-quarterly-sentiment-survey-telehealth>. Acedido em 10 de dezembro de 2020.
- Boyd, D., & Ellison, N. (2007). Social network sites: definition, history, and scholarship. *Journal of Computer Mediated Communication*, 13, p.15.

- Briz-Ponce L., & Garcia-Penalvo F. J. (2015). An empirical assessment of a technology acceptance model for apps in medical education. *J Med Syst.*, 39(11):176.25.
- Cioti, A., Stănescu, A., Grăjdeanu, I., Serban, B., Elena, P., Bratu, O., & Diaconu, C. (2019). Telemedicine in Europe - Current Status and Future Perspectives. *Modern medicine*, 26, 165–168. <https://doi.org/10.31689/rmm.2019.26.4.165>
- Capurro D., Ganzinger M., Perez-Lu J., & Knaup P. (2014). Effectiveness of ehealth interventions and information needs in palliative care: a systematic literature review. *J Med Internet Res.*, 16(3):e72.
- Chaffey, D., Ellis-Chadwick, F., Mayer, R., & Johnston, K. (2009). *Internet marketing: strategy, implementation, and practice*. Pearson Education.
- Comissão Europeia (2014), *Health Inequalities and eHealth. Report of the eHealth Stakeholder Group*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/commission-publishes-four-reports-ehealth-stakeholder-group>. Acedido em 10 de maio de 2021.
- Coviello, N., Milley, R., & Marcolin, B. (2001). Understanding IT-enabled interactivity in contemporary marketing. *Journal of Interactive Marketing*, 15(4), 18-33.
- Cunha, A. (2004, julho 15), “*e-Saúde – O que o sector da saúde em Portugal tem a ganhar com o desenvolvimento da sociedade da informação*”. APDSI - Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação, Portugal.
- Das, S., & Mukhopadhyay, A. (2011). Security and Privacy Challenges in Telemedicine. *CSI- Communications*, 35.
- Davis, F. D. (1985). *A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: Theory and results* [Thesis, Massachusetts Institute of Technology]. <https://dspace.mit.edu/handle/1721.1/15192>

- Davis F.D., Bagozzi R.P., & Warshaw P.R. (1989). *User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models*. Management Science, 35(8):982–1003.
- DeLone, W. H.; McLean, E. R. (1992). *Information systems success: the quest of dependent variable*. Information Systems Research, v. 3, n. 1, p. 60-95. DMI.
- Deng, Z. (2013). Understanding public users' adoption of mobile health service. *International Journal of Mobile Communications*, 11(4), p.351. <https://doi.org/10.1504/IJMC.2013.055748>
- Despacho n.º 3571/2013 do Ministro da Saúde (2013). Diário da República: II série, n.º 46. <https://dre.tretas.org/dre/307461/despacho-3571-2013-de-6-de-marco>.
Acedido em 15 de maio de 2021.
- Doob, L. (1947). The behavior of attitudes. *Psychological Review*, 54(3), 135–156. <https://doi.org/10.1037/h0058371>
- European Commission. (2020). *Individuals — Internet activities [ISOC_CI_AC_I__custom_330505]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/b420205f-788f-4bcf-96cf-48fadf293444?lang=en>. Acedido em 8 de dezembro de 2020.
- European Commission. (2021). *One in two EU citizens look for health information online*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210406-1>
Acedido em 10 de maio de 2021.
- Feng, Y., & Xie, W. (2015). Digital divide 2.0: The role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective. *Journal of Health Communication*, 20, 60-68.
- Fonseca, J. (2002). Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UECE, 65/75
- Fortin, M., (1999). O processo de investigação á investigação da conceção à realização.1ª ed. Lusociência Técnica e Científica Lda.

- Fortin, M., (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ªed. Lusociência Sociedade Portuguesa de Material Didática Lda.
- Guerra, I. (s/d). *Telemedicina, relação médico-doente e aspectos deontológicos*. Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/telemedicina-relacao-medico-doente-e-aspectos-deontologicos>. Acedido em 10 de maio de 2021.
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª. Ed). São Paulo: Atlas.
- Global Digital Insights. (2020). Digital 2020: Portugal. DataReportal. <https://datareportal.com/reports/digital-2020-portugal>. Acedido em 8 de dezembro de 2020.
- Gomes, C., & Reis, H. (2015). Marketing digital. *Revista Interface Tecnológica*, 12(1), 53-62.
- Gonçalves, D., Klatter, A., Silva, G., Silva, S. & Silveira, O. (2019). Marketing digital e sua influência atual. *Revista da Mostra de Iniciação Científica e Extensão*, 5(1).
- Gregoski, M., Mueller, M., Vertegel, A., Shaporev, A., Jackson, B., Frenzel, R., Sprehn, S., & Treiber, F. (2012), “Development and validation of a smartphone heart rate acquisition application for health promotion and wellness telehealth applications”, *International Journal of Telemedicine and Applications*, ID 696324, DOI: 10.1155/2012/696324.
- Grewal, L., & Stephen, A. (2019). In mobile we trust: The effects of mobile versus non mobile reviews on consumer purchase intentions. *Journal of Marketing Research*, 56(5), 791-808.
- Guo, X., Sun, Y., Wang, N., Peng, Z., & Yan, Z. (2013). The dark side of elderly acceptance of preventive mobile health services in China. *Electronic Markets*, 23(1), 49–61. <https://doi.org/10.1007/s12525-012-0112-4>

- Gupta, A., Tyagi, M., & Sharma, D. (2013). Use of social media marketing in healthcare. *Journal of Health Management, 15*, 293-302.
- Hague, P., & Jackson, P. (1990). *A Pesquisa de Mercado*. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 9789722312240.
- Handayani, T., & Hudrasyah, H. (2015), Comparative analysis of skippable and non skippable pre roll advertising on youtube in bandung, *Journal of Business and Management, 4*(6), 694-701.
- Huang, E., Chang, C.-c., & Khurana, P. (2012). Users' preferred interactive e-health tools on hospital web sites. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, 6*, 215-229.
- Hersh W., 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
- Hinkle, D., Wiersma, W & Jurs, S. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Hudák, M., Kianičková, E., & Madleňák, R. (2017). The Importance of e-mail Marketing in e-commerce. *Procedia Eng., 192*, 342–347.
- INE (2010). Inquérito à utilização das tecnologias da informação e da comunicação nos hospitais – 03 de novembro 2010. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83386699&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. Acedido em 10 de maio de 2021.
- INE-Instituto Nacional de Estatística, (2020). *Estatísticas da saúde: 2018*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>. Acedido em 10 dezembro 2020. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0534-3
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>

- Kalyanam, K. & McIntyre, S. (2002). The e-marketing mix: A contribution of the e-tailing wars. *Academy of Marketing Science*, vol. 30, no. 4, 487-499.
- Kalayou, M., Endehabtu, B., & Tilahun, B. (2020). The applicability of the modified technology acceptance model (TAM) on the sustainable adoption of ehealth systems in resource-limited settings. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1827–1837. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S284973>
- Kaplan, Andreas M., & Haenlein, Michael. (2010). Users of the world, unite! the challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*, 53(1), 59-68.
- Kaplan, B., & Litewka, S. (2008). Ethical challenges of telemedicine and tele-health. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 77(4), 401-416.
- Kim, N., Han, S., Yoo, K., Yun, E. (2012). The impact of user's perceived ability on online health information acceptance. *Telemedicine and e-Health*, 18(9), 703–708.
- Kmucha, S. (2020). Telemedicine and Physician Liability Issues. *Ear, Nose & Throat Journal*, 0145561320928207. <https://doi.org/10.1177/0145561320928207>
- Koche, J. C. (1979). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (3^a ed). Caxias do Sul: E.S.T.
- Kontos, E., Blake, K., Chou, W., & Prestin, A. (2014). Predictors of ehealth usage: insights on the digital divide from the health information national trends survey 2012. *Journal of Medical Internet Research*, 16(7).
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2012). *Principles of Marketing*. Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2015). *Princípios De Marketing* (15^a ed). Pearson Education do Brasil.
- Kotler, P. & Kartajaya, H. (2017). *Marketing 4.0*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Krosnick, J. A. (1999). Survey research. *Annual Review of Psychology*, 50, 531-567.

- Kumar, A., Bezawada, R., Rishika, R., Janakiraman, R., & Kannan, P. K. (2016). From social to sale: The effects of firm-generated content in social media on customer behavior. *Journal of Marketing*, 80(1), 7-25.
- Laerd, S. (2018). *Cronbach's Alpha (α) using SPSS Statistics* [Tutorial]. Acedido em 10 de setembro 2021, de Cronbach's Alpha (α) using SPSS Statistics website: <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/cronbachs-alpha-using-spss-statistics.php>
- Leh, Amy S. (2001), "Computer-mediated communication and social presence in a distance learning environment", *International Journal of Educational Telecommunications*, 7, 109-128.
- Li, J., Land, L., Ray, P., & Chattopadhyaya, S. (2010). E-health readiness framework from electronic health records perspective. *International Journal of Internet and Enterprise Management*, 6(4), 326-48.
- Liu, Q., Lu, S., Hong, Y., Wang, L., Dssouli, R. (2008). Securing Telehealth Applications in a Web-Based e- Health Portal. In Proceedings Availability, Reliability and Security, 3-9.
- Lindberg, B., Nilsson, C., Zotterman, D., Söderberg, S., & Skär, L. (2013), "Using information and communication technology in home care for communication between patients, family members, and healthcare professionals: a systematic review", *International Journal of Telemedicine and Applications*, vol. 2013, ID 461829, DOI: 10.1155/2013/461829.
- Lorence, D., & Abraham, J. (2008). A study of undue pain and surfing: using hierarchical criteria to assess website quality. *Health Informatics Journal*, 14,155-173.
- Lovelock, C., & Wirtz J. (2006). *Marketing de Serviços*, (5ªed), São Paulo, Person Prentice Hall, p.27.

