

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA**

**Departamento de Sociologia**

**PROJECTOS DE AUTONOMIA NUMA SOCIEDADE EM TRANSIÇÃO:  
OS *MEDIA* E A SAÚDE**

Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Doutor em Sociologia

Orientador:  
Professor Doutor Gustavo Alberto Leitão Cardoso  
Professor Auxiliar, ISCTE

Janeiro, 2009



## ***Resumo***

A tese aqui apresentada tem como questão inicial qual o significado das práticas quotidianas de informação e comunicação para a gestão individual da problemática da saúde, naquilo que se refere explicitamente à construção e desenvolvimento de processos de autonomia individual no campo da saúde. A saúde individual e a sua gestão quotidiana nunca envolveram tanta informação como actualmente. Grandes quantidades de informação sobre saúde e medicina são disponibilizadas a partir de diversas fontes. Este fluxo constante de informação incentiva o indivíduo a ser responsável pela sua saúde, e dos seus familiares, quotidianamente. A análise apresentada considera três dimensões de análise: 1) Internet e Televisão, enquanto meios de difusão de informação e promoção da comunicação na esfera da saúde; 2) Utentes, e a construção da sua autonomia no contexto da saúde, através do acesso a informação e comunicação; 3) Profissionais de Saúde, mais especificamente médicos, e a construção da sua autonomia em relação aos sistemas formais e tradicionais da saúde e, simultaneamente na promoção da autonomia do utente e nas mudanças na relação médico/paciente. É na interacção entre estas três dimensões, e no aprofundamento do conhecimento sobre elas, que se pode compreender a importância dos processos de autonomia, nas sociedades contemporâneas, autonomia que deve ser entendida como a afirmação por parte do indivíduo da sua capacidade de pensar e agir em função dos seus próprios critérios, valores e esforços. Concluimos, assim, que a mediação afecta as práticas e representações da saúde e que os *media* têm um papel central na construção de projectos de autonomia individual no campo da saúde.

## ***Palavras-Chave***

Comunicação; Saúde; Internet; Ficção Televisiva; Sociedade em Rede

## ***Abstract***

This abstract main issue is the meaning of daily information and communication practices concerning the individual management of the health problematic, regarding what explicitly concerns building and developing individual autonomy processes in the health field. Individual health and its daily management never involved as much information as today. Great amounts of health and medical information are available from different sources. This constant information flow motivates individuals to be responsible for their own and their family's health, daily. This analysis considers three dimensions: 1) Internet and Television, as means of spreading information and promoting communication in the health sphere; 2) Users, and the building of their autonomy in the health context, through information and communication access; 3) Health Professionals, namely doctors, and the construction of their autonomy regarding formal and traditional health systems and, simultaneously, the promotion of users autonomy and changes in doctor/patient relationship. In the interaction between these three dimensions, and by deepening the knowledge about them, we can understand the importance of autonomy processes, in contemporary societies, which must be understood as an individual's statement of his ability to think and act according to his own criteria, values and efforts. We therefore conclude that mediation affects health practices and representations, and *media* have a central role in building individual autonomy projects in the health area.

## ***Key-words***

Communication; Health; Internet; Tv Fiction; Network Society

**Apoio:**

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior



*Para o João, o Gonçalo, o Nuno, o Pedro e a Sofia,  
a minha fantástica e grande família*





## **Agradecimentos**

Quero, em primeiro lugar, agradecer à minha família. Ao João, que entre presenças felizes e ausências forçadas, me deu o seu apoio e amor incondicional. Ao meu filho Gonçalo, pelas suas opiniões duras e inteligentes, o seu sentido crítico aguçado e seu carinho sempre presente. Ao meu filho Nuno, sempre criativo e com um humor brilhante, que me presenteou com uma paciência ilimitada. Aos meus filhos Pedro e Sofia que, apesar da tenra idade, estiveram sempre pacientemente à espera que a mãe parasse de “trabalhar” para terem um pouco de merecida atenção, prontos para me acarinhar. Estas cinco pessoas, o meu (muito meu) núcleo familiar, são a quem devo o privilégio de ter uma vida tão cheia e completa. Sem eles nada, mesmo nada seria possível. São o conteúdo e o sentido da minha existência, do meu trabalho, de todas as minhas vivências.

À minha mãe, Graziela Espanha, sem a qual nunca teria conseguido acabar este projecto, que esteve sempre a meu lado, substituindo-me no necessário apoio à família e aturando o meu (frequente) mau humor, com toda a paciência que tal exige.

Ao Gustavo Cardoso, meu orientador, colega, amigo de vários anos, parceiro de projectos de investigação e de incontáveis viagens no âmbito das Redes COST-ESF e World Internet Project. Sempre com ideias novas, pronto para iniciar projectos, a impor ritmo, dinâmica, ânimo, em todas as iniciativas em que se (nos) envolve. Aos meus colegas e amigos do OberCom: Patrícia Lopes, disponível, bem disposta e presente em todos os momentos, e os investigadores Pedro Neto, Jorge Vieira, Pedro Puga, Vera Araújo e Ana Sofia Gonçalves. Aos colegas que colaboraram comigo em diversos projectos de investigação nos últimos anos, no âmbito do CIES-ISCTE, nomeadamente, Rita Mendes, Emanuel Cameira e Lara Carregã.

Um agradecimento especial à Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Saúde e Desenvolvimento, pois foi graças ao estudo desenvolvido no seu âmbito, “A Saúde na Era da Informação”, que tive o privilégio de coordenar em conjunto com Gustavo Cardoso, que grande parte dos dados utilizados neste estudo foram recolhidos e tratados. Agradeço assim a todos os que colaboraram no estudo SEI, nomeadamente

aos responsáveis pelas entidades e organismos envolvidos no projecto, que, com a sua disponibilidade e apoio, tornaram possível o desenvolvimento desse trabalho (ver <http://sei.iscte.pt>), e, naturalmente, ao CIES-ISCTE.

Também agradeço o apoio e estímulo permanente a Francisco Lupiáñez-Villanueva (Universidad Oberta da Catalunha) e a Michael Hardey (University of York), especialistas na área da saúde e comunicação, em concreto saúde e Internet, que pacientemente aguardam pela minha disponibilidade para que iniciemos, em conjunto, um projecto a nível europeu nesta área, e a Piermarco Aroldi, da Università Cattolica del S. Cuore di Milano e do OSSCOM (Osservatorio sulla comunicazione), pelas preciosas indicações e sugestões teóricas que me forneceu.

Por último, gostaria de dedicar uma palavra de especial agradecimento à Direcção do ISLA-Lisboa, instituição onde lecciono desde 2005, nas pessoas do Prof. Tawfiq Rkibi e do Ricardo Carvalho, pelo apoio que desde o primeiro momento me concederam para que levasse este projecto a bom porto.

Rita Espanha

Cascais, Janeiro de 2009

*“Fiquei sem uma definição adequada da realidade (...) se não temos certezas acerca das coisas, se a nossa mente é ainda suficientemente aberta para pôr em causa aquilo que estamos a ver, tendemos a ver o mundo com extrema precaução e, dessa precaução, dessa vigilância, nasce a possibilidade de vermos algo que mais ninguém viu antes. Temos de estar dispostos a admitir que não temos todas as respostas. Se pensarmos o contrário, então nunca teremos nada de importante para dizer.”*

*(Paul Auster, Pensava que o meu Pai era Deus, 2005)*



## Índice

<b>1. Os <i>Media</i> e a Saúde numa Sociedade em Transição</b>	1
<b>2. Comunicação, Saúde e Autonomia</b>	19
<i>As Sociedades Modernas Ocidentais na Era da Informação e do Risco</i>	21
<i>A Comunicação e as Redes: Os Alicerces da Construção da Autonomia</i>	23
<i>Novos Paradigmas da Comunicação – a Centralidade da Comunicação</i>	41
<i>Saúde: Forma de Estar, Valor Predominante da Sociedade</i>	52
<i>Comunicação e Saúde: a Saúde e a Mediação</i>	58
<i>As Tecnologias de Informação e Comunicação no Sistema de Saúde em Portugal</i>	62
<i>A Saúde em Portugal: Práticas, Escolhas e Avaliação</i>	76
<b>3. Comunicação em Saúde e Televisão</b>	85
<i>A Saúde na TV: para Além das Notícias</i>	95
<i>Informação e Ficção nos Conteúdos sobre Saúde na TV</i>	101
<i>Bem-estar ou Estar bem: o Papel das Práticas e Representações sobre Saúde e Televisão no Quotidiano</i>	126
<b>4. Internet e Saúde</b>	135
<i>Conteúdos sobre Saúde na Internet: o Caso da Informação e Comunicação sobre Saúde em Português</i>	144
<i>Práticas de Consumo e Utilização de Conteúdos sobre Saúde na Internet</i>	204
<b>5. Os Profissionais de Saúde e a Comunicação em Saúde: O Caso dos Médicos</b>	233
<i>Os Médicos e as Tecnologias de Informação e Comunicação</i>	237
<i>A Mediação e o Acto Médico – o Papel dos <i>Media</i> na Relação Médico-Paciente</i>	276
<b>6. A Autonomia na Saúde e a Comunicação Mediada</b>	297
<b>Referências Bibliográficas</b>	308
<b>Anexo 1 – A: Grelha de Análise - Ficha Geral – Séries Médicas exibidas em 2006 – canais nacionais generalistas e cabo</b>	331
<b>Anexo 1-B: Grelha de Análise – Ficha de Episódio - por Série</b>	335
<b>Anexo 2: Resultados da Pesquisa, sobre saúde, a nível nacional</b>	339

<b>Anexo 3:</b> Resultados de Pesquisa sobre saúde, com critério Regional	345
<b>Anexo 4:</b> Resultados de Pesquisa sobre saúde, com critério “Doença”	351
<b>Anexo 5:</b> Livro de códigos para análise de conteúdo a Websites e Weblogs	357
<b>Anexo 6:</b> Metodologia de Recolha de Dados – Questionário aplicado aos Médicos	367

## Índice de Gráficos

Gráfico 1.1. Pesquisa de Informação sobre Saúde – 2003-2007	3
Gráfico 2.1. Utilização da Internet em Portugal - 2003-2006	26
Gráfico 2.2. Influência da Internet no contacto com os grupos de pessoas	27
Gráfico 2.3. Influência média da Internet no contacto com os grupos de pessoas segundo a fase da vida	28
Gráfico 2.4. Utilização do telemóvel por utilizadores e não utilizadores da Internet	31
Gráfico 2.5. Avaliação dos locais de prestação de cuidados de saúde (%)	81
Gráfico 3.1. Equipamentos e Serviços Existentes no Lar – 2003	87
Gráfico 3.2. Equipamentos e serviços existentes no Lar – 2006	87
Gráfico 3.3. Número de Televisões em casa 2003 e 2006	88
Gráfico 3.4. Tempo médio de visionamento por Espectador (minutos), 2000 a 2007	89
Gráfico 3.5. Tempo de Audiência televisiva, por categorias, Marktest, 2008	90
Gráfico 3.6. Dos seguintes serviços de TV Digital, quais já utilizou? (%)	92
Gráfico 3.7. Categorias temáticas noticiadas pelo Telejornal	103
Gráfico 4.1. Pesquisas de Informação sobre Saúde na Internet, Dados Marktest – 2007	142
Gráfico 4.2. Pesquisas de Informação sobre Saúde na Internet, por categorias etárias, sexo, ocupação e habilitações, Dados Marktest – 2007	143
Gráfico 5.1. Frequência de utilização e Anos de utilização	253
Gráfico 5.2. Recomendação de consultas de informação médica/de saúde aos seus pacientes por médias de anos de uso da Internet para a prática profissional	279
Gráfico 5.3. Consideração de utilidade da Internet para a prática profissional por médias de anos de uso da Internet para a prática profissional	282

## Índice de Quadros

Quadro 2.1. Chamadas de telemóvel por Escalão Etário	30
Quadro 2.2. População Mundial (milhares) - Variação sobre a Média 1950-2050	37
Quadro 2.3. Portugal - População (milhares) - Variação sobre a Média 1950-2050	38
Quadro 2.4. Médias de ocupação diária do tempo em várias actividades (em minutos), segundo utilização da Internet	43
Quadro 2.5. Práticas comunicativas e vida quotidiana (%)	47
Quadro 2.6. Práticas comunicativas e vida quotidiana, segundo utilização da Internet (%)	48
Quadro 2.7. Meios de informação sobre acontecimentos locais/nacionais e internacionais, segundo utilização da Internet	49
Quadro 2.8. Recurso a serviços de saúde num problema de saúde não urgente (%)	77
Quadro 2.9. Recurso a serviços de saúde num problema urgente de saúde (%)	77
Quadro 2.10. Recurso a locais de prestação de cuidados de saúde, no último ano, pessoalmente, ou para acompanhar um amigo ou familiar próximo (%)	78
Quadro 2.11. Prescrição de medicamentos genéricos pelos médicos assistentes (%)	78
Quadro 2.12. Consumo de produtos dietéticos de acção terapêutica (%)	79
Quadro 2.13. Consulta de sítios de grupos de apoio e ajuda, pelo menos uma vez (%)	79
Quadro 2.14. Esclarecimento prestado pelo médico assistente (%)	80
Quadro 2.15. Avaliação dos locais de prestação de cuidados de saúde (%)	80
Quadro 2.16. Situação de mau atendimento na prestação de cuidados de saúde (%)	82
Quadro 2.17. Serviço de saúde onde foi mal atendido (n=366)	82
Quadro 2.18. Apresentação de queixa/reclamação formal (%)	82
Quadro 2.19. Modos de apresentação de queixa/reclamação formalmente (n=26)	83
Quadro 3.1. Percepção da utilidade dos novos serviços oferecidos pela televisão digital (%)	93
Quadro 3.2. Formatos de programas – Comunicação em Saúde na TV (alguns exemplos dos últimos anos)	96
Quadro 3.3. Programas de Televisão mais vistos e de mais gostou, por género em Portugal (%) em 2003	102
Quadro 3.4. Tabela de frequência de abordagem por temática na Televisão Generalista (2002)	104
Quadro 3.5. Caracterização/Descrição Geral das Séries de ficção sobre Saúde	112
Quadro 3.6. Universos Materiais e Simbólicos – Dr. House	113
Quadro 3.7. Universos Materiais e Simbólicos – “Serviço de Urgência”	114
Quadro 3.8. Universos Materiais e Simbólicos – “Hospital Central”	115



Quadro 3.9. Universos Materiais e Simbólicos – “Anatomia de Grey”	166
Quadro 3.10. Abordagem e Relevância Temática nas séries sobre Saúde	119
Quadro 3.11. Opiniões sobre questões de saúde e televisão (%)	128
Quadro 3.12. Visionamento de episódios de séries televisivas sobre saúde (%)	129
Quadro 3.12. Opiniões sobre questões de saúde e telenovelas (%)	130
Quadro 4.1. Resultados obtidos no <i>Google</i>	146
Quadro 4.2. Resultados obtidos no <i>Sapo</i>	147
Quadro 4.3. Resultados obtidos no <i>Google</i> com palavra de entrada em inglês	147
Quadro 4.4. Categorização dos Indicadores	151
Quadro 4.5. Categorização por Saúde	152
Quadro 4.6. Tipo de Agente	154
Quadro 4.7. Tipo de Agente * Informação sobre o Agente	156
Quadro 4.8. Tipo de Agente * Perfil profissional do Agente	157
Quadro 4.9. Informação sobre o Agente * Perfil Profissional	158
Quadro 4.10. Perfil profissional do Agente * Informação sobre o Agente	158
Quadro 4.11. Tipo de Agente * Objectivos/Finalidade	160
Quadro 4.12. Formulário de solicitação/marcação de consulta	161
Quadro 4.13. Tipo de Agente * Formulário de solicitação/marcação de consulta	161
Quadro 4.14. Tipo de Agente * Comércio electrónico	162
Quadro 4.15. Publicidade	163
Quadro 4.16. Tipo de Agente * Publicidade	164
Quadro 4.17. Situação do URL	165
Quadro 4.18. Tipo de Agente * Situação do URL	166
Quadro 4.19. Data de Publicação	167
Quadro 4.20. Tipo de Agente * Data de publicação	168
Quadro 4.21. Data de publicação * Situação do URL	169
Quadro 4.22. Situação do URL * Data de publicação	169
Quadro 4.23. Tipo de Agente * Endereço postal	170
Quadro 4.24. Tipo de Agente * Número de telefone	171
Quadro 4.25. Tipo de Agente * Endereço de correio electrónico	172
Quadro 4.26. Tipo de Agente * Lista de distribuição	174

Quadro 4.27. Tipo de Agente * Forum	175
Quadro 4.28. Tipo de Agente * Chat	176
Quadro 4.29. Tipo de Agente * Questionário online	177
Quadro 4.30. Tipo de Agente * Motor de busca	178
Quadro 4.31. Tipo de Agente * Perguntas mais frequentes	179
Quadro 4.32. Tipo de Agente	186
Quadro 4.33. Tipo de Agente * Informação sobre o Agente	187
Quadro 4.34. Tipo de Agente * Perfil profissional do Agente	187
Quadro 4.35. Tipo de Agente * Situação do URL	189
Quadro 4.36. Tipo de Agente * Número de telefone	190
Quadro 4.37. Tipo de Agente * Endereço de correio electrónico	191
Quadro 4.38. Tipo de Agente * Forum	192
Quadro 4.39. Tipo de Agente * Lista de distribuição	193
Quadro 4.40. Acesso a área restrita	193
Quadro 4.41. Comércio electrónico	194
Quadro 4.42. Tipo de Agente * Publicidade	194
Quadro 4.43. Objectivo	195
Quadro 4.44. Conteúdo predominante	196
Quadro 4.45. Tipo de Agente * Conteúdo predominante	197
Quadro 4.46. Tipo de Agente * Natureza dos links existentes	198
Quadro 4.47. Utilização da Internet para procurar informação médica/de saúde em Portugal	205
Quadro 4.48. Utilização da Internet para procurar informação médica/de saúde em Portugal segundo escalões etários	206
Quadro 4.49. Frequência da utilização da Internet para procurar informação médica/de saúde em Portugal	206
Quadro 4.50. Destinatários da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal	207
Quadro 4.51. Motivos da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal	208
Quadro 4.52. Meios de pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal	209
Quadro 4.53. Características da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal	210
Quadro 4.54. Aspectos mais limitadores nas pesquisas de informação médica/de saúde na Internet em Portugal	210

Quadro 4.55. Tipo de sítios na Internet pesquisados sobre informação médica/de saúde em Portugal	211
Quadro 4.56. Consequências da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal	212
Quadro 4.57. Temas de informação médica/de saúde pesquisados na Internet em Portugal	212
Quadro 4.58. Temas de informação médica/de saúde pesquisados na Internet em Portugal, por Sexo	213
Quadro 4.59. Informação médica/de saúde pesquisada na Internet em Portugal	214
Quadro 4.60. Informação médica/de saúde pesquisada na Internet em Portugal, por sexo	215
Quadro 4.61. Notícias sobre informação médica/de saúde pesquisadas na Internet em Portugal	216
Quadro 4.62. Objectivos comerciais das pesquisas na Internet em Portugal	216
Quadro 4.63. Utilização de serviços médicos on-line (%)	217
Quadro 4.64. Gostaria de vir a utilizar serviços médicos on-line (%)	218
Quadro 4.65. Serviços médicos on-line que gostaria de vir a utilizar	218
Quadro 4.66. Outros serviços médicos que gostaria de vir a utilizar	219
Quadro 4.67. Disponibilidade para pagar um valor inferior a uma consulta médica para obter serviços médicos através de...	219
Quadro 4.68. Utilização de serviços ou linhas de apoio telefónico para se informar sobre situações de saúde ou comportamentos de risco (%)	220
Quadro 4.69. Confiança nos serviços ou linhas de apoio telefónico para se informar sobre saúde (%)	220
Quadro 4.70. Motivo de utilização de serviços ou linhas de apoio telefónico sobre saúde	221
Quadro 4.71. Utilidade dos serviços ou linhas de apoio telefónico para se informar sobre saúde(%)	221
Quadro 4.72. Conhecimento do que são serviços de telemedicina (%)	222
Quadro 4.73. Submissão a uma consulta de telemedicina (%)	222
Quadro 4.74. Utilidade dos serviços de telemedicina (%)	222
Quadro 4.75. Fontes de informação e de esclarecimento de dúvidas sobre saúde e respectiva confiança	224
Quadro 4.76. Procura de segunda opinião quando um problema de saúde é diagnosticado (%)	225
Quadro 4.77. Meios a que recorre para uma segunda opinião sobre um problema de saúde	225
Quadro 4.78. Relação médico-paciente e consulta da Internet	226
Quadro 4.79. Discussão com o médico assistente sobre as pesquisas de saúde na Internet (%)	227
Quadro 4.80. Disponibilização do endereço de correio electrónico pelo seu médico assistente (%)	227

Quadro 4.81. Disponibilização do número de telemóvel pelo seu médico assistente (%)	228
Quadro 4.82. Contacto via Telemóvel com o seu médico assistente (%)	228
Quadro 4.83. Credibilidade da informação médica e de saúde na Internet (%)	229
Quadro 4.84. Credibilidade da informação médica e de saúde na Internet, por escalão etário (%)	229
Quadro 4.85. Opiniões sobre a credibilidade da informação médica e de saúde na Internet (%)	230
Quadro 5.1. Classes Etárias - médicos	242
Quadro 5.2. Número de lugares de trabalho	242
Quadro 5.3. Tipo de instituição para os que trabalham apenas num local	243
Quadro 5.4. Número de Lugares de Trabalho * Idade (%)	243
Quadro 5.5. Trabalha num lugar (instituição) – Sector * Sexo (%)	244
Quadro 5.6. Locais de trabalho – Entidades Provedoras	244
Quadro 5.7. Utilização de Internet	246
Quadro 5.8. Utilização da Internet * Idade (%)	247
Quadro 5.9. Utilização da Internet * Sexo (%)	247
Quadro 5.10. Tipo de Utilizador da Internet * Idade (%)	248
Quadro 5.11. Tipo de Utilizador de Internet * Trabalho num local (%)	248
Quadro 5.12. Trabalho num local - sector * Tipo de Utilizador de Internet (%)	249
Quadro 5.13. Médicos utilizadores de Internet e actividade a que se dedicam	249
Quadro 5.14. Âmbito do exercício da prática profissional * É Utilizador de Internet?	250
Quadro 5.15. Frequência de utilização de Internet no último mês	250
Quadro 5.16. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) * Idade (%)	251
Quadro 5.17. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) * Sexo	251
Quadro 5.18. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) * âmbito do exercício da prática profissional (%)	252
Quadro 5.19. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) * Trabalha num local (%)	252
Quadro 5.20. Utilização de Internet para a prática profissional	254
Quadro 5.21. Utiliza a Internet na prática profissional? * Idade (%)	254
Quadro 5.22. Utiliza a Internet na prática profissional? * Trabalha num local (instituição) – Sector (%)	255
Quadro 5.23. Utiliza a Internet na prática profissional? * Âmbito de exercício da prática profissional (%)	255

Quadro 5.24. Ano de início de uso da Internet para a prática profissional	256
Quadro 5.25. Utilização da Internet/correio electrónico para comunicar com pacientes	257
Quadro 5.26. Frequência de uso de correio electrónico para comunicação com pacientes	257
Quadro 5.27. Utilização de correio electrónico para comunicar com pacientes * Sexo (%)	258
Quadro 5.28. Utilização de correio electrónico para comunicar com pacientes * Idade (%)	258
Quadro 5.29. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) * Utilização de correio electrónico para comunicar com pacientes (%)	259
Quadro 5.30. Disponibiliza o número de telemóvel aos seus clientes	259
Quadro 5.31. Habitualmente disponibiliza o seu número de telemóvel aos seus pacientes? * Idade (%)	260
Quadro 5.32. Habitualmente disponibiliza o seu número de telemóvel aos seus pacientes? * Sexo (%)	260
Quadro 5.33. Habitualmente disponibiliza o seu número de telemóvel aos seus pacientes? * Correio electrónico para comunicar com pacientes? (%)	261
Quadro 5.34. Prescrição electrónica de receituário	262
Quadro 5.35. Habitualmente utiliza algum tipo de prescrição electrónica de receituário? * Trabalha num local (%)	263
Quadro 5.36. Acto médico através de recurso a Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet (%)	264
Quadro 5.37. Avaliação diagnóstica com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet * Idade (%)	264
Quadro 5.38. Avaliação prognóstica com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet * Idade (%)	265
Quadro 5.39. Prescrição de medidas terapêuticas com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet * Idade (%)	265
Quadro 5.40. Número de modalidades (tipos) do acto médico com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet	266
Quadro 5.41. Telemedicina (%)	267
Quadro 5.42. Práticas de telemedicina (entre os que afirmaram o uso de telemedicina)	268
Quadro 5.43. Habitualmente utiliza computadores ou tecnologias de informação para a realização remota de acto médico (telemedicina) * Utiliza a Internet na prática profissional?(%)	269
Quadro 5.44. Número de modalidades (tipo) de acto médico por telemedicina	269
Quadro 5.45. Prescrição de medidas terapêuticas por telemedicina * Idade (%)	270
Quadro 5.46. Posse na Internet (%) de:	271
Quadro 5.47. Posse de página pessoal * Sexo (%)	271
Quadro 5.48. Principal motivo que levou à criação de página pessoal e/ou blogue	272

Quadro 5.49. Outro motivo para a criação de página pessoal e/ou blogue	272
Quadro 5.50. Frequência de realização de algumas actividades para o solucionar de dúvidas	273
Quadro 5.51. Costuma participar em sítios na Internet onde existam grupos de discussão da sua área de especialidade, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas? * Âmbito de exercício da prática profissional	274
Quadro 5.52. Quando tem dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos consulta sites de saúde/médicos? * Sexo	274
Quadro 5.53. Quando tem dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos consulta sites de saúde/médicos? * Idade (%)	275
Quadro 5.54. Actos Presenciais Versus Mediação Médica	276
Quadro 5.55. Recomendação de sítios de informação médica/de saúde aos pacientes	278
Quadro 5.56. Os pacientes discutem/partilham informação disponível na Internet com os médicos	280
Quadro 5.57. Os seus pacientes costumam discutir/partilhar consigo a informação sobre saúde que consultam na Internet? * Especialidades (selecção)	281
Quadro 5.58. Utilidade da Internet para a prática profissional	281
Quadro 5.59. Considera a utilização da Internet útil para a sua prática profissional? * Trabalha num lugar (instituição) - Sector	283
Quadro 5.60. Utilidade da telemedicina na prática clínica	283
Quadro 5.61. Considera a utilização da Internet útil para a sua prática profissional? * Utilidade da telemedicina na prática clínica (%)	284
Quadro 5.62. Consideração de relevância da informação fornecida pela Internet na área da saúde	284
Quadro 5.63. Utilidade face a uma possível disponibilidade de Protocolos/Directrizes on-line	285
Quadro 5.64. A consulta de informação sobre saúde na Internet melhora a relação entre médico/doente?	286
Quadro 5.65. A consulta de informação sobre saúde na Internet pode levar ao questionamento dos conhecimentos do médico?	287
Quadro 5.66. Considera que a possibilidade de os pacientes recorrerem a informação na Internet sobre saúde melhora a sua qualidade de vida? * Idade (%)	288
Quadro 5.67. Considera que a possibilidade de os pacientes recorrerem a informação na Internet sobre a saúde melhora a sua... (%)	289
Quadro 5.68. Grau de concordância com: (%)	290
Quadro 5.69. Concorda com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de... (%)	292
Quadro 5.70. Estaria de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de correio electrónico? * Idade (%)	293

Quadro 5.71. Estaria de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de telefone? * Trabalha num lugar (instituição) – Sector (%)	293
Quadro 5.72. Estaria de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de correio electrónico? * Trabalha num lugar (instituição) – Sector (%)	293
Quadro 5.73. Quadro síntese – Médicos e uso das TIC (%)	295

## Índice de Figuras

Figura 4.1. Relação dos Critérios de Análise	148
Figura 4.2. Opções do directório saúde do <i>Google</i>	149
Figura 4.3. Opções do directório saúde do <i>Google - Hospitais</i>	150
Figura 4.4. Opções do directório saúde do <i>Google - Doenças</i>	152
Figura 4.5. Exemplo de Site de um Health Club	155
Figura 4.6. Exemplo de Site de um Prestador de Cuidados de Saúde	159
Figura 4.7. Exemplo de um Blogue de um Profissional de Saúde	185





## **1. Os *Media* e a Saúde numa Sociedade em Transição**

As sociedades modernas ocidentais caracterizam-se, entre outros aspectos, por serem sociedades com uma elevada difusão e circulação de informação. A distribuição e o acesso à informação são crescentes e os aspectos e temas sobre os quais essa democratização da informação e do conhecimento acontece são muitos, dispersos e diversificados.

Simultaneamente, são sociedades onde as relações e interrelações entre as pessoas e entre as pessoas e as instituições, organizações e os diversos sistemas se diversificam, intensificam e complexificam motivadas, precisamente, pela possibilidades de circulação e acesso à informação e comunicação, que deriva, principalmente, da evolução das tecnologias de informação e comunicação e da sua penetração no quotidiano dos indivíduos (Giddens, 2000).

Manuel Castells (2003a) chama-nos a atenção para a importância central que as tecnologias de informação e comunicação representam nas sociedades contemporâneas, as quais não dizem respeito apenas a transformações de carácter tecnológico, mas sim a alterações na organização social e nas estruturas de base das sociedades. Elas “ligam” o mundo e dão forma àquilo que Castells chama "sociedade em rede". Por elas passam os fluxos de imagens, sons, de riqueza e de poder; são também elas que dinamizam e estão na base dos fluxos de informação e conhecimento, provocando a emergência de um novo modelo de sociedade, onde a geração, o processamento e a transmissão de informação se tornam fontes fundamentais de produtividade e poder. As tecnologias de informação e comunicação e as redes que elas geram expressam as tendências do processo de globalização e a reconfiguração do tempo e do espaço. Através da Internet – a tecnologia de informação e comunicação mais revolucionária das sociedades contemporâneas – vivemos a experiência de poder circular num espaço-tempo virtual, que nos permite a possibilidade de conhecer novas maneiras de fazer, de ser e viver no mundo actual, provocando alterações de fundo em todas as esferas da acção humana. Castells introduz também o conceito de “Sociedade das Comunicações Móveis” (2004c), fundamental na análise das sociedades contemporâneas, e que pretende dar

conta da nova configuração da vida social resultante da mobilidade proporcionada pelas comunicações móveis em geral, e pelos telemóveis, em particular. Uma vez que as comunicações são parte central da actividade humana, o advento deste tipo de tecnologia móvel, capaz de permitir a comunicação em qualquer parte e para qualquer parte, tem profundos efeitos sociais. No entanto, pouco se sabe ainda acerca do tipo e condições destes efeitos. Se nos reportarmos à história da tecnologia, incluindo a Internet, é possível observar que muitas vezes os indivíduos acabam por se apropriar dos dispositivos e utilizá-los para fins muito distintos dos inicialmente previstos (Winston, 1999). Além disso, quanto maior for o grau de interacção possível com a tecnologia, maior será a capacidade dos indivíduos de se tornarem produtores activos das práticas de utilização (Cardoso, 2006; Silverstone, 2005).

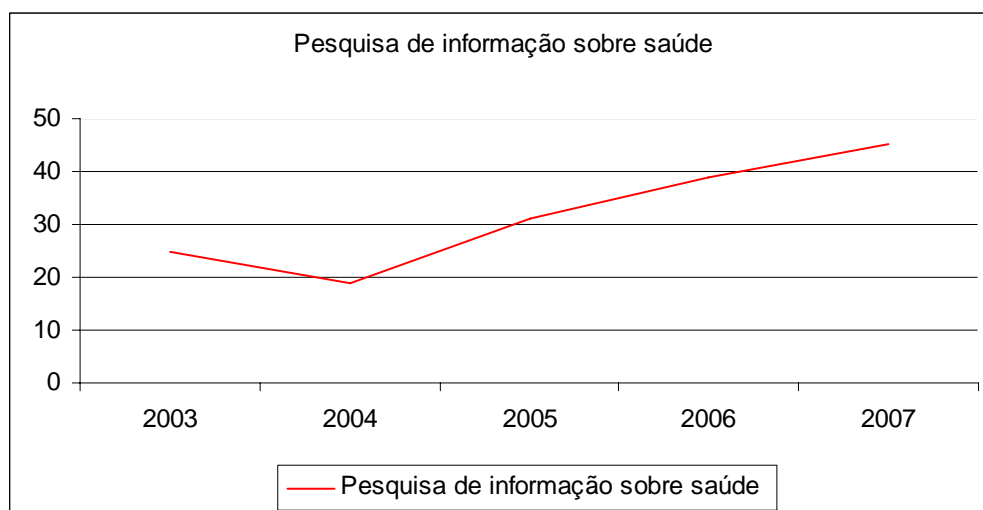
Mas as tecnologias de informação e comunicação também fornecem possibilidades de autonomia para os indivíduos em relação aos seus contextos, sociais e individuais, favorecendo a propensão para a fuga ao controlo tradicional e cada vez mais aptos para enfrentar as contradições das sociedades modernas, sem esquecer a importância das redes na construção de novos movimentos sociais, só possíveis num contexto de utilização alargada das tecnologias de informação e comunicação (Loader, 1997; Castells, 2003b). A sociedade em rede parece caracterizar-se, nas diversas culturas onde se pode identificar, por um incremento substancial do nível de autonomia dos sujeitos e da própria sociedade civil, relativamente ao próprio Estado e às grandes empresas. Estas alterações de base cultural não dependem, naturalmente, da tecnologia, mas sim da evolução social. Segundo Castells, essas alterações resultam, fundamentalmente, dos seguintes factores: crise de legitimidade das instituições políticas e do mundo dos negócios, da afirmação da personalidade individual como valor que se sobrepõe às normas sociais e da expressão de identidades colectivas distintas dos valores dominantes (Castells, 2007; Castells, 2003c; Giddens, 1991; Beck, 2004). As pessoas formam as suas próprias redes de relações em torno de projectos individuais e colectivos, a partir dos seus interesses e valores. A expressão organizativa desses projectos são as redes horizontais que vinculam quem participa ou pode participar no projecto em que se constitui a rede. E a plataforma tecnológica onde estas redes são construídas por projectos espontâneos que surgem na sociedade é, em primeiro lugar, a Internet.

Assim, a questão que aqui se coloca é qual o significado das práticas quotidianas de informação e comunicação para a gestão individual da problemática da saúde?

A saúde individual e a sua gestão quotidiana nunca envolveram tanta informação como actualmente. Grandes quantidades de informação sobre saúde e medicina são disponibilizadas a partir de diversas fontes – sejam essas fontes profissionais de saúde, especialistas de vários tipos, instituições públicas e privadas ou grupos de doentes e/ou consumidores – através de uma multiplicidade de canais informativos, tanto a partir dos *media*, como de base local ou interpessoal, em interacção com médicos e outros profissionais de saúde, familiares, amigos, colegas de trabalho, etc. Este fluxo constante de informação incentiva o indivíduo a ser responsável pela sua saúde, e dos seus familiares, quotidianamente (Kivits, 2004). Neste contexto de informação generalizada sobre saúde, a utilização da Internet tem vindo a revelar-se central. Nos EUA, se considerarmos os dados do WIP\*, procurar informação médica na Internet é a sétima actividade mais comum (50,6% dos utilizadores de Internet afirmam ter acedido a informação sobre saúde no último ano).

Também em Portugal, e segundo os dados do INE, é possível verificar um aumento significativo nos últimos anos nas pesquisas sobre saúde na Internet.

### Gráfico 1.1. Pesquisa de Informação sobre Saúde – 2003-2007



Fonte: INE/UMIC, Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias 2002 - 2007. \* Indivíduos entre os 16 e os 74 anos que utilizaram Internet no primeiro trimestre do ano.

\* *The Digital Future Report* (2004), Annenberg School Centre for the Digital Future, WIP – World Internet Project, University of Southern California

Simultaneamente, a cobertura por parte dos *media* de assuntos relacionados com saúde obriga-nos a uma abordagem desta temática que relacione estudos de sociologia da saúde com estudos sobre *media* e comunicação.

A análise da informação médica está muitas vezes confinada à relação/comunicação entre médico e utente e entre utente e sistemas formais de saúde. Por outro lado, as TIC oferecem hoje um variado leque de ferramentas ao dispor do profissional de saúde, tais como, a telemedicina, bases de dados clínicas on-line, comunicação por e-mail com pacientes, bibliotecas virtuais de informação médica, prescrição electrónica de receituário, etc. Oferecem também uma multiplicidade de serviços e informação ao utente/paciente, desde consulta de informação médica e/ou de saúde, marcação de consultas on-line, etc.

Tem sido apontado por diversos estudos (Giddens, 2006; Katz e Rice, 2002; Katz, Rice e Acord, 2006; Netleton, 2004; Murray, 2003), que a maior evolução no papel da informação no sistema de saúde e, em particular, na relação médico-paciente, prende-se com o enorme fluxo de informação médica ou de saúde com presença na Internet, das mais diversas esferas e proveniências, produzida por especialistas, instituições, grupos de consumidores, etc. Deste modo, a qualidade da informação on-line é hoje debatida pelas diversas instituições do campo da saúde, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais actores sociais, incluindo os utentes. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos vêem-se assim perante a Internet como possível fonte de informação e de outras ferramentas para a sua prática profissional, bem como perante o facto de que os próprios utentes terem acesso a informação médica e de saúde na Internet.

Esta nova posição do paciente/utente perante os cuidados de saúde e informação médica e de saúde, pode ser vista sobre a óptica de um ganho de autonomia devido ao acesso às TIC, ou seja, na óptica de “empowerment” (Friedman, 1996). O acesso à informação inserido na dinâmica de autonomia, implica necessariamente que os profissionais e instituições de saúde tenham de (re)definir a sua posição perante os utentes. O princípio de autonomia encontra-se, assim, reflectido no sistema de saúde. O princípio da autonomia tem vindo, assim, a tornar-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde contemporâneos. O princípio implica que todos os que são afectados por uma

decisão tenham a possibilidade de a influenciar e se a decisão só disser respeito a um indivíduo, ele deve decidir por si próprio (Collste, 2002). Segundo Collste “*quando aplicado aos cuidados de saúde, o princípio implica que o paciente deve ter o poder de jogar um papel mais activo nos seus próprios cuidados de saúde*” (Collste, 2002:123)<sup>1</sup> e uma forma de o fazer é dar a oportunidade ao paciente de dar o seu consentimento informado às decisões que dizem respeito ao seu próprio tratamento.

Castells (2003a) afirma ainda que as tecnologias de informação oferecem aos indivíduos possibilidades de resistência e de autonomia face às contradições inerentes das sociedades modernas. Os fluxos de informação permitem ao indivíduo aceder a todo um universo de informação bem como explorar activamente as potencialidades das redes. A confiança enquanto alicerce da relação entre o profissional da saúde (principalmente o médico) e o utente, já não repousa numa atitude cegamente subserviente do paciente: «*“confiança cega” está a ser substituída por “confiança informada”*»<sup>2</sup> (Akerkar: 2004). A visão paternalista e funcionalista dessa relação tem vindo a ceder lugar a um “modelo informativo” (Friedwald, 2000).

Também no campo da saúde a tradição dá lugar à modernidade (Giddens, 2000) e ao modelo organizativo e social da rede (Castells, 2002). Neste sentido, a Internet e demais tecnologias de informação e comunicação, ao permitirem fluxos informacionais (imagens, sons, texto, vídeo, etc.), abrem constantemente novas possibilidades para a medicina e para os cuidados de saúde em geral, e ao fazê-lo “interpõem-se” entre o utente e o profissional de saúde, mas também entre profissionais, e entre estes e as instituições de saúde.

Esse facto tem originado vários estudos com enfoque na relação dos profissionais de saúde e utentes com as TIC, e sobre o relacionamento entre o profissional de saúde e paciente mediado pelas novas tecnologias de informação e comunicação. A maioria assenta no estudo deste “novo” relacionamento entre médico e paciente (Akerkar, 2004; Friedewald, 2000; Kivitz, 2004; Anderson, 2003). No relatório “Health Information Online de 2005”, de Susannah Fox, realizado pela Pew Internet, os dados do inquérito de Novembro de 2004 apontam uma percentagem de 79 % entre os adultos utilizadores de Internet, que buscaram informação sobre saúde on-line (Fox, 2005). Ainda segundo o

---

<sup>1</sup> Tradução do autor

<sup>2</sup> Tradução do autor

artigo “European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries”, em que se realizaram entrevistas por telefone a amostras de população da Noruega, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Polónia, Portugal e Letónia, aponta-se que 44 % de toda a amostra e 71 % dos utilizadores de Internet, usaram a Internet para propósitos relacionados com a saúde. O uso da Internet para assuntos relacionados com a saúde apresenta uma maior taxa nos países do norte (62 % na Dinamarca e 59 % na Noruega), seguindo-se a Alemanha (49 %), enquanto os países do Sul apresentam menores taxas (30 % em Portugal e 23 % na Grécia) (Andreassen, 2007).

Dados recolhidos em Portugal (em 2003), através do Inquérito Sociedade em Rede em Portugal (SR, 2003), revelaram que entre os utilizadores de Internet, quando contraem, ou alguém da sua família, uma doença grave, 63,9% para além do contacto inicial com o médico, procuram informação médica pelos seus próprios meios. Entre os não utilizadores de Internet, a proporção é menor (52,6 %) ainda que igualmente elevada. Por sua vez, entre os cibernautas, cerca de 16 % referiu procurar informação na Internet (Cardoso e outros, 2005b).

No Inquérito Sociedade em Rede em Portugal (2006), verificou-se por sua vez, que já 1/5 da população com mais de 15 anos e que utiliza a Internet, o faz para procurar informação médica/de saúde (SR, 2006)

Mas, a noção de “utente informado” começa a surgir nos diversos debates e a trazer a lume a questão do “desafio” à autoridade dos médicos pelos utentes que cada vez se tornam mais informados e conhecedores da sua própria condição médica. As próprias campanhas de promoção na área da saúde pública reconhecem que a utilização dos *media* está a influenciar as atitudes das “audiências”, as suas crenças e comportamentos face às questões de saúde (Kivits, 2004). O papel dos *media* neste contexto dá-nos uma nova perspectiva de pesquisa, que consiste em compreender os contextos quotidianos de recepção e percepção da informação sobre saúde, onde a presença dos *media* é predominante. A emergência da Internet como uma fonte de informação sobre saúde oferece-nos uma oportunidade particular para analisar o seu significado no quotidiano dos indivíduos.

No questionário sobre a sociedade em rede em Portugal (SR, 2006) é possível verificar que, em média, 18% dos portugueses que utilizam a Internet pesquisam informação

sobre saúde mas que essa utilização varia também entre gerações e depende das qualificações. Se entre os que possuem entre 16 e 26 anos a procura atinge apenas 13,6% já a partir dos 27 anos os valores atingem mais de 20% dos utilizadores de Internet. Sendo respectivamente a 8ª e 9ª escolha entre os sujeitos com mais de 51 anos e os com idades compreendidas entre os 39 e 51 anos.

Este tipo de informação leva ao reconhecimento da importância das questões de saúde nas sociedades contemporâneas e nas nossas práticas quotidianas e à necessidade de compreender a utilização dos *media* no campo da saúde, com especial atenção para a relação entre públicos, *media* e prestadores de cuidados de saúde. Além disso, é importante tentar compreender a utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões individuais e colectivas no que se relaciona com a saúde. A compreensão da comunicação na área da saúde exige, necessariamente, uma abordagem multidimensional, não só pela natureza dessa comunicação, implicando para tal uma pesquisa empírica sobre: comunicação em saúde; a compreensão das teorias sobre comunicação em saúde; comunicação sobre risco e incerteza; e ainda as questões éticas e legais, que a comunicação em saúde sempre implica.

Não sendo possível, hoje, tratar as temáticas da comunicação em saúde passando ao lado de conceitos como “Sociedade de Informação”, “Sociedade do Conhecimento”, “Economia Digital”, “Realidade Virtual” ou “Ciberespaço” e “Sociedade em Rede” será sempre necessário focar a nossa atenção no significado e consequências desses conceitos e da sua apropriação na vida quotidiana, nomeadamente na produção e no consumo de informação e comunicação na área da saúde.

Os dados (recolhidos em 2003) mostram-nos que em Portugal a Internet começa a surgir como uma alternativa a métodos mais tradicionais de obtenção de informação sobre saúde. Questionados sobre o que fazem quando eles(as) próprios(as) ou alguém da sua família contrai uma doença grave verifica-se que para além do contacto inicial com o médico que os(as) acompanha, grande parte dos cibernautas (63,9%) admite que se informa pelos seus próprios meios, enquanto que essa percentagem é de 52,6% para os não utilizadores, no entanto também ela bastante elevada (Cardoso e outros, 2005b). O principal meio utilizado pelos cibernautas nesses processos é falar com conhecidos, amigos ou familiares (44,2%), logo seguido da leitura de revistas especializadas (30,7%) e da Internet (15,9%) (Cardoso e outros, 2005b).

Comparativamente, os não utilizadores de Internet recorrem bastante mais à opção de falar com conhecidos, amigos ou familiares (61,6%); menos à leitura de revistas especializadas (18,3%); vão mais à farmácia (12,7%) e a outros médicos ou especialistas (5%) (Cardoso e outros, 2005b). Esboçam-se, pois, dois perfis: um de utilizadores que recorrem mais às opções de mediação especializadas em suportes de leitura ou tecnológicos; e um outro constituído por não utilizadores de Internet, o qual prefere os contactos pessoais, não mediados, sejam esses com amigos, com o farmacêutico ou com especialistas médicos ou clínicos gerais.

Outra informação complementar sobre o papel dos *media* e da Internet na saúde é passível de se obter através da análise de como se informam os utilizadores de Internet quando lhes é receitado um novo medicamento. São 80,6% os que afirmam que lêem o folheto informativo, enquanto que apenas 9,1% utilizam a Internet. Parece, pois, que o uso da Internet é a opção escolhida quando se trata de procurar informação sobre uma doença grave, mas não quando se tem que tomar um novo medicamento. No entanto, a leitura do folheto informativo de medicamentos é feita por menos 10% de indivíduos no caso dos não utilizadores (70,1%) (Cardoso e outros, 2005b).

Intimamente ligada à problemática das sociedades em rede, e uma dimensão relevante da saúde nas sociedades contemporâneas, é a questão de compreender até que ponto a Internet e os *media* em geral contribuem para a autonomia dos sujeitos. Ou seja, um projecto de autonomia é, tal como sugere Castells (2003a), a afirmação por parte de uma pessoa da sua capacidade de pensar e agir em função dos seus próprios critérios, valores e esforços. No caso concreto da sociedade portuguesa, o projecto de controlo corporal dos indivíduos indica a procura do controlo da sua própria saúde e de construção de alguma autonomia face às indicações dos especialistas e das instituições de saúde, definindo-se empiricamente pela leitura dos folhetos relativos aos medicamentos e pela procura de fontes de informação complementares, para além do médico, em casos de doença.

É interessante notar que este tipo de projecto de autonomia apresenta uma incidência claramente superior entre as mulheres, tendência patente em todos os escalões etários, embora menos evidente no caso dos escalões de idades mais elevadas, uma vez que são bastante raros, entre estes, os casos de qualquer procura de informação médica adicional. O aparente desinteresse da população mais idosa pela busca de informação



que possa ajudar a interpretar as indicações veiculadas pelos médicos, não estará certamente associado à ausência de problemas significativos de saúde, argumento plausível na explicação de igual comportamento dos homens mais jovens. Pelo contrário, pode sim ser resultado da ausência de literacias pertinentes na interpretação de informações eventualmente veiculadas por outras fontes (Livingstone, 1999 e 2004; Livingstone e Bovill, 1999; Benavente e outros, 1996). De facto, as manifestações de um “projecto de controlo corporal” dependem claramente da possibilidade de mobilização de recursos directamente associados a percursos de escolarização mais longos. Os indivíduos com mais qualificações académicas são aqueles que, independentemente da idade ou do sexo, se apresentam em melhores condições para procurar e interpretar fontes alternativas de informação médica. Aqueles que não dispõem de literacias significativas acabam por se encontrar numa situação de maior dependência face às indicações dos especialistas, não necessariamente por confiança na medicina ou nas suas instituições, mas essencialmente por dificuldade de controlo e validação da informação em causa. Poderão estar assim também mais vulneráveis a indicações não fundamentadas veiculadas por quaisquer outros agentes.

Neste ponto valerá a pena considerar dois dados complementares, também retirados do estudo sobre a sociedade em rede (Cardoso e outros, 2005b), e que são os seguintes: em Portugal o número de utilizadores de Internet rondará actualmente valores próximos dos 40% da população, divididos entre utilizadores de facto (29%), utilizadores ocasionais (6%) e utilizadores por procuração (4%), ou seja, os que solicitam a terceiros informação disponível na Internet.

Por outro lado, a televisão em Portugal atinge 99,5% da população, sendo os programas mais vistos os noticiários (48,5%), seguidos das telenovelas e séries (15,9%) e os *talk shows* (8,4%). Cabendo por sua vez às temáticas da saúde no ano de 2002 nos noticiários portugueses valores próximos dos 6% do total de temáticas abordadas (Cardoso e outros 2005b). O motivo pelo qual se apresenta esta informação comparativa entre utilização de Internet e fruição televisiva deve-se ao facto de, em sociedades em transição como a sociedade portuguesa (Cardoso, 2006), ser fundamental assumir que existe uma dualidade no acesso à informação. A análise dessa dualidade no campo da saúde passará também por compreender que a autonomia se construirá de forma diferente em função do tipo de acesso aos *media* e à Internet que as populações tiverem.

Simultaneamente, nas sociedades contemporâneas ocidentais assiste-se, a uma confiança generalizada nas práticas médicas e no tratamento que elas oferecem, mas também a um aumento da necessidade de informação relativa à medicina científica e, muitas vezes, a uma certa desilusão para com a medicina científica tradicional. Neste contexto, pode-se afirmar que há uma aproximação pelo lado da medicina à esfera do social e, ao mesmo tempo, uma aproximação social à prática médica, que deriva, entre outros aspectos, do crescente acesso a informação de carácter médico e de saúde. Mas serão ainda as perspectivas médicas da saúde, da doença e do corpo a dominar os discursos públicos e privados e as práticas sociais quotidianas da população? Os problemas são ainda colocados sob o olhar médico científico, ficando esses problemas sociais submetidos à racionalidade das ciências biomédicas?

Segundo Fernando Ruivo (1987:130) a profissão médica e o discurso adoptado pelos médicos assumem um lugar de grande destaque na sociedade, facto que se deve, muito em parte, ao sucesso profissional da medicina, à sua neutralidade e independência social. No decurso do século XVIII, a medicina operou a transição da preocupação dominante com a salvação das almas para a saúde dos corpos, sendo o processo como esta transição se materializa descrito por Foucault – o autor sublinha que «os anos anteriores e imediatamente posteriores à Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos: mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença numa sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem» (Foucault, Michel (1967) ‘The Discourse of History’ in (1989) Foucault Live, New York: Semiotexte, 11-33. citado por Ruivo, 1987:130). Assim, a medicina tem vindo a exercer uma autoridade moral que acaba por legitimar a sua interferência na criação de ideias e valores na sociedade. O médico, por seu lado, está envolvido de prestígio aos olhos da população – “Só a profissão médica se encontra, pois, habilitada a declarar oficialmente sobre a saúde e a doença. A sua base cognitiva exclusiva, conhecimentos muito codificados e cientificamente conotados, constitui o ponto de partida do reconhecimento público do bem profissional que proporciona...” (Ruivo, 1987: 136). Segundo Noémia Lopes, “a questão da autonomia profissional constitui o domínio em que as relações de poder – nas quais se inscrevem as estratégias e trajectórias de profissionalização – assumem maior relevância” (Lopes, 2006: 109).

Contudo, o objectivo de acesso à informação actualizada e de confiança sobre saúde e cuidados de saúde pode ser um objectivo partilhado por políticos, profissionais de saúde e grupos de cidadãos com intervenção na área da saúde, para além do cidadão individual, em processo de autonomização, se considerarmos a noção de “utente informado” (*‘informed patient’*) avançada por Kivits (2004). Porque a relação de autonomia se constrói face a terceiros, sejam eles instituições, determinados profissionais ou as mais variadas pessoas com quem se interage no quotidiano, é fundamental, no campo da saúde, compreender como os médicos, em diferentes especialidades e em diferentes contextos (centros de saúde ou hospitais e prestação pública e privada) lidam com essa interacção com diferentes públicos e como eles próprios gerem a sua autonomia profissional, também neste caso, através do recurso às novas tecnologias de comunicação e informação, e em particular a Internet, na sua prática clínica.

A autonomia individual pode ser compreendida como autodeterminação, habilidade de construir objectivos e valores próprios, liberdade de fazer escolhas e planos, e agir em conformidade com estes valores e objectivos. A autonomia associa-se à noção de liberdade enquanto autodeterminação, enquanto possibilidade de escolha ou ausência de interferência, e também à ideia de individualismo-emancipação (Singly, 2005). Segundo este autor, o individualismo é normalmente concebido do ponto de vista da imposição do mercado e da luta de cada um contra cada um, olhando para o indivíduo como movido pela racionalidade e esquecido da ética, o indivíduo egoísta e indiferente em relação ao outro. Mas o individualismo representa também a democracia representativa e os direitos do homem, está ligado à conquista de direitos, reconhecimento, justiça, respeito, dignidade, consideração. Neste sentido, o individualismo não se distancia do social, já que o “individualismo emancipado” é uma forma de humanismo. O indivíduo constrói-se na relação com o outro, é um percurso individual num contexto colectivo. O reconhecimento social, o reconhecimento dos “outros”, é condição para a individualidade, a autonomia e a capacidade de ter seu próprio mundo (Singly, 2005).

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) são “(...) *formas e fluxos de informação digitalizada, nomeadamente dados, sob a forma de texto, som ou imagens em tempo real que são condensadas numa série de zeros e uns e transmitidos através de ondas hertzianas, cabos subterrâneos e redes transnacionais*” (Gibson e Ward, 2000:

10). Já Colombo (1993) considera novos *media* todos os meios de comunicação, representação e conhecimento onde é possível encontrar a digitalização do sinal e do seu conteúdo, possuindo dimensões de multimedialidade e interactividade. Assim, os *media*, e os novos *media* em particular, revestem-se de uma importância fulcral na construção de projectos de autonomia, na medida em que têm capacidade de fornecer a informação e o conhecimento fundamentais para que esse processo se realize, mas também, porque eles próprios se constituem como mais do que algo novo em termos tecnológicos. São também tecnologias que promovem, em simultâneo, a comunicação e novos modelos de organização social e económica, criando novas audiências, novos públicos e utilizadores, que possuem uma nova linguagem e novos conteúdos e que proporcionam novos conhecimentos (Cardoso, 2003).

Mas os novos *media* também podem e devem ser definidos pela mudança que induzem ou produzem a partir da sua difusão e utilização. Segundo Manuel Castells (2004a), o que as tecnologias permitem são, fundamentalmente, novas formas de organização da produção, do acesso ao conhecimento, de funcionamento da economia e, consequentemente, novas formas de cultura. Levam-nos a uma gestão diferente do tempo e do espaço das nossas redes de relacionamento, entre as empresas, entre os amigos, entre o estado e os cidadãos, ou entre as nações. Além disso, também é possível afirmar que estes novos *media* estão a introduzir novas audiências (com novos usos) através de mudanças nos processos de apropriação social e difusão das tecnologias (Livingstone, 1999; Cardoso, 2008).

Segundo Katz, Rice e Acord (2006), no que diz respeito à apropriação das novas tecnologias no contexto da saúde, continuam por responder questões empíricas a diversos níveis, nomeadamente quanto à eficiência dos sistemas de informação sobre saúde, à forma como as pessoas de diferentes sectores sócio-demográficos realmente os utilizam e quais os diferentes efeitos dessa utilização nos diversos sistemas, pois, à medida que as novas tecnologias de informação e comunicação se vão desenvolvendo, também são exploradas em novas utilizações de *e-saúde* (*e-health*). Os autores (Katz, Rice e Acord, 2006) salientam que os avanços em sistemas informacionais de saúde requerem não apenas dados empíricos sobre a recepção específica de cada sistema pelos seus utilizadores, mas também uma moldura mais alargada que entenda a lógica do interesse próprio e das alicerces culturais que afectam cada sistema num contexto mais

alargado. Nesta perspectiva, que os autores denominam *sintópica* (que rejeita as perspectivas distópica e utópica sobre as utilizações sociais e consequências da informação e da comunicação), enfatiza-se a forma como as pessoas, grupos, organizações e sociedades adoptam, utilizam e reinventam as tecnologias, para fazerem sentido para si próprios, por relação aos outros (Katz e Rice, 2004: 294). Sejam quais forem os sistemas de informação e as tecnologias utilizadas, as aplicações de *e-saúde* descentralizadas e interactivas parecem estar a atingir um papel cada vez mais proeminente nos cuidados de saúde, adaptando-se à forma de utilização dominante da tecnologia da sociedade e cultura em que se insere.

Para tentar identificar e compreender a forma como são construídos os processos de autonomia, individual e profissional, no contexto da saúde, em Portugal, uma sociedade em transição para a sociedade em rede, a partir da utilização e consumo de *media* e, em particular da utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC), foram desenvolvidas, neste estudo, recursos teóricos e abordagens metodológicas de vários tipos e origens no âmbito da sociologia, uma vez que se cruzam, na análise deste objecto de estudo, diversas áreas de análise sociológica, nomeadamente sociologia da comunicação, mais especificamente estudos sobre *media* e sobre TIC's e sociologia médica e de saúde.

Tal como refere Graça Carapineiro (2006), quando se utiliza a designação “sociologia da saúde”, teremos de considerar no seu âmbito também as noções de doença, nos seus estereótipos e estigmas, próprios das sociedades contemporâneas, cujos modelos, segundo a autora, são profundamente medicalizados, onde a medicina se foi transformando num dos mais poderosos instrumentos de controlo social. Assim, e neste contexto, e seguindo a proposta da autora de que a sociologia que aborda as questões da saúde deveria ser designada como *sociologia da saúde, da doença e da medicina* (nas suas diversas dimensões e planos), será importante explicitar que a abordagem aqui realizada se encontra focada na “Comunicação em Saúde” (ou na expressão anglo-saxónica “*Health Communication*”, defendida por Ronald Rice e James Katz<sup>3</sup>), onde a

---

<sup>3</sup> Ver, por exemplo, Rice and Katz, 2001 ou Katz, Rice and Acord, 2006. Outros autores, como Kivitz (2004), utilizam o conceito de “health information”, mas num contexto de procura de informação na Internet, ou seja, apenas do lado do utente (da procura de informação) e não tanto do lado dos conteúdos disponíveis (da oferta informativa ou comunicativa). Daí se considerar a abordagem teórico-empírica a partir do conceito de “health communication” a que mais se adequa à abordagem desenvolvida no projecto de pesquisa que serviu de base à análise aqui desenvolvida.

Internet e a televisão assumem dimensões privilegiadas. Podemos incluir na abordagem de “Health communication” o estudo das estratégias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais e colectivas que envolvam questões de saúde e promoção da autonomia, o que liga, necessariamente os domínios da saúde e da comunicação no âmbito da sociologia.

A análise apresentada nos próximos capítulos teve na sua base o desenvolvimento de um projecto de investigação que considerou três dimensões de análise:

1. Internet e televisão, enquanto meios de difusão de informação e promoção da comunicação na esfera da saúde.
2. Utentes, e a construção da sua autonomia no contexto da saúde, através do acesso a informação e comunicação;
3. Profissionais de Saúde, mais especificamente médicos, e a construção da sua autonomia em relação aos sistemas formais e tradicionais da saúde e, simultaneamente na promoção da autonomia do utente e nas mudanças na relação médico/paciente.

É precisamente na relação entre estas três dimensões e no aprofundamento do conhecimento sobre elas que pensamos ser possível compreender a importância dos processos de autonomia, nas sociedades contemporâneas, autonomia que deve ser entendida como a afirmação por parte do indivíduo da sua capacidade de pensar e agir em função dos seus próprios critérios, valores e esforços, mas também no sentido de “empowerment” do indivíduo em relação ao sistema de saúde, indivíduo que se apresenta perante os sistemas tradicionais “armado” com a informação que encontra na Internet, ou que adquiriu ao assistir a uma série televisiva. É um sujeito “empowered” pelas tecnologias de comunicação e informação, se entendermos *empowerment* na concepção de Friedmann (1996), ou seja, a autonomia individual na tomada de decisões, sendo que essa capacidade depende sempre do acesso à informação.