- Lovelock, C., Wirtz, J. (2009) *Services Marketing*, (6a Edição). USA: Pearson Education Hall.
- Malhotra, N., Kim, S., & Agarwal, J. (2004). Internet users' information privacy concerns (IUIPC): The construct, the scale, and a causal model. *Information Systems Research*, 15(4), 336–355. <https://doi.org/10.1287/isre.1040.0032>
- Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada*. (4ªed.). Porto Alegre: Bookman.
- Malhotra, N. (2019). *Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada*. (7ªed.). Porto Alegre: Bookman.
- Manson, E., & Bramble, W. (1989). *Understanding and Conducting Research*. New York: McGraw-Hill Internacional Editions.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda.
- Maslow, A. & Stephens, D. (2003). *O diário de negócios de Maslow*. Qualitymark.
- Mattar, F. (2008). *Pesquisa de Marketing: Metodologia, Planejamento*. (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Matos, R., Santana, R., Mendes, R. V., Marques, A. P., & Mestre, R. (2014). *Telemedicina em Portugal: onde estamos*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Matusitz, J. & Breen, G. (2007), “Telemedicine: its effects on health communication”, *Health Communication and New Information Technologies*, 21 (1), 73-83.
- May, T. (2006). *Social Research – Issues, methods and process*. 3ª edição. Berkshire: Open University Press.
- McKinley, C., & Ruppel, E. (2014). Exploring how perceived threat and self-efficacy contribute to college students' use and perceptions of online mental health resources. *Computers in Human Behavior*, 34, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.01.038>

- Minayo, M. (2008). Técnicas de análise de material qualitativa. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Merrell, R., Doarn, C., Nicogossian A. (1998). Applications of telemedicine in the united states space program. *TeleMed J*.
- Merrell, R. (1995). Telemedicina na década de 1990. *Journal of Medical Systems*, 79 (1), 15-18.
- Mohammed, R., Fisher, R. & Jaworski, B. (2004). *Internet Marketing – building advantage in a networked economy*. (2^a ed). New York: The McGraw-Hill Companies, pp. 3-4.
- Mogos, R. (2015). Digital marketing for identifying customers’ preferences—a solution for SMES in obtaining competitive advantages. *International Journal of Economic Practices and Theories*, 5(3), 240-247.
- Morais, C. (2005). *Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística*.
- Oliveira, C. (2016). *Relatório de Estágio: O Marketing Digital nos Serviços de Saúde* [Master’s Thesis]. Universidade do Porto.
- ONU. (2019). *Envelhecimento - Portugal*. ONU. <https://unric.org/pt/envelhecimento>.
Acedido em 12 de dezembro de 2020.
- Pardal, L., & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Patel, N. (s/d) Blog Marketing. Marketing de Experiência: O Que é, Como Funciona e Como Usar. *Neilpatel*. <https://neilpatel.com/br/blog/marketing-de-experiencia>.
Acedido em 10 de maio de 2021.

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petty, R. (2012). Attitude Change. *Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 224–229). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00040-9>
- Phongtankuel, V., Adelman, R. & Reid, M. (2018). Mobile health technology and home hospice care: Promise and pitfalls. *Prog Palliat Care*, 26(3), 137–41.
- Pordata. (2020). *Utilizadores de Internet*. Pordata. <https://www.pordata.pt/Pesquisa/utilizadores%20internet>. Acedido em 12 dezembro 2020.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Radicati Group. (2020). *Email Statistics Report 2020-2024*. <https://www.radicati.com/?download=email-statistics-report-2020-2024>. Acedido em 30 de novembro de 2020.
- Ramya, N., & Ali, M. (2016). Factors affecting consumer buying behavior. *International Journal of Applied Research*, 2(10), 76-80.
- Red Ant. (2014). *Planning and Managing Digital Strategy*. England & Wales: Creative Commons.
- Regulamento n.º 707/2016 da Ordem dos Médicos (2016). Diário da República: II série, n.º 139. <https://dre.pt/home/-/dre/75007439/details/maximized>. Acedido em 10 de maio de 2021.
- Resolução n.º 67/2016 do Conselho de Ministros (2016). Diário da República: I série, n.º 206. <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/67/2016/10/26/p/dre/pt/html>. Acedido em 15 de maio de 2021.

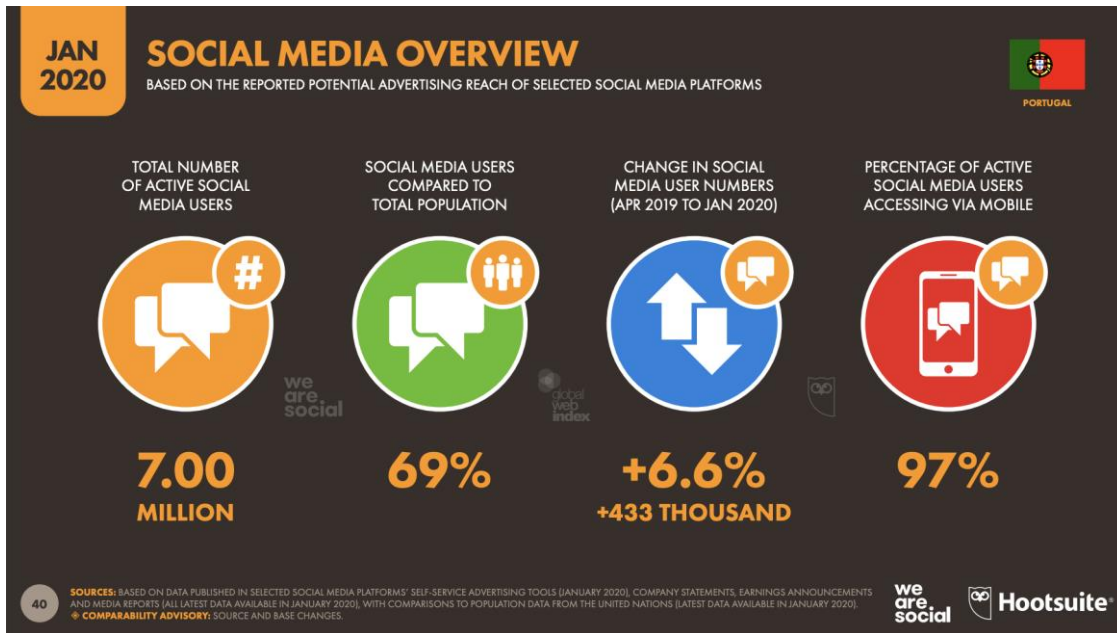
- Roback, K., & Herzog, A. (2003), “Home informatics in healthcare: assessment guidelines to keep up quality of care and avoid adverse effect”, *Technology and Healthcare*, 11, 195-207.
- Rodrigues, P. (2012). *Marketing em contexto de mudança*. Lisboa: Lusíada Editora.
- Ryan, D. (2017). *Digital marketing: Marketing strategies for engaging the digital generation*. (4ªed). London: Kogan Page.
- Sahab, L., Brown, J., Gardner, B., & Smith, S. G. (2014). Seeking health information and support online: Does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11).
- Sampieri, R., Collado, C. & Lúcio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Saunders, M., Lewis, P, & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. 5ª Ed.: Harlow, United Kingdom: FT Prentice Hall.
- Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M., & Cook, S. (1974). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*: São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária/EDUSP.
- Silva, M. & Tincani, D. (2013) Características e componentes do marketing de experiências: análise das ações realizadas pelo Itaú Unibanco no Rock in Rio 2011. *Revista Científica Eletrônica UNISEB*, v.1, n. 2,147-161. Ribeirão Preto.
- Simpao, A., Ahumada, L., Gálvez, J. & Rehman, M. A. (2014). A review of analytics and clinical informatics in health care. *Journal of Medical Systems*, 38(4), 45. <https://doi.org/10.1007/s10916-014-0045-x>.
- SNS. (2021). *Consultas em Telemedicina*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/consultas-em-telemedicina>. Acedido em 6 de dezembro de 2020.

- SNS (2020). Aceder à teleconsulta. Portal do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/servico/aceder-a-teleconsulta>. Acedido em 15 de maio de 2021.
- Ștefănescu, C., Nicolescu, E., Bîlcan, F., & Ifrim, A.(2019). Analysing the consumer behaviour of online health services. *Academic Journal of Economic Studies*, 5(3), 126–131. Business Source Complete.
- Steventon, A., & Bardsley, M. (2012), “The impact of telehealth on use of hospital care and mortality”, *Nuffield Trust Report*. <http://www.nuffieldtrust.org.uk>. Acedido em 10 de maio de 2021.
- Swan, M. (2009). Emerging patient-driven health care models: An examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 492-525.
- Triviños, A. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- 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.
- We Are Social. (2020). *Digital 2020*. <https://wearesocial.com/digital-2020>. Acedido em 7 de janeiro de 2021.
- Widberg, C., Wiklund, B., & Klarare, A. (2020). Patients’ experiences of ehealth in palliative care: An integrative review. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–14. Academic Search Complete.
- Wind, Y. (2008). A plan to invent the marketing we need today. *MIT Sloan Management Review*, v. 49, n.4, 21-28.

- WHO. (1997). A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva.
- Wymbs, C. (2011). Digital marketing: the time for a new "academic major" has arrived. *Journal of Marketing Education*, 93-106.
- Xiang, L., Zheng, X., Lee, M., & Zhao, D. (2016). Exploring consumers' impulse buying behavior on social commerce platform: The role of parasocial interaction. *International Journal of Information Management*, 36(3), 333-347.
- Xuea, Y., Lianga, H., Mbarikab, V., Hausera, R., Schwagera, P., & Getahunca, M. (2015). Investigating the resistance to telemedicine in Ethiopia. *International Journal of Medical Informatics*, 84, 537-547.
- Zeithaml, V. & M. (2003). *Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente*. (2ª Edição). São Paulo: Bookman Artmed Editora.
- Yarbrough A., & Smith T. (2007). Technology acceptance among physicians: a new take on TAM. *Med Care Res, Rev*64(6):650–72.24.
- Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2, Pt.2), 1–27. <https://doi.org/10.1037/h0025848>
- Zhang, K. Z., Xu, H., Zhao, S., & Yu, Y. (2018). Online reviews and impulse buying behavior: the role of browsing and impulsiveness. *Internet Research*.
- Zuiderent, T., Berg, M. & Winthereik, B. (2003), "Talking about distributed communication and medicine: on bringing together remote and local actors", *Human-Computer Interaction*, 18 (1), 171-180.

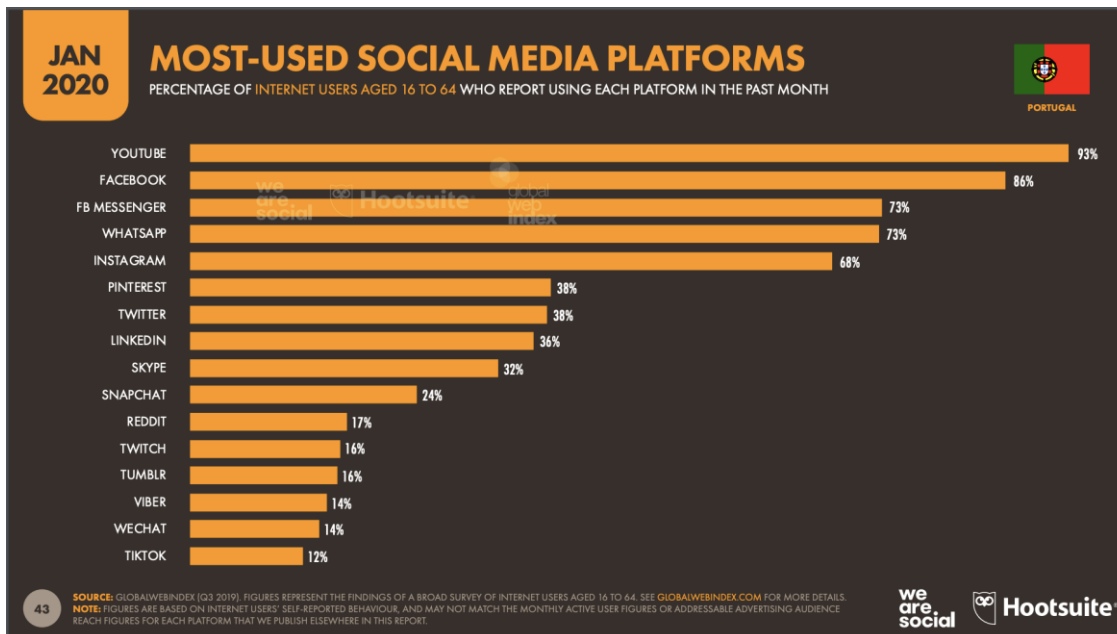
Apêndice I – Uso da Internet em Portugal