O objectivo do aprofundamento desta temática foi permitir um melhor conhecimento da mudança em curso na sociedade portuguesa por via da apropriação das novas tecnologias de informação e comunicação e no desenvolvimento da comunicação no campo da saúde. Embora existam estudos de caso sobre a relação entre as TIC e a saúde

em Portugal, o seu âmbito é essencialmente parcelar na esfera da apropriação médica, não permitindo uma extrapolação que caracterize a prática médica na sua diversidade, sendo ainda lacunar a análise de como a sociedade, como um todo, interage com a dimensão de saúde através da mediação que os *media* e as novas tecnologias de comunicação e informação oferecem. Daí que a análise aqui apresentada procure abordar também a relação entre utente e comunicação em saúde, nomeadamente a daqueles que lidam com a informação através da tecnologia de informação e comunicação mais difundida entre os portugueses: a televisão.

Falar de autonomia no campo da saúde é referenciar, necessariamente, dois tipos de públicos que se devem analisar e, conseqüentemente, também dois tipos de autonomia. Por um lado, a autonomia individual no sentido em que é necessário perceber em profundidade como a relação com a Internet e a Televisão contribui para formar cidadãos mais autónomos, o que implica explicitar o modo como as práticas de saúde de carácter preventivo e de informação sobre a doença se relacionam com os *media* na sociedade portuguesa e também como a forma de interacção com os profissionais de saúde e instituições se altera ou não.

Por outro lado, perceber a autonomia profissional dos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, e a forma como a relação com a Internet actua sobre o seu projecto profissional, isto é, de que forma a Internet é utilizada na actualização e relação profissional com os seus pares e restantes técnicos de saúde e também como a Internet se apresenta, ou não, como facilitadora da melhoria das relações e práticas para com os seus pacientes.

A terceira dimensão diz respeito aos meios e conteúdos disponibilizados na Internet e na televisão directamente relacionados com temáticas médicas e de saúde, aspecto indispensável para a compreensão dos referidos processos de autonomia, uma vez que na base da sua construção estão os conteúdos disponibilizados pelos meios de comunicação e a forma como são divulgados.

Para dar respostas aos objectivos da pesquisa na origem da análise apresentada, foi utilizada uma metodologia de pesquisa que combina a utilização de metodologias quantitativas/extensivas e qualitativas/intensivas.

A realização de um projecto de investigação na mesma área em Portugal, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, em 2006 e 2007, permitiu beneficiar de alguns dos elementos de recolha de informação, nomeadamente a realização de uma análise em larga escala através da aplicação de um inquérito por questionário a uma amostra representativa da população portuguesa, que incluiu um módulo específico sobre saúde e *media*.

A pesquisa desenvolveu-se com base nos seguintes instrumentos de recolha de informação<sup>4</sup>:

1. Inquérito à população portuguesa sobre TIC e Saúde – aplicado a uma amostra representativa da população portuguesa. Tendo acesso a uma amostra representativa é possível identificar padrões de comportamento social e observar de que forma a Internet e a televisão contribuem para especificar, ou não, esse comportamento e em que condições o fazem, ou seja, perceber como a população portuguesa lida com as questões da saúde e qual o papel das TIC nessa relação, ao nível das suas práticas e representações;
2. Inquérito aos profissionais de saúde, nomeadamente médicos. Foi aplicado um inquérito por questionário, por via postal, com a colaboração da Ordem dos Médicos. O inquérito teve como objectivo apurar como os médicos vêem o papel das TIC na sua actividade profissional e como as utilizam, e as motivações do seu uso ou recusa, distinguindo o discurso e a prática;
3. Análise de Conteúdo televisivo de séries de ficção directamente relacionadas com temáticas de medicina e saúde, transmitidas em Portugal – “Serviço de Urgência”, “Hospital Central”, “Anatomia de Grey” e “Dr. House”, com o objectivo de perceber o papel da ficção televisiva na mediação/sensibilização para temáticas da saúde e nas alterações nas práticas e representações dos utentes;
4. Análise de conteúdo de sites institucionais e de blogues com conteúdos explicitamente na área da saúde, com o objectivo de perceber como a Internet é apropriada institucionalmente e individualmente pelo lado da

---

<sup>4</sup> Os diversos elementos de apoio e explicitação metodológica estão referenciados aos longo dos diversos capítulos e nos Anexos, devidamente identificados para cada uma das análises efectuadas.



disponibilização de conteúdos sobre saúde, quais os objectivos que se procuram atingir e que visão do uso da Internet parece ser dominante no campo da saúde em Portugal.

A utilização destes instrumentos de pesquisa permitiu esclarecer as questões de partida apresentadas, cobrindo as diversas dimensões de análise em presença nesta problemática, ou seja: a construção da autonomia individual no contexto da saúde, através do acesso a informação e comunicação; e a construção e gestão da autonomia profissional e o papel da Internet e da televisão, enquanto meios de difusão e promoção de comunicação e informação neste âmbito.

Tal como Nettleton, Burrows e O'Malley (2005) defendem, esta análise teve como objectivo compreender não apenas como as pessoas utilizam os *media* na sua relação com a saúde, mas, especialmente, como é que a comunicação em saúde influencia não só as suas práticas mas também as suas representações. Daí a importância que é concedida aos conteúdos sobre saúde quer na Internet, quer na Televisão.

Partindo do pressuposto de que vivemos em sociedades onde as relações sociais de todos os tipos são diversificadas e complexificadas pelas possibilidades de acesso e circulação da informação e comunicação, e que vivemos, graças à Internet, a experiência singular de poder circular num espaço-tempo virtual (Castells,2002), devemos reconhecer que estas especificidades da nossa era provocam alterações de fundo em todas as esferas da acção humana. Uma dessas alterações reside precisamente na promoção da autonomia dos indivíduos em relação aos contextos sociais em que se movem.

Esta análise é apresentada em quatro capítulos expositivos e um conclusivo. O primeiro, o presente, introduz a temática. O segundo trata das questões de enquadramento e contextualização relativamente a Comunicação, Saúde e processos de Autonomia. No capítulo três são abordados os conteúdos sobre saúde nos *media*: o caso da TV. No quarto capítulo, o caso da Internet do ponto de vista do utente, tanto em termos de pesquisas, como em termos de conteúdos. O capítulo cinco, desenvolve a problemática dos profissionais de saúde no contexto da comunicação (sistemas de informação e Internet), em particular naquilo que diz respeito à relação médico/paciente. O capítulo final pretende avançar com hipóteses explicativas quanto aquilo que a informação e a

comunicação representam para a construção da autonomia no âmbito da saúde, no contexto da sociedade portuguesa, uma sociedade em transição para a sociedade em rede (Cardoso, 2006).

Retomamos, assim, no próximo capítulo, a questão inicial: qual o significado das práticas quotidianas de informação e comunicação para a gestão individual da problemática da saúde? A mediação afecta as práticas e representações da saúde? Se sim, em que medida? E, nesse caso, qual o papel dos media na construção de projectos de autonomia em saúde?

## 2. Comunicação, Saúde e Autonomia

Segundo Castells (2002), a nossa espécie terá alcançado na última década do século XX um nível de conhecimento e de organização que nos permitiria, pela primeira vez na nossa história, viver num mundo predominantemente social. Para o autor, em 1996 (data da publicação original da obra “A Sociedade em Rede”), estaríamos a assistir ao começo de uma nova existência, de uma nova Era, que se designou por Era da Informação, e que é fundamentalmente marcada pela autonomia da cultura face às bases materiais da nossa existência.

A questão da **autonomia** assume-se então enquanto um conceito central na caracterização da nossa época, das nossas sociedades e da nossa cultura. No entanto, essa percepção não nos será suficiente, pois temos também, necessariamente, de perceber qual o seu impacto na nossa vida quotidiana, o que implica – numa sociedade onde a mediação impera (Silverstone, 1999) - questionar qual o papel dos *media* no desenvolvimento dessa mesma autonomia. Falar de autonomia, no quadro do quotidiano e das dimensões da saúde implica, igualmente, compreender qual o modelo biomédico de descodificação e compreensão da nossa existência, algo que Giddens (2006) considera como a base da nossa relação com a vida e a natureza. No entanto, se estamos a viver uma época de mutação de paradigma social, uma passagem para um paradigma onde a nossa relação com a natureza é marcadamente, ou mesmo quase só, social, precisaremos efectivamente de compreender esse modelo biomédico? Ou é a própria construção e promoção da autonomia individual, face à natureza, que reforça o modelo biomédico? E, por último, não poderá o próprio modelo biomédico vir a perder, fruto dessa mudança de paradigma, a sua utilidade conceptual ?

O modelo biomédico a que se refere Giddens (2006) baseia-se fundamentalmente nos conceitos de saúde e de doença, conceitos construídos e afectados pelas influências sociais e culturais de cada sociedade e de cada era. O campo da sociologia designado por sociologia do corpo investiga precisamente as formas pelas quais os nossos corpos são afectados pelos aspectos sociais, pelas nossas experiências culturais, normas, valores e grupos a que pertencemos. Um dos principais aspectos a salientar nos

processos de mudança que poderão influenciar esse quadro analítico, é a separação crescente entre o corpo e a natureza – no sentido do nosso ambiente e dos nossos ritmos biológicos. O nosso corpo tem vindo a ser cada vez mais permeável às influências da ciência e da tecnologia, numa alternância entre o uso de máquinas e a prática de dietas, e esses factos vão criando, por sua vez, novos dilemas (Giddens 2006). Giddens cita Foucault (1988) e relembra aquilo que o autor designou por ‘tecnologias sociais’, tecnologias que afectam o corpo. Com essa expressão, Foucault pretende explicar que o corpo é algo que nós cada vez mais “criamos” e não que aceitamos como um facto imutável e dogmático. Uma tecnologia social é toda e qualquer intervenção que realizamos e que interfere com o funcionamento dos nossos corpos, que os altera de alguma maneira. Mas, naturalmente, o impacto das tecnologias é sempre condicionado por factores sociais (Webster, 1997 e 2002; Lyon, 1992 e 1998). O contexto da Era da Informação, criou as condições e a facilitou apropriações para que, por um lado, o indivíduo nunca tenha tido tanta autonomia e controlo sobre o seu corpo como hoje, mas por outro lado, essa constatação cria também novas possibilidades, que podem possuir índole positiva, mas que também implicam novas ansiedades e novos problemas.

As sociedades contemporâneas estão marcadas por uma série de acontecimentos históricos que transformaram radicalmente aquilo que podemos designar por “sociedades modernas”. A revolução tecnológica, centrada nas tecnologias de informação é uma dessas transformações (Castells, 2002; Giddens, 2007). As tecnologias de informação ao possibilitarem a sua apropriação para o remodelar de toda a base material da sociedade de uma forma acelerada (economias globalmente interdependentes, novas formas de relacionamento entre a economia, o Estado e a sociedade) criam a mudança social (Berger e Luckmann, 2004). O capitalismo enquanto sistema económico e de organização social (Webster 2002; Castells, 2002, 2003a; Giddens 1992) passou ele próprio por um processo de profunda reestruturação (maior flexibilidade de gestão, descentralização e ligação em rede entre empresas, fortalecimento do capital em relação ao trabalho, declínio da importância dos movimentos sindicais, valorização do individualismo, diversificação das relações laborais, incorporação feminina no mercado de trabalho, intervencionismo do Estado de forma diferenciada do que era comum até agora, aumento da concorrência económica). A globalização dos mercados também se reflecte na globalização das organizações

criminosas, mas também do conhecimento, proporcionando os meios para estimular a actividade intelectual, produção, transformação, distribuição e consumos massivo de informação e cultura, promovidos pelas tecnologias de informação e comunicação (Castells, 2003a). Todas essas mudanças produzem, e são elas próprias produzidas, através de processos paralelos de mudanças sociais, mudanças que, por sua vez, nos levam a questionar e proceder ao, eventual, reagrupamento conceptual e social das nossas análises. É precisamente essa discussão analítica que se procura desencadear ao longo das próximas páginas no contexto da Era da Informação e dos processos de autonomia em quadros de risco, incerteza e reflexividade (Beck 2004; Giddens, 1992; Castells, 2002, 2003a, 2003b).

Ao longo deste capítulo, e com o objectivo de explicitar, tão claramente quanto possível, o contexto em que as mudanças ocorrem, quais são essas mudanças e como se processam e desenvolvem os projectos de autonomia individual no contexto da saúde nas sociedades contemporâneas, irão ser abordadas temáticas contextualizadoras, nomeadamente: Informação e o Risco nas sociedades modernas; Comunicação e as Redes como alavancas na construção da autonomia; Centralidade da Comunicação e os Novos Paradigmas; Saúde como valor predominante da sociedade; Saúde e Mediação; e, por fim, as TIC's no sistema de saúde em Portugal.

## **As Sociedades Modernas Ocidentais na Era da Informação e do Risco**

Nas sociedades avançadas (ou de modernidade avançada, segundo Beck, 2004, 1992) a produção social de “bem-estar” é, sistematicamente, acompanhada pela produção social de riscos. Os problemas e os conflitos relacionados com a distribuição numa sociedade de excesso sobrepõem-se a problemas e conflitos da própria produção e distribuição dos riscos produzidos de carácter técnico-científico. O conceito de risco, para Beck, está directamente ligado ao conceito de modernização reflexiva (Beck, 2004). O risco, na formulação de Beck, pode ser definido como uma forma sistemática de lidar com os problemas e inseguranças induzidos e introduzidos pela própria modernização. Os riscos, em oposição aos antigos perigos, são consequências das forças ameaçadoras da

modernização e daquilo que o autor designa como “a globalização da dúvida”. Os riscos são, assim, forças politicamente reflexivas (Beck, 2004: 21).

Para Beck (1992, 2004), as identidades de classe dissiparam-se, as distinções de classe baseadas no status perderam o seu apoio tradicional, e os processos de “diversificação” e individualização de estilos e formas de vida transformaram-se. O resultado dessa transformação reflecte-se no modelo social hierarquizado de classes e estratificação social, que inicia um processo subversivo, pois a sua construção social nem sempre corresponde à realidade (Beck, 2004: 91). A definição ou posicionamento na sociedade é claramente definido pela posição que cada indivíduo/grupo ocupa face ao risco e não tanto face a posições tradicionais de classe. As posições de risco, para Beck, dependem em grande medida do conhecimento, que se torna crucial para a sua determinação (Webster, 1997). A ciência torna-se cada vez mais necessária, mas, simultaneamente, insuficiente para a definição social daquilo que é considerado verdadeiro (Beck, 2004: 156).

Também Giddens (2006) salienta para o facto de o Estado-providência clássico (que nos permitia uma determinada construção social da realidade) se ter desenvolvido numa sociedade onde a escassez era o principal problema social. As sociedades pós-industriais lidam muitas vezes com circunstâncias que não são de pobreza ou escassez de recursos mas com questões de estilo de vida (Giddens, 2006 e Castells, 2003a). Por exemplo, a maior parte dos problemas ecológicos, incluindo as mudanças climáticas globais, não têm a ver com a escassez de recursos mas com o seu uso indiscriminado (engarrafamentos e poluição) (Sassen, 1998, 2001; Graham, 2001, 2003). As soluções para estes problemas dependem quase todas de uma mudança de estilo de vida por parte dos indivíduos, uma mudança que dificilmente pode ser imposta de cima. As questões relativas aos estilos de vida coincidem nitidamente com divisões sociais – a obesidade, o hábito de fumar, o alcoolismo, doenças mentais e certos hábitos de vida destrutivos são mais prevalentes entre grupos das classes sociais mais baixas (Giddens, 2006 e 2007). Pode-se sugerir que a relação entre saúde precária e classe é hoje o reverso do que costumava ser até ao início do século XX. Há um século atrás, a obesidade, a diabetes e as doenças cardíacas eram mais frequentes entre os ricos. Durante grande parte da história, e na maioria das culturas, ser gordo era um sinal de riqueza.

Actualmente, os mais abastados são quase sempre mais magros que os pobres (Giddens, 2006 e 2007).

Uma das questões que encerra maior quadro de problematizações para Giddens (2006) é o facto de as populações, que aparentemente mais necessitam de ser abrangidas pelas mensagens de saúde pública, serem as menos influenciadas por elas. Inclusive menos propensas às mensagens dos *media* sobre saúde pública (Bertrand, 2005). Muitas vezes as campanhas têm o efeito de consolidar em vez de reduzir as divisões sociais, pois os grupos mais instruídos tendem a ser os mais sensíveis à informação sobre a saúde difundida pública e privadamente. Simultaneamente, as noções tradicionais de cuidados de saúde baseavam-se no tratamento assim que a doença surgia. Muitos cuidados médicos ainda se incluem nesta categoria. Na contemporaneidade prevalecem os ideais positivos de saúde, ou seja, as doenças principais estão relacionadas fundamentalmente com estilos de vida (Giddens, 2006; Bertrand, 2005).

A democratização quotidiana, típica das sociedades modernas ocidentais, promove a liberdade e a autonomia e neste sentido pode ser encarada como uma força libertadora. Mas, uma tal afirmação, tem igualmente de ter presente que surgem, ao mesmo tempo, novas patologias, facilmente associáveis à alimentação e à dieta. Segundo Giddens (2006) na sociedade moderna, todos estão de dieta desde a chegada da cultura do supermercado e da produção alimentar global. Todos têm sempre de “decidir o que comer”. Tendo autonomia, temos também presente, simultaneamente, risco e como tal à tomada de decisão, está sempre associado o risco de uma decisão errada, pelo que na Era da Informação e da sociedade em rede, risco, reflexividade, mediação e autonomia se encontram necessariamente relacionadas, constituindo-se em variáveis de uma mesma equação social, isto é, da construção da nossa vida dia a dia.

## **A Comunicação e as Redes: os alicerces da construção da autonomia**

O nosso mundo está em processo de transformação estrutural desde há duas décadas (Castells, 2006 e 2007; Held e al, 1999). É um processo multidimensional mas está associado à emergência de um novo paradigma tecnológico, baseado nas tecnologias de comunicação e informação, que começaram a tomar forma nos anos 60 e que se

difundiram de forma desigual por todo o mundo. É a sociedade que determina a tecnologia (Castells, 2006). É a sociedade que dá forma à tecnologia de acordo com as necessidades, valores e interesses das pessoas que as utilizam (Castells, 2006; Silverstone, 2005). No contexto das nossas sociedades reflexivas assentes nas tecnologias de comunicação e informação, verificamos igualmente que as próprias tecnologias de redes e mediação são particularmente sensíveis aos efeitos dos usos sociais de si mesmas. Ou seja, a própria tecnologia é mudada pelos usos que dela se fazem. A história da Internet fornece-nos ampla evidência de que os utilizadores, principalmente os primeiros milhares, foram, em grande medida, os produtores dessa tecnologia (Abbate, 1999). Mas Castells (2006) também nos demonstra que a tecnologia é condição necessária, mas não suficiente, para a emergência de uma nova forma de organização social baseada em redes. No nosso mundo presente, a saúde, o poder e a geração de conhecimento estão largamente dependentes da capacidade de organizar a sociedade para captar os benefícios do novo sistema tecnológico, enraizado na micro electrónica, nos computadores e na comunicação digital, com uma ligação crescente à revolução biológica e seu derivado, a engenharia genética (Castells e Himanen, 2003; Himanen, 2006). No entanto, ao longo da história o conhecimento e a informação sempre foram centrais nas nossas sociedades (Giddens, 2000). O que é novo é o facto de ambos serem de base micro electrónica, através de redes tecnológicas que fornecem novas capacidades a velhas formas de organização social: as redes (Castells, 2004).

As redes de tecnologias digitais permitem a existência de modelos de organização em rede que ultrapassem os seus limites históricos. Podem ao mesmo tempo ser flexíveis e adaptáveis graças à sua capacidade de descentralizar a sua performance ao longo de uma rede de componentes autónomos, enquanto se mantêm capazes de coordenar toda esta actividade descentralizada com a possibilidade de partilhar a tomada de decisões. As redes de comunicação digital são, assim, a estrutura da sociedade em rede, pois são elas que dão forma aos processos organizacionais e organizativos do nosso dia a dia, podendo, conseqüentemente ser matriz para o exercício dos nossos processos de autonomia (Castells, 2004b).

A comunicação em rede transcende fronteiras, e assim, a sociedade em rede é global e baseada em redes globais. Embora o desvanecer de fronteiras seja um processo de longa duração histórica, fenómenos como o que designamos por “globalização” (Castells,



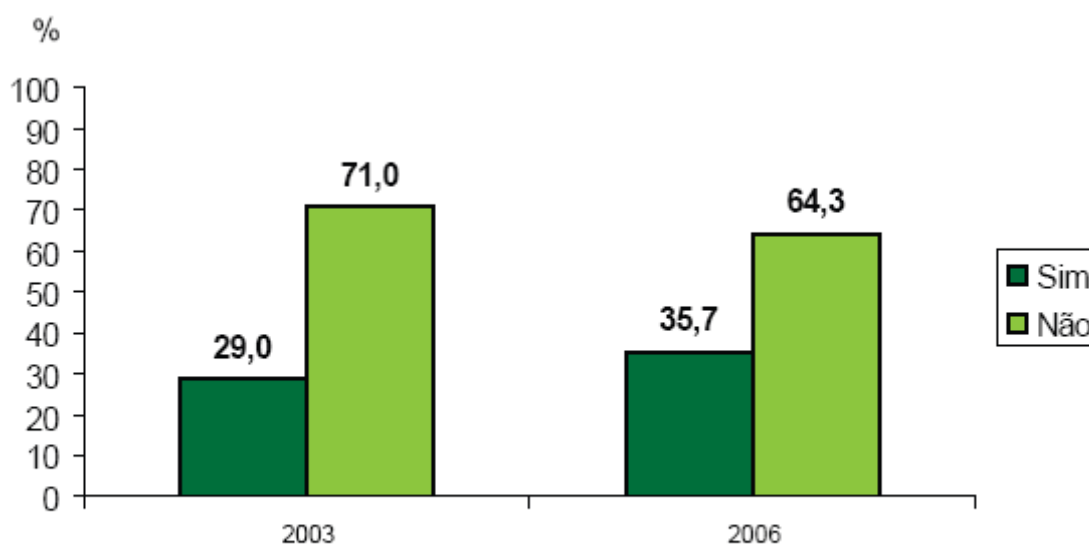
2003b; Giddens, 2000; Hutton, 2000; Eco, 2001), pode ser visto como outra forma de nos referirmos à sociedade em rede, ainda que de forma mais descritiva e menos analítica do que o conceito de sociedade em rede implica. A sociedade em rede difundiu-se por todo o mundo mas não inclui todas as pessoas. De facto exclui a maior parte da humanidade, embora toda a humanidade seja afectada pela sua lógica e pelas relações de poder que interagem nas redes globais de organização social (Castells, 2006). Parece assim claro que este paradigma tecnológico tem capacidades de performance superiores em relação aos anteriores sistemas tecnológicos, mas a constatação ou observação não é um factor, por si só, explicativo pelo que se torna fundamental, e necessário, compreender e conhecer a dinâmica, os constrangimentos e as possibilidades desta nova estrutura social que lhe está associada: a sociedade em rede (Castells, 2004 e 2006).

Nos primeiros anos do séc. XXI, a sociedade em rede representa o núcleo das nossas sociedades. A economia em rede, nova e eficiente forma de organização da produção, distribuição e gestão, que está na base do aumento substancial da taxa de crescimento da produtividade nos EUA, e em outras economias que adoptaram estas novas formas de organização (Himanen, 2001; Himanen e Castells, 2003) . A sociedade em rede também se manifesta na transformação da sociabilidade. A maior parte das vezes os utilizadores da Internet são mais sociáveis, têm mais amigos e contactos e são social e politicamente mais activos do que os não utilizadores (Espanha e Cardoso, 2005, Relatórios WIP 2005 e 2008).

Centrando a nossa atenção em contextos de proximidade analítica, como é o caso da sociedade portuguesa, verifica-se que a utilização da Internet tem vindo a crescer de forma sustentada (Cardoso, Costa, Conceição e Gomes, 2005b), dado o aumento relativo de utilizadores ocorrido entre os anos de 2003 e 2006, mais especificamente de 29% para 35,7%, representando uma taxa de crescimento de 23%. No entanto, as nossas sociedades não vivem apenas dos que possuem acesso, e realizam utilizações da Internet. As sociedades em rede são também sociedades onde podem predominar os que não fazem uso dessas tecnologias de rede mais avançadas. Para Portugal, verifica-se que, de entre o total de inquiridos que não tinham Internet em 2006, cerca de 64,3%, mais de metade considerava que não iria de qualquer modo usufruir dessa plataforma (55,7%). Contudo, se os 33% de não utilizadores que responderam considerar vir a

usufruir, vierem efectivamente a fazê-lo, então poderemos esperar assistir a um potencial de crescimento sustentado do número de utilizadores, de 35,7% para um valor que se estima poder vir a ser superior a 50% no prazo de uma década.

### Gráfico 2.1. Utilização da Internet em Portugal 2003-2006

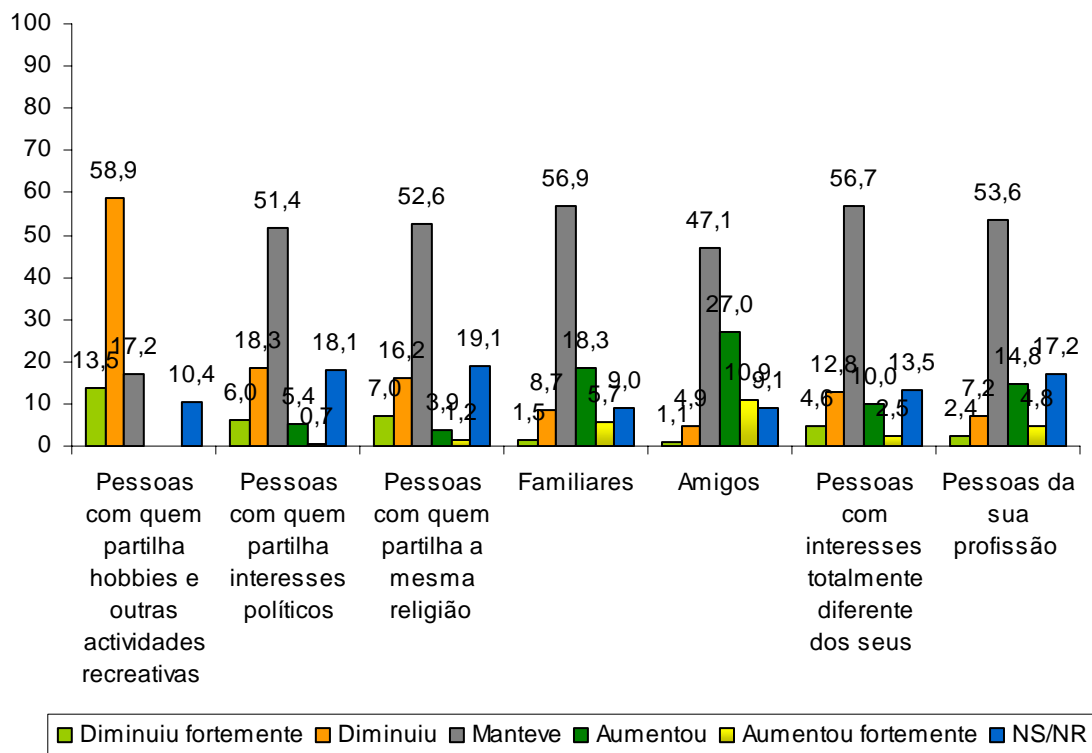


Fonte: CIES, *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, 2003 e 2006*

Quanto mais usa a Internet, mais se envolvem, simultaneamente, em interacções face a face, em todos os domínios das suas vidas (Mitchell, 1999 e 2003). Da mesma maneira, as novas formas de comunicação sem fios, desde o telefone móvel, aos SMS, Wi-Fi e Wimax, fazem aumentar substancialmente a sociabilidade, particularmente nos grupos mais jovens da sociedade. As pessoas integraram as tecnologias nas suas vidas, ligando a realidade virtual com a virtualidade real (Castells, 2002), vivendo em várias formas tecnológicas de comunicação articulando-as conforme as suas necessidades (Espanha, Soares e Cardoso, 2006).

Embora sejam visíveis as potencialidades abertas e suscitadas pela utilização da Internet, enquanto tecnologia social, fomentando novas relações sociais e novas sociabilidades, o contacto presencial tende a manter-se entre a população inquirida, nos dados aqui apresentados. O mundo mediado vem, assim, alargar as possibilidades de contacto que surgem e se desenvolvem na nossa sociedade, reforçando as relações sociais já existentes (Cardoso, 2005b).

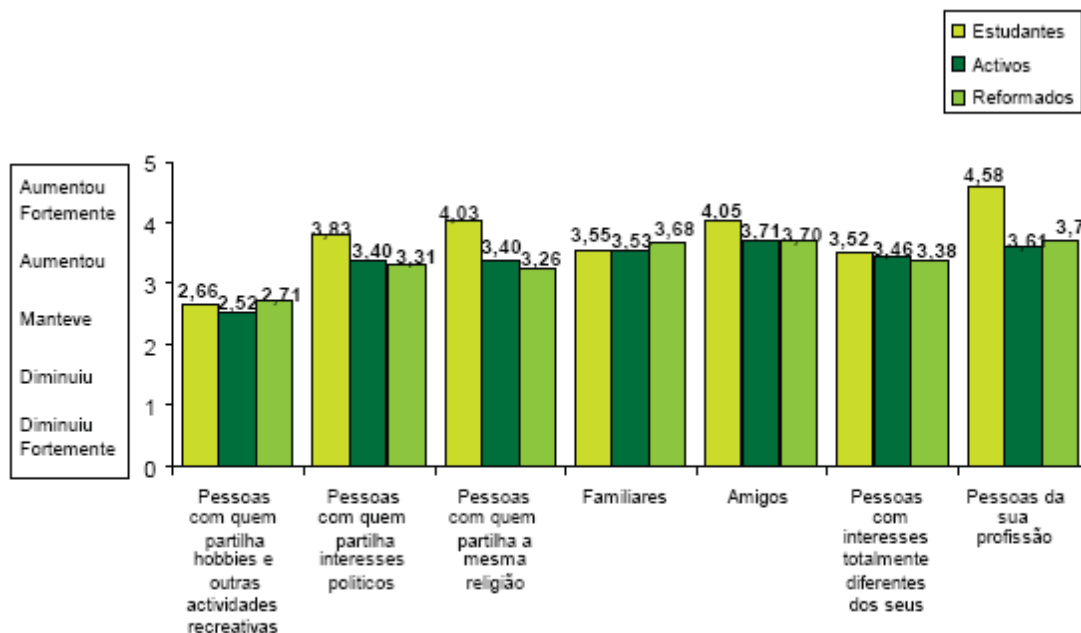
## Gráfico 2.2. Influência da Internet no contacto com os grupos de pessoas



Fonte: CIES, Inquérito Sociedade em Rede, 2006

Uma elevada percentagem dos que navegam na Internet mantém o contacto e relacionamento com grupos de pessoas que partilham dos mesmos interesses políticos, que partilham da mesma religião, com a sua família e amigos, e também com pessoas enquadradas na mesma profissão ou até mesmo com interesses totalmente diferentes dos seus. Isto com a grande excepção do grupo de pessoas com quem partilham *hobbies* e outras actividades recreativas, onde apenas 17,2% dos indivíduos manifestam manter o contacto com essas mesmas pessoas, a par dos expressivos 58,9% que afirmam ter diminuído a convivência com estes. Salienta-se nessa categoria que nenhum dos inquiridos respondeu no sentido de esse contacto estar a aumentar com a utilização da Internet. No que respeita ao aumento nos contactos, a utilização da Internet veio valorizar e tornar mais próximo o relacionamento dos inquiridos com os seus respectivos amigos, mas também com os familiares ou pessoas incluídas no seu universo profissional.

**Gráfico 2.3. Influência média da Internet no contacto com os grupos de pessoas segundo a fase da vida**



Fonte: CIES, *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, 2006*

Analisando a evolução média desses contactos, segundo a fase da vida em que os inquiridos se inserem, numa leitura geral constata-se que entre os estudantes, os activos e os reformados o contacto com os vários grupos referidos tende em média a manter-se ou mesmo a aumentar. O valor mais significativo, em termos de influência da Internet, encontra-se entre os estudantes, dado o forte aumento no contacto que estabelecem com as pessoas da sua profissão (4,58), embora sejam também esses mesmos quem tendencialmente revela um maior incremento na proximidade que detêm com os vários grupos em análise.

A sociedade em rede tem, como o nome indica, a sua base de organização social na rede, tal como anteriores modelos previligiaram a organização piramidal hierárquica tipo base topo e vice versa, em detrimento do modelo corrente de múltiplos centros. Multiplas periferias em reajutamento constante. Mas redes não é apenas sinónimo de Internet é também de redes de outras tecnologias como o telefone e o telemóvel. Tecnologias com uma penetração a nível mundial muito mais forte (Castells,

Fernandez-Ardevol, Qiu, Sey, 2004c). Por outro lado é também fundamental compreender que se pode usar Internet e o telemóvel, mas que há uma forte probabilidade de se usar apenas telemóvel. Daí que seja fundamental analisar essa componente das redes da Sociedade em Rede: o telemóvel. O conceito de “Sociedade das Comunicações Móveis”, inicialmente desenvolvido por Castells (2004c), pretende dar conta da nova configuração da vida social resultante da mobilidade proporcionada pelas comunicações móveis em geral, e pelos telemóveis, em particular. Nesse contexto, poderemos encontrar múltiplos trabalhos de outros autores (Agar, J., 2003, Galperin, H., Mariscal, J., 2007; Geser, H., 2004; Glotz, P., Bertsch, S., 2005; Goggin, G., 2006; Horst, H., Miller, D., 2006; Kasesniemi, E.-L., 2003; Katz, J.E., 2006; Kavoori, A., Arceneaux, N., 2006; Leung, L., Wei, R., 2000; Ling, R., 2004; Ling, R. and Pederson, P., 2005) que destacam a complementariedade entre redes de Internet e redes de Telemóveis ou substituição numa dada apropriação de umas pelas outras. Uma vez que as comunicações são parte central da actividade humana, o advento deste tipo de tecnologia móvel, capaz de permitir a comunicação em qualquer parte e para qualquer parte, tem profundos efeitos sociais. No entanto, pouco se sabe ainda acerca do tipo e condições destes efeitos, pois frequentemente os indivíduos fazem uma apropriação das tecnologias muito diferente da que foi pensada quando da sua criação, tornando-se até produtores activos das práticas de utilização.

Apesar da elevada taxa de penetração dos telemóveis em Portugal, apenas 74,4% dos inquiridos no âmbito do projecto “A Sociedade em Rede em Portugal 2006” afirmou ter pelo menos um telemóvel. De acordo com a informação recolhida pela ANACOM nos Inquéritos ao consumo das comunicações electrónicas 9 de Fevereiro de 2004, Junho de 2005 e Fevereiro de 2006, são as variáveis idade e nível de instrução que mais diferenciam os utilizadores do STM dos não utilizadores.

Estas conclusões são confirmadas pelo inquérito Sociedade em Rede 2006, verificando-se de facto uma relação negativa entre a idade e a penetração do STM. Assim, destaca-se a liderança das categorias 25-44 anos e 45-64 anos, no âmbito dos indivíduos que possuem telemóvel (juntos, estes dois escalões representam cerca de 66% dos inquiridos com telemóvel). Já no seio do grupo dos que não dispõem deste tipo de dispositivo, o destaque vai para as classes etárias mais idosas, com os inquiridos de 65 anos e mais a representar perto de 45% do total. Por outro lado, é de realçar que 88,7% dos inquiridos

com telemóvel possui apenas um dispositivo, contra 11,3% que tem dois ou mais. No que diz respeito à frequência de utilização dos telemóveis, verifica-se que 23,3% dos inquiridos afirmou não fazer nenhuma ou apenas uma chamada em média por dia do telemóvel, contra 31,1% que faz duas ou três, 22,3% faz entre quatro e dez, e apenas 3,3% faz mais de 10. Em termos etários, verifica-se que as categorias mais activas neste âmbito são as que incluem os inquiridos com idades entre os 18 e os 44 anos: 31,2% dos 18-24 anos faz, em média, 4 ou mais chamadas por dia, assim como 31,7% dos 25-44 anos.

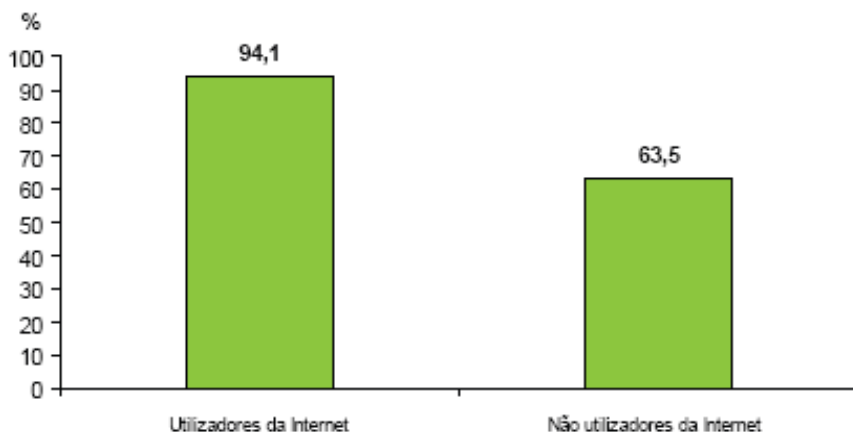
### Quadro 2.1. Chamadas de telemóvel por Escalão Etário

Número de Chamadas por dia	Idade				
	8-17	18-24	25-44	45-64	65 e mais
0 ou 1	38,7	19,5	16,8	23	39,4
2 ou 3	19,0	28,4	35,4	32,6	26,8
Entre 4 e 10	16,1	27,9	27,8	17,5	9,4
Mais de 10	3,0	3,3	3,9	3,7	0,0
1 ou 2 vezes por semana	1,8	0,9	0,3	1,6	3,9
Ns/Nr	21,4	20,0	15,8	21,7	20,5
Total	100	100	100	100	100

Fonte: A Sociedade em Rede em Portugal, 2006, CIES-ISCTE

A média de chamadas diárias dos indivíduos com 17 anos e menos tende a aproximar-se da dos grupos etários mais idosos, apesar da frequência de interacção com o dispositivo não ser a mesma. Tal acontecerá visto ser o tipo de utilização preferido pelos inquiridos com menos de 17 anos passa por outro tipo de soluções, menos dispendiosas, tais como o envio de SMS (Kasesniemi, E.-L.,2003). Quanto ao género, verifica-se uma maior propensão por parte dos homens para a realização de um número elevado de chamadas diárias através do telemóvel: 30,8% dos inquiridos do sexo masculino realiza 4 ou mais chamadas diárias, contra apenas 20,3% das mulheres.

### Gráfico 2.4. Utilização do telemóvel por utilizadores e não utilizadores da Internet



Fonte: CIES, Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2006

Também o modelo de organização dos Estados nas sociedades em rede está em transformação profunda (Price, 2002; Servon, 2002; Norris, 2000; Nye, 2000). Castells (2002) acredita que estamos a assistir ao surgimento de uma nova forma de Estado, a qual vai gradualmente substituindo aquilo que nos habituamos a designar como o modelo organizacional dos estados-nação da Era industrial. Como a sociedade em rede é global, o Estado da sociedade em rede não pode funcionar única ou primeiramente no contexto nacional. O Estado está comprometido num processo de governação global (Giddens, 2007). Mas uma vez que praticar algum tipo de governação global constitui hoje uma necessidade funcional, os estados-nação estão a encontrar formas de fazer a gestão conjunta de processos globais que afectam a maior parte dos assuntos relacionados com a prática governativa e, conseqüentemente condicionam os modelos de gestão individual da autonomia dos seus cidadãos, quer de forma positiva quer de forma negativa.

Como já foi salientado a sociedade em rede influi na vida de todos mas nem todos fazem parte dela, no sentido em que a conseguem colocar ao serviço dos seus projectos de autonomia. Segundo Castells (2002), as sociedades modernas são sociedades em rede apesar de nem todos os indivíduos, nem todos os aspectos das nossas vidas, fazerem parte dessas redes. Do ponto de vista político, por exemplo, a questão chave parece ser como proceder para maximizar as hipóteses de cumprir os aspectos individuais e

colectivos expressos pelas necessidades sociais e pelos valores em novas condições estruturais. Neste sentido o sector público é o actor decisivo para desenvolver e moldar a sociedade em rede, pois as reformas neste sector acabam por ser aquilo que comanda tudo o resto, no processo de moldagem produtiva da sociedade em rede. Isto inclui a e-governança, e-formação, e-segurança, e é claro, a e-saúde. Tal actuação do Estado ocorre, por sua vez, um sistema de regulação dinâmica da industria da comunicação, adaptando-se aos valores e necessidades da sociedade (Mulgan, 2006; Fountain, 2006).

Para Castells (2006) e Cardoso (2006), no início do séc. XXI encontramos-nos numa encruzilhada do desenvolvimento da sociedade em rede. Estamos a testemunhar uma crescente contradição entre as relações sociais tradicionais de produção (de carácter marxista) e a potencial expansão de forças produtivas de estilo totalmente diferente. Esta pode ser, segundo Castells (2006), a última contribuição da teoria marxista clássica. O potencial humano envolvido em novas tecnologias de comunicação e de genética, em redes, em novas formas de organização social e de invenção cultural, é totalmente novo (Benkler, 2006). É, também, por essas razões, que os governos são ambíguos em relação aos usos da Internet e das novas tecnologias: apreciam os seus benefícios, porém temem perder o controlo da informação e da comunicação em cujo poder sempre se apoiaram (Giddens, 2007; Webster, 2003).

Embora Castells (2002) nos ajude a delimitar o objecto de análise contemporâneo, outros autores, nomeadamente Himanen (2006), complementam a nossa análise com os instrumentos necessários para a compreensão da complexidade de modelos disponíveis para opção por parte das sociedades e dos seus actores sociais. Para Himanen, o conceito de sociedade de informação (Himanen, Torvalds, Castells (2001) traduz-se num conceito-chave que inclui uma organização em rede e o crescimento baseado na inovação. Sociedade de Informação é, assim, uma economia da informação assenta no crescimento da produtividade baseado na inovação, ao contrário da chamada “nova economia” (Castells, 2004a). Para Himanen, as tendências globais que podemos identificar no desenvolvimento global da sociedade de informação - e que irão moldar as nossas escolhas enquanto modelos de sociedade em rede - são, essencialmente: o aumento da competitividade internacional, uma nova divisão global do trabalho, o envelhecimento progressivo e exponencial da população, as pressões crescentes na sociedade do bem-estar; aquilo que o autor denomina de segunda fase da sociedade de



informação, que poderá eventualmente incluir a chamada Web 2.0, com a ascensão das indústrias culturais e das bioindústrias, uma lógica de concentração regional, uma divisão global mais profunda e a propagação de uma espécie de cultura de emergência (Himanen, 2006).

A perspectiva de Himanen (2001, 2006) é particularmente importante para esta análise porque aborda dimensões da saúde e do corpo no quadro da sociedade de informação enquanto produto de um modelo de organização social em rede. Se nos focarmos no envelhecimento da população, salientado por Himanen, nas obras referenciadas, podemos mesmo afirmar que se trata de uma das mais importantes tendências da Europa e também de outras regiões. Nestes países, significa um deslocamento da “sociedade dos jovens”, através da “sociedade de meia-idade” para a “sociedade dos reformados ou pensionistas”. Sendo uma das pressões crescentes na sociedade de bem-estar (Himanen, 2006), o envelhecimento da população leva a problemas de financiamento do chamado Estado Social (Giddens, 1991), simultaneamente em consequência de um aumento das despesas directas e de uma ascensão do rácio de dependência. Fruto dessa acção, em simultâneo, dá-se uma maior competição global e uma nova divisão global do trabalho que aumentam a pressão sobre o mesmo Estado Social, criando assim as condições para que o seu modelo seja questionado quanto às opções de continuidade e inovação.

Para Himanen (2006) na segunda fase da sociedade de informação, que começa no início deste novo século, o desenvolvimento tecnológico continuará, mas o enfoque deslocar-se-á para assuntos sociais mais abrangentes e será dada especial ênfase à mudança da forma como trabalhamos, e nesse sentido, também na forma como nos relacionamos e como desenvolvemos nós mesmos o conceito de rede social. A este desenvolvimento está necessariamente associada a ascensão das indústrias culturais. A economia da informação expande-se em particular no campo da cultura – música, televisão, cinema, jogos de computador, literatura, design, etc (Howell, 2005; Jenkins, 2006; Colombo, Farinotti, Pasquali, 2001) . Esse processo é marcado pela digitalização de conteúdos e a articulação em rede de tecnologias de informação com tecnologias de comunicação e *media*, aquilo a que actualmente chamamos a Web 2.0.(Tapscott, Williams, 2006; Anderson, 2006; Friedman, 2005), A próxima fase da sociedade da informação será centrada nas indústrias culturais, mas também na ascensão das bioindústrias (Himanen, 2006). A engenharia genética torna-se a outra chave da

tecnologia, para além das tecnologias de comunicação e informação. Pois estas tecnologias assentes nas ciências da vida são elas próprias produto da capacidade de sequenciar informação e realizar trabalho em rede, como demonstram os projectos de sequenciação do genoma humano (Castells, 2004b). A Sociedade em Rede é assim tanto informação quanto indústrias culturais e indústrias biotecnológicas, mostrando-nos o quanto o estudo da preponderância social da saúde e do corpo se encontra hoje ligada ao paradigma da informação. Informação é hoje sinónimo tanto de mediação e conhecimento quanto de genoma humano.

As bio-indústrias abrem, através da aposta na informação e sua manipulação, à medicina, à bio-tecnologia e às tecnologias do bem-estar na saúde, novos campos emergentes de sustentação económica da sociedade em rede e, conseqüente, também reflexividade do conhecimento e da gestão da autonomia nas sociedades contemporâneas. A importância destes sectores é aumentada pelo envelhecimento da população (tecnologia geriátrica, por exemplo), uma dimensão também salientada por Giddens (2000). Os sectores das bio-indústrias ao se juntarem aos sectores das tecnologias de informação e aos da mediação da comunicação enquanto motores do crescimento económico das sociedades desenvolvidas, implicam que necessariamente nos cruzemos com aquilo a que Himanen (2006) designa de propagação de uma *cultura de emergência*. Ou seja, quando o ritmo do desenvolvimento aumenta, aumenta também a volatilidade das economias e cria-se uma “cultura de emergência” nos locais de trabalho: aprofundam-se os afastamentos sociais, aumentam as tensões e estas são o combustível para uma cultura de emergência. Esta tendência é caracterizada pelo aumento da instabilidade. O desafio de um desenvolvimento sustentável quer humanamente quer em termos ambientais, tem um papel preponderante numa sociedade de risco (Beck, 2004), como esta em que vivemos. Se o sector das bio-indústrias é, por um lado, motor das economias de informação e inovação - no quadro de modelos de sociedade de informação organizados em rede - também é por outro possível solução para a gestão de uma sociedade onde uma cultura de emergência e risco produz, por sua vez, novas necessidades no campo da saúde das populações. O sector do bem-estar, que inclui cuidados de saúde, medicina, etc., é assim, também, uma área de trabalho e um negócio em continuo crescimento (por exemplo, inovação na biotecnologia e na resposta (médica e logística) ao envelhecimento da população.

A sociedade em rede tem também, como vimos, uma relação estreita com a saúde e, a própria investigação no campo da saúde, mas há também um outro campo de análise fundamental para a conceptualização da autonomia no campo da saúde que nos falta abordar: o tempo.

Como salienta Himanen (2006), é um facto que as sociedades de informação mais desenvolvidas no quadro da Europa, os países escandinavos, são também sociedades envelhecidas, são sociedades também onde o uso do tempo biológico tem sido transformado (Castells, 2002, Giddens, 1991). Daí, que faça sentido que ao falar de sociedade em rede, no contexto desta análise, discutamos não apenas a dimensão espacial mas também a temporal. A análise e a discussão sobre o conceito de tempo, é algo que é básico nas preocupações da teoria social contemporânea. É central no pensamento de Giddens (1991, 2000, 2006), mas também Castells (2002) dedica a sua atenção aprofundada a esta temática. Partindo do pressuposto de que a sociedade é “tempo incorporado”, em toda a sua complexidade, a transformação do tempo sob o paradigma dos *media* e das novas TIC, e delineado pelas práticas sociais, é um dos fundamentos da nossa nova sociedade, irremediavelmente ligada ao surgimento do espaço de fluxos (2002). Assim sendo, não há espaço e ciberespaço, apenas “espaço”, pois o local onde vivemos tem essa dualidade de físico, desmaterializado e digital (Cardoso, 1998). Como Manuel Castells sugere, o nosso espaço é ao mesmo tempo um espaço de fluxos e um espaço de lugares. Aparentemente existe um conceito contextual do tempo humano (marcado precisamente pelo espaço de fluxos e de lugares), na senda daquilo que defendeu Harold Innis: “a mente moderna é a mente que nega o tempo” (referido por Stamps, 1995), o novo sistema temporal está ligado ao desenvolvimento das tecnologias de comunicação. Materialmente, a modernidade pode ser concebida como o domínio do tempo cronológico sobre o espaço e a sociedade, um tema que tem sido desenvolvido também por Giddens (1991, 2000), uma repetição da rotina diária ou então o “domínio da natureza, como todos os tipos de fenómenos, práticas e lugares, ficam sujeitos à marcha centralizadora e universalizante do tempo”, aspecto que está no âmago do capitalismo industrial e do estadismo.

Este tempo linear, irreversível, mensurável e previsível está a ser fragmentado pela sociedade em rede, num movimento de extraordinária importância e complexidade histórica. Não estamos apenas a testemunhar uma revitalização do tempo de acordo com

os contextos sociais ou, em alternativa, o retorno à reversibilidade temporal, como se a realidade pudesse ser captada através de mitos cíclicos (Giddens, 2006). A transformação é mais profunda: é a mistura de tempos para criar um universo eterno que não se expande sozinho, mas que se mantém a si próprio, não cíclico, mas aleatório, não recursivo, mas incursor: tempo atemporal. O tempo atemporal é produto da utilização da tecnologia para fugir aos contextos da nossa existência e para apropriar selectivamente qualquer valor que cada contexto possa oferecer-nos um dado presente eterno.

A libertação do capital em relação ao tempo (Castells, 2002: 562) e a “fuga à cultura ao relógio são decisivamente facilitadas pelas novas tecnologias de informação embutidas na estrutura da sociedade em rede”. Mostrar a consistência dos padrões no surgimento de um novo conceito de temporalidade – o tempo atemporal – Castells considera que é apenas a forma emergente, dominante do tempo na sociedade em rede, tal como o espaço de fluxos não nega a existência dos lugares. O domínio social é exercido por meio da inclusão selectiva e exclusão de funções e indivíduos, em diferentes estruturas temporais e espaciais.

No mundo desenvolvido, a revolução Industrial, a ciência médica, o triunfo da razão e a afirmação dos direitos sociais alteraram um modelo de tempo, mas neste ponto não referimos à mudança de contextualização do tempo local para o tempo nacional ou global, mas sim à mais recente lógica de alteração do último contexto, o do nosso corpo e vida, isto é: o “relógio biológico”. Embora iniciado nos últimos dois séculos, mas com particular incidência na segunda metade do século XX, os avanços científicos da medicina no prolongamento da vida, superação de doenças, controlo dos nascimentos, diminuição dos óbitos, questionando a determinação biológica dos papéis sociais e construindo o ciclo de vida em torno de categorias sociais, entre as quais a educação, o tempo de trabalho, as estruturas da carreira e o direito à reforma, adquiriram extrema importância e relevância. Embora o princípio tenha mudado de *biosocial* para *sociobiológico*, havia (e aparentemente ainda há), um padrão de ciclo de vida que as sociedades desenvolvidas tendem a seguir e que os países em desenvolvimento tentam alcançar. Contudo, os avanços organizacionais, tecnológicos e culturais característicos da nova sociedade emergente estão a abalar aquilo que era considerado o “ciclo de vida regular” sem o substituir por uma sequência alternativa. Castells propõe a hipótese de que a sociedade em rede se caracteriza pela ruptura do ritmo biológico ou social,

associado ao conceito de um ciclo de vida (Castells, 2002), no entanto aborda-o como um efeito secundário do surgimento da sociedade em rede, mas sugere-se aqui que ele poderá ser tão importante na mudança social quanto a ruptura de contexto entre a sociedade industrial e a informacional. Pois, se a sociedade em rede nos dá a transformação do contexto organizacional ao nível macro, a transformação do tempo biológico tem efeitos no nível micro, o da **fronteira do nosso corpo e da nossa saúde**.

Exemplos dessa transformação do tempo biológico, são por exemplo, a mudança do ciclo de vida tradicional, através de uma reprodução cada vez mais controlada individual e socialmente. Em estreita interacção com a emancipação cultural e profissional das mulheres, o desenvolvimento dos direitos reprodutivos alterou a estrutura demográfica e os ritmos biológicos das nossas sociedades em apenas duas décadas (Castells, 2002; Viegas e Costa, 1998; Barreto, 1996).

## **Quadro 2.2. População Mundial (milhares) - Variação sobre a Média 1950-2050**

<b>Ano</b>	<b>População</b>
1950	2 535 093
1955	2 770 753
1960	3 031 931
1965	3 342 771
1970	3 698 676
1975	4 076 080
1980	4 451 470
1985	4 855 264
1990	5 294 879
1995	5 719 045
2000	6 124 123
2005	6 514 751
2010	6 906 558
2015	7 295 135
2020	7 667 090
2025	8 010 509
2030	8 317 707
2035	8 587 050
2040	8 823 546
2045	9 025 982
2050	9 191 287

*Fonte:* Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, Thursday, August 21, 2008; 7:58:02 AM.

**Quadro 2.3. Portugal - População (milhares) - Variação sobre a Média 1950-2050**

<b>Ano</b>	<b>População</b>
1950	8 405
1955	8 610
1960	8 858
1965	8 999
1970	8 680
1975	9 093
1980	9 766
1985	10 011
1990	9 983
1995	10 030
2000	10 227
2005	10 528
2010	10 725
2015	10 805
2020	10 790
2025	10 712
2030	10 607
2035	10 485
2040	10 343
2045	10 176
2050	9 982

*Fonte:* Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, Thursday, August 21, 2008; 8:01:04 AM.

Em geral, nos países mais industrializados, e em Portugal também, chegámos a um período caracterizado pela baixa natalidade, pelo adiamento do casamento e reprodução, sendo que as mulheres escolhem, elas próprias, a fase da sua vida em que querem ter filhos. Isto é possível graças ao esforço feminino de combinar educação, trabalho, vida pessoal e filhos num modelo onde a decisão é cada vez mais individual. Conjuntamente com a mudança da família e a crescente diversidade dos estilos de vida, observamos uma modificação substancial de tempo e formas de se ser mãe e de se ser pai no ciclo de vida, onde a nova regra é, cada vez mais, haver poucas regras (Viegas e Costa, 1998; Barreto, 1996).

Um estudo da Comissão Europeia (2005) revela que a taxa de natalidade em Portugal baixou para metade em quarenta anos. De acordo com o estudo «Confrontando a alteração demográfica: uma nova solidariedade entre as gerações», um casal português tinha em média três filhos em 1960, mas em 2003 essa média baixou para 1.5. O relatório, que alerta para o facto de os europeus terem uma taxa de «fertilidade insuficiente para a substituição da população», indica que em todos os países europeus a taxa de natalidade está abaixo do valor mínimo para a renovação da população (cerca de 2.1 por casal), tendo caído para 1.5 filhos por casal em muitos estados-membros, incluindo Portugal. O documento refere, ainda, que a população na UE está a diminuir. O número médio de filhos que os europeus deveriam ter é de 2.3, mas apenas têm actualmente 1.5. Desde 2003 (INE, 2008), que o ritmo de crescimento da população continuou a abrandar, situando-se em 2007 a taxa de crescimento efectivo em 0,17% (valor bastante inferior aos 0,75% de 2002). O valor referido revelou-se abaixo do valor médio para a União Europeia a 27 (UE27), no mesmo ano de referência, que foi de 0,48%. O abrandamento do ritmo de crescimento da população residente em Portugal encontra-se associado ao decréscimo das taxas de crescimento migratório (0,18% em 2007, face a 0,61% em 2003 e 0,68% em 2002), a par de uma redução das taxas de crescimento natural, com valores diminutos entre 2002 e 2006 e negativo em 2007 (-0,01%).

Paralelamente ao reduzido aumento da população, manteve-se a tendência de envelhecimento demográfico. Entre 2002 e 2007, e relativamente ao total da população, a proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade) reduziu-se de 16,0% para 15,3% (15,5% em 2006), em simultâneo com um aumento da proporção da população idosa (65 e mais anos de idade), de 16,4% para 17,4% (17,3% em 2006). A conjugação de ambas as tendências consubstancia-se num continuado envelhecimento da população, tendo o índice de envelhecimento aumentado de 105 idosos por cada 100 jovens, em 2002, para 114 em 2007 (112 em 2006). Na população em idade activa (15-64 anos) continuam a registar-se duas tendências distintas: o grupo de adultos jovens (15-24 anos) reduziu a sua proporção na população total, de 13,4% em 2002 para 11,6% em 2007, enquanto que na população adulta (25-64 anos) se verifica uma tendência idêntica à da população idosa, tendo aumentado de 54,2% para 55,6% no mesmo período.

Para além das duas tendências registadas de natalidade e envelhecimento, também no período entre 2002 e 2007, observou-se um decréscimo das taxas de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, por oposição a um aumento nos grupos etários mais elevados. Estas alterações no comportamento face à fecundidade reflectem-se no aumento da idade média da mulher quer ao nascimento do “primeiro filho” quer de “um filho”. A idade média da mulher ao nascimento do “primeiro filho” subiu de 27,0 para 28,2 anos de idade; a idade média da mulher ao nascimento de um filho subiu de 29,0 para 30,0 anos de idade.

A evolução da medicina e das novas tecnologias e métodos reprodutivos - e também os novos modelos culturais - tornam possível, em grande parte, dissociar a idade e a condição da reprodução e do parentesco. Praticamente todo o processo reprodutivo pode ser controlado pelos indivíduos, desde a escolha e identificação da paternidade, a forma e o método de fertilização, em tempo real ou adiada, etc. O modelo é socialmente definido e o “relógio biológico” pode ser “acertado” em função dos interesses e objectivos dos pais, nas várias esferas da sua existência. Quase todas as combinações se tornam possíveis e, como tal, socialmente decididas.

Do exposto, enquanto exemplo da transformação do tempo em tempo atemporal e, conseqüente, mudança do tempo biológico, pode-se sugerir que se realiza actualmente o triunfo do desejo individual e a afirmação dos direitos das mulheres sobre os seus corpos e as suas vidas. Criando assim novas fronteiras e novos contextos para o exercício da autonomia no campo da saúde a par de tendências sociais crescentes, cuja difusão tecnológica e cultural parece não poder ser posta em causa (Castells, 2002).

No entanto, se as influências e a sua acção sobre contextos permeiam todas as sociedades o contexto de Sociedade de Informação proposto por Himanen (2006) e característico, por exemplo da Finlândia, não é passível de aplicação à leitura de todas as sociedades, porque nem todas elas se encontram perante estádios similares de desenvolvimento. Cardoso (2006:38) utiliza o termo “sociedade em transição” para definir realidades sociais cuja lógica de rede ainda não está completamente firmada, onde nem todas as pessoas têm acesso às TIC e a sociedade não tem capacidade para utilizá-las plenamente. Segundo Cardoso (2005), “Portugal encontra-se na fase inicial da sociedade em rede, apresenta traços de modernização (transformação das estruturas económicas, escolarização das novas gerações, feminização e terciarização do trabalho,



urbanização da população e dos espaços, alteração dos padrões demográficos e de vida familiar, democratização das estruturas políticas e mediatização do espaço público) e novos desafios (envelhecimento populacional, novas formas de pobreza, crise das estruturas democráticas, mediatização da sociedade), misturados com estruturas sociais ainda arcaicas (sectores económicos de fraca intensidade tecnológica, apoios sociais insuficientes, classe média pouco desenvolvida)” (Cardoso, 2005:31).

É, então, no contexto de sociedades em transição para a sociedade em rede que devemos analisar a realidade portuguesa nesta investigação e o papel das redes e das tecnologias de comunicação e informação enquanto catalizadores do exercício da autonomia no quadro da saúde.