Figura 1- Social Media Users – PT



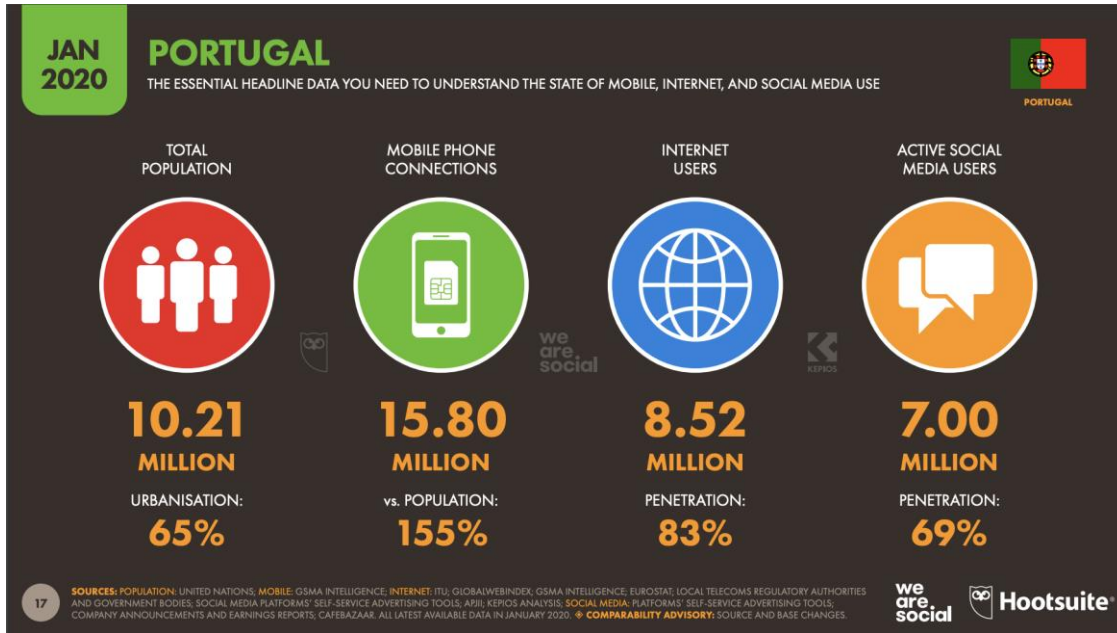
Fonte: We Are Social - Portugal 2020

Figura 2 - Top Redes Sociais – PT



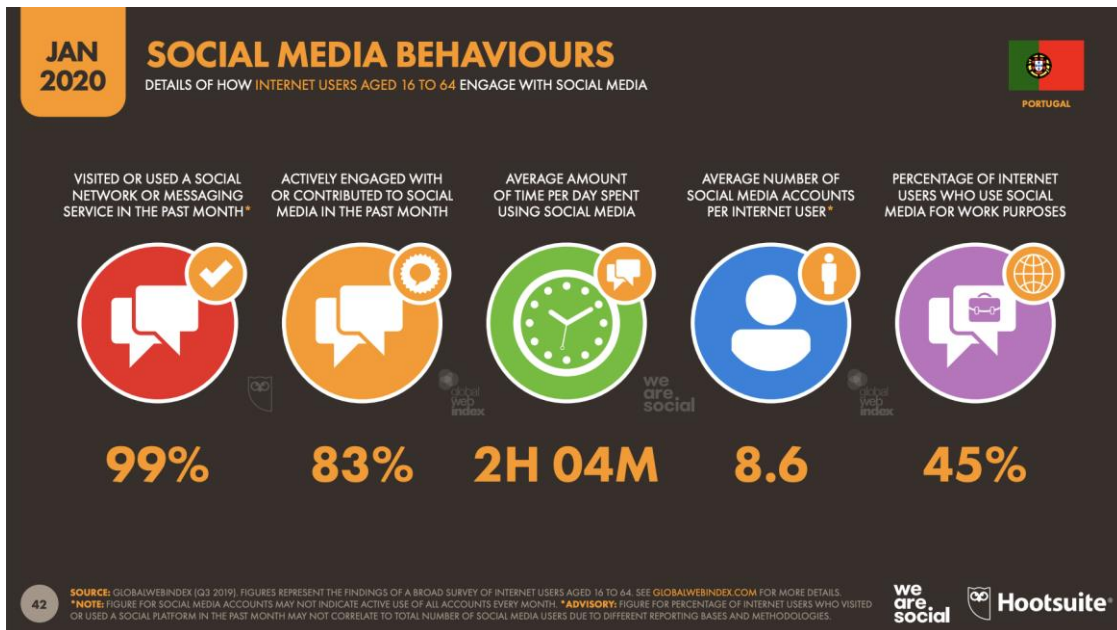
Fonte: We Are Social – Portugal 2020

Figura 3 - Usuários de Internet – PT



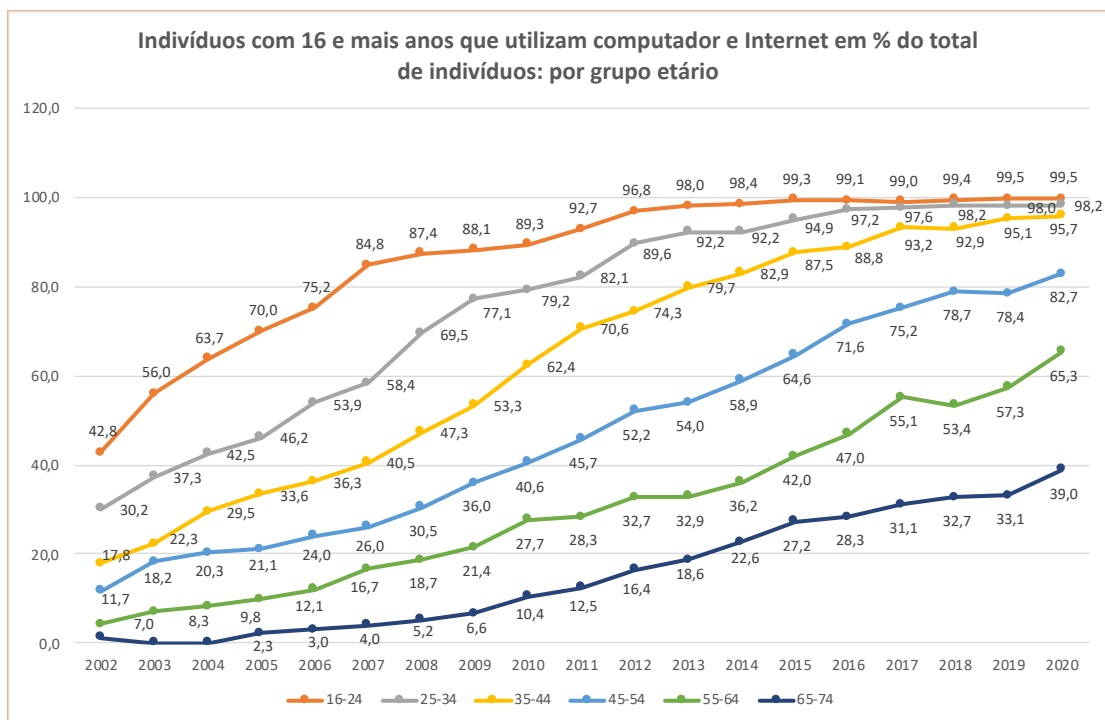
Fonte: We Are Social - Portugal 2020

Figura 4 - Comportamento Redes Sociais- PT



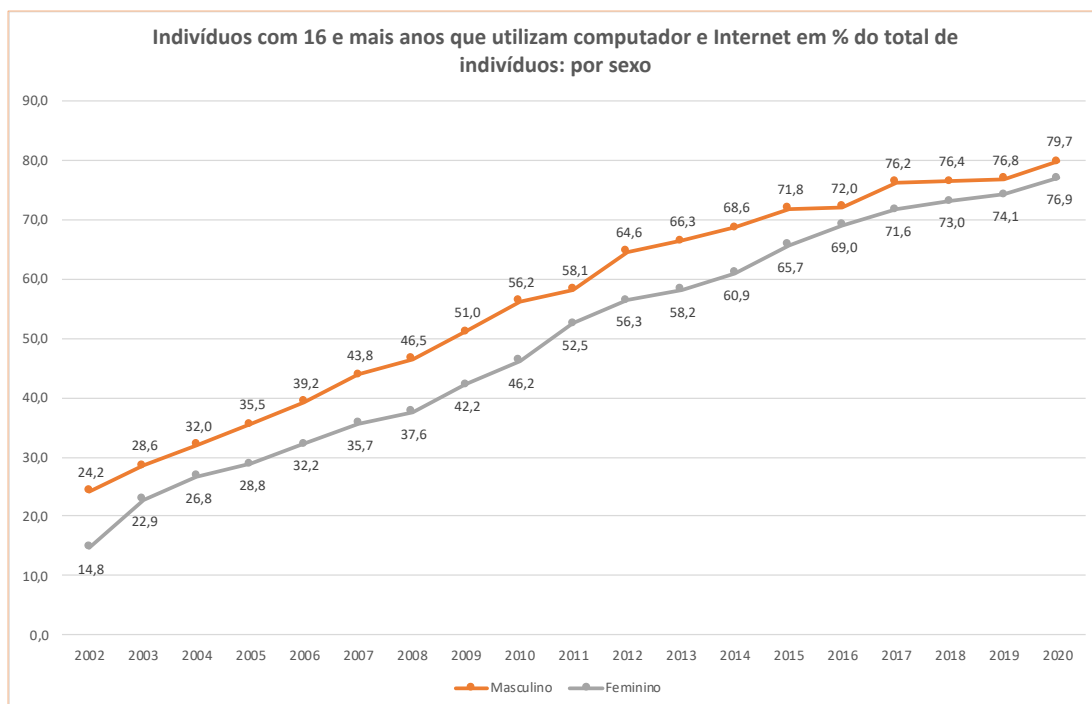
Fonte: We Are Social - Portugal 2020

Figura 5 - Utilizadores Internet - Grupo Etário



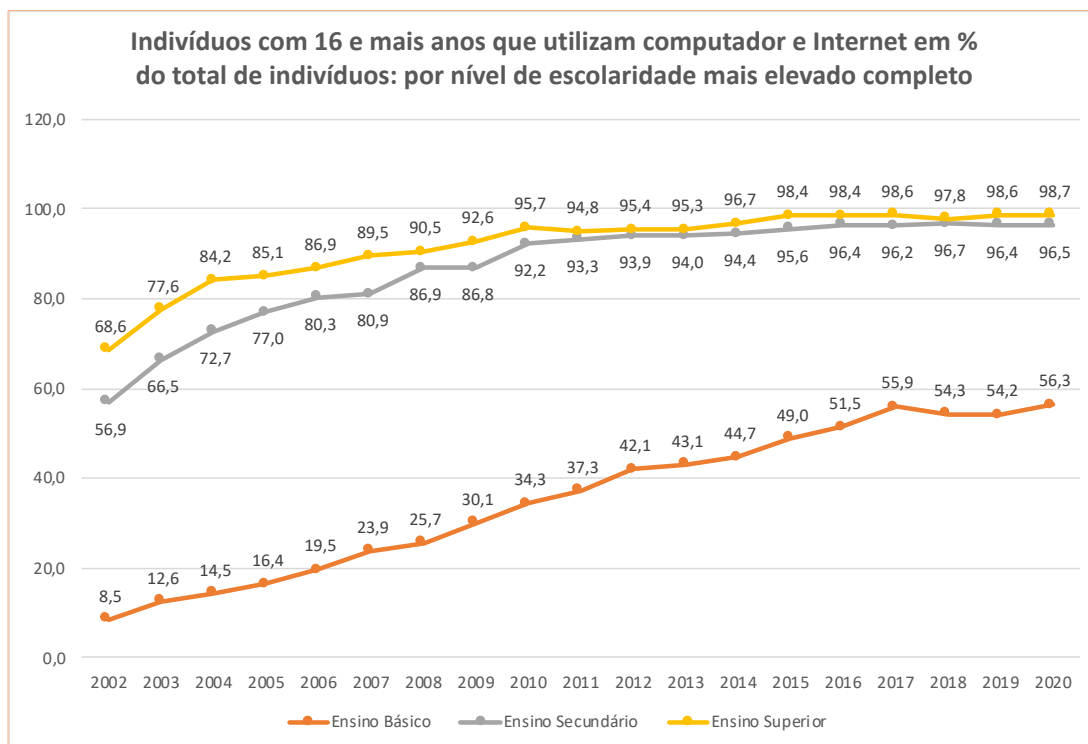
Fonte: (Pordata, 2020)

Figura 6 - Utilizadores Internet – Sexo



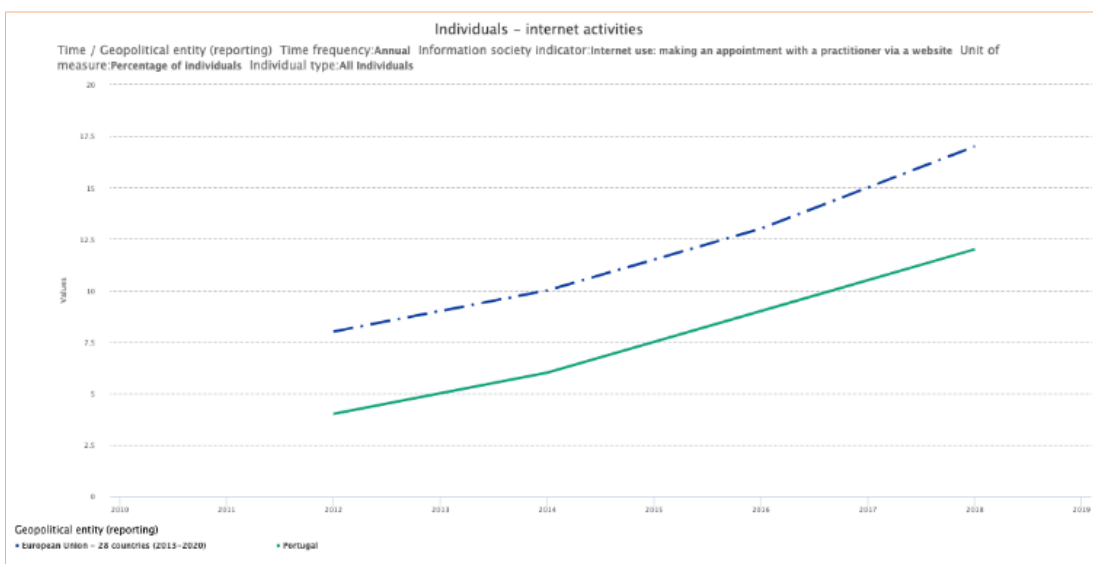
Fonte: (Pordata, 2020)

Figura 7 - Utilizadores Internet - Nível de Escolaridade



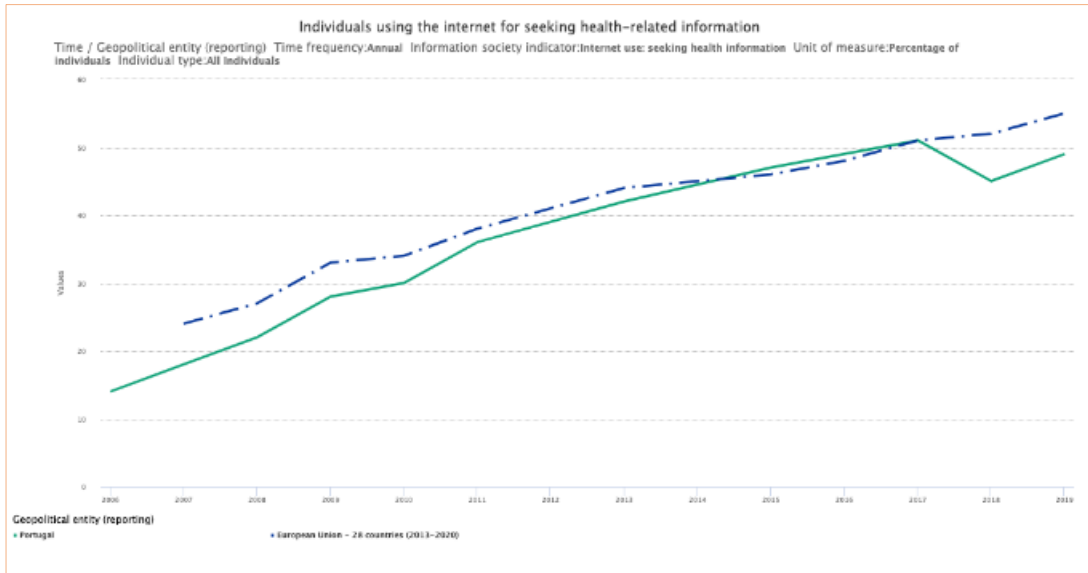
Fonte: (Pordata, 2020)

Figura 8 - Uso da Internet para agendar uma consulta médica (2012 – 2018)



Fonte: (European Commission, 2020)

Figura 9 - Uso da Internet para busca de informações de saúde



Fonte: (European Commission, 2020)

Apêndice II – Questionário Pesquisa Qualitativa

ENTREVISTA COM MÉDICOS – ENQUADRAMENTO

Título do projeto: A influência do marketing digital no comportamento do consumidor em aderir a consultas por telemedicina em Portugal.

Objetivo geral do projeto de investigação: Analisar as potencialidades do marketing digital para promover o consumo de serviços de telemedicina no contexto do SNS português.

Questão de investigação: Como o marketing digital pode influenciar o comportamento dos consumidores no processo de adesão a serviços de telemedicina no contexto do SNS português?

Equipa de investigação: Márcio Ferreira da Cunha; Sandrina Teixeira; Amélia Silva

Unidade de I&D: CEOS.PP – Centro de Estudos Organizacionais e Sociais do Politécnico do Porto, (FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, UIDB/05422/2020)

Tratamento de dados/finalidade: Análise de conteúdo com o objetivo de identificar itens/categorias e gerar ideias que possam fundamentar um questionário com perguntas fechadas.

Confidencialidade: Todas as respostas serão tratadas de forma anónima e agrupada.

GUIÃO DE ENTREVISTA

- Parte 1 – Dados para caracterização do médico
- Parte 2 – Perguntas sobre Telemedicina

PARTE 1 – DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DO MÉDICO
Nome:
Idade:
Localidade de trabalho
Anos de carreira
Experiência no exercício da medicina em cargo de gestão? (ex: chefe de serviço / diretor de serviço, outro)
Especialidade:
SNS ou Privado?

PARTE 2 - PERGUNTAS SOBRE TELEMEDICINA

1- Quando ouve a expressão “telemedicina” o que é que a sua mente lhe sugere? A que tipo de ato médico associa?

2- A prática da telemedicina em cuidados primários, cuidados diferenciados e cuidados continuados deve ser encarada do mesmo modo ou de modo diferente?

3- Quais as especialidades com maior potencial para a prática de telemedicina?

4- Quais os principais benefícios que associa à telemedicina

5- Quais os principais riscos que associa à telemedicina

6- Que barreiras identifica para o desenvolvimento e crescimento da telemedicina, sob a ótica do médico? (culturais; psicológicas, tecnológicas; técnicas; burocráticas)

7- Que barreiras identifica para o desenvolvimento e crescimento da telemedicina, sob a ótica do paciente/utente? (culturais; psicológicas, tecnológicas; técnicas; burocráticas)

8- Como perspetiva a telemedicina no SNS/Privado daqui a 5 anos? E daqui a 10 anos?

Apêndice III – Questionário Pesquisa Quantitativa

#	MODELO	CONSTRUCTOS	VARIAVEL	PERGUNTAS	TIPO	ESCALA	HIPÓTESE	AUTOR
1	-	CONSENTIMENTO	-	CON.a) Tenho mais de 18 anos, compreendo a atividade em questão e pretendo iniciar o inquérito. CON.b) Não quero prosseguir com o inquérito.		Se CONb, encerra.	-	-
2	-	FILTER	RESID	F.1) Atualmente reside em Portugal?		F1) Sim / Não (se "não", encerra)	-	-
3			GENERO	D.1) Informe seu género:		D.1) Masculino / Feminino / Outro		
4			IDADE	D.2) Informe sua faixa de idade:		D.2) 18-24 / 25-34 / 35-44 / 45-54 / 55-64 / + de 64		
5			ESCOL	D.3) Informe seu grau de escolaridade:	resposta única	D.3) Ensino básico / Ensino secundário / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento		
6			CONDTR	D.4) Informe sua condição atual perante o trabalho:	resposta única	D.4) Empregado por conta outrem / Empregado por conta própria / Trabalhador-estudante / Estudante / Desempregado / Reformado		-
7			RENDLIQ	D.5) Informe a faixa de rendimento líquido mensal de seu agregado familiar.		D.5) até 700 / 701 a 1500 / 1501 a 2500 / 2501 a 3500 / 3501 a 5000 / mais de 5000		
8			AGREG	D.6) Informe a quantidade de membros do agregado familiar		D.6) 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / mais de 5		
9			DISTRIT	D.7) Selecione o Distrito em que reside:		D.7) Lista de seleção com os Distritos de Portugal		
10	MITUAS (Media and Technology Usage and Attitudes Scale)	DEMOGRAPHICS	FREQUDE FREQUEAR FREQMAIL FREQJOGO FREQVID	I.1) Qual frequência utiliza a internet em qualquer dispositivo (Smartphone, Laptop, Desktop, SmartTV, Video Games) 1- Redes Sociais 2- Pesquisas na Internet 3- E-mail 4- Jogos Online 5- Vídeos	resposta única, múltiplas opções	L1 de 1 a 5) Nunca / 1 vez por mês / várias vezes por mês / 1 vez por semana / várias vezes por semana / 1 vez por dia / várias vezes por dia / 1 vez por hora / várias vezes por hora / Todo o tempo	-	Rosen et al. (2013)
11	-		REDEMAIS	I.2) Que redes sociais mais utiliza?	resposta múltipla	I.2) Youtube, Facebook, Whatsapp, Facebook Messenger, Instagram, Pinterest LinkedIn, Twitter, Skype Tiktok, Snapshat.		-
12			ATIVDIA	I.3) As redes sociais fazem parte das minhas atividades diárias		I.3 a I.5) 1- Concordo plenamente		
13	FBI (Facebook Intensity Scale)		ROTINADIA	I.4) As redes sociais se tornaram parte da minha rotina diária	resposta única	2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo plenamente		Ellison et al. (2007)
14			FORACONT	I.5) En sítio-me fora de contacto quando não entro nas redes sociais há um tempo.		I.6) 0 = menos que 10 / 1 = 10-30 / 2 = 31-60 / 3 = 1-2 horas / 4 = 2-3 horas / 5 = mais do que 3 horas		
15			TEMPOREDE	I.6) Na última semana, em média, durante quantos minutos por dia aproximadamente utilizou as redes sociais?				
16	-		JAFEZ	TELE.1) Consultas por telemedicina evoluem a comunicação entre o médico e o paciente, em tempo real, por meio de videoconferência com a utilização de computadores ou smartphones. Já fez uma consulta de telemedicina por videoconferência?	resposta única	TELE.1) Sim / Não	-	-

#	MODELO	CONSTRUCTOS	VARIAVEL	PERGUNTAS	TIPO	ESCALA	HIPÓTESE	AUTOR
17			FACILAPREN	PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.		PEU.1 a PEU.4)	H6 - A Perceived Easy of Use terá efeito positivo na Perceived Usefulness de um serviço de consulta por telemedicina.	
18	TAM (Technology Acceptance Model)	PERCEIVED EASY OF USE	FACILUSAR	PEU.2) Eu acho que será fácil para as pessoas utilizarem serviços de consulta de telemedicina por videoconferência.	resposta única	1- Concordo plenamente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo plenamente	H7 - A Perceived Easy of Use terá efeito positivo na Attitude em usar serviços de consulta por Telemedicina.	Davis (1985)
SIMPLES			PEU.3) Eu acho que usar serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é simples.					
CONVEN			PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.					
BENEF			PU.1) Eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência será benéfico para o cuidado com a saúde das pessoas.					
22			VANTDESV	PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens				
23			UTILSAUDE	PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde			H8 - A Perceived Usefulness terá efeito positivo na Attitude em usar serviços de consulta por Telemedicina.	
24	TAM (Technology Acceptance Model)	PERCEIVED USEFULNESS	CONVENI	PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	resposta única	PU.1 a PU.6)	H9 - A Perceived Usefulness terá efeito positivo na Intenção de uso de um serviço consulta por Telemedicina.	Davis (1985)
25			MELHORA	PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida				
26			MUITOUTIL	PU.6) De uma forma geral, eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis.				
27			VAZAM	PB.1) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência não esteja bem protegido e possa levar ao vazamento ou abuso de minhas informações pessoais			H10a - As Perceived Barriers terão efeito negativo na Attitude em usar serviços consulta por Telemedicina.	
28	HBM (Health Belief Model)	PERCEIVED BARRIERS	PRIVAC	PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade	resposta única	PB.1 a PB.3)	H10b - As Perceived Barriers terão efeito negativo na Intention of Use de serviços de consulta por Telemedicina.	Janz & Becker (1984)
29			CONFIAB	PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.				
30			SELFLEARN	SE.1) Eu acho que posso aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais				
31	SCT (Social Cognitive Theory)	SELF-EFFICACY	CONFLEARN	SE.2) Eu estou confiante para aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	resposta única	SE.1 a SE.3)	H11 - A Self-Efficacy terá efeito positivo na Intention of Use de serviços de consulta por Telemedicina.	Mon et al., (2016); Ng et al., (2009);
32			CAPBLEARN	SE.3) Eu acredito que sou capaz de aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais				

#	MODELO	CONSTRUCTOS	VARIÁVEL	PERGUNTAS	TIPO	ESCALA	HIPÓTESE	AUTOR
33			BOAIDEIA	ATT.1) Usar serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia.				
34			MELQUALID	ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.				
35	TAM (Technology Acceptance Model)	ATTITUDE	REDRISCO	ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.	resposta única	ATT.1 a ATT.6)	H12 - A Attitude terá efeito positivo na Intention of Use de serviços de consulta por Telemedicina.	Davis (1985)
36			VALIA	ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.				
37			INDICAR	ATT.5) Estou disposto a apresentar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência a outras pessoas.				
38			IDEAL	ATT.6) De uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal.				
39			USOFREQ	BI1) Se necessário, eu faria uso do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência com frequência.		BI.1 a BI.3)		
40	TAM (Technology Acceptance Model)	BEHAVIORAL INTENTION OF USE	SEPRECISO	BI2) Caso seja preciso, estou disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	resposta única	1- Concordo plenamente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo plenamente		Davis (1985)
41			DISPOSTO	BI3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.				

Apêndice IV – Resultados Alfa de Cronbach e Variância Total Explicada

1- *Perceived Easy of Use*:

Tabela A – Confiabilidade do fator “Perceived Easy of Use”

<i>Perceived Easy of Use</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.	0,307	0,566
PEU.2) Eu acho que será fácil para as pessoas utilizarem serviços de consulta de telemedicina por videoconferência.	0,249	0,582
PEU.3) Eu acho que usar serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é simples.	0,167	0,628
PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.	0,828	-,040 ^a

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Confiabilidade do fator “Perceived Easy of Use” após remover item PEU 3

<i>Perceived Easy of Use</i> (após remover PEU 3)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.	0,472	0,481
PEU.2) Eu acho que será fácil para as pessoas utilizarem serviços de consulta de telemedicina por videoconferência.	0,205	0,773
PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.	0,716	0,026

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Confiabilidade do fator “Perceived Easy of Use” após remover itens PEU 3 e PEU 2

<i>Perceived Easy of Use</i> (após remover PEU 3 e PEU 2)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.	0,630	-
PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.	0,630	-

Fonte: Elaboração própria

Tabela D – Análise Fatorial “Perceived Easy of Use” – Variância total explicada

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,630	81,512	81,512	1,630	81,512	81,512
2	,370	18,488	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Fonte: Elaboração própria

2- Perceived Usefulness:

Tabela A – Confiabilidade do fator “Perceived Usefulness”

<i>Perceived Usefulness</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PU.1) Eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência será benéfico para o cuidado com a saúde das pessoas.	-0,043	0,743
PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens	0,587	0,663
PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde	0,333	0,700
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	0,670	0,592
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	0,804	0,546
PU.6) De uma forma geral, eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis.	0,461	0,739

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Confiabilidade do fator “Perceived Usefulness” após remover item PU 1

<i>Perceived Usefulness (após remover PU 1)</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens	0,579	0,714
PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde	0,337	0,751
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	0,670	0,638
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	0,814	0,585
PU.6) De uma forma geral, eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis.	0,462	0,796