## **Novos Paradigmas da Comunicação – a Centralidade da Comunicação**

Quando falamos de novos *media* falamos de algo novo em termos tecnológicos, mas também falamos de tecnologias que promovem a comunicação e simultaneamente novos modelos de organização social e económica, criando novas audiências, novos públicos e novos utilizadores, que possuem uma nova linguagem e novos conteúdos e que proporcionam novos conhecimentos (Cardoso, 2002; Castells, 2004; Ortoleva, 2004). Fausto Colombo (1993) considera novos *media* todos os meios de comunicação, representação e conhecimento onde é possível encontrar a digitalização do sinal e do seu conteúdo, possuindo dimensões de multimedialidade e interactividade (nesta definição é possível incluir o telemóvel, a televisão digital, as consolas de jogos e a Internet).

Mas os novos *media* também devem ser definidos pela mudança que induzem ou produzem a partir da sua difusão e utilização. Segundo Manuel Castells (2004), o que as tecnologias permitem são, fundamentalmente, novas formas de organização da produção, do acesso ao conhecimento, de funcionamento da economia e, conseqüentemente, novas formas de cultura. Levam-nos a uma gestão diferente do tempo e do espaço das nossas redes de relacionamento, entre as empresas, entre os amigos, entre o estado e os cidadãos, ou entre as nações. Além disso, também é possível afirmar que estes novos *media* estão a introduzir novas audiências através de mudanças nos processos de apropriação social e difusão das tecnologias (Livingstone, 1999).

Nesta lógica, o próprio meio de comunicação transforma-se num eixo do dinamismo do utilizador da tecnologia em questão. Para Ortoleva (2001), o novo sistema dos *media* tem como base a constituição de grandes grupos que agregaram em entidades únicas elementos que antes estavam isolados (editoras, ISP's, Emissoras televisivas, indústrias de hardware, etc.). Ortoleva realça ainda o que denominou de “aventura do conteúdo”, ou seja, a circulação de um mesmo conteúdo em vários suportes permite a optimização de lucro para as indústrias dos *media*, como por exemplo o cinema, o DVD e as consolas de jogos.

Isto pode ser ilustrado no caso da televisão e nas mudanças que podemos verificar com a chegada da Internet. Tudo parece orientar-se para a ideia de que a mudança depende do modelo televisivo tradicionalmente praticado, isto é, da identidade televisiva construída em torno de uma dada relação entre entretenimento e informação. Mas, visto que o ponto de partida para a presença na Internet das televisões tem quase sempre sido a oferta de uma página de notícias, a mudança está também dependente, até certo ponto, do modelo noticioso praticado na redacção do telejornal de cada estação televisiva. A presença online da televisão, tal como dos jornais e da rádio, é produto da interacção entre dois universos de referência em termos da comunicação: a informação publicada offline (que é o seu ponto de origem) e o ambiente da rede Internet, ou melhor a sua cultura, a qual constitui o seu ponto de chegada. (Cardoso e Espanha, 2006a, Castells 2004).

Tal como se passa com os *media* offline, o objectivo último dos *media* online é encontrar um reconhecimento e um valor próprio na sociedade. Esse reconhecimento é produto de quem o produz e projecta mas também da pluridimensionalidade do ambiente comunicativo da Internet e da relação estabelecida com a sua identidade offline de partida. Em última análise, o grau de mudança que a Internet introduz na televisão está dependente da escolha que a própria televisão quiser fazer ou deixar realizar. A mudança introduzida pela Internet na televisão ocorre, então, em duas fases. A primeira corresponde à passagem da televisão para o espaço online. A segunda fase, dependendo da capacidade tecnológica, de estratégia e de modelo identitário original, apresenta a possibilidade de evoluir, ou não, para novos modelos televisivos que tenham em atenção as lógicas de rede entre diferentes *media*.

A presença na Internet pode, na sua tendência maximizada, contribuir para o surgir de uma televisão em rede interagindo com diversos outros *media*, pessoais ou de massa, e conteúdos diversificados ou, numa dimensão de menor mudança, estabelecer apenas pontes frágeis entre dois *media* sem real interacção entre si: a televisão para ser apenas vista e a Internet para ser navegada (Cardoso e Espanha, 2006a).

A Internet tem, assim, um papel crescente, ao ser, simultaneamente, um meio de comunicação de massas e um meio de comunicação interpessoal, constituindo-se como o elemento central no novo sistema dos *media* (Cardoso, 2008).

Se relacionarmos a frequência das práticas comunicativas, com o contexto das actividades quotidianas, e ainda segundo o Inquérito Sociedade em Rede 2003, podemos constatar esse papel crescente da Internet nas alterações dessas práticas. Genericamente, segundo os dados do SR 2003, os portugueses vêm televisão e ouvem rádio 2 horas e meia por dia, falam ao telefone e telemóvel durante 20 minutos e, os utilizadores de Internet, navegam cerca de 1 hora. Ora, se analisarmos os dados do quadro 9, podemos verificar uma diferença significativa: é que a média de horas gastas a ver televisão é mais baixa entre os cibernautas (2 horas por dia, sendo que os não utilizadores vêm televisão cerca de 3 horas por dia), o que pode ser contrariado pela própria televisão, ao criar o seu espaço concreto na Internet, reconquistando os tele-espectadores (ou net-espectadores) através desse suporte.

**Quadro 2.4. Médias de ocupação diária do tempo em várias actividades (em minutos), segundo utilização da Internet**

Em média, quanto tempo dedica por dia...	Utilizadores		Não utilizadores	
	n	Média	n	Média
...a ver televisão	706	135,3	1720	175,7
...a ouvir rádio	683	147,5	1443	155,4
...a usar a Internet	673	64,9	--	--
...a ler jornais	623	34,5	1162	33,1
...a falar ao telemóvel	689	36,3	1055	19,7
...a falar ao telefone fixo	496	29,9	984	17,6

Fonte: Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, CIES, 2003.

Podemos concluir que o papel da Internet se torna particularmente importante se considerarmos que os utilizadores são em geral mais jovens, mais qualificados e com tendência para aumentar, o que não significa, na prática, uma substituição dos *media* tradicionais, mas sim alterações nas práticas comunicacionais, naturalmente, mas também nas práticas de sociabilidade. O sistema de *media*, organizado em rede, permite formas de consumo e utilização dos *media* (tanto novos como tradicionais) muito diversificadas e criativas, alterando, na sua essência, a forma como os indivíduos as apropriam, por um lado, e as reproduzem, por outro.

Estes dados reforçam a ideia do aumento da importância do papel da Internet, associado não ao desaparecimento dos *media* tradicionais, mas pela sua organização em rede, ao criar as pontes necessárias entre velhos e novos *media*, e transformando sistemas de comunicação interpessoal em sistemas de comunicação de massas, contudo, o inverso também se verifica. Além disso, a velocidade, a mobilidade e a portabilidade também contribuem substancialmente para as alterações das práticas quotidianas dos indivíduos, pois estão presentes nos telemóveis, nos computadores portáteis, na banda larga, e de forma ainda mais flagrante, nas possibilidades que trazem os sistemas wireless (Espanha, Soares e Cardoso, 2006c; Bar, e Galperin, 2006)

O acesso à Internet e às tecnologias digitais em geral está a desmaterializar-se, provocando uma revolução semelhante à que o telemóvel gerou na comunicação oral. A sobreposição dos vários meios de comunicação que se dava no lar, nomadiza-se, tornando-se um permanente *anywhere just in time* ligado à presença física do nosso corpo e não apenas ao lugar onde chega o cabo de ligação. GPRS, UMTS, Wi-Fi, Wi-Max são algumas das siglas tecnológicas que desenham esse futuro em que as novas práticas de comunicação, consumo dos *media* e sociabilidade se preparam para dar o salto wireless, envolvendo a sociedade em si própria, pelos meios de que os seus membros dispõem. Por outro lado, o percurso percorrido com o Super 8, o camcorder, a fotografia e vídeo digitais ou, paralelamente, o gravador de cassetes, o mp3, o ipod, a rádio digital, convergem hoje no percurso que nos levou da máquina de escrever à Internet, colocando nas mãos de cada um os mais poderosos meios de auto-expressão e difusão da história da humanidade. Dizemos meios e não ferramentas, porque a moldagem é interactiva. As novas tecnologias não servem apenas os nossos intuítos,

condicionam-nos na sua própria natureza. A velocidade tende para o infinito, o tempo para a reflexão tende para zero e a capacidade para intervir humanamente num espaço de controlo que descamba facilmente para a alucinação colectiva é essencial (Espanha e Cardoso, 2005; Bar, e Galperin, 2006; Lessig, 2004 e 2005).

Esta nova era da informação levanta novas e múltiplas questões, de natureza tecnológica, naturalmente, mas também de natureza cultural e política, ao confrontar a criatividade com o receio da inovação, o medo e a insegurança com as possibilidades de sociedades mais justas e igualitárias, mais livres (Benkler, 2006; Lessig, 2006)

Nesta lógica de ideias que os dados fazem evocar verifica-se, em modo de conclusão, que o sistema geral de *media* se encontra em processo de mutação reconfiguradora, originando processos de simbiose entre os diversos meios em direcção a um desdobramento dos conteúdos, dos processos de criação desses conteúdos e, principalmente de distribuição desses conteúdos.

A partir daqui origina-se uma re-articulação tanto dos modos relacionais em sociedade quanto da paisagem cultural e de produção e reprodução do real que se "mostra" à sociedade. Contudo, para além do referencial empírico, convém também ponderar as consequências cognitivas da emergência do factor "Internet" no padrão cultural dos indivíduos, no modo como permite multiplicar acontecimentos numa topografia mais vasta da informação noticiosa e do entretenimento, assim como os resultados dessa mesma multiplicação de acontecimentos, reais e ficcionais, na intensidade existencial e relacional de uma sociedade em rede.

É possível assim afirmar que a nossa Era, em termos comunicacionais, é caracterizada, em grande medida, pelo domínio da interactividade da comunicação, privilegiando um sistema de múltiplos produtores/distribuidores/consumidores. Assistimos, nos últimos 30 anos, à introdução de sistemas de comunicação que permitiram uma ampla distribuição de mensagens, conquistando e reconfigurando espaço e tempo, à alteração do tipo e dimensão dos conteúdos televisivos em função do género de entretenimento e ao surgimento da interactividade como elemento fundamental para a caracterização do actual modelo televisivo, tanto enquanto entretenimento como no que diz respeito à informação.

No caso português essa caracterização pode ser feita utilizando alguns marcos muito significativos na história da nossa televisão (Cardoso e Espanha, 2006d). A introdução das emissões televisivas regulares, a preto e branco, tornaram-se progressivamente parte do quotidiano dos portugueses, ocupando um lugar central, agregador e polarizador das relações sociais e familiares (a “lareira electrónica”). As emissões a cores e a importância do serviço público de televisão, que tomou proporções importantes no pós-25 de Abril, potenciaram esse papel central que a televisão tem vindo a desempenhar como principal elemento de comunicação de massas no contexto nacional. A entrada no mercado das televisões privadas, em 1991, alteraram o padrão de oferta de programação, permitindo alguma diversidade no tipo de conteúdos e a entrada de novas e mais competitivas abordagens informativas, mas não alteraram a centralidade que a televisão continuou a ter no quotidiano dos portugueses. A Tv por Cabo e por satélite também contribuiu para uma diversificação da oferta de conteúdos, mas com especificidades relacionadas com o facto de os canais oferecidos serem, tendencialmente, canais temáticos, algo que a difusão da TDT (Televisão Digital Terrestre) poderá também alargar a outros sectores da população.

As preferências dos portugueses, em termos de consumos de *media*, em todos os escalões etários, género ou grupo sócio-profissional, centram-se na televisão. Se a nossa sensibilidade e visão global em cada um dos ambientes em que nos movemos, e também os dados constantemente divulgados por diversas entidades e observatórios públicos e privados nos davam essa noção, o inquérito realizado pelo CIES em 2003, dá-nos a confirmação: 99,3% da população portuguesa vê televisão. É a prática comunicacional mais generalizada na vida quotidiana dos portugueses.

**Quadro 2.5. Práticas comunicativas e vida quotidiana (%)**

Práticas comunicativas e vida quotidiana	Total (n=2450)
Ver TV	99,3
Ver vídeos ou DVD	42,4
Passear	87,1
Ouvir rádio	86,2
Ouvir música	77,9
Ler jornais ou revistas	77,5
Ler livros	44,4
Não fazer nada	38,9
Ir a bares, restaurantes, discotecas	60,1
Ir ao cinema	38,4
Ir ao teatro, ópera ou concertos	14,9
Ir a museus, exposições ou conferências	16,8
Encontrar-se com familiares ou amigos	93,8
Jogar com o computador ou consola	21,5
Falar com as pessoas da casa, brincar com as crianças, etc.	84,0
Assistir a espectáculos ou competições desportivas	36,0
Praticar algum desporto ou actividade física	22,5
Assistir a manifestações ou reuniões de sindicatos, partidos políticos, associações, etc.	5,0
Ir à igreja ou lugar de culto religioso	48,5
Assistir a acontecimentos populares, festas ou feiras	54,4
Praticar algum <i>hobby</i>	13,7
Actividades em casa relacionadas com o trabalho profissional	18,8

Fonte: Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2003, CIES (Adaptado)

A actualidade destes dados mostra-nos uma continuada omnipresença da televisão. Então, algo mudou ou não, com a introdução de novos sistemas, como a TV digital e interactiva ou mesmo com a introdução de hábitos relacionados com o consumo de Internet?

Se acrescentarmos dados que distinguem os utilizadores dos não utilizadores de Internet, podemos verificar essa tendência para a multiplicação de interesses e actividades por parte dos utilizadores da Internet, reforçando a hipótese de que a utilização das novas tecnologias de comunicação levam à diversificação e ampliação das capacidades comunicativas.

**Quadro 2.6. Práticas comunicativas e vida quotidiana, segundo utilização da Internet (%)**

Práticas comunicativas e vida quotidiana	Utilizadores (n=711)	Não utilizadores (n=1739)	Total (n=2450)
Ver TV	98,9	99,4	99,3
Ver vídeos ou DVD	79,3	27,3	42,4
Passear	96,4	83,2	87,1
Ouvir rádio	95,1	82,6	86,2
Ouvir música	97,2	70,0	77,9
Ler jornais ou revistas	94,0	70,8	77,5
Ler livros	78,5	30,5	44,4
Não fazer nada	40,5	38,2	38,9
Ir a bares, restaurantes, discotecas	85,0	49,9	60,1
Ir ao cinema	75,7	23,1	38,4
Ir ao teatro, ópera ou concertos	32,8	7,5	14,9
Ir a museus, exposições ou conferências	37,7	8,2	16,8
Encontrar-se com familiares ou amigos	98,7	91,8	93,8
Jogar com o computador ou consola	57,2	6,8	21,5
Falar com as pessoas da casa, brincar com as crianças, etc.	91,0	81,1	84,0
Assistir a espectáculos ou competições desportivas	57,8	27,0	36,0
Praticar algum desporto ou actividade física	49,0	11,7	22,5
Assistir a manifestações ou reuniões de sindicatos, partidos políticos, associações, etc.	11,0	2,6	5,0
Ir à igreja ou lugar de culto religioso	38,5	52,6	48,5
Assistir a acontecimentos populares, festas ou feiras	63,2	50,7	54,4
Praticar algum <i>hobby</i>	24,7	9,2	13,7
Actividades em casa relacionadas com o trabalho profissional	31,0	12,4	18,8

Fonte: Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2003, CIES (adaptado)

Como se verifica, os portugueses ouvem rádio (86,2%), música (77,9%), lêem jornais e revistas (77,5%), encontram-se com familiares e amigos (93,8%), passeiam (87,1%), conversam com membros do seu agregado familiar e brincam com as crianças (84%).

Torna-se, deste modo, uma evidência: os portugueses têm relações de sociabilidade intensas, que não são postas em causa, pelo contrário, pela evolução para a sociedade em rede. Vale a pena realçar que, apesar de práticas de sociabilidade intensas, como demonstram os números anteriores, o mesmo já não se pode dizer relativamente a práticas normalmente relacionadas com a expressão da cidadania, como a presença em manifestações ou reuniões de sindicatos, partidos políticos, associações, etc (5%), ou com envolvimento em práticas de carácter cultural ou de formação, como assistir a espectáculos de teatro, ópera e concertos (14,9%) ou ir a museus, exposições e conferências (16,8%). As práticas comunicacionais também se diversificam bastante consoante o escalão etário dos indivíduos. Particularmente relevante é a constatação de



que todas estas práticas são mais desenvolvidas pelos indivíduos que se encontram no grupo etário dos 15 aos 29 anos, enquanto que relativamente às práticas de sociabilidade a distribuição por escalão etário já é muito mais semelhante, em três categorias etárias (15-29 anos, 30-49 anos, 50 ou mais anos). Em termos globais, e sem falarmos já do consumo de *media* associado à Internet, podemos sintetizar aquilo que parece ser a “dieta” de *media* dos portugueses actualmente, em todos os escalões etários, grupo socioprofissional ou região de origem: a televisão é o *media* favorito, tanto para entretenimento como para informação.

**Quadro 2.7. Meios de informação sobre acontecimentos locais/nacionais e internacionais, segundo utilização da Internet**

Qual o principal meio que utiliza para se informar...	Utilizadores		Não utilizadores		Total		
	n	%	n	%	n	%	
... quando há um acontecimento local/nacional (p<0,01)	Televisão	569	80,1	1502	86,3	2071	84,5
	Rádio	25	3,5	35	2,0	60	2,4
	Jornais	52	7,3	77	4,4	129	5,3
	Revistas	4	0,6	5	0,3	9	0,4
	Internet	29	4,1	0	0,0	29	1,2
	Falando com familiares/ amigos/ conhecidos	29	4,1	99	5,7	129	5,2
	Desloca-se ao local	1	0,2	0	0,0	1	0,1
	Não sabe / não responde	2	0,2	20	1,2	22	0,9
Total	711	100,0	1739	100,0	2450	100,0	
... quando há um grande acontecimento internacional (p<0,01)	Televisão	582	81,9	1636	94,1	2219	90,6
	Rádio	10	1,5	7	0,4	18	0,7
	Jornais	27	3,8	44	2,5	71	2,9
	Revistas	3	0,4	3	0,2	6	0,3
	Internet	82	11,5	0	0,0	82	3,3
	Falando com familiares/ amigos/ conhecidos	4	0,5	17	1,0	20	0,8
	Não sabe / não responde	3	0,4	32	1,8	34	1,4
	Total	711	100,0	1739	100,0	2450	100,0

Fonte: Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2003, CIES (adaptado).

Como se pode verificar, no quadro anterior, 90,6% dos portugueses procura a televisão como a principal fonte informativa para acontecimentos internacionais e 84,5% também a procuram no caso de acontecimentos mais próximos (nacionais ou locais).

Mas, segundo Cardoso (2008), nos últimos 15 anos testemunhámos também uma grande mudança na paisagem dos *media*. Mudança que se deve, não só, à inovação tecnológica nos próprios instrumentos de intervenção, mas também à forma como os utilizadores escolheram apropriarem-se socialmente dos mesmos e, conseqüentemente, como construíram novos processos de mediação. Silverstone (2004) considerava que a

crescente centralidade dos *media*, no exercício de poder e na condução do nosso dia a dia, coloca o estudo da mediação no topo da ordem do dia da investigação social, exigindo a compreensão da forma como os processos de comunicação mediada moldam tanto a sociedade como a cultura (Silverstone, 2004), mas também como a mediação molda o sistema de *media*. Para Cardoso (2008) a mudança de mediação tem sido, ao longo dos últimos anos, o cerne da análise de muitos estudiosos nas ciências sociais, desde as perspectivas legais apresentadas por Lessig (2004), à análise económica proposta por Yonkai Benkler (2006), à análise cultural de Umberto Eco (1985) e Fausto Colombo (1993) e à teoria social global da Idade da Informação desenvolvida por Manuel Castells (2000). Cardoso acrescenta uma abordagem especificamente orientada para os modelos comunicacionais e argumenta: “Tendo em conta que, durante o século XX juntámos, teoricamente, novas tecnologias e novos usos de *media* com modelos de comunicação (Ortoleva, 2004), poderemos afirmar que o presente modelo ainda está enquadrado no conceito de comunicação de massa? Ou devemos questionar a sua presente validade para explicar o nosso mundo mediado pela comunicação?” (Cardoso, 2008: 589). O autor defende que ultrapassámos o modelo de comunicação baseado na *comunicação de massa* e encontramos-nos num modelo baseado na *comunicação em rede*, sendo que mais importante do que a mudança tecnológica é a alteração no sistema de *media*, a forma como os utilizadores de *media*, nos seus processos de mediação privados, públicos ou de trabalho, moldaram as suas dietas e matrizes de *media* (Cardoso, 2008).

Estamos, assim, perante um novo modelo de comunicação, que combina diversos *media*, criando diversas dietas “à medida” de cada indivíduo. Com a mudança de paradigma comunicacional também mudou a posição de cada indivíduo na sua relação com a Internet, evoluindo para a chamada web 2.0. O indivíduo, o utilizador de Internet, tem um novo e diferente papel. Não há parceiros silenciosos neste processo de mudança. Adoptam-se novos comportamentos baseados nas tecnologias disponibilizadas na web 2.0 (redes sociais, blogues, tags, classificações, produção de conteúdo, partilha de vídeos e de preferências, fotografias on-line, etc). Mas quem são estes utilizadores? O que os distingue dos anteriores? Como avaliar, medir, compreender os seus padrões de consumo? Ou seja, não é possível actualmente pensar o papel do utilizador sem ter em conta o contexto daquilo que se convencionou chamar a “Web 2.0”. As questões que se colocam partem de duas diferentes perspectivas: Qual o

papel do indivíduo na constituição da web 2.0 e, necessariamente, qual o papel da web 2.0 no comportamento dos indivíduos. Para tal é importante discutir precisamente de que falamos actualmente quando falamos de Internet e de outras tecnologias que alimentam a web social, mas também qual o seu papel na vida das pessoas. É necessário por isso discutir questões de mobilidade, de conteúdos, de negócios, mas principalmente, falarmos de pessoas e de comunidades, pois é de pessoas e de comunidades, de diversas naturezas, que se constitui a web 2.0. Actualmente a utilização que se faz da Internet para aspectos relacionados com o consumo está em grande medida assente precisamente nas Comunidades On-line. E elas constituem-se a partir das mais variadas formas, objectivos, intenções, interesses, vontades, caminhos. Comunidades, tal como comunicação, partem do conceito de pôr em comum, logo esse é o pressuposto da sua constituição. Partilhar interesses comuns pode ser a base da relação com o utilizador/consumidor da web 2.0. Senão vejamos: o que distingue a web 2.0 da outra web? De acordo com a Wikipedia (ela própria fruto da web 2.0) é “uma transição visível da World Wide Web de uma colecção de sites para uma plataforma computacional que fornece aplicações da web aos utilizadores finais”. Alguns exemplos são o Facebook, as aplicações do google (as variadas e múltiplas aplicações disponibilizadas pelo google aos seus utilizadores), os blogues e a possibilidade de qualquer pessoa os conseguir criar, os wikis em geral. Mas também as plataformas das comunidades on-line, relacionadas com aspectos específicos das nossas vivências em sociedade, mas também com as nossas hipóteses e necessidades de consumo e utilizações das ferramentas. As compras on-line de praticamente todo e qualquer bem ou serviço, mas, e aqui pode surgir a novidade ou a diferença, os sites de troca de informação horizontal sobre aspectos directamente relacionados com o consumo, como no site da amazon, onde podemos comentar ou ver os comentários de outros consumidores relativamente ao bem que queremos comprar ou que compramos mas sobre o qual queremos partilhar a nossa opinião. Existe toda uma infinidade de sites do tipo “rate...”: rate your doctor, rate your professor, rate the hotel, rate the PC, the car, the book, etc... etc... Mais do que classificar, o utilizador comenta. E tem acesso aos comentários dos outros. Podendo ou não confiar no que os outros utilizadores/consumidores dizem, a verdade é que, tal como nos wikis, aqui a quantidade, efectivamente, conta.

Assim, e aparentemente, já não chega estar on-line...É preciso construir uma presença e interagir socialmente, com Blogs, Wikis e todos os outros serviços. Duas palavras – chave parecem estar no centro destas mudanças. A primeira é Mobilidade. As redes estendem-se e libertam-se do PC. Os telemóveis (e outros dispositivos móveis) tornam-se instrumentos poderosos das comunidades, telefones, SMS, MMS, GPS, grupos, Chat, Internet, video, iPod, PSP. A segunda é Interligação. A integração e interligação entre dispositivos é a condição para o crescimento das comunidades móveis, pois caminhamos para um mundo de ubiquidade de presença. Dispositivos móveis on-line ganham espaço e tempo os indivíduos, os utilizadores/consumidores, conduzem o processo. São as pessoas e não as tecnologias que estão no centro desta visão.

Se as tecnologias são domesticadas pelas pessoas, se se moldam em função das nossas dietas e matrizes, como é que a saúde, ou melhor, o conceito de saúde intervem nesse processo? A saúde enquanto valor da sociedade contemporânea (forma de estar e valor predominante) cruza-se também com a forma como domesticamos a tecnologia em função dos nossos interesses e necessidades, marcando desse modo a nossa forma de lidar com a saúde através das tecnologias de comunicação e informação.

### **Saúde: Forma de Estar, Valor Predominante da Sociedade**

A saúde identifica-se em geral como uma forma de estar à qual a maior parte de nós aspira, como uma bênção, uma qualidade desejada, algo que normalmente o “dinheiro não pode comprar” (Aggleton, 1990). Mas a saúde enquanto conceito é algo extremamente difícil de clarificar, que tem uma definição contextual que se altera em função das épocas e das regiões, da religião, do género ou até da opção política. É, naturalmente, algo que exige uma conceptualização sociológica, em especial numa Era em que a sua importância cresce e se redefine, fruto da evolução da medicina, do aumento da esperança de vida, da valorização da consciência ambiental, do envelhecimento da população e das alterações do valor do corpo e dos conceitos de beleza associados crescentemente ao conceito de “corpo são”.

Comecemos pois por admitir dois pressupostos: que aqui nos interessa basicamente a dimensão (ou dimensões) social da saúde e, fundamental para o desenvolvimento desta argumentação, que a saúde é um fenómeno multidimensional.

Kleinman (1980), por exemplo, oferece-nos uma grelha analítica que tenta explicar o porquê da existência de pontos de vista diferentes, e por vezes antagónicos ou competitivos, sobre saúde. Ele distingue entre três ambientes, ou arenas, nos quais se pode ficar doente: a arena popular, a folclórica e a profissional. A arena popular é normalmente o lar ou a comunidade em que vivemos, a segunda arena diz respeito àqueles que realizam actos para curar e tratar, mas que não são profissionais de saúde, como curandeiros, naturistas, etc, e na terceira arena podemos então encontrar os profissionais de saúde, da bio-medicina, mas também os profissionais das chamadas medicinas tradicionais de determinadas culturas e as medicinas alternativas. Cada uma destas plateias ou arenas valoriza um conjunto de práticas e actividades específicas, sendo que, por exemplo, a bio-medicina moderna coloca a ênfase da sua actuação nas terapias com medicamentos e cirurgia. Na arena do lar ou comunitária valorizam-se as práticas relacionadas com comportamentos e hábitos, por exemplo, o andar agasalhado no inverno. Directamente relacionadas com estas práticas estão formas de entender a saúde e as temáticas de saúde, que faz com que as práticas façam sentido e sejam lógicas. As crenças sobre a saúde circulam e atravessam as próprias arenas onde se desenvolvem e vemos por vezes certas práticas e comportamentos incluírem as representações que se constroem nas diferentes plateias onde actuamos.

É também indispensável referir aqui aquilo que são as definições oficiais de saúde. Em geral, essas definições são de dois tipos, negativas ou positivas. As negativas, são as que partem de uma definição de ausência de algo, de certas qualidades nomeadamente uma doença ou enfermidade. Mas existem definições que são construídas a partir de uma abordagem positiva. Teremos sempre de considerar as duas para compreender melhor o que é saúde.

Doença é usualmente entendida como a presença de alguma patologia ou anormalidade numa parte do corpo. O cancro é uma doença, por exemplo. A percepção da bio-medicina faz com que esta definição seja a mais disseminada. Uma enfermidade, é assim, uma experiência subjectiva que pode ou não ser acompanhada de uma doença. Assim, a “saúde”, pode ser definida precisamente pela ausência de doença, ou de qualquer patologia ou anormalidade no seu corpo. Podemos também partir da definição de enfermidade como um conjunto de sentimentos desagradáveis que podem ou não ser acompanhados de uma doença. A doença é diagnosticada por um médico, a

enfermidade, o mal-estar, é algo que resulta de uma experiência pessoal, numa determinada vivência. Nesta perspectiva, desde que o indivíduo não padeça de ansiedade, dor ou mal-estar, não está doente, não estando doente é saudável (Aggleton, 1990). Esta definição é substancialmente relativista, uma vez que depende, em grande medida, do valor concedido à experiência, no sentido puramente subjectivo, que depende de muito factores, como a idade, por exemplo, ou a classe socioeconómica.

Existem assim, várias maneiras de definir saúde de uma perspectiva positiva, ou seja, ela também pode ser explicitada pela presença de determinadas qualidades. Por exemplo, a definição de saúde como um estado ideal é algo que está presente na leitura dada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), desde os anos 40, ao defini-la nestes termos: “um estado de completo bem-estar em termos físicos, mentais e sociais e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.<sup>5</sup> A definição adoptada pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível, e, assim, a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, a definição utópica de saúde é útil como um horizonte para os serviços de saúde por estimular a priorização das ações. A definição pouco restritiva dá liberdade necessária para acções em todos os níveis da organização social. É, assim, uma definição muito criticada pelo seu idealismo, por almejar um estado impossível de alcançar. Mas esta definição contribuiu para a clarificação do conceito e para várias tentativas de explicitação do significado do mesmo. Diversos autores, citados por Aggleton (1990), defendem que existem aspectos da saúde que devem ser sempre considerados, nomeadamente a dimensão espiritual, emocional e social. Outros ainda defendem que é ainda necessário incluir as dimensões sensuais e sexuais da saúde para atingir uma definição mais próxima da realidade. Todas estas contribuições conduzem a uma definição mais holística de saúde, como algo que está relacionado com vários e abrangentes aspectos da condição humana, as suas capacidades e qualidades e também os seus limites.

A saúde pode abarcar dimensões como o bem-estar físico e mental, mas também ser encarada como uma mercadoria ou artigo para troca e comercialização, como uma força pessoal ou uma capacidade, a base para o potencial de cada pessoa, sendo através dela (ou graças a ela) que cada indivíduo pode atingir o máximo do seu potencial.

---

<sup>5</sup> <http://www.who.int/about/en/>

Existem, além disso, todas as definições não oficiais ou do senso comum, fundamentais para a compreensão da percepção social da saúde. Esta visão tem sido substancialmente estudada do ponto de vista antropológico e não tanto da sociologia, associada em geral à relação entre crença sobre a saúde e o contexto cultural em que estas se desenvolvem. O principal aspecto a realçar desta visão do senso comum é aquela que pretende definir o que é “ser saudável”. Ao contrário do modelo biomédico, que olha para a pessoa como um conjunto anatómico, composto por diversos sistemas em interacção, as pessoas, em geral, podem considerar-se saudáveis, elas ou os outros, mesmo quando são portadoras de uma doença. Aparentemente, a integridade da pessoa como um todo, a sua força interior, a sua capacidade de reagir, são aspectos mais importantes do que a doença em si. Os aspectos funcionais parecem ser também fundamentais, ou seja, a pessoa é tão saudável quanto seja capaz de levar acabo determinados papéis e responsabilidades e as rotinas diárias. É assim reconhecida a relação complexa que se estabelece entre as crenças do senso comum sobre saúde e o conhecimento biomédico. Médicos e outros profissionais de saúde podem partilhar algumas dessas crenças populares com os seus pacientes, o que justifica o facto de se continuarem a prescrever antibióticos para tratar viroses, algo que já foi refutado medicamente há muito tempo, ou a recomendar xarope para a tosse para ajudar a “libertar” as infecções pulmonares (Aggleton, 1990, p.18).

Senior e Viveash (1998) reforçam a importância da construção social dos conceitos de “saúde” e “doença”, pois são palavras que têm significados diferentes para diferentes pessoas. Por exemplo, a maneira como as pessoas interpretam os sintomas como sendo de doença ou não podem determinar a forma como se comportam conseqüentemente, algo conhecido como “comportamento de doente”. A maneira como doença é definida pelos pacientes e pelos médicos é muito importante, especialmente quando o doente necessita de se justificar no trabalho, com algo escrito. A experiência diz-nos que a profissão médica exerce um enorme controlo sobre aquilo que são os sintomas oficialmente considerados como de “doença”, o que pode por vezes fazer surgir conflitos entre aquilo que é a “visão do paciente” e a “visão do profissional de saúde” relativamente aquilo que constitui uma doença, sendo que a do médico está, fortemente alicerçada no chamado modelo biomédico já referido. Além disso, as visões dominantes sobre o que deve ser o “corpo” afecta a forma como as pessoas vêem o seu próprio corpo e o dos outros, nomeadamente naquilo que consideram ser ou não um corpo saudável.

Assim, as noções de corpo são fortemente condicionadoras das definições de “saúde” e “doença”.

Também Blaxter (1990), que desenvolveu nos anos 80 um extenso estudo no Reino Unido sobre as percepções sociais da saúde, destaca que existe uma variedade enorme de formas e definições de saúde quando se referem à sua saúde ou à dos outros e chama a atenção para o facto de que qualquer estudo que utilize as auto-percepções de saúde como forma de medida tem de, necessariamente, ser extremamente rigoroso na forma como o investigador aborda estas definições. Ou seja, não há uma definição única e concordante sobre o conceito de saúde e é na base desse pressuposto que os estudos devem ser desenvolvidos e interpretados. Além disso, é necessário ter em conta que as diferentes definições de saúde, nomeadamente as já referidas definições de perspectivas negativa e positiva, podem ser cruciais na definição das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, no tipo de serviços de saúde disponibilizados. Por exemplo, uma definição pela negativa, que implique que saúde é ausência de doença pode significar que serviços de saúde mais dirigidos ao bem-estar emocional e psicológico não sejam considerados nos serviços de saúde pública.

O modelo biomédico, segundo Senior e Viveash (1998), é a forma através da qual os profissionais de saúde olham para a saúde e a doença. Mas existem visões alternativas e complementares a este modelo, por exemplo o “modelo social”, que considera que as melhorias visíveis em termos de saúde global estão directamente relacionadas com as melhores condições de vida (melhor alimentação, água e habitações), assim como um maior conhecimento das necessidades de higiene e de salubridade. O modelo “centrado no paciente” aponta para a importância das diferenças entre a forma como o paciente vê o seu corpo e a visão do médico, podendo assim esta visão contribuir com uma compreensão mais abrangente das causas de uma determinada doença, que não depende só da visão biologicamente informada do profissional de saúde. Os autores reconhecem ainda que as noções dominantes de “corpo” afectam grandemente a maneira como os indivíduos vêem os seus corpos e dos outros e essas noções afectam grandemente as definições de saúde e de doença.

Os modelos que nos ajudam a definir estes conceitos são, assim, os que estão também na base das definições oficiais, a partir das quais são construídas as estratégias e políticas de saúde pelas entidades nacionais e supra-nacionais, como já vimos no caso da OMS.



A União Europeia, em publicação de 2006 da European Foundation Centre (Kickbusch and Lister, 2006) defende que as questões da saúde devem ser vistas de forma global, sendo que o conceito de “Saúde” que preconizam se baseia no reconhecimento de que “saúde” é algo que exige um processo activo que envolve indivíduos, comunidades e sociedades, para a criação e manutenção de bem-estar e das condições para cada um ser capaz de o atingir, envolvendo nesse processo diversos actores em todos os níveis da sociedade. Segundo os autores saúde é um direito humano, uma dimensão fundamental da segurança e desenvolvimento humano, mas também um bem público global. Os autores apresentam os exemplos da SARS (do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome*, Síndrome Respiratória Aguda Grave, é uma doença respiratória, que se tornou preocupante em 2003) e da Gripe das Aves para mostrar como a saúde global está directamente relacionada com o conceito de interdependência. Mas também salientam o facto de que a saúde global não diz respeito apenas a riscos de doenças infecto-contagiosas, mas também a aspectos como uma disseminação do problema da obesidade, que os autores consideram ser algo que depende de uma forma ou modo de vida ocidental e que se está a espalhar pelo mundo a partir dos *media*. Saúde global não é só combate à doença, é ser responsável por aquilo que determina a saúde em todas as suas formas. Esta é claramente uma visão ética e política do conceito de saúde. Neste relatório também se realça a relação estreita entre saúde e pobreza, sendo que se exorta à responsabilização pela via da solidariedade, também no combate à doença e na melhoria das condições sanitárias, visão que decorre do conceito ético de saúde, especialmente quando a sustentabilidade da “saúde” é definida como algo que deve manter e preservar as necessidades ligadas à saúde sem comprometer a capacidade das gerações futuras de dar conta das suas próprias necessidades.

Assim, aparentemente, ao nível da saúde individual, e segundo Ferreira da Silva (2006 e 2008), o discurso oficial sobre saúde foca os modos de vida do próprio indivíduo tornando a saúde uma actividade cívica que se estende ao conjunto da população e abarca todos os comportamentos humanos, numa generalização do pensamento de saúde ao corpo social. A autora segue referindo que “na sua implementação por via dos sistemas de saúde subordinados à medicina, a ideologia de promoção da saúde está hoje no centro de uma nova moralidade em que ter um corpo saudável é elevado à categoria de virtude” (Ferreira da Silva, 2006: 166), ou seja todos os contextos são menosprezados e a responsabilidade individual é exponenciada, sendo retirada a

causalidade ambiental ou social. O indivíduo, na sociedade de risco (Beck, 1998) tem a responsabilidade da avaliação da informação e das escolhas. Assim saúde é também, em grande medida, algo que cabe dentro das definições do que é “vida saudável”, em cuja noção se entendem diversas representações e atitudes e que são balizadas pela forma como conceitos e práticas se relacionam, naquilo que são as racionalidades presentes na vivência da saúde.

## **Comunicação e Saúde: a Saúde e a Mediação**

Porque são os *media* tão importantes na gestão das emergências médicas e dos cuidados de saúde? Como salientado em pontos anteriores, vivemos numa sociedade de risco (Beck, 2004) e confiamos em sistemas impessoais de especialistas, tal como defendido por Giddens (2000), como por exemplo as indústrias de produção alimentar, as instituições públicas de saúde e os seus serviços, e, naturalmente, nos *media*.

Precisamos dos *media* pelo reforço que representam na nossa segurança ontológica (Giddens, 2000), que nos é fornecida não só pelos seus conteúdos, mas também pelo seu formato (Silverstone, 1999). Os *media* são muito poderosos na construção social da realidade, no sentido que lhe é dada por Berger e Luckmann (2004): o que nós conhecemos como real, é sempre real nas suas consequências.

Assim, os discursos dos *media* são participantes activos na construção da realidade produzindo representações sociais (Moscovici, 2005): ao ligarem novos fenómenos a outros anteriores e já conhecidos, tornando visível o que era apenas imaginado e tornando concreto o que era apenas teórico.

Se partirmos do pressuposto de que as representações sociais modelam o que nos é dado a partir do exterior, a partir da relação dos indivíduos e grupos com objectos, actos e situações que se criam nas inúmeras interações sociais, então a reprodução feita por essa representação implica alterações das estruturas e dos elementos, ou seja, uma reconstrução daquilo que é dado no contexto dos valores, regras e dos conceitos. É importante entender que não há uma ruptura entre universo exterior e universo colectivo e individual. O objecto está inserido num contexto dinâmico, parcialmente concebido pelo colectivo ou pelo indivíduo como prolongamento de seu comportamento

(Moscovici, 1978). Para Moscovici, a representação social consegue inculcar um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objecto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes. Segundo Moscovici (2005), pessoas e grupos produzem representações no percurso da comunicação e da cooperação. Essas representações, evidentemente, não são estabelecidas por uma pessoa isoladamente e uma vez criadas, elas passam a ter uma vida própria, circulam, encontram-se, etc., dando origem a novas representações, enquanto as antigas deixam de existir. O autor refere que pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, criam e comunicam constantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos levantam. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhes fornecem o “alimento para o pensamento” (Moscovici, 2005: 45) e esses constituem, precisamente, o conteúdo dos *media*.

Comunicação pode ser descrita como transmissão ou troca de informação, o que implica a partilha de sentido entre os que estão envolvidos no processo e podendo, no contexto da saúde ter como objectivos iniciar acções de prevenção ou promoção, dar a conhecer necessidades, trocar informação, ideias, atitudes e crenças, criar entendimentos e estabelecer e manter relações (Gabinete para a prevenção das doenças e promoção da saúde, EUA, 2004), então a comunicação tem um papel básico para proporcionar cuidados de saúde e na promoção da saúde.

Segundo as indicações da Healthy People 2010 (United States Department of Health and Human Services), *Health Communication* acompanha o estudo e a utilização de estratégias comunicativas para influenciar decisões individuais e comunitárias centradas nas questões da saúde, ligando os domínios da comunicação e da saúde. Essas decisões baseiam-se em conhecimentos, atitudes e práticas que digam respeito à saúde e aos cuidados de saúde. É um campo de análise que faz a interface entre comunicação e saúde e que tem vindo a ser progressivamente reconhecido como um elemento necessário para melhorar a saúde tanto pessoal como pública. A comunicação em saúde pode ter efeitos em aspectos distintos tais como prevenção da doença e promoção da saúde.

Para Thomas (2006), a comunicação em saúde acontece em diversos níveis de acção, de análise e de impacto:

1. Individual - O indivíduo é o alvo fundamental para a mudança relacionada com a saúde, pois são os comportamentos individuais que alteram os estatutos – a comunicação em saúde pode afectar a disposição, os conhecimentos, as atitudes, a eficácia pessoal e a capacidade de comportamentos de mudança;

2. Rede Social - As relações individuais e em grupo podem ter um importante impacto na saúde de cada um. Programas específicos de comunicação em saúde podem trabalhar no sentido de dar forma e sentido à informação recebida pelo grupo e alterar os padrões e o consumo. Os líderes de opinião num determinado grupo são portas de entrada para campanhas de comunicação;

3. Organizações - Incluem normalmente grupos formais com uma estrutura definida, como as associações, clubes e grupos cívicos, locais de trabalho, escolas, cuidados de saúde primários, etc. As organizações podem transmitir mensagens de saúde aos seus membros, fornecer apoio a esforços individuais e pôr em prática mudanças políticas que levam à mudança individual;

4. Comunidade - O bem estar colectivo das comunidades pode ser apoiado criando estruturas e políticas que apoiem estilos de vida saudáveis, tentando promover melhorias ambientais. Iniciativas a este nível são planeadas normalmente por instituições como escolas, empresas, estruturas de saúde, grupos comunitários ou departamentos governamentais;

5. A sociedade - A sociedade como um todo tem grande influência no comportamento individual, incluindo normas e valores, atitudes e opiniões, leis e políticas, ambiente político, económico, cultural e informacional.

Os objectivos últimos serão actividades de comunicação em saúde objectivamente pensadas e delineadas podem ajudar os indivíduos a compreender melhor a sua própria saúde, dos seus familiares e as necessidades da sua comunidade, para que possa agir de forma a maximizar as suas práticas de bem-estar.

Mas como interpretar neste contexto o papel da comunicação? Nos últimos anos reconheceu-se o papel que a comunicação em saúde pode representar (no bom e no mau sentido) na determinação do estatuto individual e colectivo de saúde. Quais então as suas possibilidades efectivas? Vejamos alguns exemplos: Melhorar os cuidados de saúde

para pessoas com doenças crónicas e agudas; Reduzir o impacto dos factores socioeconómicos, raciais e étnicos, em doenças específicas, nos cuidados de saúde; Melhorar a efectiva prevenção da doença e promoção da saúde.

Mais recentemente é possível afirmar que a comunicação em saúde foi aceite como uma ferramenta válida para a promoção da saúde pública, podendo desempenhar papéis específicos como: Melhorar o conhecimento e a consciência das questões de saúde (problemas ou soluções); Influenciar as percepções, crenças, atitudes e normas sociais; Incentivar para a acção; Demonstrar ou ilustrar capacidades e possibilidades; Mostrar os benefícios da mudança de comportamentos; Incrementar a procura de serviços de saúde; Reforçar conhecimentos, atitudes e comportamentos; Refutar mitos e preconceitos; Facilitar o relacionamento entre instituições; Proteger ou salientar uma questão de saúde ou um grupo populacional.

Reforços na Comunicação em Saúde levam invariavelmente a melhorias nos cuidados de saúde e mesmo na própria percepção da saúde, e estas alterações podem contribuir para uma maior equidade em termos de saúde e cuidados de saúde para as populações minoritárias (por questões de ordem étnica, racial, socioeconómica, ou educacional). Investimentos em comunicação e saúde podem contribuir para melhorias na prevenção, motivação para mudanças nos comportamentos e adesão a tratamentos, algo reconhecido pelos próprios profissionais de saúde, que têm desenvolvido a percepção da importância e do papel crítico que a comunicação representa na área da saúde.

Para Bertrand (2005), comunicar é um elemento integral das intervenções em saúde pública, desenhadas para influenciar normas sociais ou mudar comportamentos individuais, familiares ou colectivos. E essa comunicação realiza-se a diversos níveis: na arena política, no sistema de prestação de serviços de saúde e no interior das comunidades e das famílias. Assim, é possível sintetizar o conceito de Comunicação em Saúde como o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos, famílias e comunidades no sentido de promover a sua saúde. Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar nomeadamente a avaliação que os indivíduos fazem da qualidade dos cuidados de saúde, o próprio conceito de saúde e de doença e incapacidade, e a adopção de determinados comportamentos por relação a esses mesmos conceitos (Laverack, 2008).

No próximo ponto iremos abordar especificamente o caso português, contextualizando as questões da comunicação e das tecnologias de informação em saúde na caracterização do próprio sistema de saúde e suas mudanças mais recentes.

## **As Tecnologias de Informação e Comunicação no Sistema de Saúde em Portugal**

A reforma continuada do sistema de saúde e, como consequência, a estruturação do SNS têm sido objectivos dos diversos governos constitucionais, sendo que as propostas e as formas de implementar mudanças vão sendo alteradas em função da opção política de cada governo em gestão, tentando acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da sociedade. Actualmente assistimos a uma nova etapa nos serviços de saúde em Portugal, com o aparecimento de uma oferta crescente de serviços de saúde da esfera privada, a possibilidade de criação de parcerias público-privadas e o desenvolvimento e aposta das seguradoras na oferta de seguros de saúde e respectivos planos de saúde (Simões, 2004a e 2004b; Santana, 2005; Sakellarides, 2005).

Quando em 1971, na sequência da reforma<sup>6</sup> do sistema de saúde e assistência, é primeiramente visível o ensaio de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) marcam-se as coordenadas gerais para as décadas subsequentes: o reconhecimento do direito à saúde (universal) dos portugueses, com o Estado a asseverá-lo mediante uma política unitária na alçada do ministério; a integração das actividades assistenciais e de saúde, aspirando à racionalização da utilização dos recursos, e a concepção de planeamento central e execução descentralizada, apta a dinamizar os serviços locais. Esclareça-se, no entanto, que a partir de 1974 a política de saúde em Portugal vive profundas mudanças, a reboque de circunstâncias sociais e políticas indutoras da formação do SNS passados cinco anos, cabendo ao Estado assegurar a promoção, prevenção e vigilância da saúde de todos os cidadãos (Sakellarides, 2005). Tendo como objectivo efectivar a protecção da saúde individual e colectiva, o SNS abarca a totalidade dos cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância desta, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento. Com autonomia financeira e administrativa, assenta numa organização descentralizada, congregando órgãos de abrangência central, regional e

---

<sup>6</sup> A reforma de Gonçalves Ferreira.

local e envolvendo serviços de prestação primários (o lançamento dos centros de saúde dá-se por volta de 1972) e diferenciados. Valerá a pena aludir ao novo estatuto do SNS, de 1993, consagrando a separação entre sistema e serviço – “as unidades públicas não constituem as únicas entidades prestadoras de cuidados, pois sempre existiu um importante sector privado que vende serviços aos cidadãos e ao próprio SNS” (Simões, 2004: 73) – e tentando superar a dicotomia cuidados primários/diferenciados pela criação de dispositivos integrados, fomentando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, buscando uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários. Em 1999 é criado o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS): “pretendia-se a criação de mecanismos de convergência de recursos, de participação activa e de co-responsabilização de outros serviços e instituições, públicos e privados que, numa determinada área geográfica, desenvolvam actividades na área da saúde” (Simões, 2004: 84). Acrescente-se que, mais recentemente, e aprovado outro modelo de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), se aplicaram mudanças significativas na Lei de Bases da Saúde, institucionalizada que foi, na Rede de Prestação de Cuidados, a lógica empresarial (EPE). De somenos importância para o aperfeiçoamento constante dos sistemas de saúde não será, sugere Marc Danzon, “a questão (...) de saber qual é a melhor forma de utilizar os recursos humanos e financeiros da saúde” (prefácio a Sakellarides, 2005: 6-7). Mas o director regional da OMS para a Europa não esquece o papel das novas tecnologias da informação e da comunicação. E é esse papel, e ainda as questões que se colocam à saúde, e suas instituições, no uso, adopção, integração e promoção das novas tecnologias da informação e da comunicação que aqui se destaca.

Oferecer melhor saúde parece ser, hoje, um tema central nas preocupações dos diferentes actores sociais, transposto depois para a agenda mediática. Novos modelos organizativos, de gestão, modernização dos serviços, desenvolvimento tecnológico, a discussão da melhoria da qualidade assistencial dos cidadãos entrevêem no uso das TIC (tecnologias de informação e comunicação) passos primordiais para a obtenção de resultados positivos. Tais preocupações são particularmente relevantes quando se aborda a questão da *nova rede hospitalar*<sup>7</sup>. Na comunicação social é recorrente a utilização de terminologia como: empresarialização, eficiência no controlo dos gastos,

---

<sup>7</sup> 1º Congresso de Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação para a Nova Rede Hospitalar, organizado pelo Observatório de Prospectiva da Engenharia e da Tecnologia, 16 e 17 Maio de 2006, Linda-a-Velha.

unidades integradas de saúde, um novo utente, e-health, aspectos que estão intimamente ligados aos usos das TIC. Mas quais são essas ligações no caso da realidade hospitalar portuguesa?

Segundo o relatório *Health Care Systems in Transition*, na situação portuguesa actual “a agenda reformista desde 2002 tem como objectivo melhorar o acesso a cuidados de saúde, gestão hospitalar, fortalecimento de parcerias público-privadas e cuidados de saúde primários”<sup>8</sup>. Se a tais desafios adicionarmos as tecnologias de informação e comunicação perante que realidade do sector da saúde nos encontramos? Ou, lembrando a definição de sociedade em rede de Castells (2002), qual o seu papel numa sociedade em transição?

Porque os discursos conhecidos sobre a prestação de cuidados vêm insistindo na evolução da reforma hospitalar para uma noção de rede mais sistémica (Mckee et al., 2004: 25), vale a pena tentar compreender se o sistema de saúde é já efectivamente um sistema em rede ou um mosaico de peças isoladas tentando articular-se.

Dotada de múltiplos níveis de desenvolvimento, variáveis consoante o país em causa, “existe algo de comum à sociedade em rede nas diferentes culturas e contextos em que se desenvolve (...). Estudos comparados (...) mostram que a organização das actividades económicas, políticas, culturais, da vida quotidiana, em torno de redes de relações baseadas em tecnologias electrónicas constituem o denominador comum que tem importantes consequências sobre a forma de viver e de fazer em todos os âmbitos da prática social” (Castells, 2005: 28). Em Portugal temos de destacar o facto da chegada algo tardia de Portugal à sociedade de informação (Cardoso e Carvalho, 2006).

Quais são, então, no nosso sistema de saúde, as variáveis centrais de pressão para a entrada das TIC? O progressivo envelhecimento da população e a pressão económica da sustentabilidade<sup>9</sup>, o correlativo requisito de eficácia, em determinadas reconfigurações institucionais e alternativos modelos de gestão (reduzindo custos, optimizando, racionalizando recursos financeiros e humanos, etc.), o crescente empowerment de

---

<sup>8</sup> In *Health Care Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 7, disponível em <http://www.euro.who.int/document/E82937sum.pdf>, tradução do autor

<sup>9</sup> “Estado gasta 20 milhões de euros por dia com o Serviço Nacional de Saúde”, *Público*, 31 de Julho de 2006; “Situação do Serviço Nacional de Saúde é preocupante mas não é insolúvel”, entrevista ao ministro António Correia de Campos, *Público*, 09 de Agosto de 2006. No total, as despesas com a saúde, públicas e privadas, ultrapassam no nosso país 10% do PIB.



cidadãos mais autónomos e informados, suscitado quer pela diversidade de meios de comunicação quer pelo incremento de informação nos *media*. Não nos conseguimos referir à implementação e adopção das TIC's nas organizações de saúde portuguesas sem as contextualizar assim, nesse cenário. Desde logo, vale a pena dizer que no caso português a entrada dos sistemas de informação nos hospitais se deu, em grande medida, por via da contabilização da produtividade (etapa inaugural em 1994, com o SONHO, na gestão de altas e doentes). Outra via para a chegada e implementação das TIC, foi também a aposta pontual na articulação e continuidade da prestação de cuidados aos utentes (Simões, 2004: 121), materializada em experiências recentes do tipo Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Rede Telemática da Saúde (RTS) em Aveiro ou o projecto das Unidades de Saúde Familiar<sup>10</sup>, como sobretudo o caminho de empresarialização percorrido pelas estruturas de saúde têm introduzido a entrada mecanismos que garantam o planeamento e avaliação dos recursos disponíveis, uma mais vincada agilidade e autonomia dos processos, a produção e o acesso a informação de suporte à gestão hospitalar.

Também no plano discursivo e encontram presentes directrizes que favorecem a difusão das TIC no plano hospitalar. Hoje em dia, independentemente do país, os principais desígnios das políticas de saúde balizam-se entre um sistema homocêntrico (baseado nos beneficiários), provido de memória (evitando por exemplo a repetição de exames, a duplicação desnecessária de informação...), e a exigência de rentabilização enunciada. Mas, até onde na prática tal utilização efectiva das TIC vai de facto? Do lado governativo, o retrato<sup>11</sup> torna praticamente óbvia a desadequação entre discursos e prática: Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares (SONHO), Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) e cartão de utente desajustados do ponto de vista funcional e tecnológico, apresentando fragilidades relativas nomeadamente aos dados destinados à gestão; a inexistência de um *datacenter* agregador, de uma política de normalização e estruturação de certos conteúdos nas vertentes nacional e regional, o subdesenvolvimento das aplicações de telemedicina e do limitado e descoordenado acesso do cidadão à informação (iniciativas durante muito tempo desgarradas, como a

---

<sup>10</sup> No sentido de constatar como a nova forma de organização dos cuidados primários (virada para a comunidade, atendendo mais e melhor os utentes, dando melhores condições de trabalho aos profissionais que lá exercem) requer um conjunto mínimo de atributos funcionais leia-se *Requisitos funcionais mínimos para aplicações informáticas*, IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Lisboa, disponível em [www.igif.min-saude.pt](http://www.igif.min-saude.pt).

<sup>11</sup> *Plano Nacional de Saúde – orientações estratégicas para 2004-2010*, Ministério da Saúde, Lisboa, Fevereiro de 2004.

Linha Gripe ou a Saúde 24, deixam pressentir a ausência de uma estratégia pública bem pensada para as TIC na saúde)<sup>12</sup>.

Com a chegada do plano tecnológico assumem-se as tecnologias de informação e telecomunicações como imperativo estratégico para que exista *e-health*<sup>13</sup> em Portugal. O Plano Tecnológico, nas suas vantagens competitivas, pressupõe que na saúde haja uma área polarizadora de mudança, de inovação – se ela intui a desmaterialização dos processos, de igual modo nos recorda a impossibilidade da sua implementação à luz dos antigos modelos de funcionamento dos hospitais –, ou o programa Simplex, disposto agora à modernização administrativa contida na medida (330) que coloca os centros de saúde a marcar pela Internet consultas nos hospitais, além da especificidade de uma modalidade à distância entretanto estabelecida pelo Ministério através da portaria nº 567/2006, de 12 de Junho – a assistência sem a presença física do doente passa a ser reconhecida legalmente, sendo o médico obrigado a registá-la no processo clínico.

Estamos, assim, num contexto em que só da conjugação de interesses poderá surgir inovação. A inovação na saúde por via das TIC pressupõe, assim, uma dimensão organizacional muito impulsionada pelo Estado e pelas instituições de *know how* tecnológico a par da adopção social da tecnologia pelos vários grupos profissionais.

O contexto da implementação das TIC no sistema de saúde português carrega uma história. O mundo da saúde, intensivo no recurso à informação, tem nas TIC's a função catalisadora e modificadora dos processos: ao facultarem informação integrada e fiável aos profissionais, e apoiando as decisões de gestores e entidades reguladoras, permitem criar saúde e bem-estar nos utentes (Katz, Rice e Acord, 2006: 175). Aliás, numa abordagem organizacional e operacional, desempenham um papel relevante no que diz

---

<sup>12</sup> Ver relatório sobre TIC e Instituições de Saúde do Projecto “A Saúde na Era da Informação”, disponível em: <http://sei.iscte.pt>

<sup>13</sup> “*E-Health tools or solutions include products, systems and services that go beyond simply Internet-based applications. They include tools for both health authorities and professionals as well as personalised health systems for patients and citizens. Examples include health information networks, electronic health records, telemedicine services, personal wearable and portable communicable systems, health portals, and many other information and communication technology-based tools assisting prevention, diagnosis, treatment, health monitoring, and lifestyle management. When combined with organisational changes and the development of new skills, e-Health can help to deliver better care for less money within citizen-centred health delivery systems. It thus responds to the major challenges that the health sector – which employs 9% of Europe’s workforce – is currently facing*”, in *E-health – making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health area*, Bruxelas, 2004, p. 4, disponível em [http://europa.eu.int/information\\_society/doc/qualif/health/COM\\_2004\\_0356\\_F\\_EN\\_ACTE.pdf](http://europa.eu.int/information_society/doc/qualif/health/COM_2004_0356_F_EN_ACTE.pdf).

respeito ao aumento da eficiência e eficácia dos prestadores de cuidados. Afinal de contas, a exigência inerente à lógica de mercado traduz a capacidade das instituições utilizarem racionalmente os seus recursos, o permanente emagrecimento dos custos e o fornecimento de serviços de elevada qualidade. A inflexão dos modelos de actuação, a fim da optimização da cadeia de valor mediante estruturas integradas, evoluindo de um mercado fechado, munido de um estreito grau de desempenho, até um baseado na alta performance, reenvia-nos para os diferentes estádios de desenvolvimento das ditas tecnologias: articulação das aplicações de *backoffice*, diferenciação dos canais de acesso, partilha de informação, telemedicina, integração da informação clínica assente no processo clínico electrónico, etc.

É na década de 90 que a entrada dos TIC ganha algum ênfase em Portugal<sup>14</sup>. À data, a estratégia do IGIF tutelado pelo Ministério da Saúde começava a desenhar-se no sentido de conceber um sistema de informação básico e estruturante que proporcionasse a gestão e controlo do fluxo de utentes e, a aditar a isso, a normalização de uma série de dados clínico-administrativos viabilizando a facturação e elaboração de estatísticas, a comunicação entre hospitais e centros de saúde. Na óptica inter-institucional, é também na década de 90 que surge o grande investimento na transferência electrónica de dados. É o momento em que aparece o software operativo fundado pelo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), o SONHO (acordo INESC), o SINUS (com as primeiras instalações a ocorrerem em 1996/97), o cartão de utente do SNS, tornado de uso obrigatório em 2000. Em termos infra-estruturais o realce vai para a Rede de Informação da Saúde (RIS, 1992), rede privada multimédia do ministério, gerida pelo IGIF, a interligar a multiplicidade de redes locais existentes que, por seu turno, conectam os computadores de qualquer instituição<sup>15</sup>.