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Confiabilidade do fator “Perceived Usefulness” após remover itens PU 1 e PU 6

<i>Perceived Usefulness (após remover PU 1 e PU 6)</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens	0,418	0,827
PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde	0,622	0,743
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	0,767	0,658
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	0,705	0,695

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela D – Confiabilidade do fator “Perceived Usefulness” após remover itens PU 1, PU 6 e PU 2

<i>Perceived Usefulness</i> (após remover PU 1, PU 6 e PU 2)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde	0,625	0,832
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	0,778	0,663
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	0,696	0,753

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela E – Confiabilidade do fator “Perceived Usefulness” após remover itens PU 1, PU 6, PU 2 e PU 3

<i>Perceived Usefulness</i> (após remover PU 1, PU 6, PU 2 e PU 3)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	0,712	-
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	0,712	-

Fonte: Elaboração própria

Tabela F – Análise Fatorial “Perceived Usefulness” – Variância total explicada

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,712	85,622	85,622	1,712	85,622	85,622
2	,288	14,378	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Fonte: Elaboração própria

3- Attitude

Tabela A – Confiabilidade do fator “Attitude”

<i>Attitude</i> (ATT 1 removido automaticamente)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
ATT.1) Usar serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia.		Variável possui variância ZERO e por isso foi removida da escala
ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.	0,911	0,742
ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.	0,836	0,777

<i>Attitude</i> (ATT 1 removido automaticamente)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.	0,812	0,778
ATT.5) Estou disposto a apresentar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência a outras pessoas.	0,208	0,901
ATT.6) De uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal.	0,597	0,852

(Itens removidos destacados em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Confiabilidade do fator “Attitude” após remover item ATT 1 e ATT 5

<i>Attitude</i> (após remover ATT 1 e ATT 5)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.	0,892	0,829
ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.	0,763	0,883
ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.	0,822	0,859
ATT.6) De uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal.	0,695	0,917

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Confiabilidade do fator “Attitude” após remover item ATT 1, ATT 5 e ATT 6

<i>Attitude</i> (Após remover do ATT 1, ATT 5 e ATT 6)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.	0,830	0,891
ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.	0,811	0,902
ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.	0,874	0,845

Fonte: Elaboração própria

Tabela D – Análise Fatorial “Attitude” – Variância total explicada

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,588	86,263	86,263	2,588	86,263	86,263
2	,254	8,454	94,717			
3	,158	5,283	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Fonte: Elaboração própria

4- Behavioral Intention of Use

Tabela A – Confiabilidade do fator “Behavioral Intention of Use”

<i>Behavioral Intention of Use</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
BI.1) Se necessário, eu faria uso do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência com frequência.	-0,151	0,919
BI.2) Caso seja preciso, estou disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	0,728	-,234 ^a
BI.3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	0,810	-,270 ^a

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Confiabilidade do fator “Behavioral Intention of Use” após remover item BI 1

<i>Behavioral Intention of Use (após remover BI 1)</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
BI.2) Caso seja preciso, estou disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	0,879	-
BI.3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	0,879	-

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Análise Fatorial “Behavioral Intention of Use” – Variância total explicada

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,879	93,966	93,966	1,879	93,966	93,966
2	,121	6,034	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Fonte: Elaboração própria

5- Perceived Barriers

Tabela A – Confiabilidade do fator “Perceived Barriers”

<i>Perceived Barriers</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PB.1) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência não esteja bem protegido e possa levar ao vazamento ou abuso de minhas informações pessoais	0,291	0,909
PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade	0,689	0,447
PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.	0,673	0,417

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Confiabilidade do fator “Perceived Barriers” após remover itens PB 1

<i>Perceived Barriers</i> (após remover PB 1)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade	0,847	-
PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.	0,847	-

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Análise Fatorial “Perceived Barriers” – Variância total explicada

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,847	92,331	92,331	1,847	92,331	92,331
2	,153	7,669	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Fonte: Elaboração própria

6- Self-efficacy

Tabela A – Confiabilidade do fator “Self-efficacy”

<i>Self-efficacy</i>	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
SE.1) Eu acho que posso aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	0,486	0,858
SE.2) Eu estou confiante para aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	0,733	0,535
SE.3) Eu acredito que sou capaz de aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	0,804	0,474

(Item removido destacado em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Confiabilidade do fator “Self-efficacy” após remover itens SE 1

<i>Self-efficacy</i> (após remover SE 1)	Correlação do item com o total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade	0,769	-
PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.	0,769	-

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Análise Fatorial “Self-efficacy” – Variância total explicada

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,769	88,443	88,443	1,769	88,443	88,443
2	,231	11,557	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Fonte: Elaboração própria

Apêndice V – Análise de Dispersão

Tabela A – Médias e Erros Desvio dos itens dos constructos da pesquisa quantitativa

Perceived Easy of Use	Média	Erro Desvio
PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.	3,94	1,505
PEU.2) Eu acho que será fácil para as pessoas utilizarem serviços de consulta de telemedicina por videoconferência.	3,17	0,962
PEU.3) Eu acho que usar serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é simples.	3,63	1,010
PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.	3,18	1,534
Perceived Usefulness	Média	Erro Desvio
PU.1) Eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência será benéfico para o cuidado com a saúde das pessoas.	4,97	0,166
PU.2) Eu acho que as vantagens do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência vão superar as desvantagens	4,39	0,488
PU.3) Eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são úteis para o cuidado da minha saúde	3,74	0,671
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	3,90	0,933
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	3,22	0,903
PU.6) De uma forma geral, eu acho que os serviços de consultas de telemedicina por videoconferência são altamente úteis.	3,88	1,544
Atitude (ATT 1 removido automaticamente)	Média	Erro Desvio
ATT.1) Usar serviço de consultas de telemedicina por videoconferência é uma boa ideia.	5,00	0,000
ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.	3,79	1,326
ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.	3,53	1,075
ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.	4,02	1,189
ATT.5) Estou disposto a apresentar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência a outras pessoas.	4,07	0,713
ATT.6) De uma forma geral, acho que usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é a maneira ideal.	4,06	1,531
Behavioral Intention of Use	Média	Erro Desvio
BI.1) Se necessário, eu faria uso do serviço de consulta de telemedicina por videoconferência com frequência.	4,68	0,468
BI.2) Caso seja preciso, estou disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	4,14	1,096
BI.3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	4,25	0,843
Perceived Barriers	Média	Erro Desvio
PB.1) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência não esteja bem protegido e possa levar ao vazamento ou abuso de minhas informações pessoais	2,34	1,302
PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade	2,72	1,052
PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.	2,46	1,260
Self-efficacy	Média	Erro Desvio
SE.1) Eu acho que posso aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	4,78	0,416
SE.2) Eu estou confiante para aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	4,16	0,810
SE.3) Eu acredito que sou capaz de aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	4,13	1,006

(Itens removidos destacados em vermelho)

Fonte: Elaboração própria

Apêndice VI – Análise Descritiva da Pesquisa Quantitativa

Tabela A – Caracterização sociodemográfica da amostra da pesquisa qualitativa

Variáveis demográficas	Classificação	Mínimo	Máximo
Idade	Masculino	50	70
	Feminino	35	62
Experiência	Masculino	24	50
	Feminino	15	35
Variáveis demográficas	Classificação	Frequência	Porcentagem
Gênero	Masculino	3	37%
	Feminino	5	63%
Especialidade	Médico de Família	1	13%
	Patologia Clínica	2	25%
	Dermatologia	1	13%
	Cardiologia	1	13%
	Gastrenterologia	1	13%
	Psiquiatria	2	25%
Cargo de Chefia	Sim	3	37%
	Não	0	0%
	Não informado	5	63%
Setor de Trabalho	Público	3	37%
	Privado	0	0%
	Ambos	4	50%
	Não informado	1	13%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela B - Caracterização sociodemográfica da amostra - Pesquisa Quantitativa

Variáveis Demográficas	Classificação	Frequência	Porcentagem
Gênero	Masculino	178	50,6%
	Feminino	173	49,1%
	Outro	1	0,0%
Faixa etária	18 - 24	108	30,7%
	25 - 34	73	20,7%
	35 - 44	22	6,3%
	45 - 54	113	32,1%
	55 - 64	30	8,5%
	65+	6	1,7%
Grau de escolaridade	Ensino básico	138	39,2%
	Ensino secundário	110	31,3%
	Licenciatura	38	10,8%
	Mestrado	35	9,9%
	Doutoramento	31	8,8%
Condição atual perante o trabalho	Empregado por conta outrem	119	33,8%
	Empregado por conta própria	58	16,5%
	Trabalhador-estudante	38	10,8%
	Estudante	14	4,0%
	Desempregado	118	33,5%
	Reformado	5	1,4%
Rendimento líquido mensal	até 700	23	6,5%
	701 a 1500	42	11,9%
	1501 a 2500	205	58,2%

Variáveis Demográficas	Classificação	Frequência	Porcentagem
	2501 a 3500	27	7,7%
	3501 a 5000	51	14,5%
	mais de 5000	4	1,1%
Agregado familiar	1	67	19,0%
	2	172	48,9%
	3	47	13,4%
	4	52	14,8%
	5	9	2,6%
	mais de 5	5	1,4%

Fonte: Elaboração própria

Tabela C - Distribuição da Amostra por distritos (Portugal Continental) – Pesquisa Quantitativa

Variável Demográfica	Classificação	Frequência	Porcentagem
Distrito	Aveiro	9	2,6%
	Beja	10	2,8%
	Braga	12	3,4%
	Bragança	15	4,3%
	Castelo Branco	21	6,0%
	Coimbra	11	3,1%
	Évora	8	2,3%
	Faro	18	5,1%
	Guarda	35	9,9%
	Leiria	15	4,3%
	Lisboa	63	17,9%
	Porto	50	14,2%
	Santarém	13	3,7%
	Setúbal	5	1,4%
	Viana do Castelo	20	5,7%
	Vila Real	28	8,0%
Viseu	19	5,4%	

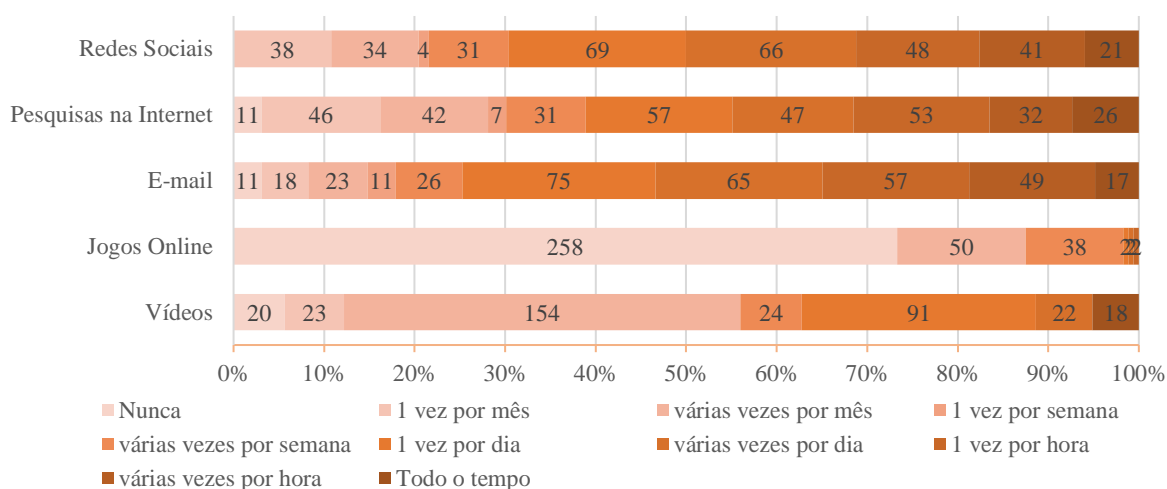
Fonte: Elaboração própria

Tabela D - Distribuição da Amostra por regiões (Portugal Continental) – Pesquisa Quantitativa

Variável Demográfica	Classificação	Frequência	Porcentagem
Região	Norte	125	35,5%
	Centro	110	31,3%
	Lisboa	63	17,9%
	Alentejo	36	10,2%
	Algarve	18	5,1%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1 - Frequência de uso da internet por tipo de serviço – Pesquisa Quantitativa



Fonte: Elaboração própria

Tabela F – Rede Social que mais utiliza – Pesquisa Quantitativa

Que redes sociais mais utiliza?	Frequência	Porcentagem
Facebook	134	38,1%
Whatsapp	126	35,8%
Youtube	116	33,0%
Instagram	99	28,1%
Twitter	81	23,0%
Pinterest	62	17,6%
Facebook Messenger	45	12,8%
Linkedin	41	11,6%
TikTok	41	11,6%
Snapchat	26	7,4%
Skype	19	5,4%

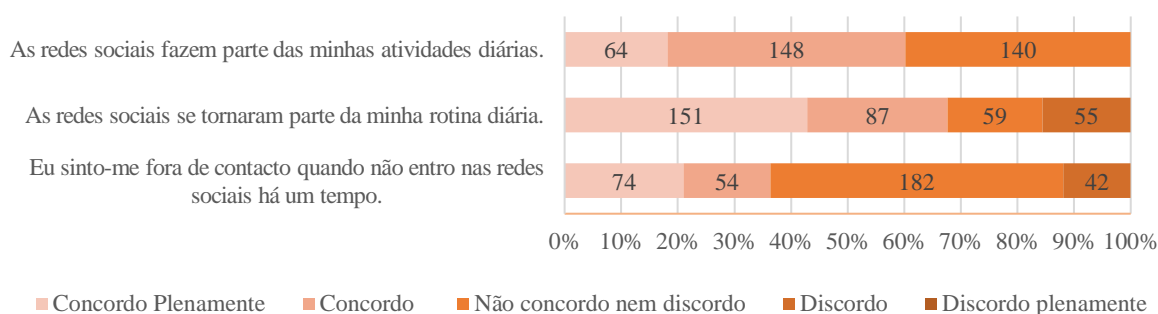
Fonte: Elaboração própria

Tabela G – Tempo de utilização das redes sociais na última semana – Pesquisa Quantitativa

Na última semana, em média, durante quantos minutos por dia aproximadamente utilizou as redes sociais?	Frequência	Porcentagem
menos que 10	47	13,4%
10-30 mins	59	16,8%
31-60 mins	47	13,4%
1-2 horas	88	25,0%
2-3 horas	62	17,6%
mais do que 3 horas	49	13,9%

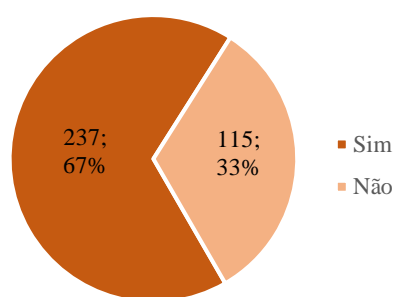
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 – A atitude em relação ao uso das redes sociais – Pesquisa Quantitativa



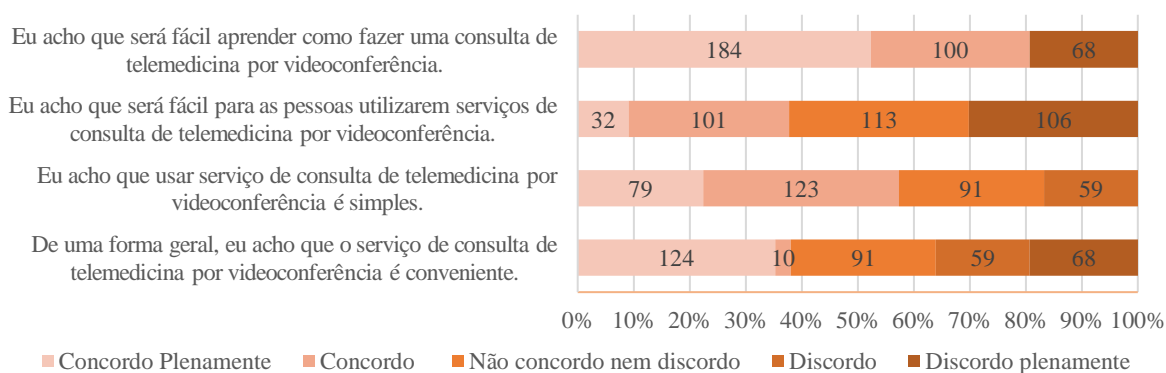
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3 – Já fez uma consulta de telemedicina por videoconferência?



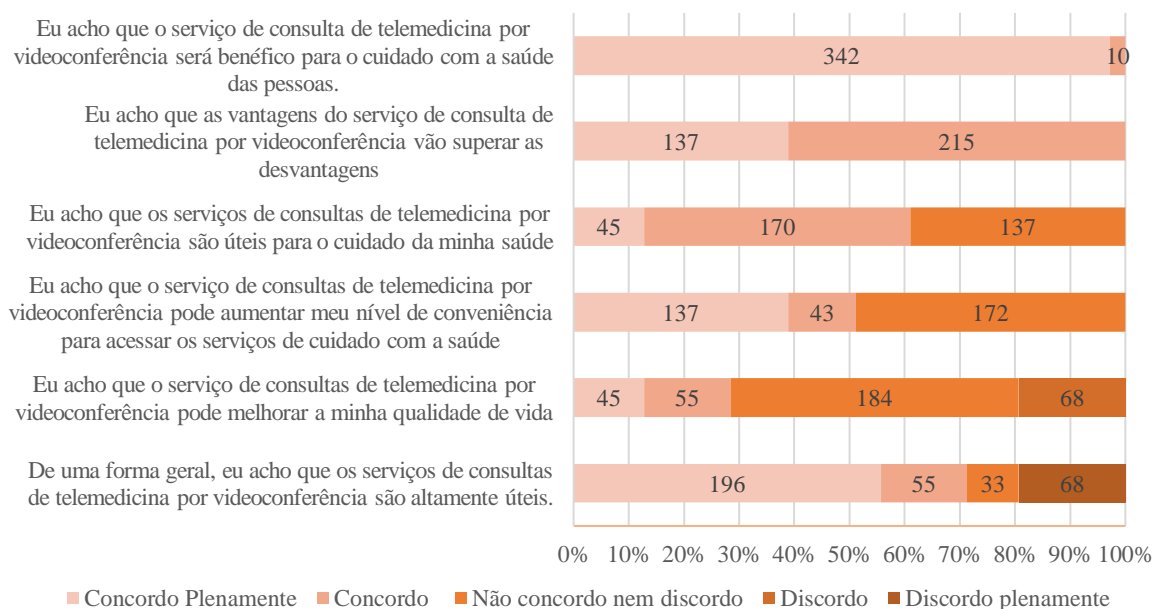
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4 – Percepções sobre a facilidade de uso do serviço de consulta por telemedicina



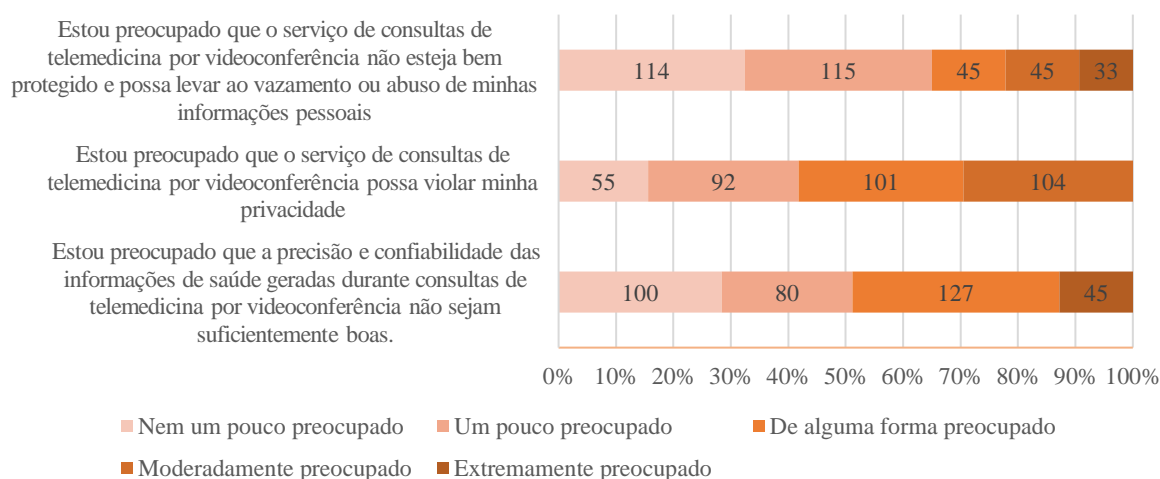
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 5 – Percepções sobre a utilidade do serviço de consultas por telemedicina