Em 1999, SONHO e SINUS eram já referência a nível nacional, pese embora o facto dos médicos verem, no primeiro, uma interface pouco amigável, nada dirigida para a sua actividade diária. Eis que, paralelamente, os hospitais desencadeiam a adjudicação de soluções visando informatizar as variadas especialidades clínicas, solicitando ao IGIF que as ligasse entre si, embora tendo já no SONHO um elemento integrador. Não

---

<sup>14</sup> Ver relatório sobre TIC e Instituições de Saúde do Projecto “A Saúde na Era da Informação”, disponível em: <http://sei.iscte.pt>

<sup>15</sup> Recentemente foi aberto concurso público para restaurar uma rede que engloba mais de 2200 circuitos de dados espalhados pelas várias instituições do SNS – “Rede informática da Saúde vai ser renovada”, in *Público*, 09 de Junho de 2006.

obstante, no final da década, ao mesmo tempo que surgiam fundos comunitários para as TIC's, a tecnologia utilizada no SONHO e SINUS encontrava-se obsoleta, permanecendo as instituições ainda com ilhas de informação dentro de portas, sem redes locais estruturadas e globais. É também neste período que ministerialmente se procura modernizar tecnológica e funcionalmente ambas as aplicações gizando uma única plataforma que inclua o grosso das suas funcionalidades, harmonizável a futuras iniciativas clínicas e a um eventual processo clínico electrónico. Aparentemente tais trabalhos pararam na intenção (Cardoso (coord.), 2007d). Paradoxalmente ou não, muitos hospitais ainda solicitavam nos finais da década de 90 a instalação do SONHO. Até fins de 2001 a opção de recurso constou na configuração de uma camada de software em tecnologia web, sobre o SINUS e o SONHO, estimulando a evolução para sistemas de informação onde, de imediato, os médicos registavam (gestão da agenda, escrita de relatórios, etc.), não esquecendo as prescrições electrónicas de medicamentos e baixas que o ministério aí entendera incorporar. O resultado foi o SAM<sup>16</sup> e o SAPE, testados em alguns estabelecimentos a partir de 2002.

Em meados de 2001 a ministra da saúde de então, havia já procedido à exposição pública da prescrição electrónica de medicamentos e lançado um piloto em cinco hospitais e cinco centros de saúde. Um ano após, são efectuados alguns *workshops* a cargo do IGIF e das ARS divulgando o SAM e o SAPE aos profissionais de saúde, o concurso público do módulo clínico para os cuidados primários conhece a derradeira etapa, são cativadas verbas no Programa Saúde XXI para um *datacenter* global. No entanto, com a indefinição estratégica, derivada das alternâncias políticas de 2002 e 2005, suspende-se o concurso público do módulo clínico e abortam-se alguns planos de introdução do SAM e SAPE, apesar dos grandes investimentos em equipamento para os gabinetes médicos. Ademais, o IGIF tinha indicações para não manter evolutivamente aqueles sistemas de informação. Numa entrevista dada em 2004, recuperando o diagnóstico dos 31 hospitais SA, João Picoto, assessor da área de projectos transversais da Unidade de Missão Hospitais SA, declarava que *“a política central seguida pelo Estado não demonstrava coerência nos investimentos realizados, nem o grau de atenção necessário para uma rápida e atempada resolução dos problemas em cada*

---

<sup>16</sup> No *Público* de 6 de Agosto de 2006 afirma-se que o SAM (contornando o problema da caligrafia ilegível com a impressão de receitas preenchidas por computador) está instalado em mais de metade dos centros de saúde portugueses, 184 num universo de 357. Do lado hospitalar, em 60 de um total de 83. Na opinião do Bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, é principalmente um instrumento administrativo de controlo de despesas com fármacos, mais do que um acessório da prática clínica.

*hospital. Deparámo-nos com hospitais dotados de sistemas obsoletos, com fraca interactividade com os utilizadores e sem a necessária capacidade de resposta. Para além do grau de obsolescência, existia uma verdadeira teia de sistemas a funcionar de forma isolada ou com fraca integração. Na área do hardware a situação não era melhor. O reduzido número de equipamentos, o elevado nível de obsolescência e a existência de redes internas em cada hospital não respondiam à crescente complexidade dos sistemas e ao aumento do número de utilizadores”*<sup>17</sup>.

Pressionando mais a gestão da rede SA – resultado da conversão, em Dezembro de 2002, de 34 hospitais do denominado Sector Público Administrativo em 31 Sociedades Anónimas –, a componente empresarial, de controlo e monitorização determinada pela Unidade de Missão gerou “*a necessidade de informação com qualidade, disponível on-line, e de se encontrarem caminhos de melhoria contínua, de forma a manter as empresas economicamente viáveis*”, afirma João Picoto. Com a prioridade na esfera que engloba a contabilidade, facturação, tesouraria e informação de controlo ou na da farmácia/aprovisionamentos, onde o volume e valor associados justificam que se assegure uma superior revisão das compras e consumos dos hospitais – bastará reparar no caso aqui assinalado do Hospital Pulido Valente em Lisboa.

Os ganhos associados à simples possibilidade de aceder a informação no *point of care* são a *priori* indiscutíveis: minimização dos erros clínicos, maximização da disponibilidade dos prestadores, controlo de custos, tempos e tarefas. Uma visão que em 1998 conduziu um grupo de profissionais de saúde e das TIC’s a fundar a Associação para o Desenvolvimento da Telemedicina (ADT), querendo contribuir para que ela seja “*uma ferramenta indispensável e de rotina no quotidiano dos cidadãos, dos profissionais e das organizações de saúde, fazendo de Portugal uma referência internacional nesta área*”<sup>18</sup>. A evolução aquém das expectativas no que respeita à cobertura geográfica e especialidades médicas abrangidas, descuidando o melhor da prestação de cuidados e o aproveitamento racionalizado dos escassos recursos humanos e materiais, explica a redacção do supramencionado manifesto. Mas se o contexto é ilustrativo de lacunas, há também exemplos de inovação e experimentação. Por exemplo, a empresa Médicos na Internet, sediada no Porto, surgiu em 1999. Estando

---

<sup>17</sup> Entrevista em <http://semanainformatica.xl.pt/693/esp/200.shtml>.

<sup>18</sup> In *Manifesto – Telemedicina em Portugal*, Lisboa, 24 de Junho de 2005, disponível em [http://www.adt.pt/MISSAO\\_V21.pdf](http://www.adt.pt/MISSAO_V21.pdf).

inteiramente dedicada à construção de software clínico, sites dinâmicos/portais e na dispensa do papel em meio hospitalar. O ALERT é um exemplo dos seus produtos: a informação é processada electronicamente, cruzam-se automaticamente os vários departamentos, acede-se ao histórico do doente em tempo real (nos hospitais distritais de Faro e Chaves, na sinergia Hospital de Beja/centro de saúde de Serpa, na abolição do papel e das películas na urgência do Hospital dos Covões foi esse o suporte aplicacional accionado).

No seio das TIC, a Internet assume um papel de destaque, ao permitir grandes avanços na prestação de cuidados médicos, redimensionando o alcance dos profissionais de saúde para além das paredes do consultório e de outros ambientes em que tradicionalmente se prestam cuidados médicos e de saúde. Deste modo, a Internet ao permitir fluxos informacionais de som e imagens abrem constantemente novas possibilidades para a prática da medicina, provocando mudanças profundas no desenvolvimento do conceito de *e-Health* no contexto das políticas públicas europeias.

A expressão *e-Saúde*, tradução literal do termo *e-Health*, define esta realidade. “Trata-se de um espectro alargado de aplicações informáticas para facilitar a gestão e a prestação de cuidados de saúde, incluindo a disseminação de informações relacionadas com a saúde, o armazenamento e troca de dados clínicos, a comunicação inter-profissional, a interacção doente-prestador suportada pelo computador, a educação, as redes de saúde e a telemedicina” Drudy (2005:38-40). O conceito de *e-Saúde* refere-se a uma realidade muito ampla, que compreende uma variedade de aplicações utilizadas pelos utentes e prestadores de cuidados médicos, e que não se esgota na telemedicina. Porque tem impacto ao nível da eficiência, efectividade, acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados e dos serviços prestados, a *e-Saúde* permite obter ganhos e reduzir custos (Araújo, 1999). A existência de informação com acuidade, fiável, pertinente e precisa, estruturada atempadamente onde é necessária, permite aos profissionais (cidadão interno) e ao cidadão em geral (cidadão externo) tomar decisões informadas e céleres. A qualidade dos dados, da informação e a decorrente diminuição de erros, o aumento do conhecimento e a poupança de tempo são variáveis-chave para medir os seus benefícios.

Isto é válido para os profissionais, que procuram informação que necessitam para a prestação de cuidados médicos ou para a gestão dos serviços de saúde e a investigação do percurso de doenças. É válido também para o cidadão, que pretende saber como

promover a saúde e prevenir a doença, como proceder em situação de doença crónica ou aguda ou quais os serviços disponíveis e como contactá-los, reforçando a sua responsabilidade e autonomia na promoção da saúde e bem-estar. O *empowerment* dos cidadãos por via da Internet em relação ao tema da saúde decorre do acesso ao conhecimento poupando deslocações desnecessárias: Onde encontrar um determinado tipo de especialista? Em que estabelecimento de saúde fazem este tipo de intervenção?

Mesmo nos casos em que é usada de forma regular, a mediação tecnológica das práticas relativas à saúde aparece predominantemente como um complemento e não como um substituto dos modelos tradicionais do sector. O face-a-face é ainda o elemento base do funcionamento da saúde em Portugal, sendo que a massificação da utilização das TIC na área da saúde passar pelos actores tradicionais do sistema nacional de saúde, que terão um papel fundamental na sua implementação junto dos utentes.

Contudo, e olhando para o panorama nacional é possível verificar a crescente utilização das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde. E não é uma apenas um fenómeno nacional. Ammenwerth, Iller e Mahler (2006), evidenciam de forma clara e objectiva a necessidade global do apoio das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde: “A introdução de TIC podem afectar radicalmente as organizações de saúde e os resultados e funcionamento dos cuidados de saúde. É evidente que a utilização das modernas TIC oferecem tremendas oportunidades para apoiar os profissionais de saúde e para aumentar a eficiência, efectividade e apropriação dos cuidados de saúde (...) o que se observa em todo o caso é que os efeitos objectivos de um mesmo sistema de comunicação e informação pode ser bastante diferenciado de local para local” (Ammenwerth, Iller e Mahler, 2006: 2, tradução do autor).

No entanto, é necessário primeiro compreender dinâmicas e características específicas de um país e de uma realidade nacional para melhor se poder avaliar, o que já está em utilização, para depois instrumentalizar essa “memória” no planeamento da implementação de ferramentas relacionadas com sistemas e tecnologias de informação (Simões, 1994a). A importância do contexto organizacional e da articulação da tecnologia, do indivíduo e da tarefa a desenvolver quando se procede à implementação e adopção da tecnologia de informação e comunicação numa instituição de saúde, é inquestionável, uma vez que só desta triangulação se poderão obter os melhores resultados quer de adesão como de implementação e de racionalização de recursos

(humanos técnicos e financeiros) (Southon et al., 1997). “Os assuntos organizacionais não só são importantes para uma utilização bem sucedida das tecnologias como o conjunto do funcionamento da própria organização pode afectar decisivamente a transferência e difusão da tecnologia” (Southon et al., 1997: 123, tradução do autor).

È também de realçar a existência de diferentes graus de apropriação, adesão e utilização das tecnologias de informação e comunicação nos profissionais da saúde, podendo mesmo distinguir os diferentes indivíduos em função dos grupos etários e da pertença a um grupo profissional, lembre-se a este propósito que são os médicos, e dentro destes os mais idosos, os que mais resistem à implementação e utilização das tecnologias de informação e comunicação (Cardoso, 2007e). No seguimento da identificação de diferentes tipos de apropriações e momentos de adesão aos sistemas e tecnologias de informação, Stanberry (2003) ao analisar a passagem das tecnologias aplicadas à saúde de um domínio mais reservado para a sua expansão global<sup>19</sup> e o ciclo de vida de um processo de adaptação à tecnologia, desenvolveu uma tipologia que assenta em cinco categorias: “*innovators*”, “*early adopters*”, “*early majority*”, “*late majority*” e “*laggards*”. Os primeiros (*innovators*) correspondem aos técnicos que concebem tecnologicamente uma ferramenta tecnológica ainda que possam não lhe reconhecer uma aplicabilidade real. Os segundos, são os visionários que em função da existência de uma possibilidade técnica conceptualizam os seus impactos na execução de determinada tarefa. Os dois primeiros grupos correspondem a um reduzido número de pessoas, uma vez que só com no terceiro grupo da tipologia se amplia a utilização ou reconhecimento de uma tecnologia de informação e comunicação.

Assim, é entre aqueles, os que pragmaticamente aderem à utilização de um sistema ou tecnologia de informação que começa a haver uma maior difusão da sua existência e aplicabilidade. O quarto grupo corresponde aos indivíduos mais conservadores que só aderem a determinada inovação por esta já ter demonstrado a sua funcionalidade e por fim, os “*laggards*” são a minoria que por último adere às tecnologias que já fazem parte integrante do quotidiano inerente a uma actividade profissional.

De um modo geral, em Portugal, parece estar a haver um investimento na tecnologia de informação e comunicação aplicada à saúde, uma tendência resultante de uma

---

<sup>19</sup> Passagem que, segundo o autor em causa, se faz em função de um hiato (fosso) existente entre dois pólos metaforicamente representados por duas montanhas e que é necessários unir através da tecnologia.



necessidade crescente em haver aplicações e sistemas de informação que optimizem os processos de cuidados prestados à comunidade, sejam eles de ordem clínica ou administrativa, tendência esta, aliás, promovida pelos governos que exerceram a legislatura depois de 2000. No entanto, se por um lado as instituições de saúde vão assumindo um investimento crescente em sistemas e tecnologias de informação, por outro este investimento parece não assumir o mesmo modelo operacional (software proprietário em *open source*, etc.) em cada instituição, incorrendo-se no risco de criar “pequenas ilhas” com desenvolvimentos e capacidades díspares incapazes de comunicar entre si e criar sinergias e economias de escala e de uso. Identifica-se assim a falta de directrizes transversais, unas e objectivas, bem como de indicadores que transmitam o que é prioritário e a que é necessário dar resposta ou conhecer na saúde nos sistemas de informação a nível nacional.

Desta forma, a necessidade de estabelecer linhas orientadoras e metas comuns emerge como indissociável da necessidade de uma comunicação constante entre todos os agentes envolvidos de modo permitir uma fluidez de informação e experiências contrariando a actual fraca ou inexistente articulação (interface) entre sistemas operativos (de centros de saúde e hospitais ou entre hospitais, por exemplo). Essa parece ser a melhor forma de os sistemas operativos (tecnologias de informação interligadas ou promotoras de articulação entre aplicações específicas) assumirem uma utilização que sirva princípios comuns definidos à priori e não os de carácter exclusivamente institucional, podendo assim criar a cultura e o conceito de rede de informação da saúde.

A existência de uma rede que permita a comunicação entre instituições de saúde, poderá ainda servir outros propósitos beneficiando duplamente as instituições de saúde, pois ao permitir<sup>20</sup> aos profissionais da saúde a utilização das ferramentas que envolvam tecnologias de informação permitem que estes mantenham activa uma troca informal de experiências enriquecedora das estruturas da organização bem como os seus objectivos. Na realidade, a emergente tendência de adesão às tecnologias de informação e comunicação na saúde não é acompanhada pela criação de mecanismos de avaliação de processos e suas respectivas implementações. Este acompanhamento e avaliação, para além de controlar a qualidade das implementações e aferir resultados, possibilitaria

---

<sup>20</sup> Não só bastará permitir ou disponibilizar mas também os funcionários aderirem e integrarem a sua utilização nas suas práticas profissionais quotidianas, como se pôde observar anteriormente no ponto relativo às formas de comunicação.

agilizar procedimentos e formas de actuação recorrendo à partilha de experiências para uniformizar os processos. Identifica-se ainda a existência de descontinuidades nas implementações dos processos. Estas descontinuidades assumem também grandes impactos nas instituições que analisámos, deixando supor que esta é uma tendência nacional. Desta forma, as mudanças de linhas governativas, ministeriais ou de Conselhos de Administração, conduzem ao abandono, a paragens prolongadas ou à descontinuação de projectos e programas que trazem não só instabilidade estrutural mas também organizacional e até cultural.

Consensual parece ser a necessidade de haver um reconhecimento da funcionalidade e da confiança de uma tecnologia de informação e comunicação para que a aplicação e a adesão sejam bem sucedidas. Numa altura em que vivemos num contexto de criação de uma cultura empresarial na saúde<sup>21</sup>, ainda que com características e especificidades próprias, importa também analisar a importância da recorrência às tecnologias de informação e comunicação na persecução da melhoria de resultados quer na prestação dos cuidados prestados à comunidade quer financeiros, uma vez que a contenção de gastos e se possível a criação de lucros estão inerentes a um hospital seja ele publico, privado ou semi-publico.” (Simões, 2004). Mas, independentemente de perceber se as mudanças de estatuto jurídico implicam diferentes tomadas de decisão ou uma maior ou menor implementação de tecnologias relacionadas com a informação e a comunicação<sup>22</sup>, importa perceber o intuito e a natureza da sua utilização para melhor identificar a instrumentalização e operacionalização destas ferramentas na gestão ou administração de um hospital ou instituição de saúde. Só desta forma se poderia perceber como o Serviço Nacional de Saúde se posiciona na promoção dos seus princípios básicos, sobretudo os da universalidade – responsabilização do Estado por todos os cidadãos – e o da igualdade – todos os cidadãos têm direito a uma acessibilidade idêntica.

Desta forma, percebemos que de um modo geral as aplicações ou sistemas informáticos são mais orientadas para funções administrativas que clínicas, aliás até mesmo a aplicação informática destinada aos médicos (SAM – Sistema de Apoio ao Médico) é descrita como tendo mais funcionalidades administrativas, ainda que contendo

---

<sup>21</sup> Facilmente perceptível pelas alterações das definições jurídicas que os hospitais têm vindo a sofrer.

<sup>22</sup> A origem das iniciativas pode ser, como já vimos, externa à instituição ou ter proveniência em profissionais e não nos Conselhos de Administração propriamente ditos.

informação de espectro mais genérico.

As aplicações informáticas são maioritariamente utilizadas para controlar situações de natureza burocrática e administrativa – de que a gestão informática de doentes e a marcação de consultas são um bom exemplo – podendo ainda servir directamente os fins da gestão ao permitir um maior controlo das compras de material, da gestão de stocks e dos custos inerentes, como se pôde observar com a implementação do circuito do medicamento no Hospital Pulido Valente<sup>23</sup>. Indirectamente, o recurso às tecnologias de informação e comunicação pode ainda auxiliar os Conselhos de Administração a alcançar um maior controlo das práticas e horários dos profissionais de saúde.

As organizações necessitam de funcionar cada vez mais em rede, o que quer dizer serem mais flexíveis e adaptáveis às mudanças. Cabendo à gestão desencadear as mudanças organizativas que o possam promover, por um lado, e aos profissionais de saúde, aprofundar culturas de rede que mais não são que culturas organizacionais e profissionais onde se promove a inovação, acessibilidade à informação, partilha de conhecimento com os cidadãos, sejam ou não seus pares. No fundo, àquilo que ficou conhecido por ética *hacker* (Himanen, 2003) no campo da relação com os outros e o trabalho e se denomina como *Open Access* e *Open Source* no quadro da relação com a informação. Quanto aos processos e fluxos de informação que, muitas vezes por se confundir tecnologia com impactos, são apresentados como o elemento central da implementação dos sistemas de informação, para esses o elemento tecnológico é condição necessária, mas não suficiente para o sucesso. É então possível dizer que, embora, nem tudo dependa, como vimos, da administração e gestão das unidades de saúde, as suas decisões e a inspiração de que se souber fazer acompanhar, ditarão parcialmente o sucesso da implementação de tecnologias de comunicação e informação na área da saúde.

Para completar esta contextualização, o próximo ponto aborda a visão do utente, do cidadão, e das suas práticas e representações, relativamente não só ao próprio sistema de saúde e prestação de cuidados de saúde, mas também à própria utilização das TIC nesse âmbito.

---

<sup>23</sup> Ver relatório sobre TIC e Instituições de Saúde do Projecto “A Saúde na Era da Informação”, disponível em: <http://sei.iscte.pt>

## A Saúde em Portugal: Práticas, Escolhas e Avaliação

Apesar das repetidas críticas e queixas difundidas pelos *media* acerca do sistema nacional de saúde, a opinião dos utentes em Portugal acerca dos serviços disponibilizados não é, de um modo geral, negativa. Esta afirmação é feita a partir dos dados recolhidos no inquérito “A Sociedade em Rede 2006”<sup>24</sup>.

Os utentes mostram-se esclarecidos pelas explicações avançadas pelos prestadores de cuidados médicos, e fazem um uso diversificado dos diversos locais de atendimento, do centro de saúde ao hospital público, consoante a gravidade da situação. Por outro lado, verifica-se o peso ainda muito significativo que as figuras tradicionais do sistema nacional de saúde ocupam no seio das práticas dos portugueses.

Antes de abordar a utilização das TIC pelos utentes em temáticas ligadas ao sector da saúde, há que se efectuar uma análise das práticas correntes de utilização dos serviços de saúde tradicionais. Tal análise permitir-nos-á não só perceber o estado actual do sector na percepção dos utentes, e a forma como ele é vivenciado pelos utentes, como também destacar eventuais possibilidades de desenvolvimento e oportunidades para as aplicações de *E-health*. Como se comportam os portugueses face a um eventual problema de saúde? Quais as suas principais práticas em termos de medicação? Como avaliam o estado do sector? Quais as suas principais reclamações?

Perante um problema de saúde **não urgente**, verifica-se a importância da figura do médico assistente, sendo que grande parte dos inquiridos (71,5%) afirmou recorrer ao

---

<sup>24</sup> Cardoso, Gustavo, Rita Espanha e Maria do Carmo Gomes, Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006, aplicado no âmbito do projecto de pesquisa desenvolvido com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian “A Saúde na Era da Informação”. Tratou-se de um Inquérito extensivo por questionário, através de entrevista directa, a uma amostra representativa da população portuguesa, residente em Portugal Continental, de idade igual ou superior a 8 anos de idade. A amostra teve como universo de referência a população portuguesa e os resultados do Recenseamento Geral da População – Censos de 2001. Os indivíduos foram seleccionados através da definição de quotas a partir do cruzamento das variáveis sexo, idade, instrução, região (5 regiões INE – NUT’s II) e habitat/dimensão dos agregados populacionais. A partir de uma matriz inicial de região e habitat, foi seleccionado aleatoriamente um número significativo de pontos de amostragem, onde foram realizadas as entrevistas, através da aplicação das quotas acima referidas. Em cada localidade, existiam instruções que obrigaram o entrevistador a distribuir as entrevistas por toda a localidade. A amostra final foi constituída por 2000 entrevistas. O trabalho de campo foi realizado entre Abril e Junho de 2006 e aplicado pela Metris GfK.

seu médico de família do Sistema Nacional de Saúde (SNS). De notar ainda que 18,2% dos inquiridos opta pelo aconselhamento do farmacêutico, não chegando a ser consultado pelo médico.

**Quadro 2.8. Recurso a serviços de saúde num problema de saúde não urgente (%)**

	n	%
Médico assistente (médico de família do SNS)	1303	71,5
Farmacêutico	332	18,2
Médico assistente (sistema privado)	63	3,5
Outro	59	3,2
Enfermeiro	51	2,8
Linhas de apoio de saúde pública	4	0,2
Terapeuta/profissional de medicinas alternativas	3	0,2
Ns/nr	7	0,4
<b>Total</b>	<b>1822</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Na categoria “outro” há uma proporção interessante dos familiares, do “espera que passe”, do “não faz nada” e do auto-tratamento em casa (toma chá, toma *ben-u-ron*, toma o que tem disponível). Já no caso de um problema de saúde **urgente**, os utentes dividem-se entre o recurso aos serviços de urgência de centros de saúde (46,4%) e de hospitais públicos (48,7%).

**Quadro 2.9. Recurso a serviços de saúde num problema urgente de saúde (%)**

	n	%
Serviços de urgência de centros de saúde	845	46,4
Serviços de urgência de hospitais públicos	887	48,7
Serviços de urgência de hospitais particulares	26	1,4
Médico assistente (público ou privado)	45	2,4
Serviços privados de atendimento ao domicílio	3	0,2
Linha de apoio de saúde pública	1	0,1
Farmácia mais próxima	3	0,2
Outro	9	0,6
Ns/nr	3	0,2
<b>Total</b>	<b>1822</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Nesta situação, a figura do médico assistente perde importância, sendo que apenas 2,4% dos inquiridos recorrem a tal serviço perante um problema urgente.

Se atentarmos agora às práticas efectivas dos utentes, verifica-se que 80,1% dos inquiridos afirmou ter recorrido pessoalmente a uma farmácia no último ano, por razões próprias ou como acompanhante, assim como 79,4% foi a um centro de saúde. A percentagem de indivíduos que afirmou ter recorrido a um hospital público é também relativamente elevada (57,9%), quando comparada com a dos que foram a hospitais privados (7,8%), ou clínicas privadas (10,8%).

**Quadro 2.10. Recurso a locais de prestação de cuidados de saúde, no último ano, pessoalmente, ou para acompanhar um amigo ou familiar próximo (%)**

Locais de prestação de cuidados de saúde	Sim	Não	Ns/Nr	Total (n=1822)
Centro de Saúde	79,4	19,3	1,3	100,0
Hospital público	57,9	40,1	2,0	100,0
Serviço de oncologia de um hospital	7,8	85,6	6,6	100,0
Hospital privado	7,8	86,5	5,7	100,0
Clínica privada	10,8	83,5	5,7	100,0
Farmácia	80,1	17,9	2,0	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

A utilização de medicamentos genéricos está também a tornar-se uma pratica cada vez mais recorrente: 41,7% dos inquiridos afirmou ter-lhes sido prescrito tais medicamentos pelo médico assistente.

**Quadro 2.11. Prescrição de medicamentos genéricos pelos médicos assistentes (%)**

	n	%
Sim	760	41,7
Não	779	42,7
Ns/nr	284	15,6
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

No entanto, é de destacar a elevada proporção de indivíduos que optou pela resposta “não sabe/não responde” (15,6%), o que poderá ser indicativo de algum desconhecimento ainda remanescente na sociedade portuguesa acerca do que são os medicamentos genéricos.

Quanto ao consumo de produtos dietéticos de acção terapêutica, verifica-se que apenas cerca de 12% dos inquiridos afirmou já ter consumido tais produtos. Neste âmbito, o sexo revela-se uma variável relevante: 15,9% das mulheres consome às vezes ou sempre esse tipo de produtos, contra apenas 7,1% dos homens.

**Quadro 2.12. Consumo de produtos dietéticos de acção terapêutica (%)**

	n	%
Sempre	34	1,9
Às vezes	179	9,8
Nunca	1543	84,6
Ns/nr	67	3,7
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Por outro lado, destaca-se também a fraca aderência aos grupos de apoio existentes: apenas 3,4% (20), do total de inquiridos, que usam a Internet já consultaram os sítios de tais entidades.

**Quadro 2.13. Consulta de sítios de grupos de apoio e ajuda, pelo menos uma vez (%)**

	n	%
Sim	20	3,4
Não	545	92,5
Ns/nr	24	4,1
Total	589	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

De entre a amostra que confirmou já ter consultado: dez precisavam de mais informação específica sobre um determinado assunto; dois seguiram uma recomendação para resolver um problema pessoal; outros dois procuravam pessoas com problemas semelhantes; outros dois seguiram uma recomendação do médico e cinco consultaram

por curiosidade. Repare-se também que dos 20, 12 consideram os sítios úteis e 5 muito úteis.

Se atentarmos agora à **avaliação do sistema de saúde tradicional**, verifica-se que 79,2% dos utentes considera ficar esclarecido ou muito esclarecido na sequência do atendimento por parte do médico assistente, contra apenas 16,2% que fica pouco ou nada esclarecido.

**Quadro 2.14. Esclarecimento prestado pelo médico assistente (%)**

	n	%
Muito esclarecido	233	12,8
Esclarecido	1210	66,4
Pouco esclarecido	253	13,9
Nada esclarecido	41	2,3
Ns/nr	85	4,6
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

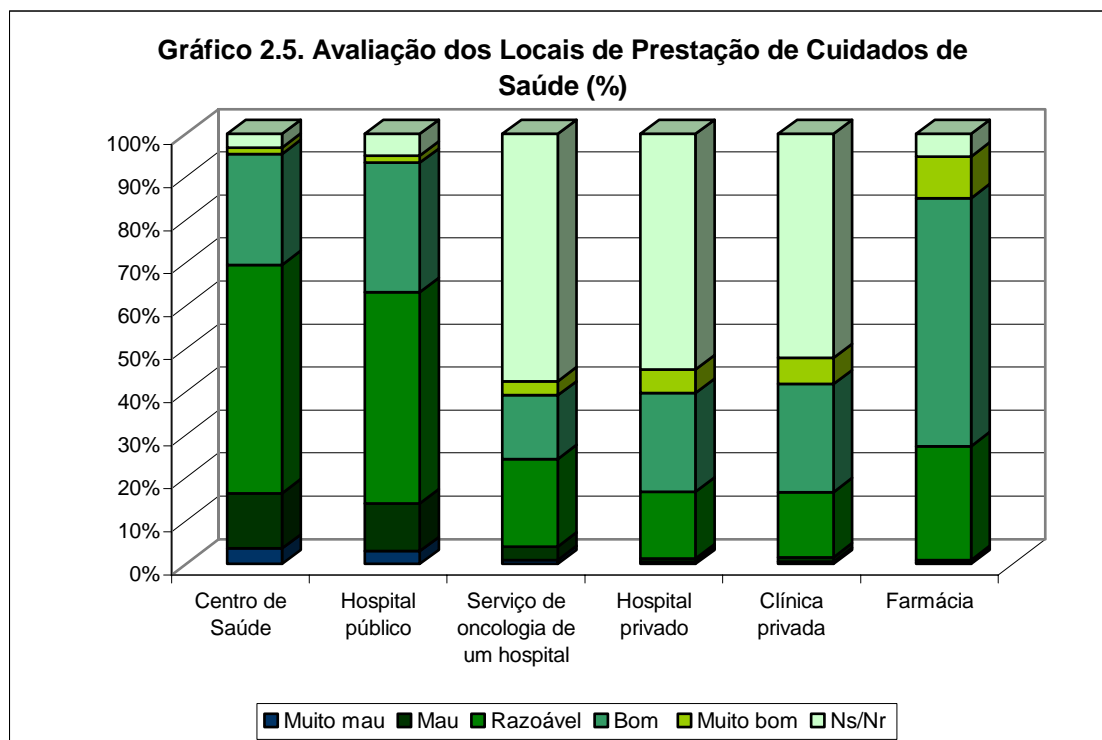
A avaliação dos vários locais de prestação de cuidados de saúde já não é tão consensual, já que cerca de metade dos inquiridos não se mostra particularmente satisfeito: apesar de não lhes atribuir uma avaliação negativa, 53,1% dos utentes considera o centro de saúde “razoável”, assim como 49,1% em relação ao hospital público.

**Quadro 2.15. Avaliação dos locais de prestação de cuidados de saúde (%)**

Locais de prestação de cuidados de saúde	Muito mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom	Ns/Nr	Total (n=1822)
Centro de Saúde	3,6	12,8	<b>53,1</b>	25,8	1,5	3,2	100,0
Hospital público	3,0	11,1	49,1	30,1	1,7	5,0	100,0
Serviço de oncologia de um hospital	0,9	3,1	20,4	14,8	3,3	57,5	100,0
Hospital privado	0,6	0,7	15,5	23,0	5,4	54,8	100,0
Clínica privada	0,5	1,1	15,1	25,1	6,1	52,1	100,0
Farmácia	0,3	0,6	26,5	57,6	9,7	5,3	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006





Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Já a avaliação das farmácias é relativamente positiva: 67,3% dos utentes considera este local de prestação de cuidados de saúde “bom” ou “muito bom”.

O sector privado (clínica ou hospital), assim como os serviços de oncologia dos hospitais, por não serem utilizados pela maioria dos utentes, como já tivemos a oportunidade de verificar anteriormente, registaram níveis elevados de respostas “não sabe/não responde” (mais de metade dos inquiridos nos três casos). Cerca de um quinto dos utentes (20,1%) já esteve perante uma situação de mau atendimento na prestação de cuidados de saúde, sendo que as principais queixas se referem a questões ligadas ao próprio atendimento médico (67,7% do total de inquiridos que considerou já ter sido mal atendido), ou ao atendimento administrativo (31,6%).

**Quadro 2.16. Situação de mau atendimento na prestação de cuidados de saúde (%)**

	n	%
Sim	366	20,1
Não	1405	77,1
Ns/nr	52	2,8
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 2.17. Serviço de saúde onde foi mal atendido (n=366)**

	Sim (% de respostas nesta categoria)
Atendimento médico	67,7
Atendimento administrativo	31,6
Atendimento enfermagem	18,7
Atendimento do pessoal auxiliar	15,4
Atendimento farmacêutico	2,5

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

No entanto, essa percepção de mau atendimento conduziu muito poucas vezes à apresentação de uma queixa ou reclamação formal (apenas 7,1% dos utentes que esteve perante uma situação desse cariz), tendo a maioria das queixas apresentadas (78,1%) tomado forma através do uso do livro de reclamações.

**Quadro 2.18. Apresentação de queixa/reclamação formal (%)**

	n	%
Sim	26	7,1
Não	322	88,0
Não, nem sabia que se podia fazer	15	4,0
Ns/nr	3	0,9
Total	366	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 2.19. Modos de apresentação de queixa/reclamação formalmente (n=26)**

	Sim (% de respostas nesta categoria)
Livro de reclamações/livro amarelo	78,1
Carta à direcção da instituição	24,6
Pedido de uma reunião com um superior hierárquico	3,6

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Os dados apresentados permitem-nos tirar algumas conclusões, nomeadamente que a percepção dos serviços de saúde é variável em função do facto de já se ter ou não recorrido efectivamente aos serviços de saúde. A percepção negativa pode assim ser mais influenciada pela mediatização que é feita da qualidade (ou falta dela) dos serviços de saúde, do que pela experiência ela própria. Mas o indicador é relevante.

Outro indicador relevante da ideia de saúde que cada um tem é recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) no sentido de avaliar o estado de saúde das populações é a percepção que cada pessoa tem da sua saúde (OMS, 1996). Recolheram-se dados sobre este indicador em Portugal pela primeira vez no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1995/1996e mais tarde em 1998/1999. Em três anos verificou-se uma diminuição da percentagem de pessoas que consideram o seu estado de saúde “muito mau” ou “mau”e um ligeiro aumento da percentagem de pessoas que consideram o seu estado de saúde como “bom”, tanto nos homens como nas mulheres. Estes resultados sugerem uma possível alteração no padrão de distribuição da auto-apreciação do estado de saúde em Portugal, decorrente, talvez, de uma mudança de paradigma na gestão da saúde, mais centrada no cidadão.

Esta abordagem da realidade portuguesa relativamente à saúde, ao sistema de saúde e às próprias TIC neste âmbito permite-nos um olhar sobre o tema central desta pesquisa e que é os projectos de autonomia em saúde. A saúde enquanto valor predominante das sociedades contemporâneas é algo também evidente na sociedade portuguesa, algo que não pode passar ao lado, nomeadamente, das questões demográficas e consequentes mutações sociais daí decorrentes, da constituição familiar reconfigurada à valorização

da criança como eixo das preocupações dos agregados (Barreto, 1996; Viegas e Costa, 1998). A saúde como bem estar é algo que começa a fazer parte não só dos discursos mas também das práticas dos cidadãos e é algo que necessariamente se reflecte no contexto da promoção da autonomia individual, e que decotre da própria definição de saúde da OMS (estado de completo bem-estar físico, psíquico e social).

O papel dos media na construção dessa autonomia no campo da saúde é o que vamos abordar nos próximos dois capítulos, no âmbito especificamente da televisão e da internet.

### 3. Comunicação em Saúde e Televisão

Segundo Kerckove (1995), a televisão dá-nos o ponto de vista do lado de fora, algo que olha para dentro de nós, electricamente. É sempre um ponto de vista público que convida as pessoas a construir e imprimirem sentido às coisas, mas fora da sua consciência, ou seja, as imagens (e mensagens) fazem um percurso que provêm do discurso social para a consciencialização individual, de fora para dentro. Esse movimento, esse percurso, dilui a distinção entre público e privado, graças aos *media* electrónicos, ao acelerar o processo externo de produção e divulgação de informação, ficção e experiências globais.

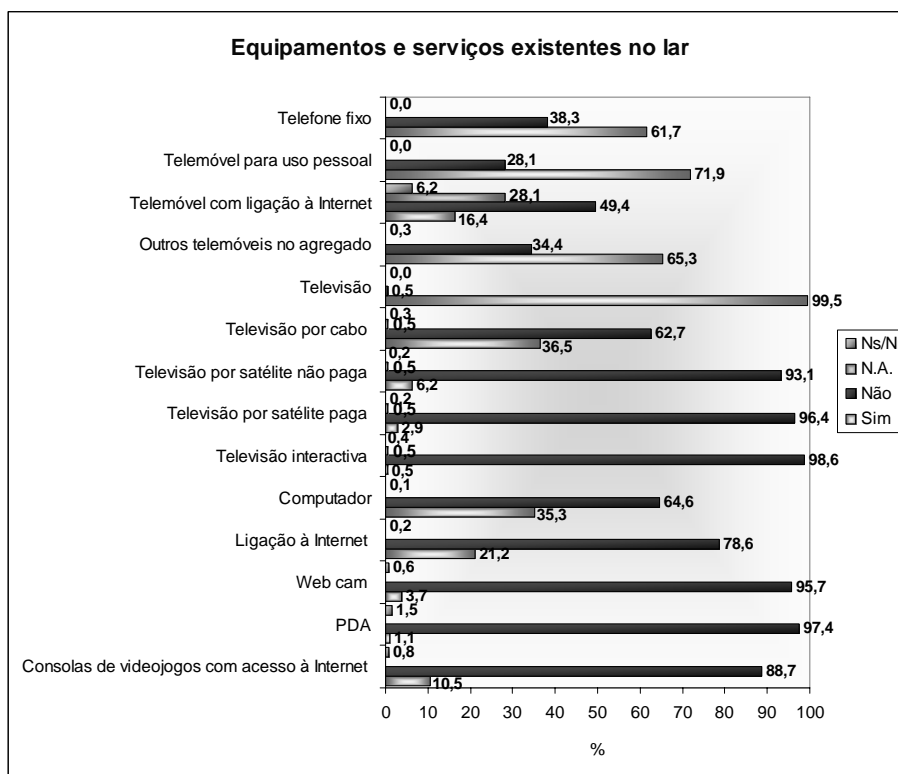
As sondagens e estudos de audiência lidam com números e não com escolhas individuais e gostos particulares, a programação e as mensagens são sempre dirigidas à consciência colectiva e não à privada. O discurso televisivo é global, a televisão é um barómetro da psicologia global (Kerckove, 1995), fornecendo-nos noções de tempo e de espaço e mesmo noções sociais. Somos tecidos numa psicologia de massas que selecciona os nossos assuntos por nós e no unifica em opiniões convergentes. A TV não arrisca em questões de moralidade pública. Colectiva e diariamente procuramos continuidade (Silverstone, 1999, 2004). A soma do total dos discursos nos nossos ecrãs é o nosso senso comum, gerido e disponibilizado pelos meios electrónicos. Tal como defendia McLuhan (1997), a televisão, enquanto sistema eléctrico de informação, constitui-se como um ambiente vivo em sentido orgânico, e alteram os nossos sentimentos e sensibilidades. O senso comum transmitido pela televisão está fora de nós e não dentro.

Pierre Bourdieu afirma que “existem uma série de mecanismos que fazem com que a televisão exerça uma forma particularmente perniciosa de violência simbólica” (Bourdieu, 1997). Uma parte da acção simbólica da televisão, ao nível das informações, por exemplo, consiste em chamar a atenção para factos que são molde a interessar a toda a gente, dos quais podemos dizer que são *omnibus* – quer dizer, para toda agente. A televisão é, deste ponto de vista, um instrumento de comunicação muito pouco autónomo sobre o qual pesa toda uma série de imposições que têm a ver com as relações

sociais entre os jornalistas, relações de concorrência encarniçada, implacável, até ao absurdo, e que são também relações de conivência, de cumplicidade objectiva, baseadas nos interesses comuns ligados à sua posição no campo da produção simbólica e no facto de os jornalistas terem em comum estruturas cognitivas, categorias de percepção e de apreciação ligadas à sua origem social, à sua formação (ou à sua não formação) (Bordieu, 1989, 1997). Supostamente a televisão nivelaria, homogeneizaria pouco a pouco todos os telespectadores – o fenómeno mais importante, e que era de previsão bastante difícil, foi a extensão da influência da televisão ao conjunto das actividades de produção cultural, incluindo as de produção científica ou artística. E talvez até a extensão e influência que tem sobre todos os outros *media*, tradicionais e menos tradicionais, que entretanto ganharam lugar nas dietas comunicativas dos indivíduos (Eco, 2000).

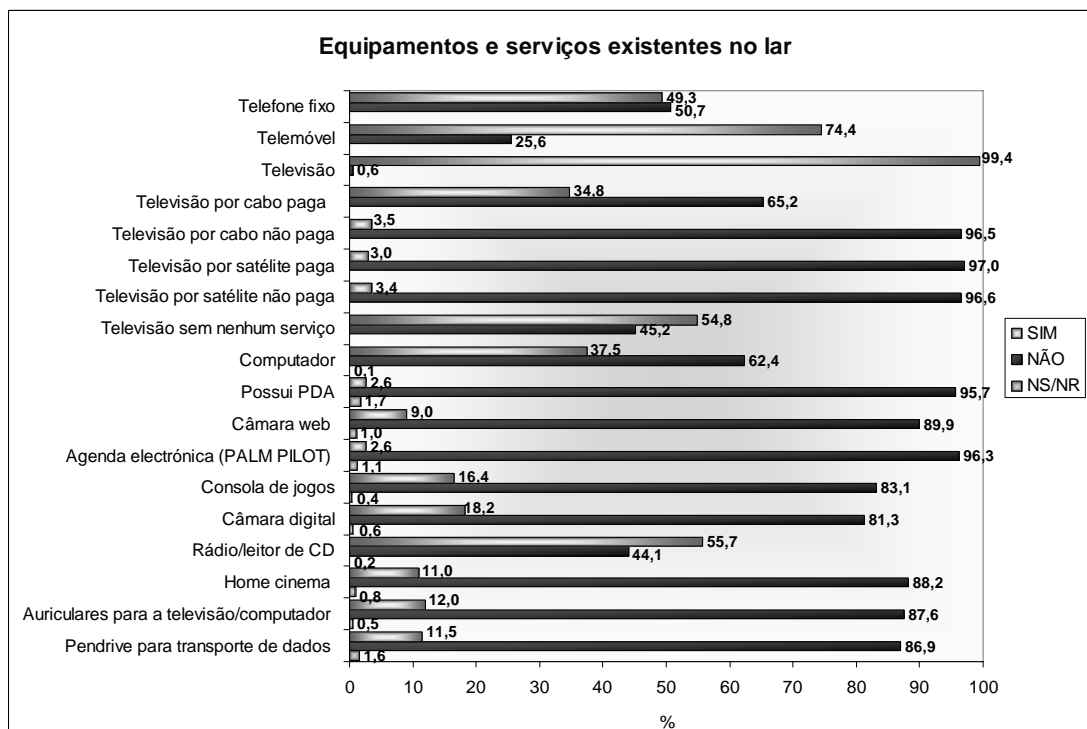
A nossa Era, em termos comunicacionais, é caracterizada, essencialmente, pelo domínio da interactividade da comunicação, privilegiando um sistema de múltiplos produtores/distribuidores/consumidores. Assistimos, nos últimos 30 anos, à introdução de sistemas de comunicação que permitiram uma ampla distribuição de mensagens, conquistando e reconfigurando espaço e tempo, à alteração do tipo e dimensão dos conteúdos televisivos em função do género de entretenimento e ao surgimento da interactividade como elemento fundamental para a caracterização do actual modelo televisivo, tanto enquanto entretenimento como no que diz respeito à informação (Cardoso e Espanha, 2006e).

**Gráfico 3.1. Equipamentos e Serviços Existentes no Lar – 2003**



Fonte: CIES, Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2003

**Gráfico 3.2. Equipamentos e serviços existentes no Lar - 2006**

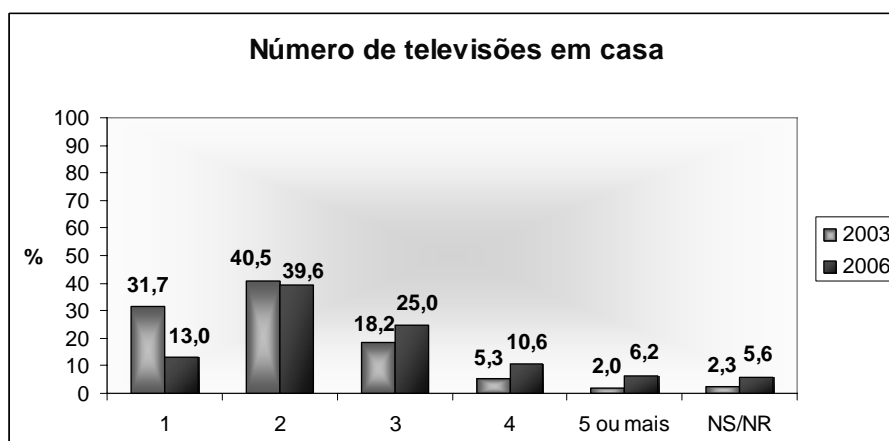


Fonte: Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2006

É claramente perceptível em 2003, e em forte contraste com o elevado índice de não utilização de muitos dos equipamentos citados, a percentagem significativa de inquiridos que usufrui da televisão. No entanto, assumem também valores expressivos a utilização de outros bens comuns como o telemóvel pessoal (71,9%) ou de outros telemóveis no agregado familiar em questão (65,3%), ou mesmo do telefone fixo que é usado por 61,7% do total da amostra. Já com valores percentuais afastados mas de qualquer forma relevantes, encontra-se a utilização do serviço de televisão por cabo (36,5%), do computador (35,3%), bem como da Internet, que era utilizada em 2003 por 21,2% dos inquiridos em casa (Cardoso e Espanha, 2007b).

Em 2006 a televisão mantém a sua prioridade e importância entre todos os equipamentos tecnológicos utilizados em casa (99,4%).

**Gráfico 3.3. Número de Televisões em casa 2003 e 2006**



Fonte: Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal*, 2003 e 2006

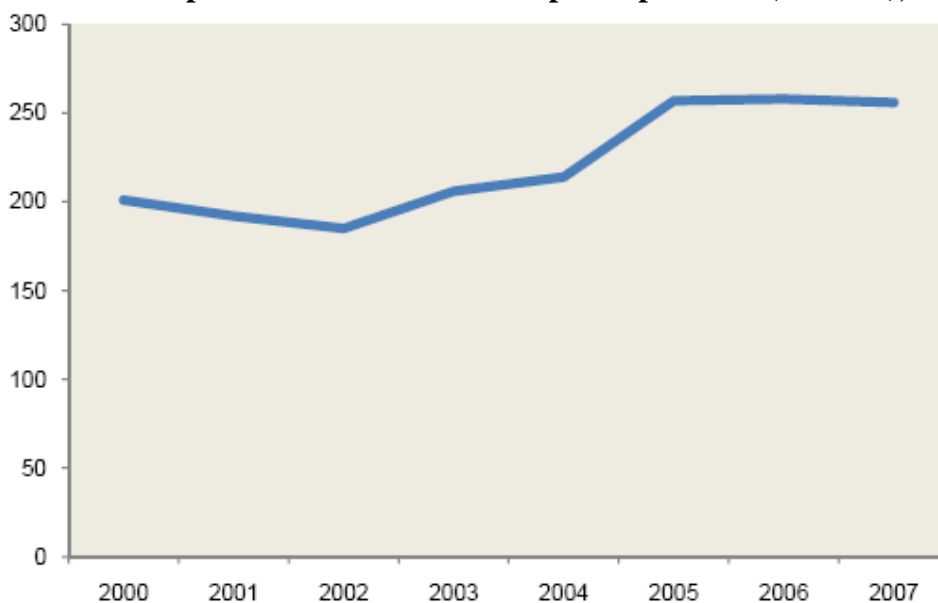
Quanto ao número de aparelhos televisivos existentes em casa, as respostas dos inquiridos revelam tendências distintas entre o ano de 2003 e o ano de 2006. No ano de 2003 uma percentagem considerável de inquiridos manifestava ter somente uma televisão em casa (31,7%), a par dos expressivos 40,5% dos inquiridos que assumiam ter duas televisões. Nos dados de 2006 sobressai, no entanto, uma acentuada diminuição dos indivíduos com apenas uma televisão (13%), e um ligeiro aumento daqueles que usufruem de mais de três televisões, daí podendo concluir sobre a tendência dos portugueses usufruírem de um número cada vez maior de televisões nas suas casas, bem como da generalização da televisão como objecto essencial de presença nas assoalhadas



das habitações. Os valores mais elevados registam-se entre os indivíduos com duas ou três televisões, com valores de 39,6% e 25%, respectivamente (Cardoso e Espanha, 2007b).

Apesar da proliferação de novos e diversificados tipos de *media*, a televisão continua a ser o *media* dominante para a maior parte das pessoas. Atendamos aos dados mais recentes sobre visionamento televisivo no caso concreto de Portugal.

**Gráfico 3.4. Tempo médio de visionamento por Espectador (minutos), 2000 a 2007**



Fonte: Marktest. Edição Obercom.

O tempo médio de visionamento da televisão em Portugal, quando comparado com os valores europeus, reflecte o forte peso da televisão nas práticas mediáticas dos portugueses. Entre o leque de ofertas das televisões portuguesas generalistas de sinal aberto, destaca-se o maior peso da programação de entretenimento e divertimento, de informação, dos programas de ficção e da publicidade<sup>25</sup>.

Segundo os dados da Marktest Audimetria/MediaMonitor, em 2007<sup>26</sup>, os portugueses despenderam quase três horas e meia por dia a ver televisão. Nos idosos o consumo tem aumentado nos últimos anos. Em 2007, cada português viu, em média, por dia, em sua casa, 3 horas, 29 minutos e 36 segundos de televisão, menos 29 segundos do que no ano

<sup>25</sup> Anuário da Comunicação 2006-2007, OberCom,

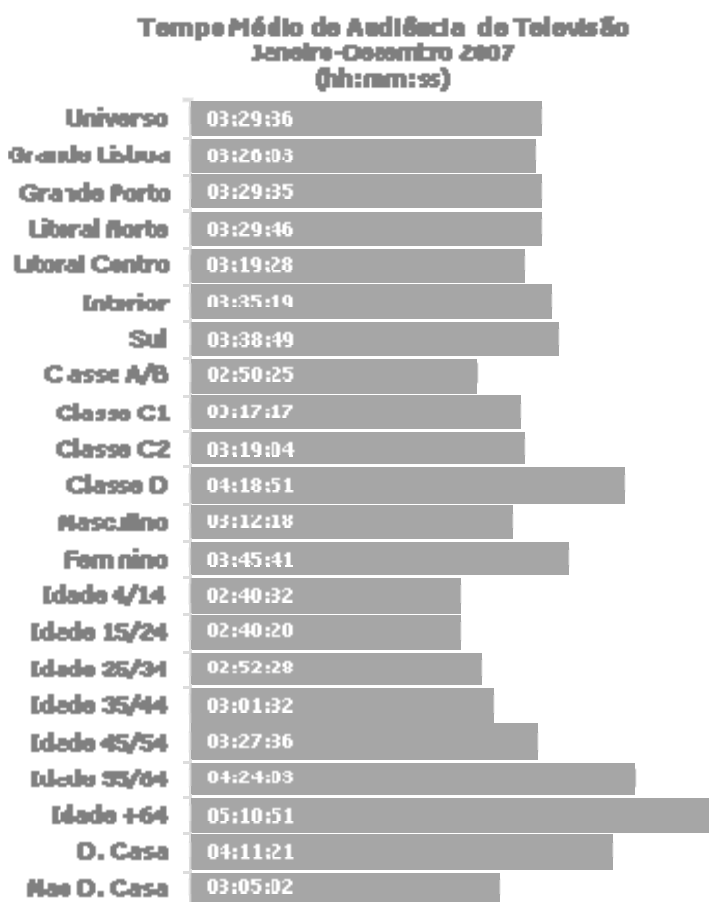
[http://www.obercom.pt/client/?newsId=487&fileName=anuario\\_2006\\_2007\\_3.pdf](http://www.obercom.pt/client/?newsId=487&fileName=anuario_2006_2007_3.pdf)

<sup>26</sup> [http://www.marktest.pt/produtos\\_servicos/Mediamonitor/default.asp?c=1485&n=1821](http://www.marktest.pt/produtos_servicos/Mediamonitor/default.asp?c=1485&n=1821)

anterior. A análise por categorias mostra comportamentos diferentes face a este meio. A idade e a situação no lar são as variáveis que mais influenciam o consumo de televisão, já que é aqui que se observam maiores diferenças de comportamento entre os indivíduos.

Os maiores consumidores deste meio são, por região, os residentes no Sul, com 3h38m49s (mais 4.4% do que a média do universo); por classe social, os indivíduos da classe baixa, com 4h18m51s (mais 23.5% do que a média do universo); por sexo, as mulheres, com 3h45m41s (mais 7.7% do que a média do universo); por idade, os indivíduos com mais de 64 anos, com 5h10m51s (mais 48.3% do que a média) e, por situação no lar, as donas de casa, com 4h11m21s (mais 19.9% do que a média). Pelo contrário, os jovens e os indivíduos das classes alta e média alta são os que apresentam os índices de audiência de televisão mais baixos.

**Gráfico 3.5. Tempo de Audiência televisiva, por categorias, Marktest, 2008**



**Fonte: Marktest Audiência e Mecanismo**

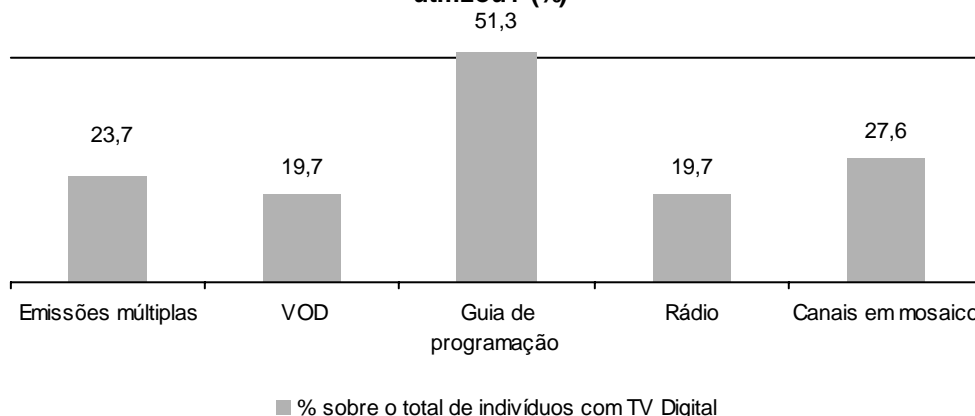
A actualidade destes dados mostra-nos uma continuada omnipresença da televisão. Então, algo mudou ou não, com a introdução de novos sistemas, como a TV digital e interactiva ou mesmo com a introdução de hábitos relacionados com o consumo de Internet? O primeiro aspecto a destacar é a alteração do papel da televisão na disponibilidade de consumo de comunicação. Do tal lugar central, agregador e polarizador das relações sociais e familiares, a televisão remete-se cada vez mais para um papel de contextualização atomizada em rede. Isto é: por um lado, em termos de perfil de consumo, aproxima-se mais da rádio (algo que deixamos ligado de fundo enquanto desenvolvemos outra actividade, como estar na Internet, por exemplo), por outro, em termos de papel social, serve de contexto para a restante comunicação, fornecendo referentes e modos de discurso de forma interactiva. Este papel potencia o lugar da televisão e dos *mass media* em geral, numa sociedade em rede, reforçando a diversidade em vez de a contrariar. Mas deixando sempre um lugar de destaque à televisão e às suas linguagens.

Senão consideremos o que Menduni (2006) refere relativamente às linguagens televisivas. Segundo o autor, a televisão se é uma arte, é uma arte popular, que tem um determinado público, onde prevalecem pessoas “simples”. O imaginário televisivo não tem apenas um carácter documentarista, mas uma intenção narrativa e representativa, com uma forte conotação emotiva e sentimental. Nessa linguagem narrativa interferem elementos específicos da linguagem televisiva que transcendem o discurso formal, como a composição, o enquadramento (*framing*), e o ângulo que nos é fornecido pela câmara (Menduni, 2006: 99). Além disso, a palavra televisão quer, na opinião do autor, dizer muita coisa, e fundamentalmente, representar actividades diversas, nomeadamente: *broadcasting* (distribuição de conteúdo através de uma rede); produção de conteúdos; transmissão de conteúdos ou transmissão na rede. Estas três actividades têm objectivos e representam conceitos diferentes de televisão. Mas também significam que a televisão se caracteriza pelo envio em tempo real de um fluxo contínuo de conteúdo que depende sempre da existência de uma rede de transmissão.

As novas formas de televisão, a televisão interactiva, a televisão digital, não transformam necessariamente as linguagens televisivas. Ou melhor, mudam algo, mas não totalmente. E isso pode ser reafirmado pelo tipo de utilizações que, em Portugal, se fazem actualmente da oferta televisiva. A partir dos dados recolhidos pelo OberCom em

2008 (Inquérito *A Televisão Digital Terrestre em Portugal 2008*, OberCom) é possível afirmar que as práticas de visionamento permanecem enraizadas num modelo tradicional de consumo de televisão. Apesar da recente expansão da televisão digital em Portugal, a experiência televisiva dos indivíduos que actualmente já usufruem de um serviço desta natureza permanece moldada pelos padrões tradicionais de visionamento de televisão (Colombo, 2004; Colombo e Vittadini, 2006). De facto, a percentagem de pessoas que tira partido das potencialidades deste novo sistema de televisão permanece muito reduzido. Por exemplo, apenas 19,7% dos inquiridos que tem televisão digital já utilizou os serviços de *Video-on-demand* (VOD), e apenas 19,7% já ouviu rádio através da televisão. O serviço que parece ter uma maior utilidade para os portugueses é o guia electrónico de programação: 51,3% dos indivíduos que dispõe de televisão digital afirmou já o ter utilizado.

**Gráfico 3.6. Dos seguintes serviços de TV digital, quais já utilizou? (%)**



Fonte: Inquérito *A Televisão Digital Terrestre em Portugal 2008*, OberCom (n=76)

Actualmente, a oferta de televisão digital encontra-se em franca expansão no mercado nacional (Araújo, Cardoso e Espanha, 2008b). Se até 2007, esta se encontrava concentrada num número muito reduzido de *players* (conferindo uma concorrência reduzida ao sector, e deixando poucas opções para o consumidor), o *spin-off* da PT Multimédia, aliado à abertura do concurso da televisão digital terrestre e às novas ofertas *triple play* que têm surgido, vieram imprimir uma nova dinâmica neste mercado. As potencialidades oferecidas pela televisão digital aproximam a experiência televisiva da experiência de navegação na Internet, mas, pelo menos até à data, não alteraram substancialmente, nem as linguagens televisivas (Menduni, 2006; Cardoso e Espanha,

2006b). O recurso à interactividade e a possibilidade de controlo e autonomia dos indivíduos permite a passagem de uma televisão de massas, a uma televisão personalizada, assente na lógica do “Do it yourself”. Assim, estamos perante uma fase de redefinição da experiência e do próprio conceito de televisão, em que a participação e os recursos interactivos assumem um relevo particular (Araújo, Cardoso e Espanha, 2008a, 2008b).

Neste âmbito, uma pergunta impõe-se: como se adaptarão então as dietas mediáticas dos indivíduos a estas realidades? Como vimos ao longo do presente relatório, quer em Portugal, quer em muitos dos países onde a televisão digital está fortemente desenvolvida, não foram registadas alterações significativas da experiência televisiva (OfCom, 2007). Os indivíduos podem até ter acesso a um serviço de televisão digital, mas não fazem um uso maximizado das potencialidades e serviços que este oferece. Na transição para a televisão digital, torna-se fundamental integrar o consumidor, inteirá-lo das mais-valias potenciais associadas a estes novos recursos, e estar atento às suas necessidades e desejos. Sem a integração deste elo final da cadeia de valor no processo de migração de processos de comunicação de massa para um paradigma em rede, poderá verificar-se uma situação de *digital divide*, na qual determinados grupos sociais ficaram excluídos, dispendo de novas tecnologias e recursos, mas perpetuando modelos de consumo mediático tradicionais.

### Quadro 3.1. Percepção da utilidade dos novos serviços oferecidos pela televisão digital (%)

O que pensa em relação aos novos serviços possibilitados pela televisão digital?	Tipo de acesso ao serviço de TV (% da resposta “muito útil”, em cada categoria)	
	População TV Digital (n=76)	População em geral (n=1041)
... maior oferta de canais	51,3	32,2
... melhor qualidade de imagem	69,7	44,4
... melhor qualidade de som	68,4	42,4
... mais interactividade	48,7	25,1
... ouvir rádio	40,8	19,6
... múltiplas emissões	39,5	19,9
... video-on-demand	40,8	13,8
... ver canais em mosaico	35,5	14,8
... compatibilidade com o PC	35,5	15,9
... maior portabilidade	36,8	16,3
... facilidade de utilização para pessoas com necessidades especiais	55,3	42,0
... mais opções de participação	42,1	21,0
... alta definição	57,9	29,4

Fonte: Inquérito *A Televisão Digital Terrestre em Portugal 2008*, OberCom

Coloca-se assim, e neste panorama de alterações previsíveis e reais no consumo de conteúdos televisivos, a questão de qual é afinal o papel da televisão na esfera da informação e do entretenimento.

Cardoso (2006) propõe-nos olhar a evolução da televisão na Europa, tendo por base três momentos essenciais, partindo da análise de Colombo (2003) em “Le Età della Tv”. Uma primeira fase, entre os anos 50 e 70 (em Portugal até 1974), período de monopólio, onde se verifica uma identificação de serviço público com o próprio meio televisão, mas também com a rádio e a produção e distribuição de conteúdos. A dimensão cultural tem um cariz marcadamente educacional, promovendo as literacias e mesmo a alfabetização complementar das populações e a ideia de cultura é algo que é definido pela própria programação televisiva. Uma segunda fase da televisão na Europa é identificada pelos autores como a que marca o final dos anos 70 e até meados dos anos 80, onde se identifica um sistema misto de televisão pública e privada, e onde a definição de serviço público está ligada à sua função de relevância informativa, identificação com a cultura institucional nacional e modelos de linguagem televisiva que o diferenciam das televisões privadas (em Portugal esta fase iniciou-se um pouco mais tarde, com o aparecimentos das televisões privadas apenas no início dos anos 90). O objectivo que se proclama está centrado na democratização da cultura através do acesso e da descentralização. Assim, a cultura televisiva passa a ser um género em si mesmo, já numa terceira fase, com um muito maior ênfase dado ao entretenimento do que ao modelo informativo (esta é segundo diversos autores, uma tendência histórica da televisão, a saber, Eco, 1985, Smith, 1998 e Ortoleva, 2003). Num sistema que inclui oferta pública e privada de televisão, a oferta da TV generalista, mesmo que integrada num modelo global (Wolton, 1999, 2000), continua a incorporar uma dimensão muito forte de identidade nacional, o que corresponde às próprias práticas de consumo televisivo de cada cultura.

Pode afirmar-se, então, que a televisão, através da abertura a outras tecnologias (Cardoso, 2006), foi capaz de se manter no centro de uma das dimensões sociais dos *media*, caracterizando-se por uma baixa interactividade na relação tanto com o entretenimento como com a informação, mas a televisão em rede (parte de uma rede maior de tecnologias de mediação), sendo a *televisão em rede* um produto da apropriação económica e social dessa dimensão de baixa interactividade. Mas, através

de processos de apropriação, social e económica, a Televisão e a Internet constituem, segundo Cardoso (2006), os “*dois nós centrais de uma mesma rede de informação*” (Cardoso, 2006: 258), motivo pelo qual nos centramos nesses *media*, nestas duas plataformas, na análise sobre informação e comunicação em saúde.

## **A Saúde na TV: para Além das Notícias**

As narrativas televisivas ocupam um papel central nos processo de mobilidade cultural (Kerkove, 1995). Cada vez mais aumentam os fluxos de importação-exportação de informação e de ficção televisiva doméstica de um país a outro, de uma cultura para outra (Cardoso, 2007). Verifica-se principalmente o crescente aumento das co-produções concebidas sobre um sentido multi ou transnacional porque destinadas ao consumo de diferentes audiências nacionais (Vassalo de Lopes, 2006). Tal como a informação, também a ficção é importante para a televisão pela relevância das suas funções e dos seus significados culturais, embora não haja ainda a esse respeito uma suficiente produção científica nos estudos de Comunicação.

Simultaneamente, é um facto reconhecido por diversos investigadores ao longo do tempo que as notícias/informação sobre saúde transmitida pelos *media* afecta o que o público em geral pensa sobre a saúde em sentido lato e os serviços de saúde em particular (Brodie et al, 2001; Turow, 2002). O que se tem tornado cada vez mais claro nos últimos anos é que também a ficção televisiva pode representar um papel muito significativo na construção das representações sobre a “nossa” saúde, sobre o sistema de saúde e também sobre as próprias opções políticas para a melhoria da prestação de cuidados de saúde (Turow, 2002; Espanha, 2008b). Assim, quando falamos em comunicação sobre saúde na esfera televisiva, falamos em diversos formatos e diferentes formas de transmissão de informação e conteúdos.

**Quadro 3.2. Formatos de programas – Comunicação em Saúde na TV (alguns exemplos dos 5 anos)**

<b>Formatos de programação TV – Comunicação em Saúde</b>	<b>Programa de origem nacional Exemplos</b>	<b>Programas de origem internacional Exemplos</b>
Notícias	Jornais nacionais e regionais/locais; programas de informação genérica em canais generalistas ou de informação	Jornais nacionais e regionais/locais; programas de informação genérica em canais generalistas ou de informação
Programas especializados	“Ficheiros Clínicos” (SIC); “Haja Saúde” e “Centro de Saúde (RTP); “Especial Saúde” (RTPN)	Documentários em canais especializados
Campanhas de Saúde Pública	Campanhas específicas de prevenção da SIDA ou de AVC’s	Campanhas específicas de prevenção da SIDA ou de AVC’s
Séries de Ficção sobre saúde e ambientes hospitalares	-----	Dr. House; Anatomia de Grey; Serviço de Urgência; Hospital Central
Cinema – filmes sobre temáticas específicas de saúde	-----	“John Q”; “Filadélfia”, <i>Sicko</i> , <i>Trainspotting</i>
Telenovelas (temática inserida no enredo)	Queridas Feras (TVI), Fascínios (TVI)	“O Clone” (SIC); “Laços de Família”(SIC)
Séries de ficção não especializadas (temática inserida no enredo)	“Casos da vida” (SIC)	Prison break, Lost, etc
Cinema – filmes sobre outros temas (temática inserida no enredo)	Não muito frequente	Muito variado, em todo o manancial de filmes de acção que passam na TV

Fonte: Elaboração própria

O tipo de programa é muito importante para a recepção cognitiva do telespectador, e no caso das notícias, programas especializados e, principalmente, campanhas de sensibilização na área da saúde pública, devem estar subjacentes à reflexão a realizar sobre esta matéria. Por outro lado, a "nacionalidade" do produto audiovisual disponibilizada deve ser tida em consideração e relativizada dentro do contexto socioeconómico. Claro que, além de serem apresentadas em campanhas de saúde, as questões relacionadas com saúde são também, e de forma sistemática, veiculadas em programas de entretenimento específicos como as séries de ficção sobre o comportamento de médicos em hospitais (por exemplo: “Dr. House” e “Gray’s Anatomy”) e também a partir do cinema (por exemplo: “Filadélfia”). O mesmo ocorre



com notícias em jornais televisivos, documentários ou outros formatos jornalísticos. E são também temáticas tratadas em programas como telenovelas e outros programas de entretenimento, como os programas da manhã e da tarde, dirigidos, fundamentalmente a idosos e mulheres. Vários estudos têm sido realizados sobre a apresentação deste material e seus efeitos, tanto do ponto de vista da produção, quanto da recepção (Murphy, 1999; Turow, 1996 e 2002; Brodie et al, 2001). Os estudos, que apresentam inúmeras e complexas dificuldades metodológicas, têm, entre vários objectivos, nomeadamente delimitar o tipo de conceito (sobre a saúde e sobre cuidados médicos) que a televisão constrói junto aos telespectadores, assim como qual o tipo de informação que é, efectivamente, difundida e qual é retida pelos telespectadores.

Desde o início da televisão, e especialmente na fase em que a TV era, na Europa, vista como uma das principais fontes de promoção educacional e de literacias, as instituições responsáveis pareciam “maravilhados” com as possibilidades de difusão de informação através desta *media*. Entretanto, no que diz respeito às questões de medicina e saúde, as principais pesquisas mostram a tendência desse meio de comunicação para a construção de uma *telesrealidade* dissociada da realidade social. Os assuntos apresentados nos programas reproduzem a forma de “fazer televisão” de produtores, assim como reproduzem a forma de construir a “agenda” do telespectador de acordo com a “pauta” dos *gatekeepers*<sup>27</sup>, reproduzindo a sua visão do mundo e a sua concepção das necessidades informativas e comunicativas.

A televisão parece assim, alternar adequação e inadequação de produção na questão da saúde. *Trainspotting*, um filme do moderno cinema inglês, por exemplo, mostrou de forma realista, não-“apelativa” e não-condenatória, a história de um grupo de toxicodependentes. O filme baseou-se em factos reais ocorridos em Edinburg, no final dos anos 80, quando o consumo de heroína por via venosa, com seringas partilhadas, disseminou a SIDA com uma enorme rapidez, resultando numa prevalência de 50% entre os consumidores de heroína, a maior taxa da Europa. Aparentemente, e tal como

---

<sup>27</sup> O conceito de *gatekeeper* foi incorporado nas teorias da comunicação (de efeitos a longo prazo) para definir o papel do profissional que “selecciona”, “escolhe”, “introduz”, “define”, assuntos, agendas, grelhas de programação, etc. São produtores de cinema, de televisão, os editores de programas, os directores, etc. (Wolf, 1987). Estudos mais recentes defendem que, actualmente, e com o desenvolvimento das TIC, somos cada vez mais, “nós” os *gatekeepers* de informação (Cardoso, 1998)

refere Polistchuck (1999) citando McLoughlin (1996), a abordagem do uso de heroína, dentro de um contexto histórico, sem um discurso acusador e moralista, aliada às consequências do uso, os recursos técnicos de iluminação dos *settings* de estúdio e a edição, parece que não induziu ninguém a iniciar o consumo de a heroína, pelo contrário.

A investigação sobre comunicação e saúde, aliada às próprias posições tradicionalmente assumidas pelos os profissionais de saúde e de educação (Thomas, 2006), leva a que se considere que, para este efeito, a televisão não deve ser “desperdiçada” ou usada de forma leviana ou pouco reflectida. Por um lado, a imagem das doenças e dos cuidados de saúde disseminado pelos *media* pode criar desinformação e, conseqüentemente, induzir a práticas desnecessárias, excessivas ou perigosas por parte dos cidadãos. Por outro, tal discurso está ligado a um contexto complexo, tanto do ponto de vista cultural como do ponto de vista socioeconómico. Seja na esfera do jornalismo ou nos argumentos de ficção (Schwitzer (2008), predominam informações sobre manter a forma ou não envelhecer. O culto do corpo jovem e perfeito, a negação do envelhecimento e da morte, são valores que estão sempre na “agenda” dos *media* (veja-se, por exemplo, os diversos programas sobre emagrecimento, alteração de imagem, cirurgias plásticas, etc, tão comuns na programação norte-americana). Para os profissionais de saúde e também para os comunicadores (Thomas, 2006), as informações sobre medicina e saúde devem ser transmitidas e divulgadas de forma responsável, tanto no sentido de “bem informar”, quanto no de “não prejudicar” (Polistchuck, 1999).

Actualmente, no centro da problemática coloca-se, portanto, a relação entre a acção constante dos *media* e o conjunto de conhecimentos acerca da realidade social, que dá forma a uma determinada cultura e que sobre ela age, dinamicamente. Por exemplo, a apresentação de descobertas científicas ou procedimentos em termos de cuidados de saúde ao público, pelos *media* é, “atravessada” por todos os ruídos presentes na “tradução” dos cientistas para os jornalistas (Schwitzer, 2008). Sendo assim, nem sempre a compreensão, por parte do público, é satisfatória. Na actualidade, muitas descobertas alcançadas pelas pesquisas (básica e clínica) da ciência biomédica, estão relacionadas com doenças que têm factores de risco como causas principais, tais como o tabagismo, o consumo de alimentos “errados” e o “sexo sem segurança”, tudo aspectos

mais relacionados com comportamentos do que com as doenças propriamente ditas. Por isso, a apresentação destes factores de risco para o público é feita, muitas vezes, directamente, ocorrendo logo após as descobertas, por meio de campanhas de saúde pública.

Os espaços ocupados pelas diferentes produções na oferta televisiva — campanhas, notícias, telenovelas, séries de ficção — são intercomunicáveis. Nada impede que uma telenovela seja parte de uma campanha de saúde. Nada impede que um filme esteja inserido numa dada campanha (Turow, 1996 e 2002; Christenson et al, 2006). Segundo Schwitzer (2008), a divulgação diária de notícias e histórias sobre novos tratamentos, testes, produtos e procedimentos médicos pode ter um impacto profundo (e eventualmente danoso) nos consumidores de cuidados de saúde, nomeadamente porque a abordagem mais frequentemente realizada pelos jornalistas não considera nem discute aspectos muito relevantes como: custos, qualidade da evidência, existência ou não de opções alternativas, verdadeira magnitude das vantagens e desvantagens da notícia apresentada<sup>28</sup>. O mesmo autor realça que, a partir da pesquisa realizada, alguns dos profissionais de saúde questionados descrevem o sensacionalismo nas histórias sobre a ciência médica como um produto da colaboração cúmplice entre jornalistas e cientistas, uma vez que os jornalistas consideram ser mais fácil conquistar atenção para as suas histórias e os cientistas vêm aqui “o valor prático da atenção dos *media* para uma carreira científica de sucesso”.

Assim o impacto da televisão nas questões da saúde e na forma como “chega” às audiências pode ser também negativo, mas também é um facto reconhecido que se a televisão viabilizar a passagem de informação positiva pode ter precisamente um efeito contrário, isto é, negativo. Pode ser educativa ao mesmo tempo que fornece entretenimento, pode ser inspiradora ao mesmo tempo que fornece um escape (Christenson et al, 2006). Como atrás descrito, as notícias televisivas claramente fornecem várias informações sobre saúde individual ou políticas públicas de saúde. Mas, segundo os autores referidos, também as *soap operas*<sup>29</sup>, dramas e séries de ficção

---

<sup>28</sup> Esta afirmação é realizada a partir dos resultados da pesquisa efectuada nos EUA e que analisou 500 histórias sobre saúde realizadas por jornalistas (<http://www.healthnewsreview.org/about.php> )

<sup>29</sup> A **soap opera** is a television or radio program that airs in episodic installments. This means that each episode continues telling a story, which, in turn, tells more of the last episode's story. A single story on a soap opera can be told for weeks, months, or sometimes even years ([http://simple.wikipedia.org/wiki/Soap\\_opera](http://simple.wikipedia.org/wiki/Soap_opera))

e até as *sitcoms*<sup>30</sup> também incluem frequentemente conteúdos relacionados com questões de saúde e têm uma enorme capacidade de fazer chegar essas mensagens aos telespectadores. Vale a pena ainda acrescentar o papel que os próprios *reality shows*<sup>31</sup> também representam neste universo, uma vez que podem eles mesmo ser directamente relacionados com as questões de saúde e especialmente com medicina, como é o caso dos programas sobre alterações estéticas, relacionadas com emagrecimento ou operações plásticas.

Neste tipo de programas, nomeadamente nos *reality shows*, a importância de ser magro, “sexy” e fisicamente atraente é o principal motivador para a participação e seu visionamento. As implicações em termos de comunicação em saúde da chamada TV realidade (RTV) são bastante complexas. Do lado positivo a RTV pode gerar conhecimentos e visibilidade de assuntos relacionados com saúde, alguns muito comuns, como a obesidade ou o tabagismo, e outros mais complexos, como o HIV/SIDA ou doenças mentais. Este tipo de programas, segundo Christenson et al (2006), pode também informar o público sobre procedimentos médicos e as inovações mais recentes da medicina. E ainda fornecer referências e pistas úteis sobre qual a melhor forma de interagir com os fornecedores de serviços de saúde e sobre as diversas opções disponíveis para tratamentos. De um ponto de vista mais negativo, a RTV pode fornecer informação pouco exacta e mesmo inadequada (por exemplo, valorizando a realização de múltiplas cirurgias plásticas ou a perda demasiado rápida de peso), passando de inspiradora e manipuladora, criando falsas expectativas quanto aos resultados de intervenções médicas agressivas. A diferença entre este tipo de programas e os de carácter mais informativo, tradicional e formal, está no facto de, em princípio, focar pessoas “reais”, com problemas “reais”, mas dificilmente as implicações em termos de comunicação em saúde da RTV pode amenizar a dicotomia entre “bom e mau”, “positivo e negativo”, “útil ou irrelevante”, sempre presente em todo o tipo de comunicação em saúde de carácter televisivo, especificamente.

---

<sup>30</sup> A **situation comedy**, usually called a **sitcom**, is a type of comedy program. Sitcoms were first on radio, before television was invented, but are now on television and are a large part of the programs shown. Sitcoms usually have the same characters in the same places (for example; a home, a workplace, a city or town) on every episode (<http://simple.wikipedia.org/wiki/Sitcom>).

<sup>31</sup> **Reality television** is a genre of television programming, which presents unscripted dramatic or humorous situations, document actual events, and have ordinary people instead of professional actors. Although reality television has existed in some form or another since the early years of television, the term "reality television" is most commonly used to describe shows since 2000 ([http://simple.wikipedia.org/wiki/Reality\\_show](http://simple.wikipedia.org/wiki/Reality_show)).

A informação televisiva (seja por via da informação tradicional, ou por via da ficção, directa ou indirectamente tratando temáticas de relevância social), contribui para explicitar e construir o espaço público contemporâneo, ao inscreverem determinados assuntos nas suas emissões, informativas ou não, situando as questões num quadro particular de acção, criando espaços mediáticos de discussão de questões que podem ser, e são muitas vezes, de saúde (Lopes, 2007).

## **Informação e Ficção nos Conteúdos sobre Saúde na TV**

### ***Conteúdos sobre Saúde na Televisão***

Como destacado no anterior capítulo, a oferta de conteúdos sobre saúde na televisão, faz-se, fundamentalmente, nos programas informativos (jornais e programas de informação, documentários e talkshows) e através da ficção, indirectamente, nas séries e telenovelas não necessariamente centradas nas temáticas da saúde, mas que as atravessam em momentos específicos, e nas séries que se centram nessas temáticas, fundamentalmente sobre médicos e hospitais. Vamos abordar aqui precisamente o tipo de conteúdos e a forma como os mesmos são transmitidos para a audiência, no caso concreto de Portugal.

Cardoso e Neto (2007), lembram que existe um papel dual na relação entre notícias e ficção na televisão e utilizam como exemplo as temáticas associadas ao crime e à saúde. As notícias sobre saúde tendem a fazer ressaltar as dificuldades vividas no quadro do sistema nacional de saúde, quer por utentes quer profissionais, na sua relação com uma qualquer hierarquia, seja ela o gestor da unidade de saúde ou o Ministro da Saúde (Cardoso, 2007). As séries de ficção sobre saúde mostram-nos os profissionais que face a todas as contrariedades salvam o paciente, o “médico herói” (Espanha, 2007). À valência negativa das notícias de saúde opõem-se as valências positivas das séries sobre saúde. O mesmo pode ser demonstrado pelas notícias associadas à criminalidade perpetrada e as séries de ficção onde o criminoso nunca escapa, é mais tarde ou mais cedo apanhado.

**Quadro 3.3. Programas de Televisão mais vistos e de mais gostou, por género em Portugal (%)- dados de 2003**

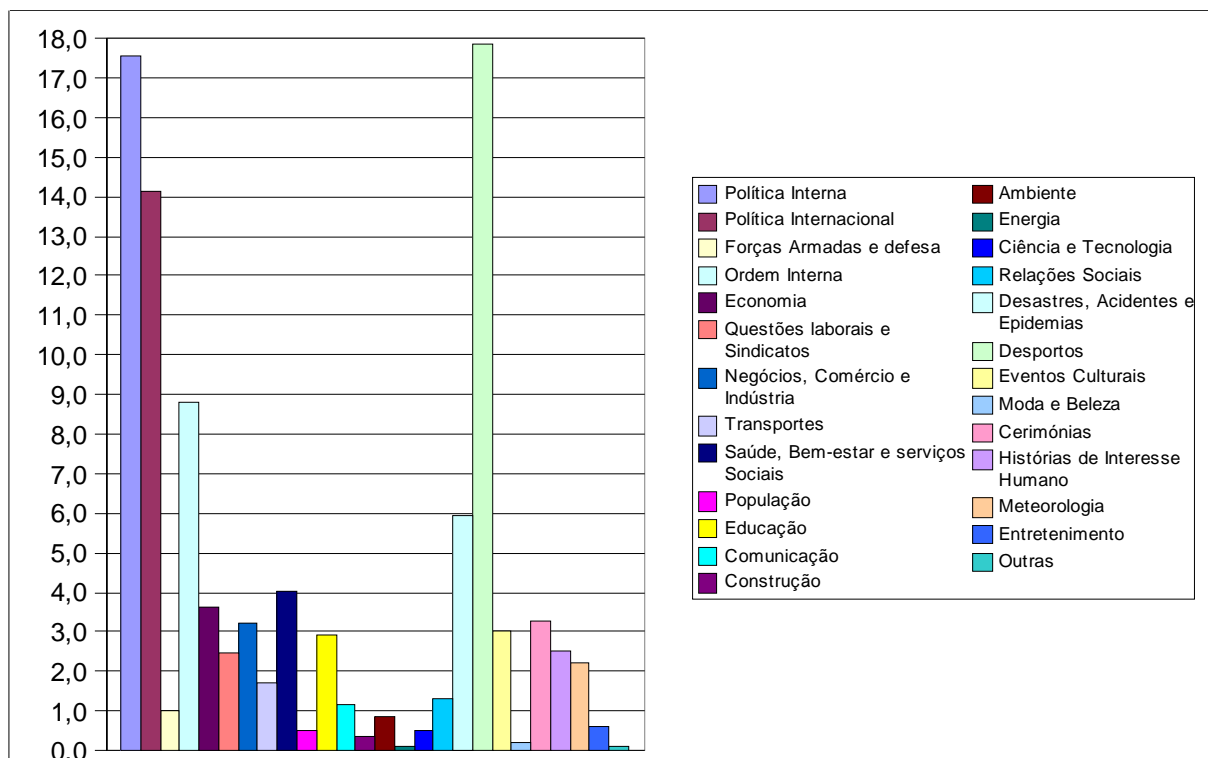
<i>Programas de Televisão por Género</i>	<i>Os normalmente mais vistos</i>		<i>Aqueles que mais gostou de ver na sua vida</i>	
	n	%	n	%
Noticiários	1189	48,5	530	21,6
Telenovelas	354	14,5	350	14,3
Concursos	160	6,5	265	10,8
Outros programas de informação	146	6	134	5,5
Talk show da Manhã	84	3,4	80	3,3
Talk show de Celebidades	63	2,6	68	2,8
Talk show <i>vida real</i>	64	2,6	101	4,1
Documentários	58	2,4	113	4,6
Humor	57	2,3	86	3,5
Programas de Música	54	2,2	89	3,6
Cinema	55	2,2	76	3,1
Desporto	28	1,1	26	1,1
Séries e séries de culto	28	1,4	68	2,7
Programas de Entretenimento e Variedades	18	0,8	61	2,5
Teatro, Opera e Dança	16	0,3	15	0,6
Reality Show (Vida Privada e Musical)	7	0,2	62	2,5
Desenhos animados	3	0,1	15	0,6
Outros	19	0,8	17	0,7
Não vê TV	14	0,8	35	1,4
Não Responde	41	1,7	258	10,5
Total	2450	100	2450	100

Fonte: Cardoso, Gustavo (2006), *Os Media na Sociedade em Rede*, Lisboa, FCG.

As notícias relatam factos e porque, a televisão é a tecnologia de mediação mais presente nas nossas vidas (Cardoso, 2006) e produz, em grande medida, a classificação que forma a experiência (Silverstone, 2002) o seu estudo é fundamental para a compreensão das sociedades contemporâneas (Cardoso 2006, Castells 2000; Silverstone 2002; Giddens 1999). Quando comparamos a relação entre audiência de notícias e os três meios mais comuns de lhe aceder (televisão, rádio e jornais), as notícias transmitidas pela televisão – vulgo telejornais – são habitualmente vistas por 97,4% da população portuguesa enquanto apenas 67,2% leram durante a última semana um qualquer jornal. E se 86,9% costumam ouvir rádio já desses apenas 33,6% são ouvintes de rádios onde a dimensão informativa é maioritária (Cardoso, 2006). A televisão ocupa um papel de destaque tanto na escolha de meios de informação sobre um acontecimento

local/nacional como internacional (Cardoso, 2006). Quando questionados sobre “Quando há um acontecimento local/nacional, qual o principal meio que utiliza para se informar?” as respostas dos portugueses são sempre superiores a 85% para a televisão, excepto no que respeita aos grandes acontecimentos internacionais (Cardoso, 2006).

**Gráfico 3.7. Categorias temáticas noticiadas pelo Telejornal**



Fonte: Silveira, J., Cardoso, G. (coords.) (2008), Análise de Telejornais de Horário Nobre (RTP1, SIC, TVI e RTP2/A:2) para os anos de 2003, 2004 e 2005, CIMDE

Um olhar para o gráfico apresentado permite-nos verificar que em termos de ocupação do tempo dos telejornais, e a partir da análise realizada por Silveira e Cardoso (2008), os temas classificados como “Saúde, Bem-estar e Serviços Sociais” merecem cerca de 4% do tempo total do telejornal, acima de temáticas como “Educação” ou “Ambiente”.

Se olharmos para a oferta informativa nos noticiários televisivos nos canais generalistas nacionais, num estudo de 2002, elaborado por uma equipa do ISCTE/CIMDE (Silveira, Cardoso, 2002) para a Alta Autoridade para a Comunicação Social, foi possível chegar à seguinte tabela de frequência de abordagem por temática.

**Quadro 3.4. Tabela de frequência de abordagem por temática na Televisão Generalista (2002)**

<b>Saúde, Bem-estar e Serviços Sociais</b>	<b>RTP1</b>	<b>RTP2</b>	<b>SIC</b>	<b>TVI</b>
	%	%	%	%
Estado do sistema de saúde	<b>12,82</b>	<b>16,67</b>	8,82	<b>15,22</b>
Políticas de saúde e medidas legais	<b>24,36</b>	6,67	8,82	<b>14,13</b>
Seguros de saúde	0,00	0,00	5,88	0,00
Estado dos serviços sociais	6,41	3,33	1,47	9,78
Organizações não lucrativas	<b>14,10</b>	<b>16,67</b>	<b>10,29</b>	5,43
Eventos de beneficência	<b>12,82</b>	0,00	2,94	6,52
Desenvolvimentos nas práticas médicas	<b>10,26</b>	<b>26,67</b>	<b>17,65</b>	<b>15,22</b>
Processos por negligência médica	3,85	3,33	<b>11,76</b>	4,35
Pobreza	2,56	3,33	4,41	5,43
Outro	<b>12,82</b>	<b>23,33</b>	<b>27,94</b>	<b>23,91</b>
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Silveira, J., Cardoso, G. (coords.) (2002), Análise da Oferta Informativa nos Telejornais de Horário Nobre (RTP1, SIC, TVI e RTP2/A:2) para o ano de 2002, CIMDE

Refira-se, em primeiro lugar, que todos os canais apresentam percentagens muito elevadas de notícias classificadas em “outro” assunto, o que indicará uma dispersão muito grande em termos da atenção dedicada pelos canais ou inadequação dos indicadores apresentados à realidade portuguesa. Aquela opção de leitura da categoria “outros” que julgamos mais correcta é precisamente a da inadequação. Isto porque, grande parte destas notícias são sobre casos que não remetem para o funcionamento do sistema de saúde. Instituições ou práticas médicas, mas sim para casos sobre doenças pouco comuns, situações vividas por indivíduos no quadro da doença, etc. Há assim na Saúde uma lógica de personalização mas que não promove o indivíduo a uma condição de estrelato permanente, mas sim efémero. Em grande parte é um uso da lógica do *reality show* aplicada à informação. É assim, algo comum aos dois canais privados e também à RTP2, apenas o Canal 1 da RTP não procura esse modelo. No entanto, é interessante verificar que a RTP2 contrabalança essa lógica de individualização das temáticas da saúde com o facto de ser o canal que mais atenção dedica à ciência médica – um reparo importante é o de, na televisão, a área científica mais privilegiada ser a saúde, que possui um tratamento claramente diferenciado face às restantes ciências tecnológicas.

A partir dos dados recolhidos e das perspectivas apresentadas, podemos dizer que o serviço público caracteriza-se assim, no campo da saúde, pela cobertura de notícias relacionadas com as “Organizações não lucrativas” – com reduzida cobertura nos canais



privados, que dedicam mais interesse às instituições de saúde lucrativas – às “políticas de saúde e medidas legais”, os “eventos de beneficência” e os “desenvolvimentos nas práticas médicas”. Os canais privados diferem nas suas estratégias de noticiabilidade, uma vez que – embora tal como a RTP2 promovam uma personalização da Saúde – optam por diferentes temáticas. Assim a SIC centra-se nos “processos por displicência médica” e “desenvolvimentos nas práticas médicas” enquanto a TVI aposta no “estado do sistema de saúde” e “políticas de saúde e medidas legais” e é também o canal que mais fala sobre o “estado dos serviços sociais” e de “pobreza”.

Também a partir da leitura dos estudos realizados por Felisbela Lopes (1999, 2007) sobre Televisão Generalista e Esfera Pública, e a partir da definição de esfera pública defendida por Habermas<sup>32</sup>, podemos retirar algumas conclusões quanto à presença de informação sobre saúde no contexto da TV generalista. A autora parte do pressuposto de que o audiovisual é um meio estruturante do espaço público contemporâneo, um meio que engendra u território que pode ser partilhado por muitas pessoas que se congregam em torno de questões de interesse geral e nesse sentido deve ser, ou tem potencial para ser, um espaço reprodutor de um acervo de conhecimentos, impulsionador de novas formas de vida e promotor de elos sociais (Lopes, 2007).

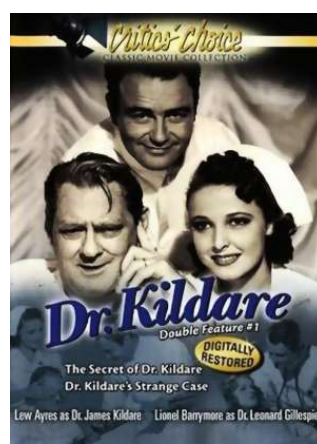
Na análise realizada entre 1993 e 2003, Felisbela Lopes (2007) conclui que os programadores tendem a apostar em conteúdos aceites e conhecidos pelas audiências e não tanto em formatos que mediatizem novas áreas e que impliquem algum risco na formação de novas audiências, inovando mais na esfera do entretenimento do que na esfera da informação. No caso português e em temáticas de saúde, só a SIC, optou por apresentar na sua programação em *prime time* um programa exclusivamente dedicado a temáticas de saúde, no período analisado, “Ficheiros Clínicos”, (1998-2002). Foi um dos programas de informação mais vistos durante este período, mas tal não foi suficiente para que as outras estações generalistas adoptassem formatos do mesmo tipo. Só em 2005 a RTP adoptou um programa semelhante, “Centro de Saúde”, coordenado pela mesma jornalista dos “Ficheiros Clínicos” (este último transferido para o canal de cabo, SIC Notícias).

---

<sup>32</sup> “ (...) espaço de discussão de assuntos públicos, sem restrição de pessoas e aberto a todos os temas de interesse comum, distinto do Estado e independente de interesses económicos” (Lopes, 2007: 139)

### *Ficção Televisiva sobre Saúde*

No que diz respeito a programas de entretenimento, uma grande fonte de informação e objecto de estudo são as séries de ficção sobre médicos, doentes e hospitais produzidas e realizadas, desde a década de 50, pela televisão norte-americana. *City Hospital*<sup>33</sup>, uma das primeiras séries, que começou em 1951, mostrava um médico todo-poderoso, no papel de herói, sempre a salvar vidas. Na verdade, os médicos pareciam ser sempre heróis e com todas as respostas na assistência aos doentes, mesmo quando as condições do hospital não eram as mais convenientes.



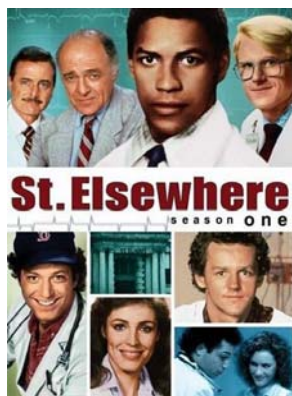
*Ben Casey* e *Dr. Kildare*<sup>34</sup>, na década de 60, eram séries que seguiam esse modelo, embora a sua acção estivesse mais centrada nos problemas da relação entre médicos e pacientes. Depois de 1970 as séries de ficção sobre saúde e medicina tornaram-se algo de quase permanente nas programações televisivas, nomeadamente na oferta anglo-saxónica, com séries como: *Mash*<sup>35</sup> ou *St. Elsewhere*<sup>36</sup>. Nestes casos já encontramos reflexões pessoais e discussões sobre o poder dos médicos e das instituições hospitalares que passaram a dominar os argumentos.

<sup>33</sup> “City Hospital” - TV series 1951-1953 <http://www.imdb.com/title/tt0044251/>

<sup>34</sup> Dr. Kildare foi um drama médico exibido pela NBC de 27 de Setembro de 1961 a 9 de Setembro de 1965, por 5 temporadas. Na mesma época, estreou na ABC outra série médica, Ben Casey, e ambas rapidamente se tornaram um sucesso, ajudando a formar a base para o surgimento de várias séries que lidavam com a vida de médicos e enfermeiras. <http://www.imdb.com/title/tt0054535/>

<sup>35</sup> [http://pt.wikipedia.org/wiki/M\\*A\\*S\\*H](http://pt.wikipedia.org/wiki/M*A*S*H)

<sup>36</sup> <http://www.imdb.com/media/rm4098265600/tt0083483>



Para alguns autores da área da comunicação, determinados assuntos sobre instituições de saúde e sobre saúde em geral são mais bem apreendidos pelo público telespectador quando transmitidos em programas de entretenimento e não em programas de informação (Turow, 1996). Os conteúdos de saúde transmitidos pelas séries de ficção dedicadas a esse tema podem ter um papel influenciador da forma como cada um de nós, cidadãos, constrói as suas representações sobre a saúde, os serviços de saúde, os profissionais de saúde. Num debate televisivo transmitido recentemente no serviço público de televisão<sup>37</sup> foi possível ouvir o então responsável pela reorganização dos serviços de urgências do SNS fazer o seguinte comentário: “um dos principais problemas das nossas urgências é que elas não correspondem ao que os portugueses vêm nas séries de televisão...”. E esta percepção parece ser confirmada pelo estudo que a Kaiser Family Foundation desenvolveu sobre o impacto dos conteúdos de saúde na televisão, utilizando a série “Serviço de urgência” como estudo de caso (Kaiser Family Foundation, 2002), onde se conclui que os espectadores da série adquirem maiores conhecimentos e informação sobre assuntos específicos, muitas vezes relacionados com prevenção e diminuição do risco, comparando com a que possuíam anteriormente ao visionamento de determinado episódio. O documento dá conta de que parte dos telespectadores aprendem de facto algo relacionado com temas de saúde a partir do visionamento de entretenimento para televisão, inclusivamente alguns sentem-se motivados a procurar informação adicional sobre saúde, debatem mais frequentemente esse assunto com familiares e conhecidos, e, muitas vezes, com os seus médicos. Para os autores do estudo, é claro que a repetição das mensagens é a chave para incrementar a compreensão e a apreensão a longo prazo por parte das audiências. Este aspecto tem implicações para todos aqueles que estão envolvidos em processos de divulgação de

<sup>37</sup> <http://ww1.rtp.pt/icmblogs/rtp/pros-contras/index.php>

informação sobre saúde para o público em geral. Tratar cénica e dramaticamente assuntos de saúde em programas de entretenimento e ficção televisiva pode ser um mecanismo para informar o público sobre assuntos chave sobre saúde. Por outro lado, este tipo de comunicação em saúde pode conduzir os telespectadores a receber informação incorrecta ou desadequada, sem uma análise crítica relativamente a possíveis más interpretações sobre assuntos de saúde.

No caso português, sendo a ficção televisiva sobre saúde fundamentalmente originária dos EUA, com um sistema de saúde totalmente diferente do nacional e com representações sobre a saúde e a medicina necessariamente diferentes das que se configuram no referencial português, a possibilidade de más interpretações e a criação de falsas expectativas é um risco evidente. Contudo, e considerando o sucesso e aceitação, interclassista e intergeracional deste tipo de conteúdos televisivos, parece valer a pena investir em produzir conteúdos tão correctos e cientificamente comprovados possível, e retirar assim vantagens significativas da oportunidade de divulgar mensagens sobre saúde pública a partir de programas televisivos de entretenimento, com objectivos concretos de melhorar certos aspectos relacionados com saúde pública, nomeadamente questões de prevenção para a saúde, ou funcionamento dos serviços públicos de saúde.

Para o desenvolvimento da pesquisa subjacente a este estudo, e com o objectivo de compreender a importância da ficção televisiva na área da saúde, enquanto meio de difusão de informação e promoção da comunicação na esfera da saúde, optámos como método de análise proceder ao levantamento e análise de séries televisivas em exibição em canais nacionais (generalistas e Cabo/satélite). Foram, assim, seleccionadas as séries televisivas que no período de recolha de informação (2006) se encontravam em exibição nos canais disponíveis em Portugal, dois canais generalistas (2: e TVI) e alguns de distribuição por cabo, FOX e AXN, onde as séries em análise passaram regularmente, nomeadamente “Serviço de Urgência”, “Dr. House”, “Anatomia de Grey” e “Hospital Central”. Toda a análise foi realizada a partir da criação de categorias, tal como foi desenvolvida na análise de conteúdos Internet sobre saúde, mas construído com base no modelo de classificação de Ficção Televisiva utilizado pelo Observatório Europeu do Audiovisual (Observatoire Européen de L’Audiovisual, 2002), adaptado às questões específicas sobre saúde, médicos, medicina e doença, e realizado seguindo uma

metodologia qualitativa, a partir da amostra seleccionada (séries em exibição nos canais nacionais no mesmo período em que os dados relativos à população – SR2006, aos médicos – inquérito postal, e aos conteúdos Internet – período de pesquisa e selecção, ou seja, 1º semestre de 2006)<sup>38</sup>.

Alguns aspectos que caracterizam as séries televisivas exibidas em Portugal, devem desde já já ser destacadas. Em primeiro lugar são todas de origem não nacional, maioritariamente anglo-saxónicas e espanholas, realçando-se o facto de não existir produção nacional até 2008 de séries de ficção relacionadas com a saúde. A que mais próxima esteve desse modelo denominava-se “Médico de família” e constituía-se como uma “*soap opera*”, dirigida ao público familiar, mas que incidia mais sobre a vida privada e familiar do “médico”, personagem central da série, do que propriamente na vida profissional no seu contexto específico, consultório, hospital, etc.

As séries analisadas, pelo contrário, são abordagens directas dos contextos profissionais de saúde, todas desenvolvem os seus argumentos em hospitais e centram-se na vida profissional de médicos e outros profissionais de saúde, sendo o enredo da sua vida pessoal uma espécie de acessório ou contextualização para compreensão dos personagens. A vida pessoal dos mesmos é mais destacada quando, de alguma forma, condiciona o desempenho profissional esperado.

Joseph Turow (2002) coordenou um estudo desenvolvido pela Kaiser Family Foundation Report (*As Seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas*), onde foram analisadas as séries televisivas sobre saúde e em ambiente hospitalar, qualitativa e quantitativamente, em termos dos conteúdos que eram transmitidos e as principais conclusões do estudo apontam para aspectos muito específicos relativamente ao tipo de conteúdos difundidos. Assim, segundo este relatório, os assuntos relacionados concretamente com políticas de saúde aparecem regularmente neste tipo de

---

<sup>38</sup> Ver **Anexo 1 - Fichas de Contexto e a Fichas de Episódio** preenchidas para cada série e episódio respectivamente, com as categorias utilizadas, nomeadamente para as fichas de episódio: Resumo – Enredo; Local da Acção principal; Principal temática de saúde/relacional/ética; Contextos relacionais (Gestão/profissionais, Profissionais/profissionais, Profissionais/utentes) Personagens em destaque – profissional (descrição, categoria profissional, posição na instituição); Personagens em destaque – utente (descrição, extracto socioprofissional, género, faixa etária); Valores/significados em destaque no episódio; Abordagens explícitas ao tipo de sistema de saúde (descrição e avaliação feita); Abordagens explícitas a políticas de saúde (descrição e avaliação feita); Referências aos *media* nos discursos médicos (descrição, tipo de *media*); Referências aos *media* nos discursos dos utentes (descrição, tipo de *media*); Abordagens explícitas à utilização de novas tecnologias de Comunicação.

programas, reflectindo muitas vezes debates públicos relacionados ou com políticas de saúde ou com erros/negligência médica, e tenta-se criar um certo equilíbrio entre a defesa de políticas públicas de saúde e a crítica às mesmas. Os criadores deste tipo de programas acabam por construir os argumentos com base em debates sobre políticas públicas envolvendo os diversos personagens nessas discussões. Nesse caso, as séries sobre hospitais e seus enredos devem ser um tópico de discussão e análise, considerando a importância da televisão enquanto *influenciadora* do pensamento público sobre os mais diversos assuntos.




No caso da televisão nacional especificamente é possível observar durante os anos 90, o alargamento do espaço discursivo proporcionado pela privatização do sector televisivo português com a entrada dos operadores privados (e canais cabo) no panorama televisivo português (Cheta, 2006). Esse alargamento foi acompanhado por uma mudança nas regras, agentes e modelos de produção televisiva nacional. Entre as tendências marcantes desse processo de privatização, destacamos: a desregulamentação; a concentração dos grupos de comunicação; a segmentação do mercado de canal aerial e canal cabo e a criação de nichos de mercado; a diversificação da oferta e dos públicos; o surgimento de nova legislação para o mercado da publicidade e o papel primordial do investimento publicitário comercial; a forte dinâmica concorrencial numa 1ª fase entre operadores público e privado e numa 2ª fase entre operadores privados; a importância do papel do *merchandising*; a aposta no valor estratégico da ficção televisiva nacional; o crescimento exponencial da produção ficcional portuguesa; o crescimento e diversificação interna das empresas de produção de ficção televisiva e a sua integração nos grupos de comunicação; a disputa pela liderança de audiências com base no padrão de ficção nacional; e a afirmação de um novo estilo de programação (Rebelo, 1993; Cádima, 1996)

Actualmente, as transformações motivadas pela privatização do sector são visíveis ao nível das estratégias de programação dos canais generalistas e também nos canais por cabo. Sobressaem novas estratégias de programação características de um cenário de disputa pela liderança de audiências, vulgo “guerra de audiências”, fortemente centradas na organização de grelhas de programação e na rentabilização da aposta na ficção nacional; e que compatibilizem o duplo objectivo de aumentar as quotas de mercado com a necessária contenção orçamental e rentabilização do investimento realizado na

produção ficcional portuguesa. Entre as novas estratégias de programação destacamos: a ousadia nos estilos de programas seleccionados; a redefinição do conceito de *prime time*; a afirmação de um padrão de ficção televisiva nacional; os critérios de rentabilização máxima da ficção nacional pelo recurso diário às repetições e reposições de telenovelas e séries portuguesas; o constante reajustamento das grelhas de programação quer ao nível interno quer externo em função de critérios de concorrência e rentabilização de audiências e correspondentes receitas publicitárias; a alternância entre modelos de concorrência por contraprogramação e por mimetismo; a introdução dos conceitos de *infotainment* e *product placement*; tendência para a implantação da monocultura telenovelistica através da programação em bloco de telenovelas quer no horário do *prime time* como no *pré-prime time*. (Fernandes, 2002; Ferin et al, 2002; Burnay, 2005)

Numa caracterização genérica da presença das séries de saúde no universo televisivo nacional, e com base nas séries em análise, atendamos ao quadro que se apresenta seguidamente.

### Quadro 3.5. Caracterização/Descrição Geral das Séries de ficção sobre Saúde

<i>Séries</i>	<i>Origem</i>	<i>Descrição Geral</i>
<p><b>Dr. House</b></p> 	EUA	O Dr. House é um médico que evita o contacto com os seus próprios pacientes. Apesar do seu comportamento anti-social e dos problemas pessoais que o marcam (por exemplo o facto de ser dependente de analgésicos), House é um médico excepcional, cujo pensamento nada convencional e instinto certo merecem o reconhecimento e respeito de todos. House é um especialista em doenças contagiosas e em diagnósticos que conta com uma equipa de elite de jovens médicos, que o ajuda a resolver os casos mais complicados. (TVI)
<p><b>Serviço de Urgência</b></p> 	EUA	A série explora a frenética actividade que se vive diariamente na sala de urgências de um hospital de Chicago, onde, dia após dia, os médicos e as enfermeiras são confrontados com inúmeras e diversos casos médicos, muitas vezes dramas sociais, situações limite onde são postos à prova. Apostados em salvar vidas, enfrentam intermináveis turnos onde as suas relações pessoais, muitas vezes complexas, são igualmente testadas. (RTP2 e AXN)
<p><b>Hospital Central</b></p> 	ESPAÑA	Drama hospitalar que mostra o dia a dia da equipa de urgências de um grande hospital, em Espanha, e que trata também as relações entre esses profissionais e a vida dos seus pacientes. Situações limite, tratadas sem concessões, com grande realismo, mas também com as emoções que surgem inevitavelmente em qualquer unidade de emergência de um grande hospital. (AXN)
<p><b>Anatomia de Grey</b></p> 	EUA	Meredith Grey, filha da famosa cirurgiã Ellis Grey, torna-se interna no hospital Seattle Grace. Aqui, vai fazer amizade com outros internos: Cristina, Isobel e George com quem vai também partilhar casa. Mantém uma complexa relação amorosa com o cirurgião Derek Sheppard, casado com a também cirurgiã, Adison Sheppard. Sob o comando da autoritária Dra. Miranda Bailey, os internos são levados a testar as suas capacidades médicas e de resistência às exigências do serviço de cirurgia ao mesmo tempo que se envolvem em atribuladas relações pessoais. (FOX Life e RTP2)

Fonte: Elaboração própria

Nos quatro casos apresentados encontramos como factores comuns a ideia de “médico-herói”. Todas se passam em ambiente hospitalar, contudo falamos de ambientes diferenciados e diferenciadores, ambientes esses que transformam as séries em elementos distintivos em termos de apreensão de determinada realidade médica ou



hospitalar. Para as distinguir de forma sistemática fez-se uma análise dos seus universos materiais e simbólicos, nos quadros que se apresentam em seguida.

**Quadro 3.6. Universos Materiais e Simbólicos – Dr. House<sup>39</sup>**

<b>Local de Acção</b>	Hospital privado Universitário (esporadicamente a casa do Dr. House ou algum espaço público, restaurante ou bar) em Princeton, New Jersey
<b>Principal temática (saúde/relacional/ética)</b>	Relação médico-paciente; dificuldades de diagnóstico; responsabilidades na administração de tratamentos
<b>Contextos Relacionais</b>	Gestão/profissionais (pressões para cumprimento de metas) Profissionais/profissionais (questões de hierarquia e éticas no relacionamento) Profissionais/pacientes (dificuldades de relacionamento, afastamento como condição para objectividade, falta de empatia)
<b>Personagens em destaque (profissionais)</b>	Médicos e Direcção/Gestão Hospitalar
<b>Personagens em destaque (pacientes/utentes)</b>	Pacientes em geral com patologias complexas, que cruzam problemas físicos com psicológicos, ambientais e comportamentais
<b>Valores/significados</b>	Valorização dos aspectos científicos em detrimento dos aspectos relacionais, como factor primordial na cura dos pacientes
<b>Abordagens ao Sistema de Saúde e políticas de Saúde</b>	O problema do Financiamento Hospitalar é recorrente e a necessidade de baixar custos e cumprir objectivos
<b>Referência aos media (discurso profissionais)</b>	Manifestação de preocupação com mensagens difundidas pela televisão, que podem ser enganosas quanto a diagnósticos e tratamentos; preocupação e desconfiança com conteúdos disponibilizados na Internet sobre saúde e o risco no caso de doentes hipocondríacos
<b>Referência aos media (discurso pacientes)</b>	Necessidade de recolher informação completar, nomeadamente através da Internet, como forma de ganhar segurança e autonomia perante os profissionais de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir da adaptação da ficha de classificação de Ficção Televisiva do Observatório Audiovisual Europeu, 2002

<sup>39</sup> Foram analisados 22 episódios da série “Dr. House”;

**Quadro 3.7. Universos Materiais e Simbólicos – “Serviço de Urgência”**<sup>40</sup>

Local de Acção	Hospital Municipal em Chicago
<b>Principal temática (saúde/relacional/ética)</b>	Local de refúgio para doentes que não têm condições de ir para hospitais privados (sem seguro de saúde) e também para doentes mentais; a condição de urgência é o mote temático; o excesso de pacientes e a falta de condições de resposta do hospital, pela sua condição de Hospital Municipal
<b>Contextos Relacionais</b>	<p>Gestão/profissionais (pressões para cumprimento de metas e resposta à urgência e necessidade de cumprir regras burocráticas)</p> <p>Profissionais/profissionais (questões de hierarquia e éticas no relacionamento; ambições profissionais; reconhecimento dos pares; problema do erro médico)</p> <p>Profissionais/pacientes (importância da resposta rápida e da empatia com as questões do contexto socioeconómico e comportamental dos pacientes; hospital como rede social que transcende a questão médica e se torna assistencial e solidário)</p>
<b>Personagens em destaque (profissionais)</b>	Médicos, enfermeiros e restantes profissionais de saúde e assistentes sociais
<b>Personagens em destaque (pacientes/utentes)</b>	Pacientes em geral com patologias que necessitam de resposta urgente, que cruzam problemas físicos com psicológicos, ambientais e comportamentais
<b>Valores/significados</b>	Valorização dos aspectos relacionais e humanos em detrimento dos aspectos médicos e científicos puros, como factor primordial na resposta às necessidades dos pacientes
<b>Abordagens ao Sistema de Saúde e políticas de Saúde</b>	O problema do Financiamento Hospitalar é recorrente e a necessidade de baixar custos e cumprir objectivos; Políticas de doação de órgãos e a sua distribuição; Dependência de financiamento público;
<b>Referência aos media (discurso profissionais)</b>	_____
<b>Referência aos media (discurso pacientes)</b>	_____

Fonte: Elaboração própria a partir da adaptação da ficha de classificação de Ficção Televisiva do Observatório Audiovisual Europeu, 2002

<sup>40</sup> Foram analisados 11 episódios da série “Serviço de Urgência”

**Quadro 3.8. Universos Materiais e Simbólicos – “Hospital Central”<sup>41</sup>**

<b>Local de Acção</b>	Hospital central, em Madrid, Espanha
<b>Principal temática (saúde/relacional/ética)</b>	<p>Hospital como local de intervenção social, onde se cruzam os problemas de saúde com os problemas sociais e comportamentais. As problemáticas de doença aparecem sempre cruzadas com as problemáticas sociais e humanas;</p> <p>Os problemas relacionais entre profissionais de saúde são uma das temáticas mais recorrentes.</p> <p>O tema médico-herói está mais “esbatido” e o estilo é mais “telenovélistico”, centrado nas relações emocionais entre os profissionais de saúde que protagonizam a série</p>
<b>Contextos Relacionais</b>	<p>Gestão/profissionais (questões burocráticas e organizacionais, financiamento público)</p> <p>Profissionais/profissionais (questões de hierarquia e éticas no relacionamento; ambições profissionais; reconhecimento dos pares; problema do erro médico e do controlo de qualidade da prestação de cuidados de saúde)</p> <p>Profissionais/pacientes (importância da resposta a dar em casos sociais, como a violência domestica e o seu cruzamento com a questão médica, as questões do contexto socioeconómico e comportamental dos pacientes; hospital como rede social que transcende a questão médica e se torna assistencial e solidário)</p>
<b>Personagens em destaque (profissionais)</b>	Médicos, enfermeiros e restantes profissionais de saúde e assistentes sociais
<b>Personagens em destaque (pacientes/utentes)</b>	Pacientes em geral com patologias que necessitam de resposta urgente ou não urgente, que cruzam problemas físicos com psicológicos, ambientais e comportamentais
<b>Valores/significados</b>	Controlo e avaliação do desempenho por pares e pela hierarquia; solidariedade de classe necessidade de aplicação das leis e obrigações perante os pacientes
<b>Abordagens ao Sistema de Saúde e políticas de Saúde</b>	Referências aos atrasos nos reabastecimentos hospitalares e financiamentos; sistema que cruza a informação médica com a criminal; tensão entre interesses colectivos e interesses individuais
<b>Referência aos media (discurso profissionais)</b>	_____
<b>Referência aos media (discurso pacientes)</b>	Media e meios tecnológicos como facilitadores da comunicação médico-paciente (Internet e telemóveis)

Fonte: Elaboração própria a partir da adaptação da ficha de classificação de Ficção Televisiva do Observatório Audiovisual Europeu, 2002

<sup>41</sup> Foram analisados 11 episódios da série “Hospital Central”

**Quadro 3.9. Universos Materiais e Simbólicos – “Anatomia de Grey”<sup>42</sup>**

<b>Local de Acção</b>	Hospital especializado em Cirurgia, em Seattle, Washington
<b>Principal temática (saúde/relacional/ética)</b>	<p>Hospital como local onde se cruzam os problemas de saúde com os problemas sociais e comportamentais, mas principalmente emocionais. As problemáticas de doença aparecem sempre cruzadas com as problemáticas emocionais protagonizadas pelos médicos, centrais em todo o argumento</p> <p>Os problemas relacionais entre profissionais de saúde e pacientes são a das temáticas mais recorrentes.</p> <p>O tema “médico-herói” é muito salientado, especialmente devido ao papel muito interventivo e invasivo do Cirurgião, mantendo contudo um estilo “telenovelístico”, centrado nas relações emocionais entre os profissionais de saúde que protagonizam a série</p> <p>Vocação e exigências profissionais e emocionais ligadas à profissão de cirurgião (considerado um médico com características “especiais”)</p>
<b>Contextos Relacionais</b>	<p>Gestão/profissionais (questões burocráticas e organizacionais; poder entre alunos/supervisores)</p> <p>Profissionais/profissionais (questões de hierarquia e éticas no relacionamento; ambições profissionais; reconhecimento dos pares; problema do erro médico e do controlo de qualidade da prestação de cuidados de saúde)</p> <p>Profissionais/pacientes (envolvimento emocional do médico com o paciente; empatia e compaixão ou antipatia e indiferença – aspectos que podem ou não ser marcantes para o tratamento dos pacientes)</p>
<b>Personagens em destaque (profissionais)</b>	Médicos Cirurgiões, em diversos estádios hierárquicos da profissão
<b>Personagens em destaque (pacientes/utentes)</b>	Pacientes em geral com patologias que necessitam de resposta invasiva, urgente ou não urgente, que cruzam problemas físicos com emocionais
<b>Valores/significados</b>	Controlo e avaliação do desempenho por pares e pela hierarquia; solidariedade (ou não) de classe; necessidade de aplicação das leis e obrigações perante os pacientes;
<b>Abordagens ao Sistema de Saúde e políticas de Saúde</b>	Referências à relação com o sistema legal e judicial; o problema da centralização do sistema de doação de órgãos; a necessidade de cobertura de sistemas de seguros para as intervenções cirúrgicas.
<b>Referência aos media e às tecnologias (discurso profissionais)</b>	Utilização recorrente dos registos de pacientes de forma generalizada (registo individual de saúde); referências à utilização da Internet em pesquisas de carácter médico
<b>Referência aos media e às tecnologias (discurso pacientes)</b>	Referências e carácter positivo quanto à utilização da Internet como fonte de informação sobre opções médicas

Fonte: Elaboração própria a partir da adaptação da ficha de classificação de Ficção Televisiva do Observatório Audiovisual Europeu, 2002

<sup>42</sup> Foram analisados 10 episódios da série “Anatomia de Grey”

A análise realizada às quatro séries televisivas permite destacar algumas semelhanças, mas também algumas diferenças significativas entre elas. As características comuns são, fundamentalmente, aquelas que já caracterizavam as primeiras séries sobre médicos e hospitais, nos anos 50. São séries cuja acção principal se desenvolve sempre em hospitais, onde os médicos (eventualmente outros profissionais de saúde) são os protagonistas, e representam, em geral, o papel de “médico-herói”, que tem sempre a última palavra em relação à situação do paciente. Salvar vidas é o seu objectivo, mesmo que para isso tenham de “tornar” algumas regras e alguns aspectos éticos da relação com o doente e com as instituições.

Mas estas séries também têm alguns aspectos que as distinguem das mais antigas, nomeadamente a importância que atribuem à relação médico-paciente e ao lugar dessa relação no tratamento do paciente. Com excepção do “Dr. House”, onde se valoriza a distância em relação ao sujeito (doente em tratamento) como condição necessária para o sucesso tanto do diagnóstico como da cura (numa perspectiva que põe o enfoque na importância da distância científica), as três restantes séries analisadas valorizam essa relação como parte do tratamento e não como algo que o pode prejudicar. Contudo, mesmo em “Dr. House”, os aspectos comportamentais são muito valorizados.

O comportamento como factor de risco e exposição a determinadas doenças, algo que pode claramente ser encarado como “mensagens” para a diminuição de comportamentos de risco, mas também mensagens responsabilizadoras do paciente na gestão da sua própria saúde e dos seus familiares.

Nas séries analisadas, as doenças relacionadas com factores de comportamentos de risco são recorrentemente tratadas: toxicodependências, dependências em geral, SIDA, Hepatite, obesidade e anorexia, doenças cardíacas e associadas ao stress e estilo de vida urbano, etc., tudo doenças (ou estados potenciais) que podem advir muito mais dos comportamentos do que de aspectos médicos mais identificáveis, como infecções virais ou deficiências congénitas.

A auto-responsabilização é várias vezes destacada (veja-se o exemplo da criança com doenças infecto-respiratórias cuja responsabilidade é imputada à mãe, por se recusar a vacinar a filha – Dr. House, ou a jovem que realiza uma intervenção cirúrgica ilegal, ao

estômago, para comer menos e recuperar a elegância – Anatomia de Grey). Assim, nestes exemplos, verificamos que os processos de autonomia na área da saúde são valorizados, de algum modo, no discurso do médicos nestas séries, mas de uma forma onde o seu papel continua a ser o de “última palavra”, pois, afinal, terá o paciente a capacidade de ser realmente autónomo? Ou, na sua tentativa de se tornar progressivamente mais autónomo não correrá o risco, ao se autonomizar da palavra do médico, de colocar a sua própria vida em jogo? Então qual o grau de autonomia que é atribuído aos pacientes nos discursos médicos presentes na séries sobre saúde e medicina?

Da análise realizada a estas quatro séries, diríamos que esse grau de autonomia é relativo e claramente condicionado pelo próprio discurso médico, nas limitações que confere. O paciente deve ser autónomo, sim, mas apenas naquilo que são os aspectos comportamentais e não naquilo que é a auto-representação do papel do médico e do profissional de saúde em geral, que é quem tem a valência, a competência e a legitimidade para tomar decisões sobre os aspectos de médicos da vida de cada indivíduo. Neste sentido, diríamos que pouco mudou desde as primeiras séries sobre saúde transmitidas pelas televisões. O médico é o detentor do saber científico e profissional. Tem a legitimidade de decidir o que deve ser a melhor forma de diagnóstico e tratamento de todo e qualquer assunto relacionado com a saúde do paciente, muitas vezes até no que diz respeito a aspectos emocionais e relacionais (comportamentais). O factor de humanização dos profissionais de saúde é-lhes fornecido por via dos seus problemas pessoais e relacionais dentro e fora da instituição de saúde onde decorre a acção, mas, perante a necessidade de tomar decisões e agir medicamente, o protagonista (o médico) acaba sempre por regressar à sua dimensão “superior”, de quem tem a possibilidade e a legitimidade de agir medicamente, por ser quem se apropriou “legitimamente” do saber e do saber fazer da medicina.