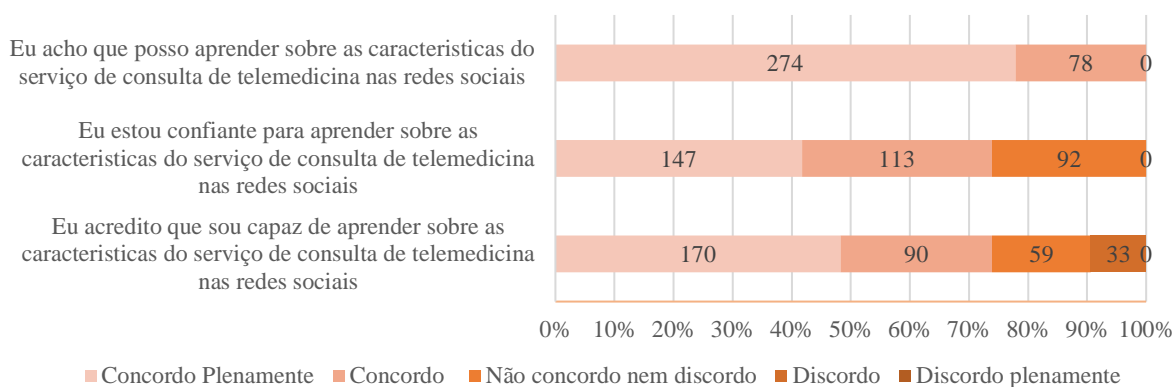
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 6 – Percepções sobre as barreiras ao uso do serviço de consultas por telemedicina



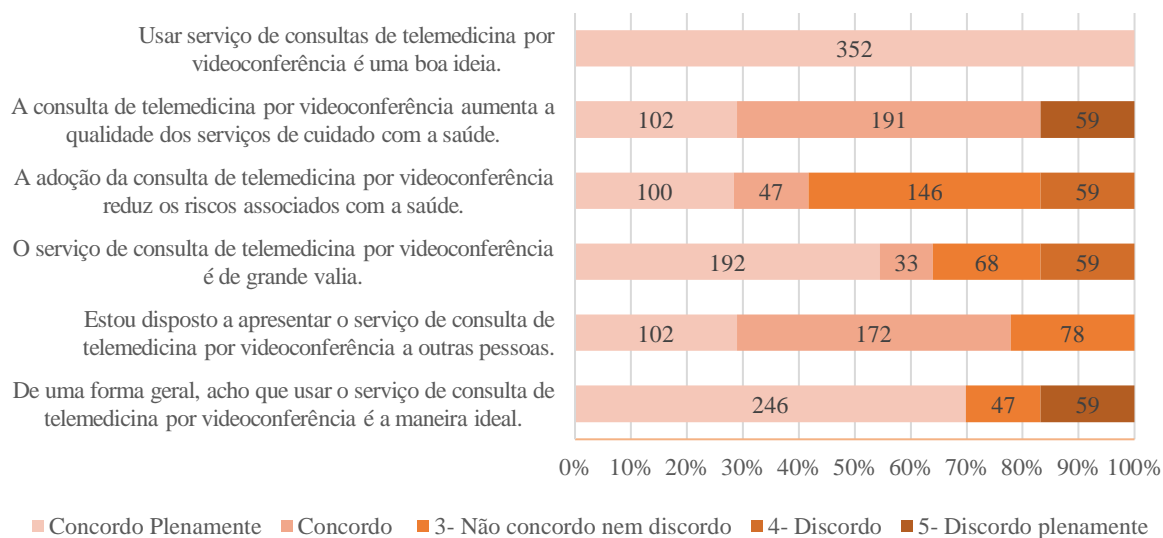
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 7 – Percepções sobre a autoeficácia no aprendizado sobre o serviço de consultas por telemedicina



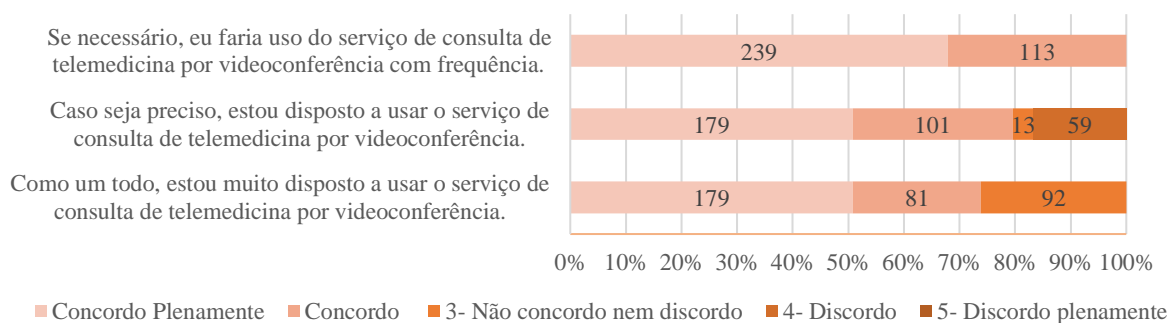
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 8 – Percepções sobre as atitudes quanto ao uso do serviço de consultas por telemedicina



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 9 - Percepções sobre a intenção de uso do serviço de consultas por telemedicina



Fonte: Elaboração própria

Apêndice VII – Resultados da Análise Fatorial

1- Perceived Easy of Use:

Comunalidades

	Inicial	Extração
PEU.1) Eu acho que será fácil aprender como fazer uma consulta de telemedicina por videoconferência.	1,000	,815
PEU.4) De uma forma geral, eu acho que o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é conveniente.	1,000	,815

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,630	81,512	81,512	1,630	81,512	81,512
2	,370	18,488	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

2- Perceived Usefulness:

Comunalidades

	Inicial	Extração
PU.4) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode aumentar meu nível de conveniência para acessar os serviços de cuidado com a saúde	1,000	,856
PU.5) Eu acho que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência pode melhorar a minha qualidade de vida	1,000	,856

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,712	85,622	85,622	1,712	85,622	85,622
2	,288	14,378	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

3- Attitude:

Comunalidades

	Inicial	Extração
ATT.2) A consulta de telemedicina por videoconferência aumenta a qualidade dos serviços de cuidado com a saúde.	1,000	,854
ATT.3) A adoção da consulta de telemedicina por videoconferência reduz os riscos associados com a saúde.	1,000	,839
ATT.4) O serviço de consulta de telemedicina por videoconferência é de grande valia.	1,000	,895

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,588	86,263	86,263	2,588	86,263	86,263
2	,254	8,454	94,717			
3	,158	5,283	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

4- Behavioral Intention of Use:

Comunalidades

	Inicial	Extração
BI2) Caso seja preciso, estou disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	1,000	,940
BI3) Como um todo, estou muito disposto a usar o serviço de consulta de telemedicina por videoconferência.	1,000	,940

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,879	93,966	93,966	1,879	93,966	93,966
2	,121	6,034	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

5- Perceived Barriers:

Comunalidades

	Inicial	Extração
PB.2) Estou preocupado que o serviço de consultas de telemedicina por videoconferência possa violar minha privacidade	1,000	,923
PB.3) Estou preocupado que a precisão e confiabilidade das informações de saúde geradas durante consultas de telemedicina por videoconferência não sejam suficientemente boas.	1,000	,923

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,847	92,331	92,331	1,847	92,331	92,331
2	,153	7,669	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

6- Self-efficacy:

Comunalidades

	Inicial	Extração
SE.2) Eu estou confiante para aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	1,000	,884
SE.3) Eu acredito que sou capaz de aprender sobre as características do serviço de consulta de telemedicina nas redes sociais	1,000	,884

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	1,769	88,443	88,443	1,769	88,443	88,443
2	,231	11,557	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Apêndice VIII – Coeficientes de Correlação de Pearson dos Constructos

Tabela A – Correlação entre os constructos “Facilidade de Uso Percebida” e “Utilidade Percebida”

		Perceived Easy of Use (soma)	Perceived Usefulness (soma)
Perceived Easy of Use (soma)	Correlação de Pearson	1	,650**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Perceived Usefulness (soma)	Correlação de Pearson	,650**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela B – Correlação entre os constructos “Facilidade de Uso Percebida” e “Atitude”

		Perceived Easy of Use (mean)	Attitude (soma)
Perceived Easy of Use (mean)	Correlação de Pearson	1	,409**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Attitude (soma)	Correlação de Pearson	,409**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela C – Correlação entre os constructos “Utilidade Percebida” e “Atitude”

		Perceived Usefulness (mean)	Attitude (mean)
Perceived Usefulness (mean)	Correlação de Pearson	1	,715**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Attitude (mean)	Correlação de Pearson	,715**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela D – Correlação entre os constructos “Utilidade Percebida” e “Intenção de Uso”

		Perceived Usefulness (mean)	Behavioral Intention of Use (mean)
Perceived Usefulness (mean)	Correlação de Pearson	1	,462**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Behavioral Intention of Use (mean)	Correlação de Pearson	,462**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela E – Correlação entre os constructos “Barreiras Percebidas” e “Atitude”

		Perceived Barriers (mean)	Attitude (mean)
Perceived Barriers (mean)	Correlação de Pearson	1	-,649**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Attitude (mean)	Correlação de Pearson	-,649**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela F – Correlação entre os constructos “Barreiras Percebidas” e “Intenção de Uso”

		Perceived Barriers (mean)	Behavioral Intention of Use (mean)
Perceived Barriers (mean)	Correlação de Pearson	1	-,345**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Behavioral Intention of Use (mean)	Correlação de Pearson	-,345**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela G – Correlação entre os constructos “Auto-eficácia” e “Intenção de Uso”

Correlações

		Self Efficacy (mean)	Behavioral Intention of Use (mean)
Self Efficacy (mean)	Correlação de Pearson	1	,740**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Behavioral Intention of Use (mean)	Correlação de Pearson	,740**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

Tabela H – Correlação entre os constructos “Atitude” e “Intenção de Uso”

Correlações

		Attitude (mean)	Behavioral Intention of Use (mean)
Attitude (mean)	Correlação de Pearson	1	,882**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	352	352
Behavioral Intention of Use (mean)	Correlação de Pearson	,882**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	352	352

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