É ao nível das temáticas abordadas e na sua utilização como “influenciadora” de comportamentos e transmissora de conhecimentos, que estas séries se distinguem na actualidade. Vejamos a recorrência de determinadas temáticas típicas da modernidade, da sociedade de risco e do modelo biomédico (Giddens, 1991, 2000 e 2006; Beck, 1992, 2004; Castells, 2003b e 2005) nas séries aqui analisadas.

**Quadro 3.10. Abordagem e Relevância Temática nas séries sobre Saúde**

	<b>Dr. House</b>	<b>Serviço de Urgência</b>	<b>Hospital Central</b>	<b>Anatomia de Grey</b>
<b>Temáticas mais frequentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças complexas com factores de risco associados;</li> <li>- Responsabilidade comportamental do paciente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças inesperadas e acidentais;</li> <li>- Responsabilidade social mais do que comportamental;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças inesperadas e acidentais;</li> <li>- Responsabilidade social mais do que comportamental;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças que necessitam de intervenção cirúrgica, urgentes ou não urgentes</li> <li>- Menor enfoque nas responsabilizações, centramento na intervenção;</li> </ul>
<b>Tipo de informação sobre saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas</li> <li>- Diagnóstico</li> <li>- Factores de risco</li> <li>- Complicações</li> <li>- Tratamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crises e urgências</li> <li>- Tratamentos</li> <li>- Complicações</li> <li>- Aspectos sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crises e urgências;</li> <li>- Prevenção</li> <li>- Factores de risco (individuais e sociais)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas</li> <li>- Diagnóstico</li> <li>- Factores de risco</li> <li>- Complicações</li> <li>- Tratamentos</li> </ul>
<b>Acesso a cuidados de saúde e Políticas de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos institucionais</li> <li>- Confidencialidade</li> <li>- Falta de informação</li> <li>- Assuntos internacionais (a globalização como factor de risco)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguros de saúde</li> <li>- Estigma</li> <li>- Recursos institucionais</li> <li>- Confidencialidade</li> <li>- Falta de informação</li> <li>- Sanção social</li> <li>- Imigração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguros de saúde</li> <li>- Estigma</li> <li>- Recursos institucionais</li> <li>- Confidencialidade</li> <li>- Falta de informação</li> <li>- Sanção social</li> <li>- Imigração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguros de saúde</li> <li>- Estigma</li> <li>- Recursos institucionais</li> <li>- Confidencialidade</li> <li>- Sanção social</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

Se atentarmos na caracterização do quadro anterior, podemos verificar a existência de temáticas e abordagens recorrentes e significativamente contemporâneas em todas as séries analisadas. A complexidade das doenças e a associação a factores de risco (comportamentais), a visão claramente posicionada do lado do profissional de saúde e da sua necessidade de contextualização para uma correcta abordagem da doença ou do “caso clínico”, a importância conferida aos aspectos sociais da doença, o problema do estigma e da sanção social associada à doença, e, de forma muito significativa, o enfoque aos aspectos do acesso a cuidados de saúde e a sua articulação com as políticas de saúde e “seguros de saúde”, algo que tem vindo a estar na agenda do dia em particular nos EUA, pelo tipo de sistema de saúde, em aplicação na sociedade norte americana historicamente<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Ver sobre este assunto a obra cinematográfica documental de Michael Moore “Sicko”, <http://www.michaelmoore.com/sicko/dvd/trailer.html>

Vejamos agora um exemplo de conteúdos de episódios, para cada uma das séries analisadas em relação às temáticas e forma de abordagem. Estes exemplos permitem-nos enfatizar o tipo de enredo em geral desenvolvido nos episódios, a forma como a narrativa, em geral, se desenvolve, como os personagens secundários (em geral os pacientes e seus familiares) são apresentados à audiência. As temáticas em torno de aspectos relevantes na vida quotidiana são, assim, matizados com aspectos “misteriosos” ou “dramáticos”, com o objectivo de prender o telespectador, sem, contudo, se afastar da temática de saúde e hospitalar que caracteriza este tipo de ficção televisiva e que é já tradicional na oferta de conteúdos televisivos em geral.

**CAIXA 1 - Dr. House - Episódio nº 18 (1.ª Série)  
“PRIORIDADES” – Resumo do Argumento**



*Uma mulher grávida desmaia e, tendo já abortado 3 vezes, é vista pela equipa de House que conclui que a paciente tem um tumor nos pulmões. O tratamento implica fazer uma cesariana com risco para o bebé e a mãe decide adiar a operação para aumentar a probabilidade do bebé sobreviver, mesmo comprometendo seriamente a sua própria vida. House procura uma alternativa para o tratamento que passa pelo uso de medicamentos experimentais mas a mãe continua a recusar a cesariana confessando a House que já teve uma filha que faleceu ainda bebé. Finalmente, House convence-a mas uma embolia torna a cesariana muito perigosa para a mãe e é o marido quem decide não a fazer. A cirurgia realiza-se mas a paciente tem uma hemorragia e o pai tem de decidir para conseguir salvar o filho. A cesariana é feita e o bebé sobrevive mas a mãe acaba mesmo por falecer.*

*House vê também um bebé filho de jovem casal de “vegans” que parece estar desnutrido. A administração do hospital trata de os denunciar por negligência e são presos. Mas House descobre que se trata de outra doença e o bebé é tratado e novamente entregue aos pais. Entretanto a administração reúne para votar a demissão de House. Só Wilson vota contra e Volger reage propondo a demissão do médico. Demitido da administração, Wilson está pronto para sair definitivamente do Hospital, e House percebe grande gesto de amizade do médico. Mas Carry vota contra e mesmo ameaçada de demissão convence a administração a votar favoravelmente a demissão de Volger.*



**CAIXA 2 - Serviço de Urgência - Episódio nº 1 (3.ª Série)**  
**“Dr. CARTER, SUPONHO?” – Resumo do Argumento**



*Carter acabou de se formar e conhece os restantes internos com quem vai estagiar durante um ano. Sente-se confiante porque os restantes nunca trabalharam neste hospital e não conhecem aquele que vai ser o seu supervisor, Dr. Benton, cuja fama de fazer a vida num inferno aos internos assusta o grupo. Mas Benton obriga Carter a trabalhar como os outros. Depois de ter falhado a intervenção numa operação, Carter é arrogante com as enfermeiras que fazem da sua 1.ª noite de urgências um inferno. Felizmente, Gant, um dos outros internos, ajuda Carter. Ross não consegue convencer o recém divorciado Greene sobre os benefícios do sexo casual e até os restantes colegas de trabalho conhecem bem a forma de Ross lidar com as suas inúmeras “namoradas”. A médica assistente Jeanie Boulet descobre que contraiu o vírus HIV através do marido e informa Benton, com quem teve um caso amoroso. Os testes de Benton dão negativo mas este não concorda com a decisão de Jeanie de não dizer ao Hospital. Entretanto, todos estão preocupados com a possibilidade do Hospital encerrar, especialmente Carol, chefe das enfermeiras que é especialmente crítica do burocrático sistema de saúde. Greene choca com Weaver que, desde a sua promoção, tem a mesma categoria que ele. Weaver confunde e irrita toda a gente, com ordens e novos métodos de trabalho. O 4 de Julho é comemorado com um piquenique e um jogo de softball, perdido contra a equipa dos paramédicos, e durante o qual Carol encontra o seu ex-namorado e a nova namorada.*

**CAIXA 3 - Hospital Central - Episódio nº 7 (6.ª Série)**  
**“KAMIKASE” – Resumo do Argumento**



*Javi tenta marcar um jantar a 4 com Aimé e a mulher o que Laura tenta evitar com inúmeras desculpas. Vilches diagnostica um aneurisma a um menino de 11 anos que é operado de urgência mas o neurocirurgião Vasquez está preso no trânsito. É do carro, por telefone, que dá indicações a Vilches que realiza a operação. Cruz decide operar e ajuda Vilches a finalizar com sucesso a operação no dia em que, hesitante, vai deixar o Hospital. Uma jovem violinista torce um tornozelo e até no hospital é pressionada pela mãe para praticar. Desconfiando-se que sofre de bulimia, confirma-se antes um distúrbio que a faz comer cabelo e que motivava as suas dores de estômago. Rusti e Keka sabem que vão ter uma menina e discutem o nome da filha. Um choque frontal entre um carro com um casal de idosos e um outro com dois rapazes, provoca a morte de 1 dos rapazes e da senhora. Assistidos no local pela equipa, os sobreviventes são transportados para o hospital onde o pai do rapaz, que mostra nas análises ter consumido álcool, se assume como seu advogado e, mesmo quando confrontado pelo filho das outras vitima, nega que o filho seja um kamikase e recusa que ele assuma a culpa. Bernardo, amigo tetraplégico de Fran, avisa por e-mail que o enfermeiro que o assiste sofreu um choque eléctrico. Os dois são levados para o hospital e, já recuperados, mostram o seu amor. Merche provoca um acidente no exame de condução e acaba com o instrutor no hospital mas sem gravidade. Aí, não só descobre que a dislexia pode ser a resposta para a sua inaptidão para a condução como se revela a testemunha do choque frontal, identificando o carro em contramão como o dos idosos e não dos rapazes. O rapaz é assim ilibado do que todos, incluindo o próprio pai, pensavam ser culpado.*

**CAIXA 4 – Anatomia de Grey - Episódio nº 4 (1.ª Série)**  
**“No man’s land” – Resumo do Argumento**



*A partilha de casa traz a George o problema de conviver com duas mulheres e de isso o incomodar, pelo menos a princípio.*

*Uma ex enfermeira do hospital, muito querida por todos e que trabalhou com Ellis Grey (não tendo dela boa opinião como pessoa) é internada para morrer de cancro no pâncreas no sítio onde trabalhou toda a vida. Cristina, desconhecendo o facto, pensa ter “ganho” a sua operação e vai ser obrigada por Burke a trabalhar inutilmente. No final, aprende a lição e é a própria que declara a morte da paciente, emocionada. Antes disso, Meredith confessa-lhe que a mãe tem alzheimer e, numa visita, fica surpreendida por a mãe não reconhecer fotografias da família mas identificar imediatamente o nome da enfermeira. Ambas viveram para o trabalho.*

*Um paciente com cancro na próstata recusa-se a ser visto por Izzi por a reconhecer da publicidade a lingerie numa revista, confessando mais tarde que ela era a sua fantasia sexual. Izzi hesita em respeitar a vontade do paciente mas acaba por intervir durante a operação para exigir ao cirurgião que poupe os nervos que o farão manter a capacidade de erecção.*

*Entretanto, Alex havia espalhado o anúncio por todo o vestiário e “gozado” com Izzi que reage, magoada mas firme.*

*Um homem com vários pregos na cabeça (por causa de um acidente com uma pistola) é o paciente de Shepherd e Grey. Ambos ficam impressionados com a relação amorosa e cúmplice que este tem com a mulher. O posterior diagnóstico de um tumor fatal obriga o casal a uma difícil decisão por uma cirurgia que pode ter como consequência a perda de memória do paciente. Meredith tenta interferir na decisão e percebe pela reacção de Shepherd que procedeu mal.*

Murphy (2008) assegura-nos que diversos estudos realizados nos EUA documentaram a eficiência da televisão enquanto entretenimento na chamada de atenção para assuntos sobre saúde e que identificaram mudanças de atitude relativamente a comportamentos de risco associados problemas de saúde. Por exemplo, a abordagem e transmissão de breves apontamentos e pistas sobre o papilloma vírus (HPV) ou a contraceção de emergência (pílula do dia seguinte) em episódio do *Serviço de Urgência*, aumentaram substancialmente o conhecimento sobre estas duas questões entre as audiências. Além disso, quando questionados sobre outras acções, as audiências destes episódios declaram ter ido procurar outras fontes de informação sobre estes assuntos devido a algo que eles tomaram conhecimento no visionamento dessas séries e ainda em alguns casos acrescentaram que “obtiveram informação nesses episódios que os ajudou a tomar decisões concretas sobre cuidados de saúde para si ou para a sua família”. Além do

mais, a televisão pode ser particularmente importante e eficaz a passar mensagens de saúde para aqueles que têm tradicionalmente mais dificuldade em ter acesso a informações concretas sobre cuidados de saúde, seja por motivos de acessibilidade efectiva – limitações físicas e psicológicas, ou de carácter social – pertença a grupos minoritários e discriminados, de tipo mais tradicional, como brochuras, revistas científicas, ou mais “modernos”, como sites sobre saúde (ver capítulo 4). A televisão de *prime time* tem, provavelmente, mais capacidade do que qualquer outro meio de informação e comunicação, de chegar aos segmentos da população que são também os com maiores comportamentos de risco e, conseqüentemente, os que também correm maiores riscos de adquirir uma problema de saúde crónico (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Brown, J.D. e Walsh-Childers, K., 2002).

Os argumentos e as histórias apresentadas nas séries de televisão sobre saúde podem, aparentemente, influenciar, não só o conhecimento sobre estas matérias pela parte das audiências, mas também são influenciadoras de atitudes e comportamentos, é importante perceber qual o tipo de informação sobre saúde é disponibilizada e em que moldes esse processo é realizado – ou seja, é parte de um processo objectivo de comunicação em saúde? Contudo, o facto de a maior parte dos episódios aqui analisados (e este aspecto também se verifica em outros estudos realizados sobre temáticas similares nos EUA, Murphy, 2008), ter como assunto principal doenças raras ou complexas, não tão frequentes como isso no quotidiano dos telespectadores, pode ser algo que diminui a capacidade influenciadora destas séries em termos de comunicação em saúde. As audiências podem ficar com a ideia de que esse tipo de doenças é mais frequente do que é realmente, por exemplo. Contudo, este tipo de argumento é importante em termos de desenvolvimento do drama e para manter o interesse das audiências, apesar de desviar a tenção do público de outros aspectos da saúde mais típicos e comuns, como cancro ou diabetes. Além do mais, e aí acentuando aspectos mais pragmáticos da relação dos utentes com o sistema de saúde, estas séries abordam situações em que os indivíduos não têm um seguro de saúde adequado ao problema de saúde em causa, ou não têm seguro de saúde de todo (algo, que no caso português é relativamente pouco importante, pois o nosso sistema de saúde é tendencialmente gratuito, e só se recorre ao sistema privado por opção do próprio utente), ou então os serviços de saúde e o acesso aos cuidados de saúde não são apropriados ou são insuficientes.

Como observado nos quadros-resumo sobre as séries de saúde aqui analisadas (ver quadros 3.7 a 3.11), o conteúdo sobre saúde abordado nesta amostra parece focar-se em grande medida em sintomas, tratamentos e diagnósticos. Por contraste, apenas em poucos casos se encontram mensagens efectivas sobre prevenção na área da saúde, mesmo no caso dos comportamentos de risco. A maior incidência de histórias relacionadas com sintomas, diagnósticos e tratamentos em relação à informação preventiva faz sentido do ponto de vista da “ficção e dramatização televisiva”, pois o drama necessita de *suspense* e situações de vida quotidiana que retêm a atenção do espectador.

Podemos assim afirmar que a maior parte dos argumentos das séries sobre saúde em televisão mostra personagens que lidam com um elevado número de situações relacionadas com a saúde, mas que recebem, na maior parte das vezes, cuidados de saúde com qualidade da parte dos profissionais de saúde em presença, com quem mantêm interacções positivas e favoráveis.

Mas estas séries também representam um papel importante na formação das ideias do público sobre o estado dos sistemas de saúde e também das políticas de saúde com o objectivo de melhorar a prestação de cuidados. Os espectadores realizam assim uma “mistura” (remix) da informação que recebem nas notícias e programas especializados, com a informação que recebem através da ficção televisiva criando a sua própria imagem daquilo que são as representações da saúde e da doença ficcionadas.

A análise sistemática realizada sobre as quatro séries permite-nos afirmar que as políticas de saúde e os sistemas de saúde aparecem regularmente tratados. Muitas das interacções visionadas reflectem debates públicos (na sociedade norte-americana e, eventualmente, na espanhola) e sobre políticas de saúde e problemas relacionados com “más práticas” ou “erros médicos”. Nas séries de ficção sobre saúde não se tomam partidos explícitos relativamente ao sistema de saúde em causa, mas apenas relativamente a casos concretos como exemplo. Ou seja, os criadores dos argumentos das séries em causa oferecem frequentemente ao público debates onde envolvem os personagens e as suas histórias em questões relacionadas com políticas de saúde e argumentos sobre cuidados de saúde públicos, contribuindo para a reflexão pública sobre estas matérias, ainda que de forma não sistemática.

A análise das séries aqui abordadas permite-nos, assim, concluir que a realidade que retratam é muito diferente da realidade portuguesa. Essas diferenças surgem não só face ao tipo de Serviço Nacional de Saúde existente em Portugal, como em termos de tipo de prestação de cuidados de saúde, tecnologias disponíveis, metodologias de trabalho, abordagens em relação aos conceitos de saúde e de doença praticados no nosso país. Esse distanciamento entre séries e realidade pode ser ainda encontrado no que diz respeito a aspectos mais subjectivos, nomeadamente a relação médico-paciente e paciente-médico, nas questões étnicas, muito presentes nas séries norte-americanas (geralmente, não presentes nas séries de origem europeia), as questões sensíveis socialmente, como as opções sexuais não tradicionais, questões como o sadomasoquismo ou a auto-mutilação, limitações religiosas a intervenções médicas, etc., assuntos que não são não só, geralmente, tratados na ficção nacional como nem sempre são passíveis de ser transpostos para o imaginário do telespectador português na sua relação com a sua envolvente social e profissional. Importa igualmente referir que, esses temas dificilmente poderiam ser tratados na televisão nacional, devido à inexistência, até ao presente, de séries de ficção televisiva sobre médicos e hospitais sobre a realidade portuguesa. Daí que apesar de distantes da realidade portuguesa, as séries ofereçam um serviço ao debater questões, embora com a devida ressalva de poderem também criar mensagens erróneas nas audiências, que de outro modo não teriam possibilidade de surgir.

O telespectador português está, assim, exposto a um tipo de informação e a uma abordagem ficcional da realidade bastante diferente da que existe em Portugal, o que pode moldar as suas representações sobre saúde, doença e prestação de cuidados de saúde de uma forma que não o prepara para a realidade "real", conduzindo à construção de expectativas em relação aos Serviços de Saúde e aos profissionais de saúde bastante distanciadas daquilo que é o quotidiano destes profissionais e destas instituições e daquilo que têm capacidade de oferecer ao paciente. Poderá esta contradição aparente contribuir para a construção da autonomia individual dos actores sociais? Ou poderá constituir-se com um obstáculo a essa construção? E qual o grau de consciência dos cidadãos relativamente, por um lado, a essa contradição, e por outro, quanto às suas necessidades informativas no campo da saúde?

## **Bem-estar ou Estar bem: o papel das Práticas e representações sobre saúde e televisão no Quotidiano**

Para Hambúrguer (2005) a capacidade da televisão de atrair e manter a audiência como um dado que motiva e limita toda a grelha de programação é algo que devia ser questionado, pois, frequentemente ignoram-se noções e práticas de senso comum no interior da indústria televisiva que visam “antenas” e conquistar a lealdade de contingentes significativos de público (Hamburguer, 2000, 2005). Segundo Esther Hamburguer (2005), é reconhecida a busca constante por cativar audiências como um elemento intrínseco da prática televisiva, sendo que as descrições da audiência produzidas no âmbito da pesquisa de mercado se limitam, muitas vezes, a discursos técnicos com os quais as emissoras procuram controlar o universo invisível, instável e diversificado de telespectadores. A pesquisa sobre as audiências acaba por criar imagens dessa mesma audiência que reduzem a diversidade real a retratos uniformes e mais ou menos estáveis.

Para Nuno Brandão (2002: 7), “a televisão dá-nos a imagem da realidade e permite a modificação das representações do mundo (...) é uma das principais fontes de construção da realidade social, mediante a difusão de diferentes modelos de comportamentos, hábitos de vida, opiniões diversas e estilos de vida”. Mas, segundo Esther Hambúrguer (2000), a televisão também é frequentemente responsabilizada por subestimar a audiência. Em vez de arriscar, as emissoras exibem programas convencionais que supostamente entretêm e que são compreendidos. Contudo, a disjunção entre o universo do público definido como público-alvo e o universo do público que é realmente atingido sugere que os programas muitas vezes vão para além desse pressuposto. Quando o acesso à informação depende fortemente das literacias e quando essas literacias estão associadas à discriminação social, a televisão constitui-se como uma fonte privilegiada, acessível e compreensível a amplos segmentos. Mesmo que sem concretização plena, a televisão acenou com a possibilidade de ensinar e educar os indivíduos directamente, independentemente da sua posição de classe social ou institucional.

Enquanto o meio de comunicação mais difundido e sendo a televisão a prática comunicativa mais frequente entre os portugueses (na ordem dos 98,5%, nos dados do

SR2003), é incontornável a abordagem das questões sobre saúde transmitidas pela televisão, em diversos formatos.

É precisamente no seu papel enquanto mediador de informação e representações sobre saúde, medicina e prática médica, que vale a pena destacar aqui alguma da informação que foi possível recolher no questionário “Sociedade em Rede 2006”<sup>44</sup>, relacionada com, por um lado, o visionamento de séries sobre saúde, por outro, com opiniões e representações suscitadas por esse visionamento.

Um estudo de 2008 realizado pela Kaiser Family Foundation sobre o visionamento da série “Anatomia de Grey” (Rideout, 2008), reafirma o enorme potencial do entretenimento popular em televisão como educador na área da saúde, mesmo quando falamos de séries de tipo mais telenovélistico, como é o caso desta série em particular. Segundo a autora do estudo, uma elevada proporção de telespectadores absorve a informação fornecida pela série em questão e muitos retêm essa informação várias semanas depois.

Como é possível verificar no próximo quadro, apenas 36,6 % dos inquiridos admite taxativamente mudar de canal caso estejam a passar programas ou séries televisivas sobre saúde. Por outro lado, uma grande percentagem de inquiridos sente-se mais esclarecido quando vê programas sobre políticas de saúde (63,8% concorda com esta afirmação) e 63,7% admitem gostar de ver notícias sobre questões de saúde nos jornais televisivos.

---

<sup>44</sup> Os dados empíricos sobre a população aqui apresentados têm origem num questionário intitulado "A Sociedade em Rede em Portugal 2006" (SR2006), já referido anteriormente, aplicado no âmbito de um projecto de pesquisa desenvolvido com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian. Tratou-se de um Inquérito extensivo por questionário, através de entrevista directa, a uma amostra representativa da população portuguesa, residente em Portugal Continental, de idade igual ou superior a 8 anos de idade. A amostra teve como universo de referência a população portuguesa e os resultados do Recenseamento Geral da População – Censos de 2001. Os indivíduos foram seleccionados através da definição de quotas a partir do cruzamento das variáveis sexo, idade, instrução, região (5 regiões INE – NUT's II) e habitat/dimensão dos agregados populacionais. A partir de uma matriz inicial de região e habitat, foi seleccionado aleatoriamente um número significativo de pontos de amostragem, onde foram realizadas as entrevistas, através da aplicação das quotas acima referidas. Em cada localidade, existiam instruções que obrigaram o entrevistador a distribuir as entrevistas por toda a localidade. A amostra final foi constituída por 2000 entrevistas. O trabalho de campo foi realizado entre Abril e Junho de 2006 e aplicado pela Metris GfK.

**Quadro 3.11. Opiniões sobre questões de saúde e televisão (%)**

Opiniões sobre saúde e televisão	Concorda totalmente	Concorda	Discorda	Discorda totalmente	Ns/Nr	Total (n=1822)
Quando vejo programas televisivos sobre políticas de saúde sinto-me mais esclarecido	5,6	63,8	18,2	2,5	9,9	100,0
Gosto de ver notícias sobre questões de saúde no telejornal	10,0	63,7	15,9	2,2	8,2	100,0
Quando vejo programas televisivos sobre doenças e tratamentos sinto-me mais esclarecido	9,0	61,9	17,6	1,5	10,0	100,0
As séries sobre médicos e hospitais (ex: serviço de urgência e Hospital Central) ajudam-se a perceber melhor o funcionamento desses serviços e como devo agir em situações semelhantes	5,6	45,8	16,7	2,8	29,1	100,0
Se puder optar, prefiro mudar de canal a assistir programas e séries televisivas sobre saúde	4,8	36,6	38,4	6,6	13,6	100,0
As telenovelas, ao tratar assuntos relacionados com a saúde, contribuem para um maior esclarecimento da população nessas matérias	7,5	58,8	13,9	2,7	17,1	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Quanto à ficção televisiva, **45,8% concorda com a afirmação de que as séries sobre médicos e hospitais (ex: serviço de urgência e Hospital Central) o ajudam a perceber melhor o funcionamento desses serviços e como devem agir em situações semelhantes**, enquanto que 58,8% admite que as telenovelas, ao tratarem assuntos relacionados com a saúde, contribuem para um maior esclarecimento da população nessas matérias. Se a estas percentagens somarmos todas as respostas dos inquiridos que responderam “concordo totalmente”, teríamos percentagens ainda mais significativas. Estes dados revelam-nos, claramente, **a importância que é dada ao tratamento e informação transmitida pela televisão sobre temáticas relacionadas, ainda que por vezes indirectamente, sobre saúde**. Revelam-nos também a expectativa do telespectador, relativamente ao papel “educativo” da televisão em matérias sensíveis e de interesse público.



Quanto ao visionamento de séries de ficção, os números são significativos. Como se verifica no quadro seguinte, cerca de metade da população afirma não ter visto nenhum episódio das séries sobre saúde sobre as quais foram questionados (Serviço de Urgência e Hospital Central). Contudo, a outra metade admite ter pelo menos visto um ou outro episódio.

**Quadro 3.12. Visionamento de episódios de séries televisivas sobre saúde (%)**

Já viu alguns episódios da série televisiva...	Todos	Alguns	Um ou outro	Nenhum	Ns/nr	Total (n=1822)
...Serviço de Urgência (E.R.)	2,2	19,0	21,0	49,6	8,2	100,0
...Hospital Central	1,1	11,4	15,4	61,8	10,3	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Já quanto às opiniões sobre as questões de saúde e as telenovelas, vale a pena destacar algumas das respostas dadas, considerando ser um género televisivo, não apenas de grande audiência, mas que atinge um público inter-classista e inter-geracional, ainda que maioritariamente feminino.

Assim, questionados para atribuir níveis de concordância em relação a uma série de afirmações, sendo de destacar, mais uma vez, a convicção da população relativamente ao papel “esclarecedor” e “educador” da televisão. Quando questionados sobre a se ao abordarem temáticas de saúde as telenovelas se aproximam mais da realidade quotidiana das pessoas que as vêem, 58,3% concordam com a afirmação. 58,2 % admitem concordar com a frase que afirma que as telenovelas, ao abordar temáticas de saúde, ajudam a esclarecer um grupo da população em geral menos esclarecido. Neste caso concreto é, inclusivamente, valorizada a produção nacional, provavelmente por um sentimento de maior aproximação à realidade nacional, o que favorece o tal papel “educativo” da televisão (perante a frase, *as telenovelas portuguesas, como os Morangos com Açúcar, têm uma abordagem das problemáticas sobre saúde mais aberta em relação aos jovens, do que as brasileiras, como a New Wave, 37,8% concorda, enquanto que apenas 11,2% discorda*).

**Quadro 3.12. Opiniões sobre questões de saúde e telenovelas (%)**

Opiniões sobre saúde e telenovelas	Concorda totalmente	Concorda	Discorda	Discorda totalmente	Ns/Nr	Total (n=1822)
Ao abordarem temáticas de saúde as telenovelas aproximam-se mais da realidade quotidiana das pessoas que as vêem	8,7	58,3	10,7	2,0	20,3	100,0
As telenovelas portuguesas abordam frequentemente os problemas dos doentes com cancro, mas apenas na perspectiva da forma como o doente é socialmente e psicologicamente afectado	7,2	48,2	13,2	1,9	29,5	100,0
As telenovelas portuguesas, como os <i>Morangos com Açúcar</i> , têm uma abordagem das problemáticas sobre saúde mais aberta em relação aos jovens, do que as brasileiras, como a <i>New Wave</i>	7,1	37,8	11,2	1,8	42,0	100,0
A abordagem dos problemas como o alcoolismo e o consumo de drogas nas telenovelas é uma forma de esclarecer a população sobre estas questões	11,2	54,8	10,1	1,2	22,7	100,0
As telenovelas, ao abordar temáticas de saúde, ajudam a esclarecer um grupo da população em geral menos esclarecido	11,7	58,2	8,2	1,0	21,0	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Estes dados realçam a importância que é dada à abordagem televisiva destas questões e simultaneamente a confiança no meio para o tratamento de questões relacionadas com a saúde, assim como uma apetência para a aceitação destas temáticas como normais, ou mesmo desejáveis, no âmbito da programação televisiva.

Segundo Christenson e Ivancin (2006), o impacto da televisão na sua audiência tem vindo a ser documentado por décadas de investigação. O reconhecimento geral da comunidade científica é de que a televisão pode e deve ser utilizada para “educar” e não apenas para “entreter”, sendo inspiradora e não apenas um escape emocional. Durante muito tempo, e especialmente antes do aparecimento da Internet enquanto plataforma de informação direccionada, em que o utilizador é activo e não passivo, a televisão tem vindo a ser fonte de informação para os seus telespectadores em assuntos relacionados com a saúde, nomeadamente, os noticiários televisivos muitas vezes focam temas como

a saúde pessoal e pública e as políticas nacionais de saúde. A acrescentar a este aspecto, os autores salientam a importância dos programas de entretenimento, onde se incluem séries de ficção e mesmo *sitcoms*, que frequentemente incluem conteúdos sobre saúde, mesmo quando a sua temática central não é essa, e acabem por comunicar mensagens relacionadas com a saúde aos seus telespectadores.

No estudo desenvolvido pela Kaiser Family Foundation em 2002 sobre o impacto dos conteúdos sobre saúde na televisão (estudo de caso sobre a série “Serviço de Urgência”<sup>45</sup>), conclui-se, precisamente, que os espectadores da série adquirem maiores conhecimentos e informação sobre assuntos específicos, muitas vezes relacionados com prevenção e diminuição do risco, comparando com a que possuíam anteriormente ao visionamento de determinado episódio. Assim, as audiências aprendem algo sobre temas de saúde a partir do visionamento de entretenimento e ficção para televisão, procurando, frequentemente, mais informação sobre saúde noutros canais de comunicação, e debatem esses assuntos com familiares e conhecidos mais vezes, e, também, com os seus médicos. A repetição das mensagens parece ser a chave para aumentar a compreensão e a apreensão a longo prazo pelos telespectadores.

As implicações desta conclusão são fundamentais para todos aqueles que estão envolvidos em processos de divulgação de informação sobre saúde para o público em geral, nomeadamente campanhas institucionais, Saúde Pública e prevenção. Tratar assuntos de saúde em programas de entretenimento e ficção televisiva pode ser um mecanismo para informar o público sobre assuntos chave sobre saúde, sendo, contudo, essencial o reconhecimento de que este tipo de comunicação em saúde pode levar os telespectadores a receber informação incorrecta ou desadequada, sem uma análise crítica relativamente a possíveis más interpretações sobre assuntos de saúde.

No caso português, sendo a ficção televisiva sobre saúde fundamentalmente originária dos EUA, com um sistema de saúde totalmente diferente do nacional e com representações sobre a saúde e a medicina necessariamente diferentes das que se configuram no referencial português, a possibilidade de más interpretações e a criação de falsas expectativas é um risco evidente.

---

<sup>45</sup> Survey Snapshot, “The Impact of TV’s Health Content: A Case Study of ER Viewers”, Kaiser Family Foundation, 2002

Contudo, aparentemente, e de acordo com os autores do estudo da KFF (2002), parece valer a pena investir em produzir conteúdos tão correctos e cientificamente comprovados possível, e retirar assim vantagens significativas da oportunidade de divulgar mensagens sobre saúde pública a partir de programas televisivos de entretenimento, com objectivos concretos de melhorar certos aspectos relacionados com saúde pública, nomeadamente questões de prevenção para a saúde, ou funcionamento dos serviços públicos de saúde. Rideout (2008) considera que, para as organizações de saúde e todos os que estão ligados à profissão médica, a televisão, e mais especificamente, a televisão de entretenimento, é um meio de educação para a saúde. Monitorização os conteúdos transmitidos e relacionados com a saúde em séries de ficção de médicos e hospitais pode ser tão importante como a monitorização de noticiários, quando o que realmente se pretende saber e conhecer é o que o público anda a ver, a ouvir, e portanto a aprender, sobre assuntos de saúde, assuntos que podem ser primordiais em termos de comunicação em saúde. Trabalhar activamente com a produção deste tipo de programas tem sido uma opção clara de promoção e comunicação em saúde nos países onde se tem feito uma aposta neste tipo de produção, procurando incluir nos seus argumentos mensagens importantes e equilibradas, sendo uma importante ferramenta de comunicação em saúde.

Interacção, conexão, participação, performance colectiva ao vivo, apropriação, emoção, empatia, romance são elementos salientados, tanto por Geraghty et al (1998) como por Hamburger (2005), na relação que os públicos mantêm com os elementos ficcionais em televisão. Todos são mecanismos mediáticos que caracterizam a lógica mediadora dos *media*, como ferramentas intrínsecas da indústria cultural para garantir e reproduzir: a alienação operada pela própria indústria cultural (Adorno, 1975), a ideologia do ‘ao vivo’ e a utopia da comunicação imediata (Spigel, 1992), o desejo de participação directa, de performance e de interacção (Geraghty et al 1998), um movimento de apropriação do espaço dos *media* (Silverstone, 1994). Conforme explica Hamburger (2005:167) “é a ideia de conexão imediata, que incorpora o público, rompendo até certo ponto a relação estanque entre palco e plateia, autor e obra, exibição e recepção, sugerindo a comunicação em rede, que as formas digitais prometem realizar mais plenamente”.

Além do mais, é importante destacar aquilo que Cheta (2006) descreve como as estratégias de medialidade, que se centram na trajectória migratória do produto televisivo nos outros *media*, e que revelam que um grau elevado de transmedialidade e de intermedialidade é um factor de contributo decisivo para o sucesso da ficção televisiva, e logo da mensagem por ela transmitida. Esta dimensão permite diferenciar modalidades diversificadas de interface entre produção e recepção que visam capitalizar a circulação do produto original entre os públicos e prolongar a sua existência sob formas recriadas e inovadas desse produto noutros *media* que superam as limitações do formato televisivo. Neste sentido, a Internet surge, sem dúvida, como o *media* dominante de exportabilidade mediática e de promoção da informação em saúde, sendo também o meio que demonstra maior capacidade, quer de difusão entre os públicos, quer de originalidade abrindo um vastíssimo campo de possibilidades de apropriação, recriação e partilha de conteúdos sobre saúde.

É possível assim afirmar que os chamados *Media* Populares (Glik, 2003), nomeadamente a televisão, o mais popular de todos, têm um enorme potencial de, ao incluir mensagens positivas sobre saúde, conseguir os objectivos de comunicar, mas pode ter um duplo sentido. Pode ser um repositório de troca de ideias, produtos, ideologias, e em alguns casos, não necessariamente de transmissão de mensagens “saudáveis”, pois são necessárias literacias de *media* para a inclusão e apropriação dessas mensagens, pois toda a comunicação está incluída num espectro mais amplo da própria cultura onde cada produto transmitido está inserido. Os *media* em si, e as literacias de *media* em particular, tornam-se importantes ferramentas para influenciar as melhorias na saúde pública e, se estruturados com esse objectivo, mitigar os efeitos não desejados nos grupos mais vulneráveis das sociedades modernas ocidentais em termos de literacias de *media*, as crianças e os jovens. Investigação sobre conteúdos de *media*, conhecimento da forma como as audiências apropriam as mensagens de saúde, desenvolvimento de estratégias comunicativas em saúde, e análise dos impactos, são algumas das estratégias a seguir.

Se a Internet, como veremos no próximo capítulo, pode ser a resposta às perguntas das pessoas e àquilo que elas realmente precisam e querem, a Televisão continua a ser, frequentemente, a única maneira de as pessoas tomarem conhecimento ou consciência de um determinado assunto relacionado com a saúde e, eventualmente, da sua

importância. Ocasionalmente, a oferta de conteúdos de ficção sobre saúde em televisão faz, de facto, parte de um esforço organizado para aumentar a consciência sobre a prevenção e melhorar a saúde pública de uma forma que é, simultaneamente, educativa e de entretenimento, traduzindo-se num contributo para a construção de autonomia no campo da saúde. Em conjugação com outros meios, mais interactivos e abrangentes, como é, objectivamente, o caso da Internet, os conteúdos televisivos podem contribuir para o reforço do processo de autonomia individual na área da saúde.

## 4. Internet e Saúde

As práticas e usos da Internet e dos *media* em geral no âmbito da saúde, assim como os impactos associados, estão fortemente ligados a variáveis sociais, não sendo apenas os resultados da implementação de determinadas aplicações tecnológicas (Rice, 2001). Vale a pena, assim, tentar perceber de que forma e em que medida é que as TIC (re)constroem (ou não) a relação dos utentes com os prestadores de cuidados de saúde, tornando-os em cidadãos mais autónomos, mais autodidactas e mais (auto e hetero) críticos em relação à informação que possuem. Um aprofundamento desta temática permitirá um melhor conhecimento da eventual mudança em curso na sociedade portuguesa por via da apropriação das novas tecnologias de informação e comunicação e no desenvolvimento da comunicação no campo da saúde. Embora existam estudos de caso sobre a relação entre as TIC e a saúde em Portugal, o seu âmbito é essencialmente parcelar na esfera da apropriação médica, não permitindo uma extrapolação que caracterize a prática médica na sua diversidade, sendo ainda lacunar a análise de como a sociedade, como um todo, interage com a dimensão de saúde através da mediação que os *media* oferecem.

Optamos por iniciar esta abordagem pela relação entre utente e comunicação em saúde por aqueles que lidam com a informação através da tecnologia de informação e comunicação mais difundida entre os portugueses: a televisão (Capítulo 3). O papel dos *media* neste contexto fornece uma nova perspectiva de pesquisa, que consiste em compreender os contextos quotidianos de recepção e percepção da informação sobre saúde, onde a presença dos *media* é predominante. A análise da emergência da Internet como uma fonte de informação sobre saúde oferece-nos agora uma oportunidade particular para analisar o seu significado no quotidiano dos indivíduos.

Para aprofundar as questões acima levantadas, foi, nesta pesquisa, utilizada uma metodologia que combina a utilização de metodologias quantitativas/extensivas e qualitativas/intensivas. Foram considerados vários níveis de análise, que vão desde o estudo das práticas de utilização das TIC no campo da saúde, e nomeadamente, a

utilização da Internet, à avaliação da disponibilidade por parte dos indivíduos para se (co)responsabilizarem por uma decisão de diagnóstico.

O presente capítulo é, assim, centrado na **perspectiva do utente**<sup>46</sup>, no sentido de compreender o potencial impacto da mediação tecnológica na mudança na relação entre os utentes e os prestadores de serviços de saúde, assim como avaliar o grau de confiança e a percepção de utilidade da utilização das TIC no âmbito da saúde, abordando simultaneamente as suas práticas mas também os conteúdos disponíveis nesta área na Internet.

### ***Saúde e TIC: a configuração de um novo tipo de ‘utentes’***

O contexto da comunicação na área da saúde tem vindo a sofrer alterações dramáticas na última década, proporcionando a base para o desenvolvimento do conceito de *E-health*, centro das políticas públicas europeias no sector da saúde desde o lançamento da iniciativa *E-Europe* em 2002. O conceito de *E-health* refere-se a uma realidade muito ampla, que compreende uma grande variedade de aplicações utilizadas pelos utentes e prestadores de cuidados médicos, e que não se esgota na telemedicina. Por outro lado, e apesar da Internet estar na base das aplicações do *E-health*, este conceito e as suas implicações vão para além da procura de informação na Internet, de forma a incluir novas possibilidades de tratamento médico, fontes de informação alternativas (nomeadamente os restantes *media*) e políticas públicas inovadoras.

O uso da Internet por um público geral no âmbito da saúde é normalmente inscrito no seio da noção de “paciente informado”, que se desenvolveria através da aquisição de informação e o associado declínio da relação assimétrica entre o médico e o paciente (Hardey, 1999; Burrows et al, 2000; McKinlay e Marceau, 2002). A autonomia individual que serve de base a este conceito, e que tem vindo a ser utilizada ao longo deste trabalho, pode ser compreendida como autodeterminação, habilidade de construir objectivos e valores próprios, liberdade de fazer escolhas e planos, e agir em conformidade com estes valores e objectivos. A autonomia associa-se à noção de

---

<sup>46</sup> Os dados empíricos sobre a população aqui apresentados têm origem no questionário intitulado "A Sociedade em Rede em Portugal 2006" (SR 2006, ver notas metodológicas nos Capítulos 2 e 3).



liberdade enquanto autodeterminação, enquanto possibilidade de escolha ou ausência de interferência, e também à ideia de individualismo-emancipação (Singly, 2005). Como já foi referido, e segundo Singly (2005), o individualismo é normalmente concebido do ponto de vista da imposição do mercado e da luta de cada um contra cada um, olhando para o indivíduo como movido pela racionalidade e esquecido da ética, o indivíduo egoísta e indiferente em relação ao outro. Mas se falarmos de “individualismo emancipado” então já falamos de uma forma de humanismo. O indivíduo constrói-se na relação com o outro, é um percurso individual num contexto colectivo. O reconhecimento social, o reconhecimento dos “outros”, é condição para a individualidade, a autonomia e a capacidade de ter seu próprio mundo (Singly, 2005). Se ao individualismo juntarmos o uso e articulação das relações em rede, veremos mais reconfiguração das relações sociais do que perigos individualizantes da sociedade. É nesse contexto que devemos olhar a autonomia na Sociedade em Rede, pois é ele um dos motores de mudança social e transformação das instituições e, conseqüentemente, o conceito de “paciente informado”.

No entanto, estudos recentes demonstram que o conceito de “paciente informado” pode ser questionado (Shilling, 2002; Henwood, 2003). Por exemplo, Henwood (2003) demonstra que apesar de estar mais informado, o paciente continua a preferir deixar a responsabilidade da informação sobre saúde nas mãos do seu médico assistente. Assim, Kivits (2004) destaca a necessidade de enquadrar as práticas de informação e comunicação de saúde no seio de um contexto de sociedade de informação, onde a procura de informação se tornou um aspecto central em todo o tipo de interacções dos indivíduos. A sociedade de informação não deixa, pois, de ser um espaço de especialização dos saberes (Giddens, 1991), é uma sociedade que promove a reflexibilidade geral sobre todas as temáticas mas não deixa de assentar na extrema segmentação dos sistemas periciais da medicina.

A questão que aqui se coloca é a de qual o significado das práticas quotidianas de informação e comunicação para a gestão individual da problemática da saúde? Estaremos perante a transição de um modelo baseado na interacção face-a-face para um outro assente na mediação tecnológica? Ou serão as práticas associadas ao *e-health* apenas mais uma expressão da actividade dos indivíduos no seio da sociedade actual? Poder-se-á realmente falar de um processo de autonomia potenciado pela figura do

“paciente informado”, ou será que os sujeitos tradicionais, como por exemplo o médico assistente ou o farmacêutico, ocupam ainda uma posição determinante nas escolhas individuais sobre saúde?

Simultaneamente, e como sustentado no capítulo 2, nas sociedades contemporâneas ocidentais assiste-se a uma confiança generalizada nas práticas médicas e no tratamento que elas oferecem, mas também a um aumento da necessidade de informação relativa à medicina científica e, muitas vezes, a uma certa desilusão para com a medicina científica tradicional. Neste contexto, pode-se afirmar que há uma aproximação pelo lado da medicina à esfera do social e, ao mesmo tempo, uma aproximação social à prática médica, que deriva, entre outros aspectos, do crescente acesso a informação de carácter médico e de saúde. Mas serão ainda as perspectivas médicas da saúde, da doença e do corpo a dominar os discursos públicos e privados e as práticas sociais quotidianas da população? Os problemas são ainda colocados sob o olhar médico científico, ficando esses problemas sociais submetidos à racionalidade das ciências biomédicas (Giddens, 1991; Hardey, 1999 e Beck, 1994).

Neste âmbito, torna-se pertinente destacar o modelo geral de Wilson (1997) de comportamento de procura de informação. Este modelo, que pode ser orientador para um melhor entendimento da construção do processo de autonomia dos indivíduos, baseia-se na ideia de que quem procura informação possui determinadas características e actua num contexto específico de necessidade de informação, o que permite definir a existência de várias variáveis que afectam no percurso a capacidade do indivíduo de encontrar a informação necessária. O autor define assim quatro modelos de procura de informação na Internet (Wilson, 1997):

- Atenção Passiva: onde a aquisição de informação pode acontecer sem existir uma procura intencional (por exemplo, ao vermos televisão);
- Procura Passiva: quando um determinado comportamento resulta na aquisição de informação relevante para o indivíduo.
- Procura activa: quando um indivíduo procura de forma intencional informação;
- Procura em decurso (“ongoing search”): quando a procura activa já estabeleceu o quadro base de conhecimento, mas onde procuras ocasionais são levadas a

cabo de forma regular para manter actualizados e expandir os conhecimentos presentes.

Cada um destes modelos de procura de informação está envolto em potenciais riscos ou vantagens para o utente. Por um lado, os dois primeiros modelos apresentados implicam um acesso aleatório à informação, sem qualquer tipo de filtro. Por outro lado, os dois últimos modelos descritos implicam por vezes um excesso de informação, com o potencial risco do utente se perder no meio do “overload” de dados disponível com a facilidade de acesso que a Internet permite; em contrapartida, proporcionam um maior nível de interactividade, o que poderá permitir ao utente pesquisas mais eficazes.

Estas diferentes formas de procurar informação estão na base de diversos graus de desenvolvimento dos processos de autonomia por parte dos indivíduos apesar de, como vimos anteriormente, estes não se esgotarem na procura de informação. Não obstante, quanto maior o envolvimento e o grau de pró-actividade e interacção, maior será o potencial de desenvolvimento de pacientes informados, capazes de gerar processos de autonomia em relação às instituições e às figuras tradicionais. No seu uso mais apto e generalizado, e junto dos indivíduos que seguem o modelo de “procura em decurso”, chegaríamos ao conceito de “novo consumidor” (Kyrouz, Holt, Mittman e Everett, 1998), que engloba o conjunto de indivíduos que estão activamente envolvidos nas escolhas acerca dos cuidados de saúde que recebem, no seio de processos de autonomia praticamente concluídos.

Por outro lado, este modelo de Wilson (1997) permite re-enquadrar os dois *media* aprofundados nesta pesquisa, ou seja, a Internet e a televisão, e o papel destes no seio da construção de um processo de autonomia. Enquanto que o primeiro permite formas de pesquisa activas e interactivas, o segundo relaciona-se com aquisição de informação de forma passiva. Comparados com os *media* tradicionais, os *media* interactivos, tais como a Internet, apresentam diversas vantagens em termos de comunicação efectiva sobre saúde. Essas vantagens incluem, entre outros, o acesso melhorado a informação de saúde personalizada, acesso a informação e aconselhamento *on demand*, conteúdos mais facilmente actualizados e um maior leque de escolha para o consumidor.

Tendo em conta o modelo de procura de informação descrito, há que enquadrá-lo no âmbito das práticas actuais dos indivíduos. Para tal, torna-se essencial fazer um

enquadramento do conhecimento internacional publicado acerca da temática em análise, verificando-se que existem vários pontos de contacto entre as praticas de utilização das TIC no âmbito da saúde nas diversas realidades dos vários blocos geográficos.

Por um lado, e considerando o contexto europeu, o estudo “European citizens’ use of *E-health* services: a study of seven countries” (Andreassen et al, 2007) estabelece uma comparação entre diversos países da Europa, concluindo que nos sete países considerados a principal utilização dada à Internet é a procura de informação para leitura no âmbito de uma relação de cariz unilateral, existindo pouca interacção. Este estudo destaca ainda a liderança das mulheres enquanto principais utilizadoras das TIC neste âmbito (facto que, de acordo com os autores, está intimamente relacionado com os temas de pesquisa mais frequentes, na sua maioria ligados ao universo feminino). Em suma, o estudo conclui que o uso da Internet na área da saúde tem efeitos nas relações entre médico e pacientes, mas esses efeitos manifestam-se através de uma relação de complementaridade, e não de substituição das figuras tradicionais do sistema de saúde.

Um segundo estudo, que visa exactamente explorar essa alteração da relação entre médicos e pacientes no contexto europeu (“The impact of health information on the Internet on the physician-patient relationship: patient perceptions” - Murray et al, 2003), realça a questão do acesso às TIC e o facto dos governos precisarem de ultrapassar a questão da “digital divide”, para que as várias vertentes do *E-health* possam de facto ter uma aplicação efectiva.

Por outro lado, e considerando a realidade norte americana, o estudo “Health information on-line”, levado a cabo pela Pew Internet (2005), permitiu concluir que oito em cada dez utilizadores da Internet procurou informação sobre saúde na Internet, com especial interesse em assuntos ligados ao bem-estar físico tais como dietas, tratamentos experimentais, medicamentos. Essa percentagem é superior à registada na Europa, apesar da maioria das temáticas procuradas ser similar às do velho continente. Não obstante o facto da percentagem de pessoas que utiliza as TIC no âmbito da saúde ser superior nos Estados Unidos, o relatório “Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey” (Baker, Wagner, Singer e Bundorf, 2003) realça que, apesar de muitas pessoas nos Estados Unidos utilizarem a Internet para assuntos relacionados com a saúde, o seu uso neste âmbito não é tão alargado como é

por vezes afirmado, nem os seus impactos implicam, pelo menos no estado actual, uma mudança de paradigma de funcionamento do sector da saúde.

De referir ainda a análise levada a cabo por Rovost, Perri, Boyer e Baujard (“Opinions and *E-health* behaviours of patients and health professionals in the U.S.A. and Europe”, 2003), que estabelece precisamente o paralelismo entre a realidade norte americana e o contexto europeu, concluindo que, apesar de estar presentemente mais difundida nos Estados Unidos, a utilização da Internet no âmbito da saúde está a crescer quer nesse país, quer a Europa.

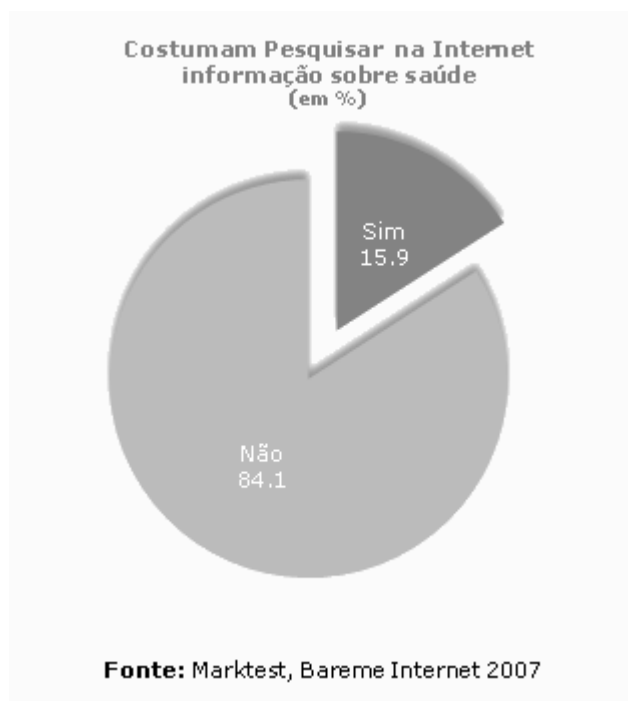
Tanto na sociedade norte-americana como em contexto europeu, verifica-se uma maior propensão por parte dos indivíduos do sexo feminino para a utilização das TIC no âmbito da saúde, sendo que lideram os temas do universo feminino e prioritariamente mais ligados a assuntos de saúde geral (bem-estar físico) do que propriamente a doenças concretas. No entanto, enquanto que a relação na Europa se apresenta ainda de cariz maioritariamente unilateral, nos EUA existe já uma maior interactividade potenciada pelas TIC, com um maior recurso a possibilidades tais como a compra on-line de medicamentos ou a marcação de consultas através da Internet. Em ambos os contextos, os estudos realizados apontam mais para uma relação de complementaridade de fontes entre a figura tradicional do prestador de cuidados médicos e a mediação tecnológica das TIC, do que propriamente para uma relação de substituição.

Analisando agora estudos prévios realizados em contexto nacional, os dados (recolhidos em 2003) reafirmam-nos a ideia de que a Internet começa a surgir como uma alternativa a métodos mais tradicionais de obtenção de informação sobre saúde em Portugal. Quando questionados sobre o que fazem quando eles(as) próprios(as) ou alguém da sua família contrai uma doença grave verifica-se que para além do contacto inicial com o médico que os(as) acompanha, grande parte dos utilizadores de internet (63,9%) admite que se informa pelos seus próprios meios, enquanto que esta percentagem é de 52,6% para os não utilizadores, também ela bastante elevada. A principal escolha é falar com conhecidos, amigos ou familiares (44,2%), logo seguido da leitura de revistas especializadas (30,7%) e da Internet (15,9%), valor este bastante expressivo (Cardoso e outros, 2005b).

Comparativamente, os não utilizadores de Internet recorrem bastante mais à opção de falar com conhecidos, amigos ou familiares (61,6%); menos à leitura de revistas especializadas (18,3%); vão mais à farmácia (12,7%) e a outros médicos ou especialistas (5%) (Cardoso e outros, 2005b). Esboçam-se, pois, dois perfis: um de utilizadores que recorrem mais às opções especializadas em suportes de leitura ou tecnológicos; e um outro constituído por não utilizadores de Internet, o qual prefere os contactos pessoais sejam esses com amigos, com o farmacêutico ou com especialistas médicos ou clínicos gerais.

Os dados mais recentes do estudo Bareme Internet da Marktest mostram que, no Continente, são 1,3 milhões os residentes que pesquisam na Internet informação sobre saúde<sup>47</sup>. O relatório anual de 2007 do Bareme Internet, o estudo de base doNetpanel, contabiliza 1 321 mil indivíduos que pesquisam na Internet informação sobre saúde. Este valor representa 15.9% do universo composto pelos residentes no Continente com 15 e mais anos<sup>48</sup>.

**Gráfico 4.1. Pesquisas de Informação sobre Saúde na Internet, Dados Marktest 2007**

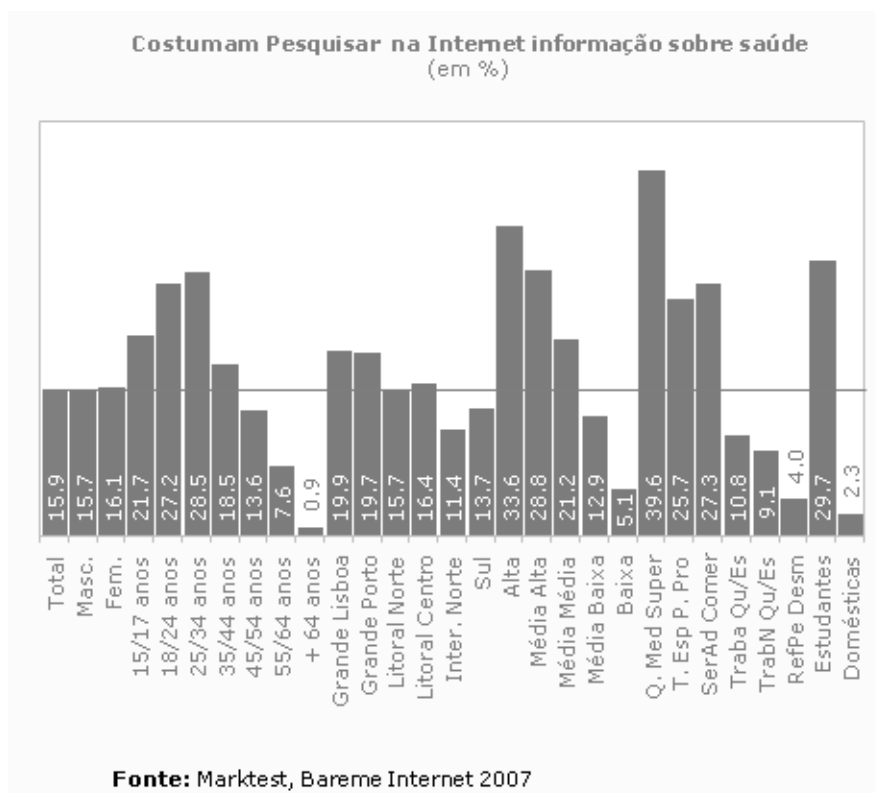


<sup>47</sup> <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1060.aspx>

<sup>48</sup> [Audiências de Internet \(universo de 2006\)](#), Marktest.com, 10 Abril 2008

Podemos, a partir dos dados da Marktest, verificar que a ocupação é a variável mais discriminante, pois é a que revela mais diferenças de comportamento entre os indivíduos. A classe social e a idade também revelam comportamentos heterogéneos face a esta questão. Entre os dois sexos, não se registam diferenças: 15.7% dos homens e 16.1% das mulheres pesquisam informação sobre saúde na Internet. Na análise da idade, vemos que os valores sobem gradualmente de 21.7% entre os jovens dos 15 aos 17 anos para os 28.5% junto dos indivíduos dos 25 aos 34 anos, para depois baixar também gradualmente até aos 0.9% observados junto dos indivíduos com mais de 64 anos. Entre as regiões, destacam-se os residentes na Grande Lisboa e no Grande Porto, que pesquisam, mais do que a média, este tipo de informação quando navegam na Internet (19.9% e 19.7%, respectivamente). Entre as classes sociais as diferenças são mais evidentes, com 33.6% dos indivíduos das classes alta e média alta a pesquisar na Internet informação sobre saúde, um valor que baixa progressivamente até aos 5.1% observados junto dos indivíduos da classe social baixa. Estas diferenças são ainda mais evidentes quando analisada a ocupação, pois enquanto 39.6% dos quadros médios e superiores costuma fazer estas pesquisas, apenas 2.3% das domésticas também as faz.

**Gráfico 4.2. Pesquisas de Informação sobre Saúde na Internet, por categorias etárias, sexo, ocupação e habilitações, Dados Marktest 2007**



Os estudos anteriores desenvolvidos quer em Portugal, quer nos restantes países europeus e nos Estados Unidos parecem apontar para o surgimento de cada vez mais pacientes informados, mas apenas num estrato muito específico da população. Existe uma grande parcela da sociedade que não parece estar envolvida nos processos de *E-health*, nem nas suas potenciais aplicações, o que poderá ser sinal da existência de um outro “digital divide” neste caso no seio da saúde (Brodie, 2000). Diferenças de acesso condicionadas pela capacidade de utilização das TIC, possibilidades económicas, nível de interesse são variáveis que, com base nas características sociodemográficas do utilizador das TIC para assuntos relacionados com a saúde, deverão ser ponderadas e avaliadas pelos governos e restantes partes envolvidas, de forma a captar todo o potencial valor público proporcionado pelo *E-health*.

## **Conteúdos sobre Saúde na Internet: o Caso da Informação e Comunicação sobre Saúde em Português**

O uso das aplicações integradas na Internet<sup>49</sup> (*sites*, directórios temáticos, blogues) pelos diversos agentes, reflecte-se no aumento dos níveis de interacção dos utilizadores da Internet com o sistema de saúde<sup>50</sup>, podendo haver diferentes níveis de interacção nos processos de relação estabelecidos.

Com o intuito de perceber o modo como a informação sobre a temática da saúde é veiculada através da Internet, quais os conteúdos disponibilizados, a origem e intenção da informação divulgada, quais os públicos que a procuram e especificamente, o que é mais procurado, neste capítulo sistematiza-se a informação recolhida nos principais directórios da saúde disponíveis on-line (no *Google* e *Sapo*), e apresentam-se os

---

<sup>49</sup>**Internet:** meio de comunicação, interacção e de organização social que se articula tecnologicamente como uma rede de redes de computadores capazes de comunicar entre si. Assim, a World Wide Web, o correio electrónico, os fóruns de discussão, a transferência de artigos, as aplicações para os serviços móveis (WAP, telefones, PDA's) são diferentes aplicações da Internet.

<sup>50</sup>**Sistema de saúde:** conjunto de instituições, organizações, unidades e agentes com actividades relacionadas com a saúde.



principais resultados de pesquisas on-line guiadas por expressões-chave – em português e inglês – no *Google* e *Sapo*. Explicitam-se, também, os resultados da análise temática de um conjunto de blogues que, nacionalmente, se debruçam sobre a área da saúde.

Esta metodologia, já aplicada e testada num estudo congénere realizado no IN3, da Universidad Oberta da Catalunya (UOC)<sup>51</sup>, tem alguns obstáculos que foram identificados, nomeadamente: 1. Dificuldade na tipificação dos comportamentos que os diferentes agentes assumem quando procuram a Internet<sup>52</sup> (critérios e motores de busca, escolha da informação disponível, escolha do idioma) e recursos e informações disponibilizadas pelas entidades e instituições dos sistema de saúde aos agentes e indivíduos que interagem com o sistema de saúde através da Internet; 2. Dificuldades (impossibilidade) em aceder à informação do *Google* (motor de busca identificado como principal) no que respeita às temáticas consultadas e à distribuição geográfica dos computadores onde as pesquisas são realizadas. De modo a contornar estas barreiras, a estratégia metodológica da investigação aqui utilizada, articula uma abordagem qualitativa com outra mais quantitativa.

A primeira baseia-se na criação de categorias que agrupem os diversos agentes do sistema de saúde com presença na Internet e posterior análise da informação dos conteúdos e serviços disponibilizados nos directórios temáticos (os directórios temáticos do *Google* são compostos por diversos URL's que são alvo de uma selecção protagonizada por um corpo editorial, composto por membros internacionais, que analisa os conteúdos dos *sites* e os inclui num directório específico). Paralelamente realizou-se um levantamento dos 3 principais resultados guiados por expressões-chave, quer em português como em inglês e analisar a informação disponibilizada como a mais procurada, uma vez que o motor de pesquisa *Google* se baseia na criação de um ranking que articula e ordena as orientações das pesquisas com base nos *link's* mais procurados<sup>53</sup>. O tratamento metodológico dos blogues foi também temático,

---

<sup>51</sup> <http://www.uoc.edu/in3/pic/eng/health/report.html>

<sup>52</sup> Dados contextualizadores: a AIMC (Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación) avançou dados referentes Fevereiro de 2005, onde 92,9% dos utilizadores da Internet afirmaram ter realizado nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário, pelo menos uma pesquisa de informação na Internet com temas relacionados com a saúde. Os *sites* mais visitados são o *Google* (9,4%); Hotmail (4,1%). O *Google* é também dos mais mencionados como sendo o motor de busca mais utilizado.

<sup>53</sup> “In essence, Google interprets a link from page A to page B as a vote, by page A, for page B. But, Google looks at more than the sheer volume of votes, or links a page receives; it also analyzes the page that casts the vote. Votes cast by pages that are themselves "important" weigh more heavily and help to

desenvolvendo-se quer ao nível dos conteúdos, como das origens da criação e ao público-alvo a que se destina.

Para ilustrar e contextualizar a informação que se pretende analisar, nos quadros que se seguem apresentam-se os diversos resultados que a pesquisa do termo *saúde e doença* obtidos nos motores de busca (*Google, Sapo*), bem como os resultados obtidos com a tradução directa para inglês destes mesmos termos – *health e disease* – que confirmam a existência de um baixo volume de informação disponibilizada sobre a temática da saúde em Portugal/português.

**Quadro 4.1 – Resultados obtidos no *Google***

Termos de pesquisa	Número de resultados do <i>GOOGLE</i>		
	Resultados “em toda a rede”	Resultados “em páginas escritas em português”	Resultados “em páginas de Portugal”
Saúde	84.000.000 <sup>54</sup>	81.000.000 <sup>55</sup>	7.070.000 <sup>56</sup>
Doença	17.500.000 <sup>57</sup>	26.900.000 <sup>58</sup>	1.180.000 <sup>59</sup>
Doenca	17.200.000 <sup>60</sup>	28.300.000 <sup>61</sup>	1.120.000 <sup>62</sup>

Fonte: Elaboração própria

---

make other pages "important." (...) [google] combines PageRank with sophisticated text-matching techniques to find pages that are both important and relevant to your search. Google goes far beyond the number of times a term appears on a page and examines all aspects of the page's content (and the content of the pages linking to it) to determine if it's a good match for your query.”<http://www.google.com/technology/index.html> [data de pesquisa: 26-06-2006]

<sup>54</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=sa%C3%BAde&btnG=Pesquisar&meta=>> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>55</sup> <[http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=sa%C3%BAde&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang\\_pt>](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=sa%C3%BAde&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang_pt>) [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>56</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=sa%C3%BAde&btnG=Pesquisar&meta=cr%3DcountryPT>> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>57</sup> <http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doen%C3%A7a&btnG=Pesquisar&meta=> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>58</sup> <[http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doen%C3%A7a&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang\\_pt>](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doen%C3%A7a&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang_pt>) [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>59</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doen%C3%A7a&btnG=Pesquisar&meta=cr%3DcountryPT>> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>60</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doenca&btnG=Pesquisar&meta=lr%3D>> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>61</sup> <[http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doenca&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang\\_pt>](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doenca&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang_pt>) [data de consulta 16 de Junho de 2006]

<sup>62</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=doenca&btnG=Pesquisar&meta=cr%3DcountryPT>> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

**Quadro 4.2 – Resultados obtidos no *Sapo***

Termos de pesquisa	Número de resultados do <i>Sapo</i>
Saúde	1076
Doença	135
Doenca	135

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 4.3 – Resultados obtidos no *Google* com palavra de entrada em inglês**

Termos de pesquisa	Número de resultados do <i>GOOGLE</i>		
	Resultados “em toda a rede”	Resultados “em páginas escritas em português”	Resultados “em páginas de Portugal”
health	4.020.000.000 <sup>63</sup>	2.700.000 <sup>64</sup>	651.000 <sup>65</sup>
disease	602.000.000 <sup>66</sup>	984.000 <sup>67</sup>	1.180.000 <sup>68</sup>

Fonte: Elaboração própria

Esta opção metodológica é facilitada pelo URL (Uniform Resources Locator) que funciona como uma categorização transversal a todos os conteúdos existentes na Internet (Alonso, 2003) e a análise é composta por dois processos: a *análise sintáctica* e a *análise estática qualitativa*. A primeira consiste na decomposição do URL's em três segmentos: no protocolo; no *fully qualified domain name* (FQDN) e na localização do documento no servidor. O protocolo consiste na descrição formal do formato da mensagem e das regras que os computadores devem seguir para trocar mensagens (ex: http://). Fully qualified domain name (FQDN) corresponde ao nome do domínio qualificado do motor de busca de dados de uso generalizado ou do nome do sistema central (ex: em <http://wikipedia.org/wiki/Egon>, wikipedia.org é o FQDN). A localização do documento dentro do servidor de cada documento é dada pela “arvore” que acompanha cada documento e o posiciona num mapa de um servidor ou site (ex: em <http://wikipedia.org/wiki/Egon>, /wiki/Egon é a localização do documento no servidor).

<sup>63</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=health&meta>> [data de consulta 19 de Junho de 2006]

<sup>64</sup> <[http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=health&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang\\_pt](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=health&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang_pt)> [data de consulta 19 de Junho de 2006]

<sup>65</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=health&btnG=Pesquisar&meta=cr%3DcountryPT>> [data de consulta 16 de Junho de 2006]

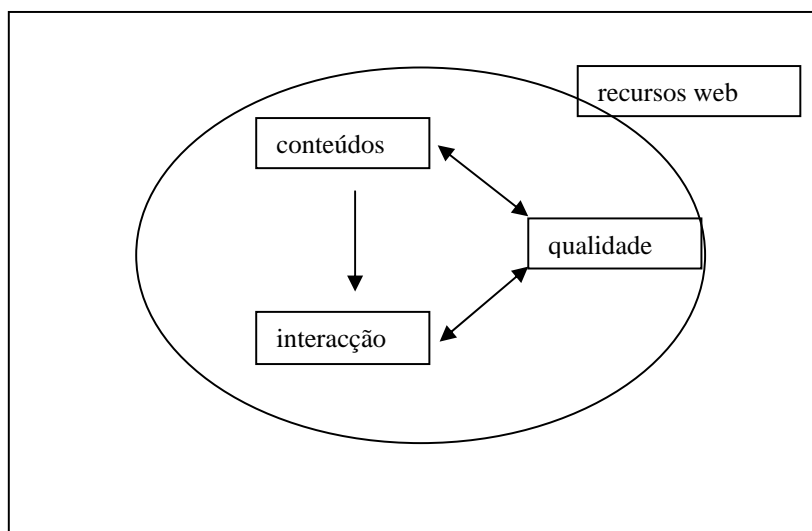
<sup>66</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=disease&btnG=Pesquisar&meta=lr%3D>> [data de consulta 19 de Junho de 2006]

<sup>67</sup> <[http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=disease&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang\\_pt](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=disease&btnG=Pesquisar&meta=lr%3Dlang_pt)> [data de consulta 19 de Junho de 2006]

<sup>68</sup> <<http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=disease&meta=cr%3DcountryPT>> [data de consulta 19 de Junho de 2006]

A análise estática qualitativa (Bauer, 2000) dos conteúdos dos resultados obtidos (amostra recolhida) é baseada em indicadores binários e dicotómicos (sim/não) de modo a maximizar a objectividade da análise na relação e interacção demonstrada pela figura que se segue.

**Figura 4.1 – Relação dos Critérios de Análise**



Com o objectivo de explicitar os indicadores enunciados pelas dimensões da figura anterior – conteúdos, interacção e qualidade – segue-se uma breve descrição de cada uma delas. Com os conteúdos de informação<sup>69</sup> pretende-se detectar a existência de conteúdos relacionados com a saúde; a existência de uma direcção postal para onde se possa escrever a pedir esclarecimentos ou informações; a disponibilização de um número telefónico e a existência de publicidade.

A interacção pode-se estabelecer entre os agentes na Internet através da comunicação e dos serviços. Na comunicação pretende-se detectar a existência de aplicações que permitam estabelecer processos de comunicação, nomeadamente através da disponibilização de uma direcção ou correio electrónico para contactos/respostas; da existência de uma lista de distribuição disponível; da existência de fóruns electrónicos; da existência de chats e da existência de questionários on-line. Com os serviços, procura-se identificar actividades destinadas a satisfazer as necessidades dos

<sup>69</sup> Fundamentados na definição no conceito de informação de saúde do eHealth Code of Ethics – Health Informatics Europe 2000 “ a informação que pode ser útil para a manutenção da saúde, para prevenir ou diligenciar doenças, assim como para a tomada de decisões relacionadas com a saúde o com a assistência à saúde”.

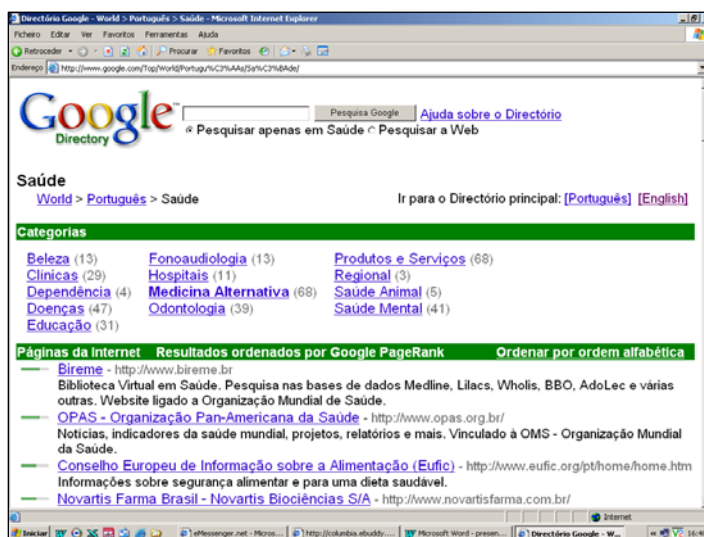
utilizadores através da Internet através da existência de comércio electrónico; da existência de formulários de consulta; da existência de um acesso a uma área restrita (com login e password) e da existência de outros tipos de transacções on-line. Os critérios de qualidade baseiam-se também na definição no conceito de informação de saúde do eHealth Code of Ethics – Health Informatics Europe 2000 e relacionam-se com os conteúdos; com a comunicação e com os serviços; e com os recursos web.

A qualidade dos conteúdos será aferida através da existência de informação sobre o autor dos conteúdos, o seu perfil profissional e da informação sobre a data de publicação dos conteúdos e a qualidade na comunicação e nos serviços prestados identificada pela existência de cláusulas que garantam a privacidade, confidencialidade e outras questões legais.

A qualidade no recurso web foi avaliada na existência do mapa do site; nos idiomas disponibilizados; nos motores de busca associados ou existentes; na disponibilização das perguntas mais frequentes; na existência de uma “ajuda; na existência de creditações do recurso web e na existência dos objectivos e/ou finalidade do recurso.

No directório Google Saúde em português encontraram-se 382 registos dentro da área de “saúde”, distribuindo-se pelas seguintes categorias:

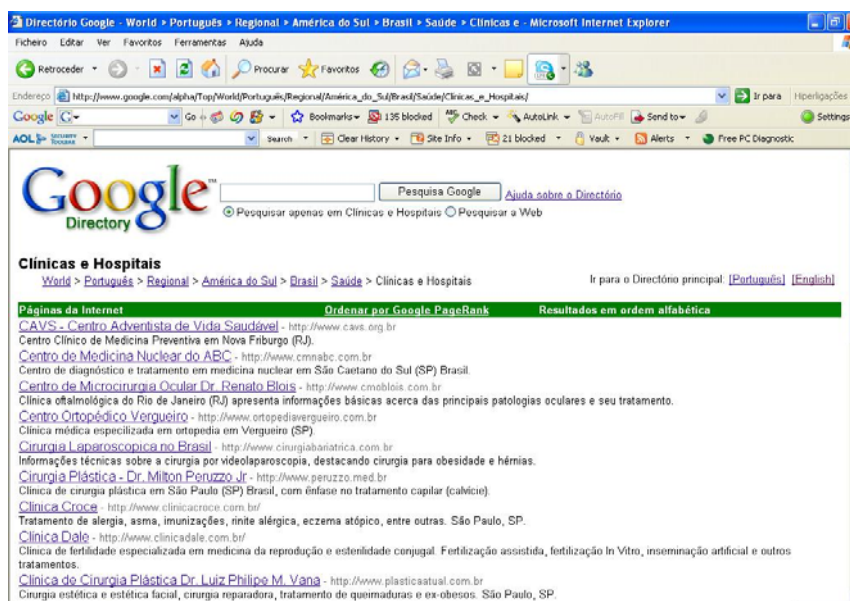
**Figura 4.2 - Opções do directório saúde do Google**



Seguem-se as análises das opções [hospitais](#), [doenças](#) e [clínicas](#).

Quando seleccionada a opção [hospitais](#)<sup>70</sup>, encontraram-se 26 registos, dos quais apenas 2 são portugueses e relacionadas ao mesmo hospital (Hospital Privado de Santa Maria de Faro).

Figura 4.3 - Opções do directório saúde do *Google* - *Hospitais*



Ao seleccionar apenas os resultados de Portugal<sup>71</sup>, obtêm-se 33 resultados que se apresentam no anexo 1. Por região, a pesquisa desenvolve-se em três regiões específicas: Coimbra, Lisboa e Porto, onde se encontraram os registos apresentados no Anexo 2.

Deve salientar-se que nenhum dos resultados obtidos regionalmente é semelhante aos indicadores apresentados para a busca nacional. Quanto à análise temática dos indicadores encontrados, nacional e regionalmente, observa-se a seguinte distribuição em função das categorizações efectuadas, especificamente no que respeita às origens dos conteúdos dos recursos web e aos serviços por eles contemplados.

<sup>70</sup> [World > Português > Regional > América do Sul > Brasil > Saúde > Clínicas e Hospitais](#) [data de consulta 26-06-06]

<sup>71</sup> <http://www.google.com/Top/World/Portugu%C3%AAs/Regional/Europa/Portugal/Sa%C3%BAde/> [data de consulta 26-06-06]

**Quadro 4.4 – Categorização dos Indicadores**

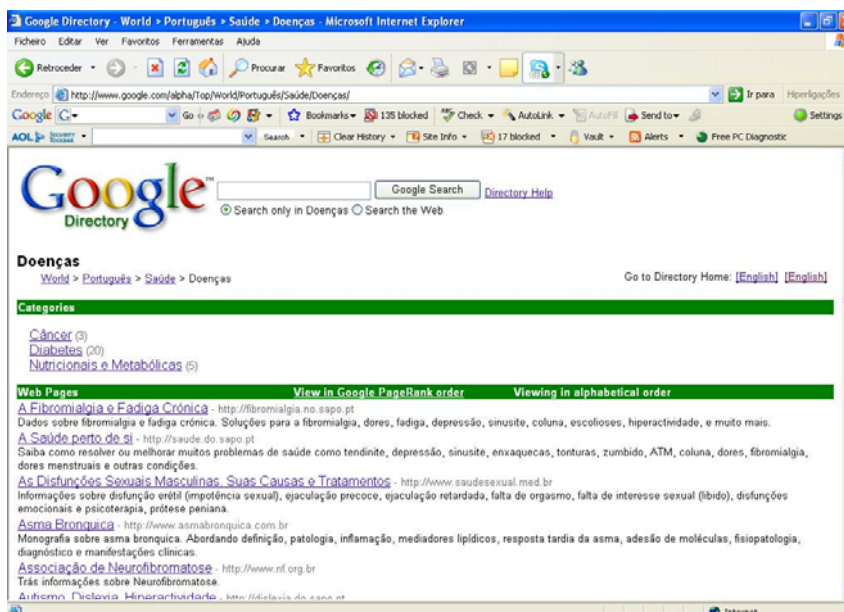
Categorias		Nacional	Coimbra	Lisboa	Porto
Institucional público	Governo – informações genéricas e estruturais do sistema de saúde	5	-	-	-
	Hospitais – serviços disponibilizados	1	4	1	1
	Centros de apoio/deslocações ambulatórias	-	2	-	-
Institucional privado	Seguros saúde	1	-	-	-
	Health club, nutricaoismo, massagens	-	2	1	2
	Imagiologia/exames – serviços disponibilizados	-	3	-	-
	Clínica especialidades – serviços disponibilizados	-	5	9 <sup>72</sup>	-
Associação de profissionais		8	-	-	-
Associação de doentes/utentes		9	1	-	-
Industria farmacêutica		3	-	-	-
Promoção de serviços através da divulgação genérica de informação relativa à saúde		3	-	-	-
Divulgações sobre temáticas específicas		2	-	-	-

Fonte: Elaboração própria

Daqui se conclui que regionalmente é na zona do centro do país que há um maior interesse em ter *sites* disponíveis no directório Saúde do *Google*, nomeadamente no que diz respeito a *sites* relacionados com identificação/enunciação dos serviços hospitalares disponíveis e clínicas privadas existentes. Na região de Lisboa destacam-se as divulgações de clínicas e consultórios privados de psiquiatria e psicologia. No Porto, apesar dos poucos registos, são de referir dois URL's relacionados com os cuidados do corpo. Em termos temáticos, pode-se observar que a nível nacional há um maior interesse das associações de profissionais em disponibilizar informações relacionadas com a sua actividade, bem como das associações de doentes ou utentes em partilhar informações sobre os seus problemas de saúde específicos.

<sup>72</sup> Note-se que das 9 referências encontradas, 6 dizem respeito às especialidades de psiquiatria e psicologia e outra refere-se ao apoio de saúde conferida a uma juventude partidária.

**Figura 4.4 - Opções do directório saúde do Google - Doenças**



O quadro que se segue lista tematicamente as informações disponibilizadas na categoria *saúde*. A análise que se apresenta procura distinguir o carácter geral/específico das doenças abordadas, bem como a origem e natureza do site.

**Quadro 4.5 – Categorização por Saúde**

Categorias		Portugal	Brasil
Doença específica	associação de doentes/utentes	4	5
	site específico sobre saúde	5	11
	site genérico sobre saúde	4	1
	site pessoal específico sobre saúde/industria farmacêutica	-	2
Informações gerais	1	-	

Fonte: Elaboração própria



Apesar de se notar uma maior procura por parte dos utilizadores brasileiros em disponibilizar e partilhar informações sobre doenças, em Portugal observa-se já alguma actividade neste sentido, existindo a preocupação em disponibilizar informações sobre doenças em *sites* específicos ou mais genéricos. Observa-se ainda a intenção dos doentes/utentes promoverem *sites* onde se partilham experiências e se promovem iniciativas de grupos com o objectivo de ajudar a minorar/ultrapassar os efeitos das doenças específicas. De notar também o papel das sociedades clínicas na divulgação e prevenção de determinadas doenças e/ou comportamentos em Portugal<sup>73</sup>.

### ***Os sites sobre saúde em português/em Portugal***

Após coligidos os resultados das pesquisas descritas no ponto anterior, o conjunto de *websites* – doravante designado por *amostra* – sob o qual incide a análise que em seguida se apresenta compreende 80 casos, dos quais se exceptuarão frequentemente 6 em virtude de não se encontrarem acessíveis à altura da condução do escrutínio pretendido. Apesar de não se encontrar associada a esta amostra qualquer pretensão à constituição de um retrato estatisticamente representativo da presença de agentes do sector da Saúde no universo da Internet, assiste-lhe ainda assim o valor de estabelecer uma abordagem relevante da problematização dessa presença, designadamente através do fornecimento de alguns traços de caracterização e da formulação de algumas hipóteses explicativas para os resultados encontrados. A esta amostra foi aplicada uma grelha de categorização – apresentada no anexo 4 – com o intuito de tipificar e discriminar os resultados obtidos, após o que puderam então ser devidamente operacionalizados. Da aplicação desta tipologia resulta o quadro seguinte:

---

<sup>73</sup> De salientar que as pesquisas realizadas são datadas – Junho de 2006, contudo, uma pesquisa exploratória realizada em 2008 demonstra que a tendência se mantém (nota do autor).

Quadro 4.6 - Tipo de Agente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Governo / Administração Pública	4	5,0	5,4	5,4
	Hospital (Público)	4	5,0	5,4	10,8
	Centro de Saúde (Público)	1	1,3	1,4	12,2
	Hospital (Privado)	2	2,5	2,7	14,9
	Clínica de especialidade (Privado)	8	10,0	10,8	25,7
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	4	5,0	5,4	31,1
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	12	15,0	16,2	47,3
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	2	2,5	2,7	50,0
	Instituição de formação	1	1,3	1,4	51,4
	Centro de investigação	1	1,3	1,4	52,7
	ONG, Outra associação	9	11,3	12,2	64,9
	Associação empresarial	1	1,3	1,4	66,2
	Associação profissional	6	7,5	8,1	74,3
	Associação de pacientes/utentes	3	3,8	4,1	78,4
	Temáticas específicas (Patologias)	11	13,8	14,9	93,2
	Meio de Comunicação Social	3	3,8	4,1	97,3
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	1	1,3	1,4	98,6
	Site pessoal de paciente/utente	1	1,3	1,4	100,0
	Total	74	92,5	100,0	
Missing	System	6	7,5		
Total		80	100,0		

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

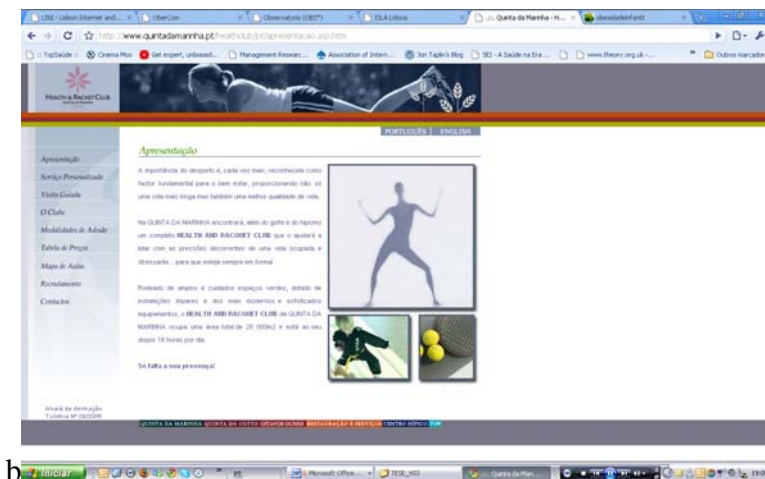
No âmbito dos prestadores de cuidados de Saúde, a percentagem de *websites* encontrados na amostra portuguesa ascende ao considerável valor de 42%, valor tanto mais significativo pois existe, efectivamente, uma assinalável presença destes agentes

neste novo ambiente, mas com finalidades – e graus de empenho – de uma grande diversidade.

Quanto à credibilidade dos conteúdos e ao nível da qualidade que é possível projectar sobre o conteúdo dos *websites* a partir da informação neles prestada pelos agentes sobre si próprios, designadamente através do recurso a secções usualmente intituladas “*Quem somos*”, os dados recolhidos revelam presença das mesmas em 46 dos 80 casos, correspondentes a aproximadamente 65% da amostra. Quase um terço desta última não apresenta informação a respeito da instituição/agente a que pertence.

Analisando em maior detalhe os dados constata-se, entre os prestadores de cuidados de Saúde, ser sobretudo no seio do sector Privado que surgem *websites* sem informação relativa à instituição/agente a que dizem respeito, sobretudo no caso dos *health clubs* e centros de nutricionismo (70%), podendo esta ausência dever-se ao carácter intuitivo associado à sua actividade. Por seu turno, o sector Público prima, neste domínio, por um registo perfeito, fruto possível da complementaridade entre obrigações institucionais de prestação de informação clara e investimento na aproximação da Administração Pública aos cidadãos. O mesmo registo de identificação se verifica para os intermediários de prestação de cuidados de Saúde, possivelmente recorrendo à prestação de informação clara como forma de publicidade ao grupo económico de pertença e de hetero-legitimação, o mesmo podendo ser equacionado como explicação para o registo absoluto encontrado igualmente nos *websites* das instituições de formação e investigação.

**Figura 4.5. Exemplo de Site de um Health Club**



**Quadro 4.7 - Tipo de Agente \* Informação sobre o Agente**

% within Tipo de Agente

		Informação sobre o Agente		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública		100,0%	100,0%
	Hospital (Público)		100,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	50,0%	50,0%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	25,0%	75,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	70,0%	30,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)		100,0%	100,0%
	Instituição de formação		100,0%	100,0%
	Centro de investigação		100,0%	100,0%
	ONG, Outra associação	22,2%	77,8%	100,0%
	Associação empresarial		100,0%	100,0%
	Associação profissional	50,0%	50,0%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes		100,0%	100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	70,0%	30,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	33,3%	66,7%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%
	Site pessoal de paciente/utente		100,0%	100,0%
	Total	35,2%	64,8%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

No plano do fornecimento de informação relativa ao perfil profissional do agente ou daqueles que exercem a sua actividade nas instituições incluídas na amostra verificamos, em primeiro lugar, que o percentual de ausência de informação se apresenta superior ao observado na variável anterior – 45.1% face a 35.2%.

Na base deste fenómeno pode encontrar-se o perfil da actividade desenvolvida pelos agentes em causa, pelo que importa cruzar este dado com os que abordam precisamente esse perfil. Verifica-se a presença deste tipo de informação na totalidade dos *sites* de prestadores de cuidados de Saúde do sector Público – à semelhança do constatado para a variável anterior –, tendo sido encontrados no sector Privado alguns casos de *websites*

sem essa informação, sobretudo junto de *health clubs* e centros de nutricionismo (60%), precisamente nos mesmos perfis nos quais se encontrava igualmente ausente informação relativa à própria instituição/agente.

Relativamente às associações incluídas na amostra, apenas naquelas mantidas por utentes/pacientes se verifica uma mudança ao nível do fornecimento de informação profissional, o que fará sentido se nos centrarmos no carácter essencialmente representativo da sua actividade, em relação ao qual pouca relevância pode assumir esse tipo de informação. Também no caso dos *websites* relativos à abordagem de *Patologias específicas* o cenário pouco se altera em relação ao verificado para o tipo de informação equacionado na variável anterior, o que pode constituir um paradoxo dada a índole técnico-científica do conteúdo dos mesmos.

**Quadro 4.8 - Tipo de Agente \* Perfil profissional do Agente**

% within Tipo de Agente		Perfil profissional do Agente		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública		100,0%	100,0%
	Hospital (Público)		100,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	25,0%	75,0%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	25,0%	75,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	60,0%	40,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	100,0%		100,0%
	Instituição de formação		100,0%	100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	55,6%	44,4%	100,0%
	Associação empresarial		100,0%	100,0%
	Associação profissional	50,0%	50,0%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	100,0%		100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	60,0%	40,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	66,7%	33,3%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>		45,1%	54,9%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Perante estes dados, o carácter reiterado destas práticas de fornecimento de informação *própria* indicia tratar-se porventura de opções conscientes e voluntárias por parte dos agentes/instituições envolvidos, o que pode ser ilustrado pelo cruzamento dos dados relativos às duas variáveis anteriores.

Com efeito, analisando os *websites* a partir da variável “*Informação sobre o Agente*”, verifica-se ser sempre superior a 70% o parcial de reincidência na prática de fornecimento de informação, no *website* respectivo, sobre o perfil dos profissionais da instituição a que o mesmo pertence. Paralelamente, e ainda que com expressão menor, essa reincidência é sempre superior a 56% quando analisamos a presença de informação sobre o Agente a partir da variável “*Perfil profissional*”.

**Quadro 4.9 - Informação sobre o Agente \* Perfil Profissional**

% within Informação sobre o Agente

		Perfil profissional do Agente		
		Não	Sim	Total
Informação sobre o Agente	Não	72,0%	28,0%	100,0%
	Sim	30,4%	69,6%	100,0%
Total		45,1%	54,9%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

**Quadro 4.10 - Perfil profissional do Agente \* Informação sobre o Agente**

% within Perfil profissional do Agente

		Informação sobre o Agente		
		Não	Sim	Total
Perfil profissional do Agente	Não	56,3%	43,8%	100,0%
	Sim	17,9%	82,1%	100,0%
Total		35,2%	64,8%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A indicação explícita do(s) objectivo(s) e finalidade(s) da(s) actividade(s) da instituição/agente a quem pertence cada *website* constitui uma prática relativamente generalizada na amostra sob análise: em aproximadamente 79% dos casos existia uma secção com esta informação, ou encontrava-se integrada – mas de leitura e identificação acessíveis – noutras secções, destacando-se neste particular o registo dos *sites* de instituições Públicas. O que surpreende neste dado é, inversamente, o facto de subsistirem mais de 21% de casos de *websites* de instituições/agentes no sector da Saúde sem indicação explícita ou acessível dessa informação, o que pode dever-se a uma estrutura pouco *user-friendly* do próprio *site*, à opacidade da linguagem utilizada (caso dos *sites* de *Patologias específicas* e de publicações do sector), ou a uma estratégia de combinação de actividades que não permita discernir com rigor o *métier* do agente/instituição (caso de alguns prestadores de cuidados de Saúde do sector Privado).

**Figura 4.6. Exemplo de Site de um Prestador de Cuidados de Saúde**



**Quadro 4.11 - Tipo de Agente \* Objectivos/Finalidade**

% within Tipo de Agente		Objectivos/Finalidade		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública		100,0%	100,0%
	Hospital (Público)		100,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	37,5%	62,5%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	50,0%	50,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	20,0%	80,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)		100,0%	100,0%
	Instituição de formação		100,0%	100,0%
	Centro de investigação		100,0%	100,0%
	ONG, Outra associação	22,2%	77,8%	100,0%
	Associação empresarial		100,0%	100,0%
	Associação profissional	16,7%	83,3%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	33,3%	66,7%	100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	30,0%	70,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	33,3%	66,7%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%
	Site pessoal de paciente/utente		100,0%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>21,1%</b>	<b>78,9%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Especificamente no âmbito da actividade mais directamente relacionada com os cuidados de Saúde, dos 32 casos de instituições ou agentes prestadores desse tipo de cuidados apenas 3 facultavam, no seu *website*, a possibilidade de solicitação ou marcação directa de consulta em formulário próprio – 4% da totalidade da amostra. Esta realidade aponta no sentido de uma desadequação das possibilidades permitidas pela Internet em geral e por um *website* em particular para este fim por parte das instituições e agentes do sector, deva-se esta realidade a estratégias de gestão interna de serviços, à falta de articulação desta plataforma com o serviço presencial de marcação de consultas ou cuidados, ou à inexistência de recursos humanos ou técnicos capazes de dar resposta às solicitações provenientes deste meio.



**Quadro 4.12 - Formulário de solicitação/marcação de consulta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	27	84,4	90,0	90,0
	Sim, com identificação	3	9,4	10,0	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	System	2	6,3		
Total		32	100,0		

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Apenas alguns prestadores de cuidados do sector Privado possuem *websites* que contrastam, nesta dimensão, com o cenário geral, e tendencialmente no âmbito de especialidades oferecidas fora dos hospitais, em relação a cujo fluxo de solicitações apenas podemos especular.

**Quadro 4.13 - Tipo de Agente \* Formulário de solicitação/marcação de consulta**

% within Tipo de Agente		Formulário de solicitação/marcação de consulta		
		Não	Sim, com identificação	Total
Tipo de Agente	Hospital (Público)	100,0%		100,0%
	Centro de Saúde (Público)	100,0%		100,0%
	Hospital (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	87,5%	12,5%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	75,0%	25,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%
Total		90,0%	10,0%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A prática de comércio electrónico através dos *websites*, traduzida na subscrição de serviços, na compra de bens, ou no pagamento de quotas, não parece, por seu turno, suscitar grande interesse às instituições a quem pertencem ou aos agentes que os mantêm, dada a fraca expressão apresentada pelo seu valor nesta amostra – apenas 7%. Mesmo atendendo a que a indicação de um NIB para pagamentos por transferência bancária constituiu, *grosso modo*, o exemplo mais frequente nos casos em que essa prática era visível, é provável que para esta reduzida expressão de comércio electrónico tenha contribuído a ainda assinalável desconsideração da Internet em Portugal enquanto promotora de práticas de consumo com pagamentos monetários associados – cenário a que nem mesmo as associações parecem escapar.

**Quadro 4.14 - Tipo de Agente \* Comércio electrónico**

% within Tipo de Agente		Comércio electrónico		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	100,0%		100,0%
	Hospital (Público)	100,0%		100,0%
	Centro de Saúde (Público)	100,0%		100,0%
	Hospital (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	90,0%	10,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	100,0%		100,0%
	Instituição de formação		100,0%	100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	77,8%	22,2%	100,0%
	Associação empresarial	100,0%		100,0%
	Associação profissional	100,0%		100,0%
	Associação de pacientes/utentes	66,7%	33,3%	100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	100,0%		100,0%
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>	<b>93,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

No domínio da publicidade encontrada nos *websites* sob escrutínio, é observável uma assinalável dispersão de práticas:

**Quadro 4.15 - Publicidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	22	27,5	31,0	31,0
	Sim, associada ao agente	20	25,0	28,2	59,2
	Sim, banners de terceiros	29	36,3	40,8	100,0
	Total	71	88,8	100,0	
Missing	System	9	11,3		
Total		80	100,0		

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Esta dispersão impõe, contudo, várias leituras. Desde logo, o facto de quase um terço da amostra (31%) não apresentar publicidade de qualquer espécie, nem mesmo de natureza auto-promocional, o que configura um considerável desaproveitamento e desinvestimento nas potencialidades desta plataforma – prática hegemónica na amostra catalã (86.3%). No entanto, este dado geral não é confirmado pela análise individual das diversas tipologias institucionais em jogo. Já a auto-promoção praticada em cerca de 28% dos *sites*, podendo ser considerada um aproveitamento mínimo do potencial da Internet, constitui ainda assim um exemplo de um auto-centramento na actividade do agente/instituição a quem os *sites* pertencem, não obstante o reforço identitário que lhe está associada. Finalmente, a utilização de *banners* de outros agentes/instituições aos respectivos produtos/serviços por parte de aproximadamente 41% da amostra (a prática mais recorrente) pode constituir apenas a materialização da natureza em rede da Internet ou uma estratégia encapotada de promoção intra-grupo económico – ilustrada pelo que se verificou com os *sites* da Administração Pública, dos seus prestadores de cuidados de Saúde, e dos intermediários Privados dessa prestação. Mas permite-nos igualmente equacionar a hipótese de apontar já no sentido da tentativa de instrumentalização do *website* com vista à geração potencial de receitas, sejam elas de natureza meramente simbólica ou monetária – como parece ser o caso da prática das associações neste capítulo.

**Quadro 4.16 - Tipo de Agente \* Publicidade**

% within Tipo de Agente		Publicidade			Total	
		Não	Sim, associada ao agente	Sim, banners de terceiros		
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%	
	Hospital (Público)	50,0%		50,0%	100,0%	
	Centro de Saúde (Público)			100,0%	100,0%	
	Hospital (Privado)		50,0%	50,0%	100,0%	
	Clínica de especialidade (Privado)	50,0%	50,0%		100,0%	
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	75,0%	25,0%		100,0%	
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%	
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)			100,0%	100,0%	
	Instituição de formação		100,0%		100,0%	
	Centro de investigação			100,0%	100,0%	
	ONG, Outra associação	11,1%	33,3%	55,6%	100,0%	
	Associação empresarial			100,0%	100,0%	
	Associação profissional	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%	
	Associação de pacientes/utentes	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
	Temáticas específicas (Patologias)	40,0%	10,0%	50,0%	100,0%	
	Meio de Comunicação Social			33,3%	66,7%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)			100,0%	100,0%	
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%			100,0%	
	<b>Total</b>		<b>31,0%</b>	<b>28,2%</b>	<b>40,8%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Apenas uma pequena minoria dos *websites* analisados – aproximadamente 14%, correspondentes a 11 casos – se apresentava actualizada nos trinta dias anteriores à data da análise, designadamente mediante a adição de notícias ou de desenvolvimentos de iniciativas e programas. A reduzida expressão deste valor não deixa, contudo, de indiciar algum desinvestimento na manutenção de conteúdos actualizados por parte dos agentes/entidades a quem pertencem, possivelmente dada a sua utilização enquanto *landmark* no novo suporte que a Internet constitui. Entre os restantes, merece destaque o facto de o conjunto daqueles que indicam uma data de actualização superior a esses trinta dias ascender a uns aproximados – e significativos – 43%, não obstante esta categoria de contraste classificativo compreender situações tão díspares como a ausências de actualização inferiores a dois meses ou superiores a dois anos. Paralelamente, verifica-se um parcial aproximado de 11% de casos de *websites* inactivos ou cuja hiperligação não funcionava. Ascende ainda a um paradigmático percentual de 33% o volume de *websites* sem especificação da sua situação.

**Quadro 4.17 - Situação do URL**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Activo, actualizado nos últimos 30 dias	11	13,8	13,8
	Inactivo parcialmente (não actualizado nos últimos 30 dias)	34	42,5	56,3
	Inactivo / Link inválido	9	11,3	67,5
	Não especificado	26	32,5	100,0
	Total	80	100,0	

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogs, CIES-ISCTE

Uma análise mais fina permite constatar, em primeiro lugar, uma ausência relativamente generalizada de actualização de conteúdos nos *websites* dos prestadores de cuidados de Saúde, excepção feita a alguns do sector Privado, designadamente entre os mantidos por *health clubs* e centros de nutricionismo. Este dado permite-nos especular quanto à necessidade de actualização e/ou renovação regulares da oferta de produtos/serviços enquanto estratégia de mercado num meio – Privado – extremamente competitivo. A mesma estratégia pode, aliás, estar na base da actualização mais frequente dos conteúdos dos *websites* dos intermediários de prestação de cuidados de Saúde. Em segundo lugar, especificamente no sector Público, para além da inexistência de actualização dos *websites* dos prestadores de cuidados de Saúde, deve ser notada a equitatividade verificada ao nível da actualização, nos trinta dias anteriores à data da de análise, dos conteúdos dos *websites* governamentais ou da Administração Pública (50%). Neste âmbito, a informacionalização dessa última parecia, à data, um projecto ainda em curso, apresentando apesar desse facto um registo já de assinalável investimento. Em terceiro lugar, nenhuma das instituições de formação ou de investigação apresentava conteúdos actualizados nos últimos trinta dias. A divulgação de oportunidades de formação ou dos resultados do trabalho destas instituições parece, neste sentido, não merecer ainda a devida atenção. Em quarto lugar, comparando a este nível os *websites* das diversas associações e organizações presentes na amostra, verifica-se uma ausência de actualização do conteúdo daqueles mantidos por associações empresariais e de pacientes/utentes. Apenas as de natureza profissional apresentam alguma revisão/adição de conteúdos nos últimos trinta dias (16.7%), o mesmo acontecendo – em medida superior – com as não-governamentais (22.2%). A natureza talvez mais reivindicativa destas duas, frequentemente adaptada a articulação ou

organização em rede, estará porventura na base deste dado, ainda que nesse sentido surpreenda a ausência de actualização dos *sites* de utentes. Já a ausência de actualização recente dos *sites* das associações empresariais, com prática mais instituída de outro tipo de *lobbying*, pode possivelmente prescindir de um investimento comunicacional na Internet.

**Quadro 4.18 - Tipo de Agente \* Situação do URL**

% within Tipo de Agente		Situação do URL				Total	
		Activo, actualizado nos últimos 30 dias	Inactivo parcialmente (não actualizado nos últimos 30 dias)	Inactivo / Link inválido	Não especificado		
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	50,0%	50,0%			100,0%	
	Hospital (Público)		75,0%		25,0%	100,0%	
	Centro de Saúde (Público)				100,0%	100,0%	
	Hospital (Privado)		50,0%		50,0%	100,0%	
	Clínica de especialidade (Privado)			12,5%		87,5%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)					100,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	16,7%		8,3%	16,7%	58,3%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	50,0%		50,0%			100,0%
	Instituição de formação					100,0%	100,0%
	Centro de investigação			100,0%			100,0%
	ONG, Outra associação	22,2%		77,8%			100,0%
	Associação empresarial			100,0%			100,0%
	Associação profissional	16,7%		66,7%		16,7%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes			100,0%			100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	18,2%		63,6%	9,1%	9,1%	100,0%
	Meio de Comunicação Social			66,7%		33,3%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)					100,0%	100,0%
	Site pessoal de paciente/utente		100,0%				100,0%
	<b>Total</b>		<b>14,9%</b>	<b>45,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>35,1%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Apenas 28.2% dos *websites* analisados referem a data da última actualização, referência da qual se exclui a mera indicação do *copyright*. A expressão deste valor indicia uma subvalorização do enquadramento cronológico do conteúdo de muitos *sites*.

**Quadro 4.19 - Data de publicação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	51	63,8	71,8	71,8
	Sim	20	25,0	28,2	100,0
	Total	71	88,8	100,0	
Missing	System	9	11,3		
Total		80	100,0		

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Partindo da tipologia de agentes/instituições utilizada, verificamos ser essa ausência a prática mais frequentemente encontrada na maioria deles, com poucas excepções – alguns *health clubs* (20%), algumas ONGs (33.3%), algumas associações de pacientes/utentes (66.7%), e a totalidade dos *sites* em nome individual mantidos por pacientes/utentes. Os *websites* mantidos por prestadores de cuidados de Saúde apresentam, a este nível, um posicionamento hegemónico no sentido da ausência de datação, independentemente da sua natureza Pública ou Privada. O que parece resultar destes dados é, pois, passe a redundância, uma tónica na datação por parte das instituições e agentes menos “institucionalizados” no sector (ver Quadro 4.10).

**Quadro 4.20 - Tipo de Agente \* Data de publicação**

% within Tipo de Agente

		Data de publicação		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	75,0%	25,0%	100,0%
	Hospital (Público)	100,0%		100,0%
	Centro de Saúde (Público)	100,0%		100,0%
	Hospital (Privado)	50,0%	50,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	80,0%	20,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	100,0%		100,0%
	Instituição de formação	100,0%		100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	66,7%	33,3%	100,0%
	Associação empresarial	100,0%		100,0%
	Associação profissional	66,7%	33,3%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	33,3%	66,7%	100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	30,0%	70,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	66,7%	33,3%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente		100,0%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>71,8%</b>	<b>28,2%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A partir dos dados recolhidos é ainda possível verificar que o facto de um determinado *website* apresentar conteúdos actualizados nos trinta dias anteriores à realização desta análise não garante, por si só, a prática de datação explícita dos mesmos, ainda que a sua incidência seja mais do dobro da verificada nos *sites* sem essa actualização.



**Quadro 4.21 - Data de publicação \* Situação do URL**

% within Data de publicação		Situação do URL			Total
		Activo, actualizado nos últimos 30 dias	Inactivo parcialmente (não actualizado nos últimos 30 dias)	Não especificado	
Data de publicação	Não	11,8%	37,3%	51,0%	100,0%
	Sim	25,0%	75,0%		100,0%
Total		15,5%	47,9%	36,6%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Paralelamente, analisando os dados sob o prisma dessa actualização, o que se verifica é uma proximidade assinalável entre a prática de datação explícita dos *websites* actualizados (45.5%) e a dos não-actualizados (44.1%), o que de algum modo reforça a tese da reincidência de práticas dos agentes neste âmbito.

**Quadro 4.22 - Situação do URL \* Data de publicação**

% within Situação do URL		Data de publicação		
		Não	Sim	Total
Situação do URL	Activo, actualizado nos últimos 30 dias	54,5%	45,5%	100,0%
	Inactivo parcialmente (não actualizado nos últimos 30 dias)	55,9%	44,1%	100,0%
	Não especificado	100,0%		100,0%
Total		71,8%	28,2%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A questão da interactividade é algo que se revela de grande dificuldade em medir. Aproximadamente três quartos da amostra – 74.6%, correspondentes a 53 casos – apresentam a morada postal onde se situam as instalações respectivas ou, pelo menos, a indicação de uma morada para a qual pode ser enviado correio tradicional. Esta opção parece indicar não apenas a presença de imperativos institucionais de informação mas igualmente uma estratégia de tangibilidade e aproximação a potenciais utentes mediante

o fornecimento de indicações muitas vezes extremamente precisas – com recurso a mapas –, para além de contribuir para criar uma imagem de transparência e credibilidade dos serviços prestados.

Será esta, porventura, a estratégia na base das opções dos prestadores de cuidados de Saúde nos seus *websites* (à excepção de 5 dos 12 *health clubs*), dos intermediários na prestação desses cuidados (100%), da maioria das associações presentes (com maior ênfase nas de natureza empresarial) mas, e talvez paradoxalmente, não no caso dos *websites* de centros de investigação (0%) ou àqueles dedicados à abordagem de *Patologias específicas* (30%).

**Quadro 4.23 - Tipo de Agente \* Endereço postal**

% within Tipo de Agente		Endereço postal		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública		100,0%	100,0%
	Hospital (Público)		100,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)		100,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	40,0%	60,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)		100,0%	100,0%
	Instituição de formação		100,0%	100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	11,1%	88,9%	100,0%
	Associação empresarial		100,0%	100,0%
	Associação profissional	33,3%	66,7%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	33,3%	66,7%	100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	70,0%	30,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	33,3%	66,7%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>		25,4%	74,6%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A indicação de um contacto telefónico é uma prática ainda mais recorrente, a julgar pelo percentual encontrado nesse sentido (80.3%) e que volta a ser superior ao encontrado no estudo catalão (72.1%). Na base deste valor estará provavelmente a utilização desta tradicional via de comunicação instantânea à distância para obtenção de informações ou marcação/subscrição de serviços. Isto mesmo é ilustrado pela tendência hegemónica demonstrada nesse sentido pelos dados: de entre todos os prestadores de cuidados de Saúde, apenas 1 dos *health clubs* não fornece contacto telefónico no seu *website*. Esta informação é também pedra-de-toque naqueles mantidos por instituições de formação e nos que pertencem às associações incluídas na amostra, mas com menor expressão nas de natureza profissional e de utentes, talvez mediante a escassez de recursos humanos existente em algumas delas, e esta última poderá igualmente ajudar a explicar o valor contrastante de 40% verificado, a este nível, nos *sites* dedicados a *Patologias específicas*.

**Quadro 4.24 - Tipo de Agente \* Número de telefone**

% within Tipo de Agente		Número de telefone		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública		100,0%	100,0%
	Hospital (Público)		100,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)		100,0%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)		100,0%	100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	10,0%	90,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)		100,0%	100,0%
	Instituição de formação		100,0%	100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	11,1%	88,9%	100,0%
	Associação empresarial		100,0%	100,0%
	Associação profissional	50,0%	50,0%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	33,3%	66,7%	100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	60,0%	40,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social		100,0%	100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>		<b>19,7%</b>	<b>80,3%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Quanto às ferramentas de comunicação consideradas típicas da Internet constatamos, relativamente ao correio electrónico, ser hegemónica a prática de fornecimento de endereços associados às instituições/agentes responsáveis pelos *websites* analisados (91.5%), indício de uma utilização articulada da presença neste novo espaço e da sua utilização enquanto plataforma comunicacional, para lá do mero estabelecimento de um *site* enquanto afirmação de modernidade. Decorrente de uma análise por tipo de instituição/agente, é possível verificar entre os prestadores de cuidados de Saúde que apenas 2 em 8 clínicas de especialidades médicas do sector Privado não fornecem um endereço de correio electrónico. O mesmo se verifica, entre os casos de associativismo, com 1 das 6 associações profissionais, e com 2 das 3 associações de utentes/pacientes – este último dado assumindo um carácter de alguma atipicidade face ao carácter descentralizado e em rede que habitualmente assumem e que assenta, com frequência, na utilização de ferramentas gratuitas de contacto como o correio electrónico.

**Quadro 4.25 - Tipo de Agente \* Endereço de correio electrónico**

% within Tipo de Agente		Endereço de correio electrónico			
		Não	Sim	Total	
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública		100,0%	100,0%	
	Hospital (Público)		100,0%	100,0%	
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%	
	Hospital (Privado)		100,0%	100,0%	
	Clínica de especialidade (Privado)	25,0%	75,0%	100,0%	
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)		100,0%	100,0%	
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)		100,0%	100,0%	
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)		100,0%	100,0%	
	Instituição de formação		100,0%	100,0%	
	Centro de investigação	100,0%		100,0%	
	ONG, Outra associação		100,0%	100,0%	
	Associação empresarial		100,0%	100,0%	
	Associação profissional	16,7%	83,3%	100,0%	
	Associação de pacientes/utentes	66,7%	33,3%	100,0%	
	Temáticas específicas (Patologias)		100,0%	100,0%	
	Meio de Comunicação Social		100,0%	100,0%	
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)		100,0%	100,0%	
	Site pessoal de paciente/utente		100,0%	100,0%	
	<b>Total</b>		<b>8,5%</b>	<b>91,5%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Outras ferramentas de contacto típicas da Internet não parecem, contudo, suscitar a mesma adesão por parte das instituições e agentes cujos *websites* foram objecto de análise. Na realidade, a possibilidade de subscrição de uma lista de distribuição de conteúdos ou mesmo de simples alertas para a existência de conteúdos novos apenas foi encontrada em aproximadamente 13% da amostra, referentes a 9 casos, mas ainda assim superior ao valor catalão (8.8%). Na base deste resultado encontra-se, com alguma probabilidade, o trabalho e esforço necessários à manutenção de semelhante funcionalidade. Paralelamente, esta pode constituir, em alguns casos, um incentivo ao afastamento dos utilizadores em relação ao *website*, não apenas tendo em conta o conteúdo nele constante mas também a perda potencial de receita associada à redução do tráfego contabilizado do mesmo.

Apesar disso, não deixa de surpreender o facto de que apenas 1 em 4 *sites* governamentais ou da Administração Pública possuem este recurso comunicacional, o qual poderia neste particular servir o propósito da difusão de alertas de Saúde Pública, ou assumir-se enquanto mais uma ilustração do investimento Público na aproximação dos cidadãos às instituições através da *Internetização* da Administração Pública. Entre os próprios prestadores de cuidados de Saúde destaca-se o facto de 2 em 4 Hospitais Públicos possuírem, talvez por essa razão, esta funcionalidade no *website* respectivo, o mesmo se verificando para 2 em 12 *health clubs*, mas com uma base provável de promoção da sua oferta de serviços. Estes dois resultados não escondem, contudo, a ausência maioritária verificada a este respeito na categoria de prestadores deste tipo de cuidado.

A maior parte das associações cujos *sites* foram analisados não apresenta uma lista de distribuição; e se este cenário pode ser enquadrado à luz da preferência pelas associações empresariais por outras formas de contacto, a verdade é que entre as ONGs e as associações de utentes essa ausência causa alguma perplexidade, mitigável apenas à luz do esforço necessário que a sua manutenção implica. O mesmo pode ser aplicado aos *websites* dedicados a *Patologias específicas*.

**Quadro 4.26 - Tipo de Agente \* Lista de distribuição**

% within Tipo de Agente		Lista de distribuição		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	75,0%	25,0%	100,0%
	Hospital (Público)	50,0%	50,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)	100,0%		100,0%
	Hospital (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	80,0%	20,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	100,0%		100,0%
	Instituição de formação	100,0%		100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	88,9%	11,1%	100,0%
	Associação empresarial	100,0%		100,0%
	Associação profissional	83,3%	16,7%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	100,0%		100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	80,0%	20,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>	<b>87,3%</b>	<b>12,7%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

As mesmas razões podem ser invocadas a respeito da ausência de um Fórum – espaço de comunicação assíncrona, mediada por computador – nos *websites* analisados: pouco mais de 14% da amostra (10 casos) apresentava esta ferramenta de contacto.

Entre os aderentes contam-se o único espaço mantido por um centro de Saúde do sector Público (entre os prestadores de cuidados de Saúde), sub-sector no qual a ausência de um Fórum assinalará a natureza unidireccional da informação prestada. Conta-se igualmente 1 dos 2 intermediários na prestação deste tipo de cuidados, bem como 1 em 6 associações profissionais. Apenas 2 em 9 ONGs apresentam este recurso, encontrado em 5 dos 11 *websites* dedicados a *Patologias específicas*, sendo possível explicar este aparente paradoxo face à natureza descentralizada da actividade das primeiras em função, por um lado, da exiguidade dos recursos humanos de muitas delas e, por outro

lado, de uma utilização complementar do correio electrónico com recurso a múltiplos destinatários.

**Quadro 4.27 - Tipo de Agente \* Forum**

% within Tipo de Agente		Forum		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	100,0%		100,0%
	Hospital (Público)	100,0%		100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	100,0%		100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	50,0%	50,0%	100,0%
	Instituição de formação	100,0%		100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	77,8%	22,2%	100,0%
	Associação empresarial	100,0%		100,0%
	Associação profissional	83,3%	16,7%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	100,0%		100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	50,0%	50,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
Total		85,9%	14,1%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A comunicação em *tempo-real*, permitida pela utilização de *Chats* ou espaços de diálogo directo síncronico, era possível em somente 7% da amostra (5 casos), possivelmente dada a necessária mas muitas vezes inexistente disponibilidade permanente de recursos humanos e técnicos capacitados para o efeito, cenário em relação ao qual apenas 1 em 2 intermediários na prestação de cuidados de Saúde, 1 em 3 associações de utentes, e 4 em 11 *websites* dedicados a *Patologias específicas* contrastavam.

**Quadro 4.28 - Tipo de Agente \* Chat**

% within Tipo de Agente		Chat			
		Não	Sim	Total	
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	100,0%		100,0%	
	Hospital (Público)	100,0%		100,0%	
	Centro de Saúde (Público)	100,0%		100,0%	
	Hospital (Privado)	100,0%		100,0%	
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%	
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%	
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	100,0%		100,0%	
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	50,0%	50,0%	100,0%	
	Instituição de formação	100,0%		100,0%	
	Centro de investigação	100,0%		100,0%	
	ONG, Outra associação	100,0%		100,0%	
	Associação empresarial	100,0%		100,0%	
	Associação profissional	100,0%		100,0%	
	Associação de pacientes/utentes	66,7%	33,3%	100,0%	
	Temáticas específicas (Patologias)	70,0%	30,0%	100,0%	
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%	
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%	
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%	
	<b>Total</b>		<b>93,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Finalmente, no que diz respeito a ferramentas de contacto típicas da Internet, a auscultação dos utilizadores dos *websites* incluídos na amostra parecia, a partir dos dados, e à semelhança de *Newsletters*, *Forum* e *Chats*, reunir poucos adeptos – apenas 10%, indiciando mais uma vez um relativo desinteresse pela opinião dos primeiros.

Entre os sites mantidos por instituições governamentais ou da Administração Pública apenas 1 em 4 apresenta um questionário/sondagem, o que não deixa de constituir uma desilusão ao nível do chamado *Governo Electrónico* e sinal de que algum trabalho se encontra ainda por fazer neste domínio ou de que a preferência é dada a outras formas de expressão de opinião – algo que talvez esteja igualmente na base do alheamento demonstrado a este nível pelos representantes do movimento associativo.



**Quadro 4.29 - Tipo de Agente \* Questionário online**

% within Tipo de Agente		Questionário online		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	75,0%	25,0%	100,0%
	Hospital (Público)	100,0%		100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	100,0%		100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	50,0%	50,0%	100,0%
	Instituição de formação	100,0%		100,0%
	Centro de investigação		100,0%	100,0%
	ONG, Outra associação	88,9%	11,1%	100,0%
	Associação empresarial	100,0%		100,0%
	Associação profissional	83,3%	16,7%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	100,0%		100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	90,0%	10,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
Total		90,1%	9,9%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A presença de um motor de busca ou pesquisa constitui uma prática minoritária nos *websites* analisados, cifrada em 26.8% da amostra. A este nível o registo dos espaços da responsabilidade de instituições Públicas melhora significativamente – foi frequente disponibilizarem um motor deste tipo, talvez dado o volume e dispersão da informação disponibilizada, pelo que os valores encontrados para elas fogem à média –, mantendo-se os restantes prestadores de cuidados de Saúde Privados, e representantes do movimento associativo como paradigmas da ausência de disponibilização desta ferramenta.

**Quadro 4.30 - Tipo de Agente \* Motor de busca**

% within Tipo de Agente		Motor de busca		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	25,0%	75,0%	100,0%
	Hospital (Público)	50,0%	50,0%	100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)	50,0%	50,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	100,0%		100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	100,0%		100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	50,0%	50,0%	100,0%
	Instituição de formação	100,0%		100,0%
	Centro de investigação		100,0%	100,0%
	ONG, Outra associação	77,8%	22,2%	100,0%
	Associação empresarial		100,0%	100,0%
	Associação profissional	50,0%	50,0%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	100,0%		100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	60,0%	40,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>	<b>73,2%</b>	<b>26,8%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Precisamente no sentido de averiguar as práticas de simplificação da experiência de utilização dos *sites* é possível observar os dados recolhidos relativamente à presença de uma secção de *Frequently Asked Questions*, ou *FAQs* – isto é, o conjunto de informações mais frequentemente solicitadas ou que se presume serem de utilidade ao utilizador do *site* – e constatar que apenas 13 casos em 80 davam mostras de semelhante preocupação. Esta situação, transversal aos principais grupos de tipologias de instituições (prestadores de cuidados de Saúde, associações, entre outros), só não é mais grave dada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas oferecida pelas formas de contacto anteriormente enunciadas – ainda que, em alguns casos, com atraso potencial na obtenção de resposta.

Com efeito, é negativamente significativo que não pareça existir um esforço da parte dos prestadores de cuidados de Saúde no sentido da dotação dos respectivos *websites*

com vista ao esclarecimento informado e imediato de dúvidas a potenciais utentes, ou a potenciais – ou mesmo efectivos – associados no caso das associações.

**Quadro 4.31 - Tipo de Agente \* Perguntas mais frequentes**

% within Tipo de Agente

		Perguntas mais frequentes		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Governo / Administração Pública	75,0%	25,0%	100,0%
	Hospital (Público)	100,0%		100,0%
	Centro de Saúde (Público)		100,0%	100,0%
	Hospital (Privado)	50,0%	50,0%	100,0%
	Clínica de especialidade (Privado)	87,5%	12,5%	100,0%
	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico (Privado)	100,0%		100,0%
	Health club / Centro de nutricionismo ou massagens (Privado)	70,0%	30,0%	100,0%
	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)	100,0%		100,0%
	Instituição de formação	100,0%		100,0%
	Centro de investigação	100,0%		100,0%
	ONG, Outra associação	77,8%	22,2%	100,0%
	Associação empresarial	100,0%		100,0%
	Associação profissional	66,7%	33,3%	100,0%
	Associação de pacientes/utentes	100,0%		100,0%
	Temáticas específicas (Patologias)	80,0%	20,0%	100,0%
	Meio de Comunicação Social	100,0%		100,0%
	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Site pessoal de paciente/utente	100,0%		100,0%
	<b>Total</b>	<b>81,7%</b>	<b>18,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

É possível, assim, a partir dos dados recolhidos, estabelecer uma problematização relevante da presença de agentes do sector da Saúde na Internet, nomeadamente apontando alguns traços de caracterização, a partir dos quais são formuladas algumas hipóteses explicativas para os resultados encontrados.

### ***Que Saúde na Rede?***

O primeiro traço de caracterização que é possível fazer da oferta de conteúdos de saúde na Internet prende-se com a presença desigual verificada entre instituições e indivíduos: apenas um site pessoal de um profissional de Saúde foi encontrado, e também apenas um site pessoal de um paciente foi contabilizado, numa amostra de 80 casos. Para este cenário contribuirá, certamente, a utilização do *weblog* enquanto espaço individual de expressão, bem como a facilidade crescente da própria concepção de um *weblog*. O segundo traço prende-se com a presença de prestadores de cuidados de Saúde na amostra – aproximadamente 42%. Este valor presta-se a duas leituras: por um lado, assume particular importância quando comparado com o valor da presença de Associações de utentes (4.1%) ou das ONGs a que deram origem (12.2%), indiciando uma aposta superior da parte dos primeiros na utilização da Internet como veículo; por outro lado, a esmagadora maioria desses prestadores encontrados na amostra são do sector Privado (35.1%), algo que se deverá provavelmente à natureza mais competitiva desse mercado – é, aliás, no seio deste sub-sector que encontramos o maior contingente: o dos *health-clubs* (16.2%). Os dados apontam igualmente para uma prática reiterada e coerente de fornecimento de informação *própria* por parte dos agentes/instituições envolvidos, ilustrada pelo cruzamento dos dados relativos às variáveis “*Informação sobre o Agente*” e “*Perfil profissional*”. Com efeito, analisando os *websites* a partir da variável “*Informação sobre o Agente*”, verifica-se ser sempre superior a 70% o parcial de reincidência na prática de fornecimento de informação, no *website* respectivo, sobre o perfil dos profissionais da instituição a que o mesmo pertence. Paralelamente, e ainda que com expressão menor, essa reincidência é sempre superior a 56% quando analisamos a presença de informação sobre o Agente a partir da variável “*Perfil profissional*”.

Merece destaque o facto de que aproximadamente 35% da amostra não disponibiliza informação sobre o seu autor, sobretudo os prestadores de cuidados de Saúde do sector Privado – essencialmente *health clubs* e centros de nutricionismo, podendo esta ausência dever-se ao carácter intuitivo associado à sua actividade. Por seu turno, primam por um registo perfeito neste particular o sector Público (fruto possível da complementaridade entre obrigações institucionais de prestação de informação clara e investimento na aproximação da Administração Pública aos cidadãos), os

intermediários de prestação de cuidados de Saúde e as instituições de formação e investigação (possivelmente recorrendo à prestação de informação clara como forma de publicidade ao grupo económico de pertença e de hetero-legitimação), e as associações de natureza empresarial e as de utentes/pacientes. No plano do fornecimento de informação relativa ao perfil profissional do Agente verificamos que o percentual de ausência de informação se apresenta superior ao observado na variável anterior – 45.1% face a 35.2% - tendo esta ausência sido encontrada com maior frequência junto de *health clubs* e centros de nutricionismo (60%), precisamente nos mesmos perfis nos quais se encontrava igualmente ausente informação relativa à própria instituição/agente.

Já a explicitação, no *site*, do objectivo do seu autor constitui prática generalizada na amostra (aproximadamente 79% dos casos, mais de duas vezes o encontrado na amostra catalã: 35.9%), destacando-se neste particular o registo completo das instituições Públicas. O que surpreende neste dado é, inversamente, o parcial de 21% de *websites* sem indicação dessa informação, o que pode dever-se à opacidade da estrutura do próprio *site*, da linguagem utilizada (caso dos *sites* de *Patologias específicas* e de publicações do sector), ou do leque de actividades do Agente (caso de alguns prestadores de cuidados de Saúde do sector Privado).

Apenas 3 dos 32 Agentes prestadores de cuidados de Saúde incluídos na amostra (4% da totalidade da amostra), todos eles do sector Privado, facultavam a possibilidade de solicitação/marcação *online* de uma consulta, realidade que traduz um grande desaproveitamento da Internet em geral e de um *website* em particular para este fim. Na base deste cenário estará, possivelmente, a acção concertada de estratégias de gestão interna de serviços, da falta de articulação desta plataforma com o serviço presencial de marcação de consultas ou cuidados, e da inexistência de recursos humanos ou técnicos capazes de dar resposta às solicitações provenientes deste meio. Também o comércio electrónico não parece suscitar grande interesse junto dos Agentes cujos *sites* analisámos, dada a fraca expressão apresentada pelo seu valor nesta amostra – apenas 7%, ainda assim superior aos 4.1% encontrados no estudo catalão. Para este desinteresse pode ter contribuído a ainda assinalável suspeição associada à segurança de pagamentos ou de divulgação de informação bancária através da Internet – mesmo atendendo a que a indicação de um NIB para pagamentos por transferência bancária constituiu, *grosso modo*, o exemplo mais frequente nos casos em que essa prática era visível.

No domínio da publicidade é observável uma assinalável dispersão de práticas. Por um lado, a auto-promoção praticada em cerca de 28% dos *sites*, sobretudo entre os prestadores de cuidados de Saúde do sector Privado, traduz um auto-centramento na actividade do Agente, e não obstante o reforço identitário que lhe está associada, pode ser considerada um aproveitamento mínimo do potencial da Internet. Por outro lado, a utilização de *banners* de outros agentes/instituições aos respectivos produtos/serviços por parte de aproximadamente 41% da amostra (a prática mais recorrente na amostra) pode constituir apenas a materialização da natureza *em rede* da Internet ou uma estratégia encapotada de promoção intra-grupo económico – ilustrada pelo que se verificou com os *sites* da Administração Pública, dos seus prestadores de cuidados de Saúde, e dos intermediários Privados dessa prestação. Mas permite-nos igualmente equacionar a hipótese de apontar já no sentido da tentativa de instrumentalização do *website* com vista à geração potencial de receitas, sejam elas de natureza meramente simbólica ou monetária – como parece ser o caso da prática das associações neste âmbito.

Uma das principais particularidades da Internet – a sua natureza instantânea – não parece ecoar na amostra em análise. Apenas uma pequena minoria dos *websites* analisados (aproximadamente 14%, sobretudo *health clubs* e intermediários na prestação de cuidados de Saúde, mercê provável da necessidade de actualização e/ou renovação regulares da oferta de produtos/serviços enquanto estratégia de mercado) se apresentava actualizada nos trinta dias anteriores à data da análise. A generalidade dos prestadores de cuidados de Saúde prima pela ausência de actualização, o que indicia desinvestimento por parte dos Agentes a quem pertencem ou a sua utilização enquanto mero *landmark* num novo suporte. Por outro lado, apenas 28.2% dos *websites* analisados referem a data da última actualização, referência da qual se exclui a mera indicação do *copyright*. A expressão deste valor reforça o indício de subvalorização do enquadramento cronológico do conteúdo da maioria dos *sites*, excepção feita novamente a alguns *health clubs*, e a algumas ONGs e associações de pacientes/utentes (66.7%). Deve ser destacado, como contraste, que a totalidade dos *sites* em nome individual mantidos por pacientes/utentes referem esta informação, o que não é assegurado pelas instituições.

A partir dos dados recolhidos é, pois, possível questionar se o facto de um determinado *website* apresentar conteúdos actualizados nos trinta dias anteriores à realização desta análise não garante, por si só, a prática de datação explícita dos mesmos, ainda que a sua incidência seja mais do dobro da verificada nos *sites* sem essa actualização. O que se verifica é uma proximidade assinalável entre a prática de datação explícita dos *websites* actualizados (45.5%) e a dos não-actualizados (44.1%), o que de algum modo reforça a ideia da reincidência de práticas dos agentes neste âmbito.

Ao nível da disponibilização de canais de comunicação nos *websites* analisados, duas realidades devem ser equacionadas. Em primeiro lugar, a das ferramentas de comunicação pré-Internet, domínio no qual o cenário é lisonjeiro para a “Internet portuguesa”: aproximadamente 75% da amostra apresentava uma morada postal onde se situam as instalações respectivas ou, pelo menos, a indicação de uma morada para a qual pode ser enviado correio tradicional, e aproximadamente 80% indicava um contacto telefónico, indiciando não apenas a presença de imperativos institucionais de informação mas igualmente uma estratégia de tangibilidade e aproximação a potenciais utentes mediante o fornecimento de indicações muitas vezes extremamente precisas – com recurso a mapas –, para além de contribuir para criar uma imagem de transparência e credibilidade dos serviços prestados. Em segundo lugar, no campo particular das ferramentas de comunicação típicas da Internet, constatamos ser hegemónica a prática de fornecimento de endereços de correio electrónico (91.5%), indício de uma utilização articulada da presença neste novo espaço enquanto afirmação de modernidade e da sua utilização enquanto plataforma comunicacional. No entanto, outras ferramentas de contacto típicas da Internet não parecem suscitar a mesma adesão. A existência de um Fórum apenas foi verificada em aproximadamente 14% da amostra, a possibilidade de subscrição de uma lista de distribuição de conteúdos apenas foi encontrada em aproximadamente 13% (superior ao valor catalão de 8.8%), de um inquérito/sondagem em 10% (face a 6.4% no estudo catalão), e de um *Chat* em 7% da amostra, sendo possível que na base destes resultados se encontre o trabalho necessário à sua manutenção ou o facto de poder constituir um incentivo ao afastamento dos utilizadores em relação ao *website*, tendo em conta a perda potencial de receita associada à redução do tráfego contabilizado do mesmo.

Relativamente a funcionalidades de simplificação da experiência de navegação, a primeira nota prende-se com a existência de um mapa para o *site*, verificada em apenas 21.1% da amostra, cenário particularmente preocupante quando se verifica na maioria dos *sites* dos prestadores de cuidados de Saúde, de informação relativa a *Patologias específicas*, e de instituições de formação e de investigação. Esta ausência de orientação explícita do utilizador agrava-se quando também a presença de um motor de busca constitui uma prática minoritária, cifrada em 26.8% da amostra. A este nível o registo dos espaços da responsabilidade de instituições públicas melhora significativamente – foi frequente disponibilizarem um motor deste tipo, talvez dado o volume e dispersão da informação disponibilizada, pelo que os valores encontrados para elas foge à média –, mantendo-se os restantes prestadores de cuidados de Saúde Privados, e representantes do movimento associativo como paradigmas da ausência desta ferramenta. Também em apenas 18.3% da amostra se verificou a presença de uma secção de *Frequently Asked Questions*, e pouco mais de 5% apresenta uma secção de *Ajuda*, sendo estas ausências a tónica transversal a todos os grupos de tipologias de instituições/agentes. Neste sentido, é negativamente significativo que não pareça existir um esforço da parte dos Agentes deste sector, e particularmente dos próprios prestadores de cuidados de Saúde, no sentido da dotação dos respectivos *websites* de instrumentos do esclarecimento informado e imediato de dúvidas a potenciais utentes. Quanto à presença de mecanismos de tradução dos conteúdos, o panorama não é animador e indicia um fechamento incompreensível num meio internacional e internacionalizante como a Internet, e que é ilustrado na perfeição pelos *websites* de instituições Públicas: nem mesma a defesa da Língua Portuguesa pode explicar por completo o facto de apenas 7% dos *sites* se encontrarem disponíveis noutra língua.

Se o que se esperava encontrar em termos de conteúdos sobre saúde on-line era algo como uma réplica da realidade off-line, não foi isso que se constatou. A oferta de conteúdos na rede de Internet obedece a lógicas próprias, que remetem para a própria capacidade das instituições e actores que lidam com as questões da saúde se posicionarem no contexto das novas tecnologias e que, aparentemente, não reproduz as lógicas daquilo que é a oferta fora da realidade “virtual”. Sendo o contexto on-line muito marcado pelas instituições e não tanto pelos indivíduos, vejamos o que nos diz a análise dos blogues no campo da saúde.



### ***Os blogues sobre saúde de origem nacional***

A partir do processo de pesquisa já descrito, aprofundado pela análise de todas as hiperligações contidas no conjunto de *weblogs* daí resultante, e após exclusão de todos os que não diziam respeito a questões relacionadas com o domínio da Saúde e daqueles não assinados por agentes do sector, ascendeu a 55 o número de *weblogs* objecto de análise. Este conjunto, doravante designado por *amostra*, não assume, à semelhança do verificado para os *websites*, pretensões a uma representatividade estatística do Universo a que diz respeito, não deixando por essa razão de constituir um retrato possível de uma realidade cujo dinamismo importa abordar e caracterizar.

**Figura 4.7. Exemplo de um Blogue de um Profissional de Saúde**



A primeira nota de relevo respeitante ao seu perfil prende-se com a presença maciça de *weblogs* mantidos por *profissionais de Saúde*: 43, num parcial de 78.2% da amostra. Este valor assume particular importância se considerarmos a presença de apenas um *weblog* mantido por um utente/paciente (1.8% da amostra). Neste sentido, e tendo em conta os agentes com presença hipotética neste meio, são os profissionais de Saúde a dar sinais de uma maior – ou pelo menos mais rápida – apropriação do *weblog* enquanto plataforma. Paralelamente, 45.5% da amostra, num parcial de 25 *weblogs*, é mantida por *Médicos*, seja em regime de internato enquanto etapa final de formação académica, seja em exercício pleno e continuado no tempo da profissão – uma percentagem a considerável distância da apresentada pelos restantes profissionais de Saúde (os *Enfermeiros* constituem o segundo grupo, com 8 *weblogs*, ou 14.5% da amostra).

Merece igualmente destaque uma figura específica que assume particular recorrência no mundo dos *weblogs*: a autoria partilhada, ilustrada pela presença de 5 *weblogs* colectivos, num parcial de 9.1% da amostra.

**Quadro 4.32 - Tipo de Agente**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Blog de Profissional de Saúde (médico)	25	45,5	45,5
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	8	14,5	60,0
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	2	3,6	63,6
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	1	1,8	65,5
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	2	3,6	69,1
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	5	9,1	78,2
	Blog de paciente/utente	1	1,8	80,0
	Não-especificado	8	14,5	94,5
	Não-identificado	3	5,5	100,0
	Total	55	100,0	

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Relativamente à qualidade projectável sobre os conteúdos a partir da identificação clara, quer do autor do *weblog*, quer do seu perfil profissional, os dados parecem apoiar a hipótese de uma hipotética preferência dos autores dos *weblogs* pelo anonimato, dado o elevado percentual assumido pelos casos em que não existe informação sobre o Agente responsável pelo *weblog* – 70.9% da amostra, correspondente a 39 casos.

Entre os profissionais da Saúde, parecem ser os Enfermeiros os mais renitentes em divulgar informação pessoal – apenas 12.5% da amostra o fazem – aproximadamente um terço do verificado entre os Médicos – 36% –, primando os restantes profissionais por uma relativa equidade de posicionamento.

**Quadro 4.33 - Tipo de Agente \* Informação sobre o Agente**

% within Tipo de Agente		Informação sobre o Agente		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	64,0%	36,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	87,5%	12,5%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	50,0%	50,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	50,0%	50,0%	100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	60,0%	40,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente		100,0%	100,0%
	Não-especificado	87,5%	12,5%	100,0%
	Não-identificado	100,0%		100,0%
Total		70,9%	29,1%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Ao nível da informação sobre o seu perfil profissional, quer indicada explicitamente, quer inferida do conteúdo dos *weblogs*, é ainda mais notória a ausência de identificação: a maior parte dos autores – 76.4% da amostra, correspondente a 42 casos – opta por esta estratégia, a qual colhe sobretudo (e mais uma vez) entre os Enfermeiros (75%), mas desta feita com um percentual bastante próximo do verificado para os Médicos (72%).

**Quadro 4.34 - Tipo de Agente \* Perfil profissional do Agente**

% within Tipo de Agente		Perfil profissional do Agente		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	72,0%	28,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	75,0%	25,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	50,0%	50,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	100,0%		100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	60,0%	40,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente	100,0%		100,0%
	Não-especificado	87,5%	12,5%	100,0%
	Não-identificado	100,0%		100,0%
Total		76,4%	23,6%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Aparentemente os Enfermeiros possuem mais constrangimentos em assumir não apenas a sua identidade pessoal mas igualmente a sua identidade profissional, provável estratégia de simultâneo respeito pelo segredo profissional a que se encontram obrigados e pela privacidade do teor por vezes demasiado pessoal ou íntimo das experiências que podem relatar, quer sejam suas, quer sejam dos pacientes que observam e acompanham. Indício desta estratégia pode, aliás, ser a existência de um conjunto de *weblogs* pertencentes a profissionais de Saúde que assumem explicitamente, do ponto de vista discursivo, a opção pelo anonimato: a UBAR, União dos Blogs Anónimos Responsáveis, para a qual “*anónimo não é sinónimo de irresponsabilidade. É apenas aquele que não assina o que escreve, por opção livre e responsável*”<sup>74</sup>. Por outro lado, se o entendimento feito do *weblog* for tendencialmente no sentido da manifestação de opinião – e não, portanto, o de *qualidade* estritamente *médica* atribuída ao seu conteúdo em função da identidade e estatuto do seu autor –, essa estratégia de invisibilidade permite proteger o profissional de Saúde de eventuais problemas do foro disciplinar ou de inserção/coexistência profissional.

É extremamente significativo e ilustrativo da dinâmica dos *weblogs* enquanto plataforma que praticamente metade da amostra – 27 casos, ou 49.1% do total – tenha sido actualizada nos trinta dias anteriores à data da análise conduzida, encontrando-se ainda 1 caso (1.8% da amostra) indicado como “*em construção*”. Compreendendo situações de alguma disparidade, entre a inexistência de actualização nos trinta dias anteriores à data da análise conduzida e a ausência de actualização superior a um ano reunidas para efeito de comparação e contraste com o contingente anterior, verifica-se ainda que a sub-amostra de *weblogs* parcialmente inactivos ascende a 21 casos, ou 38.2% do total. Finalmente, apenas 10.9% da amostra, num parcial de 6 casos, indicava explicitamente encontrar-se *encerrada*, mantendo-se disponível como repositório de memória, concretizando – ao contrário do que se verificou para alguns dos *websites* – a utilização potencial mas nem sempre materializada da Internet.

Quanto aos sites de profissionais de Saúde é possível verificar uma assiduidade de actualização de conteúdos inferior junto dos Enfermeiros que entre os restantes perfis, nomeadamente os Médicos: apenas 25% dos *weblogs* dos primeiros foram actualizados nos trinta dias anteriores à data da análise, face a 48% dos segundos. Farmacêuticos e

---

<sup>74</sup>Cf. <http://blogsanonimos.blogspot.com>.

Investigadores surgem nesta amostra como os perfis cujos *weblogs* se apresentam com maior assiduidade de actualização – todos com *posts* (entradas) adicionados nos trinta dias anteriores à data da análise.

A natureza colectiva de alguns *weblogs* não garante, por seu turno, assiduidade de actualização: ascende a 40% do seu contingente a percentagem dos inactivos, seja parcialmente, seja completamente. Deve, apesar disto, ser destacado o facto de 60% destes terem efectivamente sido actualizados nos trinta dias anteriores à data da análise.

**Quadro 4.35. Tipo de Agente \* Situação do URL**

% within Tipo de Agente		Situação do URL				Total
		Activo, actualizado nos últimos 30 dias	Activo, em construção (indicado como tal)	Inactivo parcialmente (não actualizado nos últimos 30 dias)	Inactivo completamente / Encerrado (indicado como tal)	
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	48,0%	4,0%	36,0%	12,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	25,0%		75,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	100,0%				100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)				100,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	100,0%				100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	60,0%		20,0%	20,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente	100,0%				100,0%
	Não-especificado	37,5%		62,5%		100,0%
	Não-identificado	66,7%			33,3%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>49,1%</b>	<b>1,8%</b>	<b>38,2%</b>	<b>10,9%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Nenhum dos 55 *weblogs* analisados indicava qualquer endereço postal através do qual o estabelecimento de um processo comunicacional entre o seu autor e qualquer utilizador que o consultasse fosse possível. Esta inexistência levanta, naturalmente, a questão da preferência do autor por formas alternativas de contacto.

Uma dessas formas alternativas seria o telefone, de rede fixa ou móvel. Contudo, apenas 1 em 55 *weblogs* (1.8% da amostra) indicava um número para contacto telefónico – o *weblog* de um Farmacêutico –, algo que conjuntamente com a inexistência de indicação de morada postal configura um quadro de uma certa recusa, por parte dos seus autores,

das vias de contacto mais instituídas, possivelmente em favor de formas de contacto mais conotadas com o próprio suporte – a Internet – ou que, pelo menos, garantam aos seus autores um relativo distanciamento físico e, até certo ponto, o seu anonimato.

**Quadro 4.36.- Tipo de Agente \* Número de telefone**

% within Tipo de Agente		Número de telefone		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	50,0%	50,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	100,0%		100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	100,0%		100,0%
	Blog de paciente/utente	100,0%		100,0%
	Não-especificado	100,0%		100,0%
	Não-identificado	100,0%		100,0%
Total		98,2%	1,8%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A preferência por vias de contacto próprias da Internet parece concretizar-se quando verificamos existir indicação de endereço de correio electrónico em 25 dos 55 *weblogs*, correspondentes a 45.5% da amostra. Associada a esta aparente preferência pode igualmente encontrar-se a acessibilidade deslocalizada do correio electrónico, paralela à do próprio *weblog*.

Nos *weblogs* de utentes/pacientes e de *weblogs* de profissionais da Saúde, verificamos no seio deste último contingente uma distribuição razoavelmente equitativa junto de *weblogs* de Médicos, Enfermeiros e de autoria colectiva entre os casos de indicação de endereço de correio electrónico e os casos de ausência deste, com um ascendente muito ligeiro para a sua presença. Com posicionamentos hegemónicos surgem, por um lado, os Farmacêuticos (presença de endereço de correio electrónico) e, por outro lado, os Técnicos e os Investigadores (ausência de endereço de correio electrónico).

**Quadro 4.37. Tipo de Agente \* Endereço de correio electrónico**

% within Tipo de Agente		Endereço de correio electrónico		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	52,0%	48,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	50,0%	50,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)		100,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	100,0%		100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	60,0%	40,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente	100,0%		100,0%
	Não-especificado	75,0%	25,0%	100,0%
	Não-identificado		100,0%	100,0%
Total	54,5%	45,5%	100,0%	

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Outras ferramentas de interactividade típicas da Internet não parecem, a um primeiro olhar, suscitar o mesmo entusiasmo ou investimento por parte dos autores destes *weblogs*. Exemplo disso é a completa ausência de *Chat rooms*, isto é, espaços de interacção comunicacional síncrona registada nos *weblogs* analisados.

No entanto, importa enquadrar este dado. Tendo em conta a natureza assíncrona do próprio *weblog* enquanto suporte – isto é, um espaço de mensagens escritas que apenas em limite poderia ser considerado de actualização permanente e instantânea – faz todo o sentido que estes Chats, enquanto modo de comunicação em tempo-real, não sejam uma característica dos *weblogs*, mais direccionados para actualização e leitura/comentário periódicos que para o estabelecimento de diálogos instantâneos. Também a quase completa inexistência de Forum – locais de troca assíncrona de mensagens escritas, moderados ou não – parece suscitar pouco entusiasmo entre os autores de *weblogs*: apenas 1 (1.8% da amostra) o possuía (um dos *weblogs* de autoria colectiva).

**Quadro 4.38. Tipo de Agente \* Forum**

% within Tipo de Agente		Forum		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	100,0%		100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	80,0%	20,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente	100,0%		100,0%
	Não-especificado	100,0%		100,0%
	Não-identificado	100,0%		100,0%
Total		98,2%	1,8%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Este dado deve, contudo, ser relativizado em virtude da existência, constatada em todos os *weblogs* analisados, da possibilidade de comentário aos *posts*, que constituem, na realidade, uma forma de Fórum – não obstante tratar-se de uma funcionalidade incluída na maior parte das pré-configurações de um *weblog*. Assim sendo, também no particular desta via de interacção se confirma a preferência dos autores de *weblogs* por canais típicos da Internet. As Listas de distribuição, outra ferramenta de interactividade característica da Internet, assumem nos *weblogs* uma natureza mais específica: a de *feeds*, ou seja, conteúdos que podem ser subscritos e enviados automaticamente aos seus subscritores assim que são publicados e se encontrem disponíveis para consulta. Neste domínio, é significativo que pouco menos de um terço da amostra – 17 *weblogs*, correspondentes a 30.9% do total – faculte esse recurso a quem o consulte.

É sobretudo nos *weblogs* de Médicos (36%) e de Enfermeiros (25%) que se encontra a possibilidade de subscrição de *feeds*, primando pela sua ausência a restante sub-amostra de *weblogs* de profissionais de Saúde.



**Quadro 4.39. Tipo de Agente \* Lista de distribuição**

% within Tipo de Agente

		Lista de distribuição		
		Não	Sim	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	64,0%	36,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	75,0%	25,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)	100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	50,0%	50,0%	100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	100,0%		100,0%
	Blog de paciente/utente		100,0%	100,0%
	Não-especificado	50,0%	50,0%	100,0%
	Não-identificado	100,0%		100,0%
Total	69,1%	30,9%	100,0%	

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Ao nível do tipo de serviços de interacção disponibilizados pelos *weblogs* que constituem a amostra considerada a quem os consulta, a primeira nota vai para o facto de a totalidade dos 55 *weblogs* analisados apresentar um mecanismo que pode ser considerado de “acesso a área restrita”, em virtude de possuir uma hiperligação a uma zona do *weblog* na qual pode ser introduzido, por parte do(s) seu(s) autor(es) o(s) respectivo(s) nome de utilizador e palavra-passe.

**Quadro 4.40 - Acesso a área restrita**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	55	100,0	100,0

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Paralelamente, a hiperligação existente para a inscrição/criação de um novo *weblog* – existente numa barra superior comum à esmagadora maioria dos *weblogs* analisados – não constitui, em si mesma, um acesso a uma área restrita uma vez que se encontra acessível, na realidade, a qualquer utilizador. Num outro registo, nenhum destes 55 *weblogs* apresentava qualquer mecanismo ou área de comércio electrónico, o que indica a natureza não-comercial destes espaços e das intenções dos seus autores.

**Quadro 4.41. Comércio electrónico**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	55	100,0	100,0

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Contudo, os dados relativos à existência de publicidade permitem compreender o modo como alguns deles estão, na realidade, a tentar rentabilizar os seus *weblogs*.

Se é certo que 21.8% da amostra (12 casos) não apresenta qualquer publicidade, e que 27.3% (15 casos) possui apenas referências publicitárias ao próprio serviço de alojamento de *weblogs* (em muitos casos de inclusão automática), é significativo que mais de metade da amostra (50.9%, correspondente a 28 casos) inclua outros *banners*. Entre estes contam-se desde a simples referência a preferências artísticas e culturais, passando pelas causas apoiadas (Amnistia Internacional, Abraço) – uns e outros sem geração directa de receitas para os autores dos *weblogs* – até à existência de *banners* especificamente publicitários, por norma patrocinados pelo serviço AdSense da empresa Google, os quais geram receitas para os autores dos *weblogs* em função dos cliques dos frequentadores desses espaços nesses *banners*. Significa este último dado que potencialmente metade dos *weblogs* estão a tentar ser economicamente rentáveis, particularmente entre aqueles que são mantidos por Médicos (64%).

**Quadro 4.42. Tipo de Agente \* Publicidade**

% within Tipo de Agente		Publicidade			Total
		Não	Sim, associada ao site e seus conteúdos	Sim, banners de terceiros	
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	16,0%	20,0%	64,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	37,5%	12,5%	50,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)		50,0%	50,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)		100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)	50,0%		50,0%	100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente			100,0%	100,0%
	Não-especificado	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
	Não-identificado			100,0%	100,0%
Total		21,8%	27,3%	50,9%	100,0%

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

A qualidade do *weblog*, de um ponto de vista puramente técnico-estrutural, pode ser considerada uma função do tipo de serviço de alojamento oferecido, isto é, da existência e disponibilização de *templates* ou pré-configurações, as quais possuem o predicado extremamente relevante – e provavelmente na base do sucesso deste suporte – de fornecer um layout com opções de configuração automática e fácil alteração, de acordo com as preferências do seu autor. Face à natureza cronológica da própria estrutura de um *weblog*, todos os casos analisados apresentam data de publicação dos respectivos *posts* – mesmo no caso daqueles cuja actualização não tem sido regular.

Quanto ao teor do conteúdo destes *weblogs* revela, ao nível do objectivo, uma incidência absoluta da comunicação sem *target* claramente definido. O mesmo é dizer que, ao contrário do que poderia ser expectável, o facto de um *weblog* ser mantido por um profissional da Saúde não o torna, quer de leitura e compreensão, quer de acesso, exclusivo a outros profissionais do mesmo sector.

**Quadro 4.43. Objectivo**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Comunicação com utentes e público em geral	55	100,0	100,0

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Esta homogeneidade de objectivo desfaz-se, contudo, quando analisado com maior atenção o seu teor. Com efeito, três ângulos de análise são possíveis a este respeito. Em primeiro lugar, atendendo ao seu conteúdo predominante, verifica-se, não sem alguma surpresa, que a categoria individual encontrada na maioria dos *weblogs* – 23 casos, correspondendo a 41.8% do total – abordam questões de actualidade geral, ou seja, não-médica, num registo que respeita o que podemos considerar *ideal-tipo* do *weblog*: o registo de um *diário* (*log*) mantido na Internet (*web*), compreendendo todo o tipo de nota pessoal, desabafo, relato de uma experiência ou estado de espírito, ou comentário a respeito de qualquer assunto que tenha prendido a atenção do(s) seu(s) autor(es). Se a este percentual for acrescentado, por um lado, aquele relativo à descrição da realidade académica dos estudantes de cursos superiores ou profissionais deste sector e, por outro, aquele respeitante ao quotidiano do próprio profissional de Saúde no exercício das suas funções, esta dimensão de *diário* é assumida por um parcial de 76.4%, ou seja, mais de

três quartos da amostra considerada. Neste sentido, parece estar a adaptar-se mais o utilizador ao suporte que o inverso. Em segundo lugar, só ao nível do parcial reunido das cinco categorias relacionadas com o sector da Saúde – *Funcionamento do SNS, Patologias específicas, Ensino, Investigação/Inovação, e Quotidiano no SNS* – é que este constitui, de facto, a referência: 32 casos, correspondendo a 58.2% da amostra.

No entanto, e em terceiro lugar, é significativo que as categorias menos encontradas constituam dois dos temas mais importantes para este sector: efectivamente, apenas 3.6% dos *weblogs* (2 casos) abordam predominantemente *patologias específicas*, e apenas 1.8% (1 caso) aborda predominantemente a *inovação em cuidados de Saúde*. A este nível, portanto, a utilização deste suporte como veículo de disseminação de informação recente nestes dois domínios é ainda pouco mais que medíocre.

**Quadro 4.44. Conteúdo predominante**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Funcionamento do sistema de Saúde	10	18,2	18,2
	Patologias específicas	2	3,6	21,8
	Ensino da Saúde	9	16,4	38,2
	Investigação/Inovação em cuidados de Saúde	1	1,8	40,0
	Actualidade geral, não-médica	23	41,8	81,8
	Quotidiano do agente no sistema de Saúde	10	18,2	100,0
	Total	55	100,0	

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Uma análise por tipo de *weblog* revela, por seu turno, que a incidência da dimensão *pessoal*, de *diário*, se mantém predominante entre os *weblogs* mantidos por Médicos (44%) e por Enfermeiros (37.5%), apenas perdendo esse protagonismo naqueles de autoria colectiva (20%). Inversamente, em 56% dos que são mantidos por Médicos face a 62.5% dos que são mantidos por Enfermeiros, são as temáticas em torno da Saúde que, conjuntamente, constituem a referência principal. Assim, e ainda que por diferenças pouco expressivas (na ordem dos 6.5%), os *weblogs* mantidos por Médicos

apresentam um carácter mais diversificado na sua temática, primando aqueles mantidos por Enfermeiros por uma ênfase maior em temáticas da Saúde.

**Quadro 4.45. Tipo de Agente \* Conteúdo predominant**

% within Tipo de Agente		Conteúdo predominante						Total
		Funcionament do sistema de Saúde	Patologias específicas	Ensino da Saúde	Investigação, inovação em cuidados de Saúde	Actualidade geral, não-médica	Quotidiano do agente no sistema de Saúde	
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	4,0%	4,0%	24,0%	4,0%	44,0%	20,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)	25,0%		12,5%		37,5%	25,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)	50,0%				50,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)						100,0%	100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)					100,0%		100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde			40,0%		20,0%	40,0%	100,0%
	Blog de paciente/utente		100,0%					100,0%
	Não-especificado	50,0%				50,0%		100,0%
	Não-identificado	66,7%				33,3%		100,0%
<b>Total</b>		<b>18,2%</b>	<b>3,6%</b>	<b>16,4%</b>	<b>1,8%</b>	<b>41,8%</b>	<b>18,2%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Também a natureza das hiperligações observadas nos *weblogs* sob escrutínio permite acrescentar alguns traços de caracterização à amostra considerada. Neste sentido, a vitalidade da chamada *blogosfera* enquanto rede parece sobressair, uma vez que apenas 3 casos em 55 (5.5% da amostra) não possuem qualquer hiperligação. Por outro lado, a maioria dos *weblogs* analisados – 54.5%, ou seja, 30 casos – possui hiperligações maioritariamente para outros espaços mantidos por profissionais de Saúde, o que indicia um aparente fechamento dos profissionais do sector sobre si próprios, numa tentativa de reforço identitário mútuo – fenómeno que a percentagem de *weblogs* com hiperligações maioritariamente a *websites* e *weblogs* de outro teor (38.2) mitiga mas não desmente. Foi, aliás, muito frequente encontrar referência de alguma circularidade aos mesmos *weblogs*, o que indicia uma dimensão reduzida deste contingente específico no seio da *blogosfera* ou, pelo menos, um relativo desconhecimento desse universo por parte destes profissionais.

Verifica-se mais uma vez uma ligeira tendência entre os *weblogs* mantidos por Enfermeiros para a abordagem – neste caso, traduzida em hiperligações – de temáticas mais estritamente *médicas* ou dos agentes nelas envolvidos (75% dos casos), face a um contingente de *weblogs* mantidos por Médicos que primam pelas hiperligações a espaços de teor mais diversificado (48%).

**Quadro 4.46. Tipo de Agente \* Natureza dos links existentes**

% within Tipo de Agente		Natureza dos links outward existentes				
		Sem links	Maioritariamente Genéricos / Diversos	Maioritariamente Saúde (Outros Agentes)	Maioritariamente Saúde (Patologias)	Total
Tipo de Agente	Blog de Profissional de Saúde (médico)	8,0%	48,0%	44,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)		25,0%	75,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)		50,0%	50,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)			100,0%		100,0%
	Blog de Profissional de Saúde (investigador)		100,0%			100,0%
	Blog colectivo de Profissionais de Saúde		40,0%	60,0%		100,0%
	Blog de paciente/utente				100,0%	100,0%
	Não-especificado	12,5%	25,0%	62,5%		100,0%
	Não-identificado				100,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>5,5%</b>	<b>38,2%</b>	<b>54,5%</b>	<b>1,8%</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Espanha e Cardoso (2007a), Conteúdos de Saúde Online: Google, WWW e Blogues, CIES-ISCTE

Assim, relativamente ao perfil dos autores dos *weblogs* presentes na amostra destaca-se a presença maciça daqueles mantidos por *profissionais de Saúde*, sinal de uma maior – ou pelo menos mais rápida – apropriação do weblog enquanto plataforma: 78.2%, num parcial de 43 casos, valor absolutamente contrastante com a presença de apenas 1 *weblog* mantido por um utente/paciente (1.8% da amostra). Noeste contexto, a maior parte (45.5% da amostra, num parcial de 25 *weblogs*) é mantida por *Médicos*, presença consideravelmente superior à dos restantes profissionais de Saúde (o segundo grupo, os *Enfermeiros*, constituem apenas 14.5% da amostra) e à de uma figura específica que assume importância entre os *weblogs*: a autoria partilhada, com um parcial de 9.1%.

A análise dos *weblogs* permite também reflectir sobre a presença de uma estratégia de anonimato por parte dos autores dos *weblogs*. Um primeiro indício da mesma era já a existência de um conjunto de *weblogs* pertencentes a profissionais de Saúde que assumem explicitamente, do ponto de vista discursivo, a opção pelo anonimato. Os dados recolhidos parecem confirmar esta ideia já que, por um lado, em aproximadamente 71% dos casos não existia informação sobre o seu autor, sobretudo naqueles mantidos por Enfermeiros (87.5%) face aos mantidos por Médicos (64%); por outro lado, aproximadamente 76% da amostra não apresentava informação sobre o perfil profissional do seu autor, quer indicada explicitamente quer inferida do conteúdo dos *weblogs*, com valores próximos junto dos *weblogs* de Enfermeiros (75%) e de Médicos (72%).

Fica a ideia de que os profissionais do sector demonstram reservas em assumir não apenas a sua identidade pessoal mas igualmente a sua identidade profissional, provável estratégia de simultâneo respeito pelo segredo profissional a que se encontram obrigados e pela privacidade do teor por vezes demasiado pessoal ou íntimo das experiências que podem relatar, quer sejam suas, quer sejam dos pacientes que observam e acompanham. Por outro lado, se o entendimento feito do *weblog* for tendencialmente no sentido da manifestação de opinião – e não, portanto, o de *qualidade* estritamente *médica* atribuída ao seu conteúdo em função da identidade e estatuto do seu autor –, essa estratégia de invisibilidade permite proteger o profissional de Saúde de eventuais problemas do foro disciplinar ou de inserção/coexistência profissional.

Numa primeira leitura, estes *weblogs* revelam uma incidência absoluta da comunicação sem *target* claramente definido, ou seja, o facto de serem mantidos por profissionais do sector da Saúde não os torna exclusivos a profissionais desse sector. Esta aparente homogeneidade de objectivo desfaz-se, contudo, quando analisado com maior atenção o seu teor, emergindo três ângulos de análise. Primeiro, surpreende que o conteúdo temático predominante (41.8%) se prenda com questões de actualidade geral, não-médica, num registo próximo do *ideal-típo* do *weblog*. Se a este percentual forem acrescentados o relativo à descrição da realidade académica dos estudantes de cursos superiores ou profissionais deste sector e o respeitante ao quotidiano do próprio profissional de Saúde no exercício das suas funções, esta dimensão de *diário* assume

um parcial de 76.4%, o que indicia que o utilizador pareça estar a adaptar-se mais ao suporte que o inverso. Segundo, o sector da Saúde apenas constitui a referência temática dominante (58.2%) quando reunidas as cinco categorias com ele relacionadas (*Funcionamento do SNS, Patologias específicas, Ensino, Investigação/Inovação, e Quotidiano no SNS*). Terceiro, é significativo que dois dos temas mais importantes para este sector – *Patologias específicas* (2 casos em 55) e *Inovação em cuidados de Saúde* (1 caso) – constituam duas das categorias menos frequentes, o que significa que a utilização deste suporte como veículo de disseminação de informação recente é, nestes dois domínios, ainda pouco mais que medíocre.

Uma análise por tipo de *weblog* revela, por seu turno, que a incidência da dimensão *pessoal*, de *diário*, se mantém predominante entre os *weblogs* mantidos por Médicos (44%) e por Enfermeiros (37.5%), precisamente aqueles nos quais as temáticas em torno da Saúde constituem a referência principal. Significa ainda este último dado, ainda que por diferenças pouco expressivas (na ordem dos 6.5%), os *weblogs* mantidos por Médicos apresentam um carácter mais diversificado na sua temática, primando aqueles mantidos por Enfermeiros por uma ênfase maior em temáticas da Saúde.

Também a natureza das hiperligações observadas nos *weblogs* sob escrutínio permite acrescentar alguns traços de caracterização à amostra considerada, sublinhando a vitalidade da chamada *blogosfera* enquanto rede uma vez que apenas 3 casos em 55 não possuem qualquer hiperligação. No entanto, essa *rede* apresenta sinais de um aparente fechamento dos profissionais do sector sobre si próprios, numa tentativa de reforço identitário mútuo já que a maioria dos *weblogs* analisados (54.5%) possui hiperligações maioritariamente para outros espaços mantidos por profissionais de Saúde.

Verificou-se ainda uma ligeira tendência entre os *weblogs* mantidos por Enfermeiros para hiperligações a espaços de temática mais estritamente *médica*, face a um contingente de *weblogs* mantidos por Médicos que primam pelas hiperligações a espaços de teor mais diversificado (48%).

Num outro registo, se é verdade que nenhum destes *weblogs* apresentava qualquer mecanismo ou área de comércio electrónico, parecendo imprimir-lhes uma natureza não-comercial, o modo como alguns autores podem rentabilizá-los é igualmente



avaliável a partir dos dados relativos à existência de publicidade. Por um lado, 21.8% da amostra não apresenta qualquer publicidade, e 27.3% possui apenas referências publicitárias ao próprio serviço de alojamento de *weblogs* (de inclusão automática em muitos casos). Por outro lado, é significativo que mais de metade da amostra (50.9%) incluía outros *banners*, desde a simples referência a preferências artísticas e culturais, passando pela publicitação de causas apoiadas (uns e outros sem geração directa de receitas para os autores dos *weblogs*), até à existência de *banners* especificamente publicitários (*pay-per-click*) AdSense/Google – o que pode significar que metade dos *weblogs* estão efectivamente a tentar ser economicamente rentáveis, particularmente entre aqueles que são mantidos por Médicos (64%).

Numa demonstração de dinamismo e empenho na manutenção desta plataforma, praticamente metade da amostra (49.1%) havia sido actualizada nos trinta dias anteriores à data da análise, com particular destaque para as sub-amostras de *blogs* mantidos por Farmacêuticos e Investigadores – ambas totalmente actualizadas nesse período – face aos parciais de 25% junto dos Enfermeiros e de 48% junto dos Médicos. Inversamente, apenas 10.9% de toda a amostra indicava explicitamente encontrar-se *encerrada*, mantendo-se disponível como repositório de memória.

Também ao nível dos *weblogs* é possível verificar, à semelhança dos *sites*, a estratégia comunicacional preferida pelos seus autores. Assim sendo, no que diz respeito às formas de comunicação mais tradicionais, verificou-se que nenhum dos 55 *weblogs* analisados apresentava qualquer endereço postal, e que apenas um indicava um número para contacto telefónico – o *weblog* de um Farmacêutico. Estes dois dados configuram um quadro de uma certa recusa das vias de contacto mais instituídas, possivelmente em favor de formas de contacto mais conotadas com o próprio suporte – a Internet – ou que, pelo menos, garantam aos seus autores um relativo distanciamento físico e, até certo ponto, o seu anonimato.

A preferência por vias de contacto próprias da Internet parece concretizar-se quando 45.5% da amostra apresenta um endereço de correio electrónico, podendo especular-se sobre se na base deste fenómeno não poderá igualmente encontrar-se a acessibilidade deslocalizada do correio electrónico, análoga à de um *weblog*. No entanto, outras ferramentas de interactividade típicas da Internet não parecem, numa primeira leitura,

suscitar o mesmo entusiasmo. No entanto, importa enquadrar os dados respectivos e explicitar de que forma podem existir, na realidade, a preferência dos autores por ferramentas *net-friendly*. Exemplo disso é a completa ausência de *Chats* (que faz sentido à luz da natureza assíncrona do *weblog* e que, por essa razão, não constituem uma expectativa realista), a quase completa “inexistência” de um Fórum (apenas 1 caso em 55) que deve ser relativizada em virtude da possibilidade de comentário incluída automaticamente na maior parte das pré-configurações de um *weblog*, e a reduzida expressão da presença de inquéritos/sondagens (3.6% dos casos, compensada pela possibilidade de comentário a cada *post*). Já as Listas de distribuição – que assumem nos *weblogs* a figura de *feeds* – ascende a 30.9% da amostra as faculta, sobretudo aqueles mantidos por Médicos (36%) e Enfermeiros (25%).

A totalidade da amostra apresenta ainda um mecanismo que pode ser considerado de “acesso a área restrita”: uma hiperligação a uma zona do *weblog* na qual é possível, mediante introdução de nome de utilizador e respectiva palavra-passe, aceder à área de administração do *weblog*.

Face à estrutura cronológica de um *weblog*, toda a amostra apresenta Data de publicação dos respectivos conteúdos – natureza pré-formatada esta que provavelmente se encontra na base da absoluta ausência de um Mapa, de secções de *Frequently Asked Questions*, e de Ajuda. Igualmente inscrita nessa pré-formatação encontra-se a presença de um Motor de busca (ausente, por opção configurada pelo seu autor, em apenas 1 *weblog*) e de um Arquivo (ausente, novamente por opção manifesta e configurada nesse sentido, em apenas 2 *weblogs*).

Dos dados recolhidos resulta ainda a constatação de que a internacionalização do conteúdo dos *weblogs* sob escrutínio não parece suscitar grande interesse: ascende a 91% da amostra o parcial de casos em que a Língua Portuguesa é a única utilizada, sendo que apenas em 9.1% dos casos foi contabilizada a possibilidade de tradução dos conteúdos dos *weblogs* para Inglês (4 em 5 destes casos através de tradução automática fornecida pelo Google, apenas *weblogs* de Médicos e de Enfermeiros).

Esta pesquisa permitiu delinear de forma mais clara os conteúdos existentes na Internet sobre saúde (em português), oferecendo novas perspectivas acerca da sua tipologia, credibilidade, possibilidades de interacção e funcionalidades oferecidas.

No entanto, de forma a enquadrar os resultados obtidos, há ainda que se confrontar as realidades verificadas com as expectativas dos utentes ao consultarem estes mesmos conteúdos. De facto, a informação online deve ser abordada em duas vertentes, ou seja, quer do lado da oferta, quer do lado da procura: a disponibilidade, credibilidade e qualidade dos sites dedicados à questão da saúde deve estar relacionada tanto com critérios formais dos conteúdos, como com o contexto de utilização dos mesmos por parte dos indivíduos. Em que medida os conteúdos oferecidos espelham as necessidades de informação dos utentes? Quais os principais entraves encontrados? Serão as opções de interactividade e navegação as mais apropriadas para fornecer os serviços e a credibilidade demandada pelos utentes?

O incentivo da utilização da Internet no seio da saúde depende activamente dos conteúdos disponibilizados, da sua qualidade e credibilidade, e da maior ou menor facilidade sentida por parte do utilizador em utilizar e perceber os recursos disponíveis. Deve portanto haver uma clara aposta no incremento da confiança dos utilizadores, através por exemplo de soluções de certificação, assim como devem ser aproveitadas as potencialidades oferecidas pela plataforma tecnológica em termos de agilização dos cuidados médicos. Ter e manter um site *per si* não chega, é preciso ter a certeza que o utente consegue aproveitá-lo, considerá-lo útil e perceber o seu modo de funcionamento. Só através de um diálogo constante entre o utilizador e os responsáveis pelos sites seria possível passar de sites meramente informativos, a uma interacção efectiva, ao mesmo tempo que se vai incentivando o utilizador a fazer uso destas possibilidades, incrementando cada vez mais o papel da Internet no seio do sector da saúde.

Mais uma vez, e tal como nos sites institucionais sobre saúde, não existe uma réplica da realidade off-line na oferta de informação e interactividade sobre saúde nos blogues em português. Tal como na blogosfera em geral (OberCom, 2008) nos blogues relacionados com a saúde destaca-se o reconhecimento da blogosfera como um mundo de vozes e autorias plurais, que se consome de forma intensa mas fluida, onde se entrecruzam

agendas públicas e privadas. Contudo, não sendo, aparentemente, no caso dos blogues sobre saúde, os seus autores profissionais acreditados pela indústria da opinião política veiculada pelos mass media, mas na sua maioria profissionais de saúde, que se dedicam à produção de conteúdos de blogues como mais um hobby, as questões da visibilidade dos conteúdos não se colocam, sendo para a generalidade dos produtores de conteúdos de blogues mais importante a participação e a partilha dos conteúdos baseados em fundamentos mais ou menos informativos, criativos ou divagações do foro pessoal do que a visibilidade mediática ou interactividade com pacientes/utentes. Existe uma espécie de circularidade de informação e troca de ideias, que não se replica na relação entre profissional de saúde e paciente, em contextos face a face ou através de outros meios.

No próximo ponto faremos uma aproximação aquilo que são os consumos e as expectativas dos utilizadores de internet em Portugal, relativamente aos conteúdos sobre saúde na Internet, como são consultados, quando e por quem.

## **Práticas de Consumo e Utilização de Conteúdos sobre Saúde na Internet**

As práticas de pesquisa de informação sobre saúde têm vindo a sofrer alterações profundas devido ao aparecimento de novas tecnologias de informação e comunicação (nomeadamente a Internet) que fornecem outro tipo de soluções em termos de rapidez, diversidade e acessibilidade aos conteúdos face aos meios mais tradicionais existentes no campo da saúde (Katz, 2002). É por isso também fundamental, compreender qual o papel que a Internet assume para a pesquisa de informação médica e de saúde na sociedade portuguesa, tendo em conta que 35,5% dos portugueses acedem à *web* directa e regularmente, no ano de 2006.

Cerca de um quinto (19,6%) da população portuguesa com mais de 15 anos de idade que se declarou como utilizador de Internet, afirmou utilizar esta plataforma para se informar sobre questões médicas e/ou de saúde<sup>75</sup>.

**Quadro 4.47. Utilização da Internet para procurar informação médica/de saúde em Portugal**

	n	%
Sim	115	19,6
Não	470	79,7
Ns/nr	4	0,7
Total	589	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Se compararmos com os valores obtidos em 2003 e já previamente referenciados neste estudo, verificamos que, em apenas três anos, a percentagem de utilizadores da Internet que efectua pesquisas sobre saúde passou de 15,9% para 19,6% do total dos internautas. É de salientar, contudo, que os escalões etários onde a proporção deste tipo de prática é mais elevada não são exactamente os que em princípio teriam mais problemas de saúde mas antes os que detêm competências a utilização deste tipo de ferramentas tecnológicas. Como se pode ver no quadro seguinte são os indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos os que mais declaram utilizar a Internet para pesquisar informação relacionada com a saúde. À medida que se avança nos escalões etários esta proporção tende a descer, não porque como já foi referido estas pessoas não tenham até mais motivos de preocupação com as questões de saúde, mas porque não utilizam este tipo de suporte informativo com a mesma destreza.

<sup>75</sup> Ver eapresentação metodológica na introdução ao Capítulo 4.

**Quadro 4.48 - Utilização da Internet para procurar informação médica/de saúde em Portugal segundo escalões etários**

Escalões etários	Sim		Não		Ns/nr		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
16-17 anos	5	10,2	44	89,8	0	0,0	49	100,0
18-24 anos	31	18,1	138	80,7	2	1,2	171	100,0
25-34 anos	41	24,1	127	74,7	2	1,2	170	100,0
35-44 anos	27	24,8	82	75,2	0	0,0	109	100,0
45-54 anos	7	11,7	53	88,3	0	0,0	60	100,0
55 e mais anos	5	16,6	25	83,4	0	0,0	30	100,0
Total	116	19,7	468	79,6	4	0,7	588	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

A pesquisa deste tipo de informação é mais realizada por mulheres (22% das mulheres afirmam tais práticas) do que por homens (17,6% dos homens). E são ao mesmo tempo os indivíduos que têm uma experiência de conjugalidade (casados ou a viver em união de facto) que apresentam valores ligeiramente superiores ao total da distribuição global nesta questão.

**Quadro 4.49. Frequência da utilização da Internet para procurar informação médica/de saúde em Portugal**

	n	%
Várias vezes por semana	2	2,2
Várias vezes por mês	19	16,9
Várias vezes por ano	25	22,1
De vez em quando	65	56,7
Ns/nr	3	0,1
Total	115	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Quanto à frequência da utilização da Internet para pesquisar informação sobre saúde, o quadro 3.3 mostra claramente que a maioria dos que declararam esta prática, fazem-no apenas de vez em quando, de modo esporádico e não com uma regularidade certa (56,7%). De seguida, cerca de 1/5 afirma que pesquisa este tipo de informação várias vezes por ano (22,1%). Com valores ainda mais baixos, surgem os que o fazem várias vezes por mês (16,9%) e, com uma proporção completamente residual os que afirmam

fazê-lo várias vezes por semana (2,2%). Mas se é interessante percebermos que proporção da população portuguesa desenvolve este tipo de prática e com que regularidade, é também certamente muito pertinente identificar se a informação que pesquisam é para o próprio ou para outras pessoas, tendo em conta o que se referiu anteriormente. A maioria dos portugueses procura informação médica e de saúde para si próprio (83,1%), seguindo-se com uma percentagem muito significativa a pesquisa para alguém da família ou que lhe é próximo (66,2%). Com proporções abaixo dos 10%, surgem as opções de pesquisar informação sobre saúde para colegas do trabalho (8,9%) e, também ainda com alguma expressão, para pessoas que não conhece mas cujo pedido lhe chega por amigos e conhecidos (7,9%).

**Quadro 4.50. Destinatários da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal**

	Sim (%)
Para si próprio	83,1
Para alguém de família/próximo	66,2
Para pessoas do seu trabalho	8,9
Para pessoas que não conhece, mas que lhe pedem através de amigos e conhecidos	7,9

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Estes valores indiciam comportamentos que de algum modo reconfiguram a relação médico-paciente. Não só porque uma grande maioria dos portugueses que pesquisa informação médica e de saúde, utiliza a Internet para ter acesso a mais informação para si próprio, como também o faz para outras pessoas, surgindo uma nova tendência de informação para terceiros e de gestão da informação sobre saúde que na relação pessoal com os médicos não seria possível. Por outro lado, é de destacar que as principais vantagens do uso da Internet como fonte de informação médica/ de saúde identificadas pelos utentes se prendem com as características mais evidentes do suporte em questão: rapidez e facilidade. De facto, 86% dos inquiridos que pesquisam este tipo de informação destacou o facto do acesso à informação ser rápido, assim como 82% realçou a importância da facilidade de encontrar e pesquisar informação. De notar também a importância atribuída pelos inquiridos à disponibilidade abrangente de informação, e à ausência de custos.

**Quadro 4.51. Motivos da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal**

	Sim (%)
Porque o acesso à informação é rápido	86,0
Porque é fácil encontrar e pesquisar informação	82,0
Porque existe muita informação disponível	81,6
Porque a informação é gratuita	78,4
Porque a pesquisa é privada/confidencial	56,7
Porque tenho necessidade de recorrer a várias fontes de informação	48,9

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Kivitz (2004), nas suas análises de tipo qualitativo, apresenta como uma das razões de pesquisa de informação sobre saúde na Internet, o facto de os médicos não darem aos utentes as respostas que eles precisam. Como fonte de informação sobre saúde, a Internet oferece a especificidade de propor uma variedade enorme de fontes e tipos de informação relacionada com saúde, como vimos no ponto anterior, desde sites comerciais que vendem produtos de fitness até revistas científicas e médicas, *peer-reviewed*, com artigos baseados em pesquisas científicas e notícias da área da medicina. Quem pesquisa na Internet raramente o faz numa só fonte, pesquisas generalistas e de carácter comercial fundem-se com pesquisas de médicas ao mesmo nível, ou melhor, é-lhes dado o mesmo estatuto de importância para o utente, o que torna a experiência de consulta na Internet em áreas como a saúde um caso muito particular de experiência para o “utente informado”.

Além dos motivos que presidem à escolha da Internet como suporte de informação médica, é também necessário avaliarmos as estratégias de utilização deste meio no âmbito aqui discutido. Esta questão assume particular relevância se tivermos em conta a questão da fiabilidade e credibilidade da informação encontrada na rede, e as consequências que uma informação incorrecta pode ter quando se considera a área da saúde. Face à multiplicidade de fontes, como procede o utente à selecção da informação? Serão as estratégias adoptadas as mais adequadas, tendo em conta os perigos latentes à utilização de informação incorrecta no âmbito da saúde?

Se considerarmos o universo dos utentes que consulta informação médica na Internet, realça-se que a maior parte dos inquiridos (84,5%) utiliza o motor de busca como forma de seleccionar as suas fontes de informação, enquanto que apenas menos de metade dos



indivíduos (43,2%) se dirige directamente a sites recomendados por alguém. Ou seja, a grande maioria das pesquisas feitas na área da saúde, são realizadas directamente, e não a partir de escolhas e selecções feitas por outros mediadores comunicacionais, não existindo assim uma intermediação entre o utente e a informação propriamente dita, de carácter personalizado, seja por profissionais de saúde, jornalistas ou pessoas próximas.

**Quadro 4.52. Meios de pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal**

	Sim (%)
Motor de pesquisa	84,5
Sítios na Internet recomendados por alguém	43,2
Sítios na Internet referenciados em artigos de revistas, jornais ou livros	37,8
Links de outros sítios ou de publicidade na Internet	25,7
Por outros meios	9,6

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Estes dados levam-nos a ponderar os eventuais perigos de uma procura na rede sem o acompanhamento de alguém da área da saúde, para orientar as pesquisas. O utente, sem os conhecimentos técnicos próprios, não está nas condições adequadas para seleccionar com o rigor necessário as fontes mais credíveis, e algum esforço poderia ser efectuado no sentido de ajudar o utente nas suas pesquisas, quer pelos serviços de saúde pública, como também pelos próprios profissionais de saúde que acompanham o indivíduo. Neste âmbito, é de realçar que as principais dificuldades identificadas pelos utentes se prendem exactamente com o problema da falta de acompanhamento e orientação nas suas pesquisas. Querer mais informação, mas não saber onde encontrar, assim como não ter tempo para encontrar toda a informação que precisava ou sentir que essa tarefa exige um grande esforço, foram os principais problemas identificados pelos utentes no seio das suas estratégias de pesquisa sobre saúde na Internet.

**Quadro 4.53. Características da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal**

	Sim (%)
Querer mais informação mas não saber onde encontrar	35,5
Não ter tempo para encontrar toda a informação que precisava	31,0
Fazer um grande esforço para encontrar a informação que precisava	20,9
Ficar preocupado(a) com a qualidade da informação que encontrou	14,1
Não ter energia para encontrar toda a informação que precisava	12,9
Ficar frustrado(a) durante o processo de procura de informação	10,8
A informação ter um preço que não podia suportar	3,1

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Considerando agora o universo dos internautas, verifica-se também que os aspectos mais limitadores nas pesquisas de informação médica estão de igual modo ligados a esta falta de orientação na procura de dados. De facto, 16,8% dos inquiridos que utiliza este meio considerou ter falta de conhecimentos sobre como pesquisar informação sobre saúde na Internet, e 7,3% declarou não confiar na informação disponibilizada.

**Quadro 4.54. Aspectos mais limitadores nas pesquisas de informação médica e de saúde na Internet em Portugal**

	Sim (%)
Falta de conhecimentos sobre como pesquisar informação sobre saúde na Internet	16,8
Falta de confiança na informação disponibilizada na Internet	7,3
Dificuldades de acesso (por não ter ligação à Internet em casa ou acesso noutras locais)	6,7
Pouca disponibilidade de sites de informação médica ou de saúde em língua portuguesa	6,3
Poucos sites de carácter institucional que contenham informação geral sobre saúde	5,3
Pouca disponibilidade de sites de informação médica ou de saúde de origem portuguesa	4,7

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Quanto aos tipos de sítios na Internet pesquisados sobre informação médica, verifica-se que a maioria dos inquiridos optou pela consulta de sítios de jornais e publicações não científicas on-line (71,3%), sítios de organizações médicas não comerciais (70,9%) e sítios de organizações médicas comerciais (69,7%). Williams (2002) destaca os problemas mais comuns encontrados, realçando a falta de informação nova, o facto da informação ser demasiado generalista, os interfaces confusos e existir demasiada informação para processar.

**Quadro 4.55. Tipo de sítios na Internet pesquisados sobre informação médica/de saúde em Portugal**

	Nunca (% de respostas nesta categoria)
Sítios gerais de saúde	5,9
Sítios de informação sobre saúde pública (ex: gripe.net ou saudepublica.web)	29,2
Sítios de empresas farmacêuticas	54,3
Sítios de sub-sistemas de saúde (ex: ADSE ou SMAS)	57,9
Sítios hospitalares	62,9
Sítios de sistemas de seguros de saúde (ex: Multicare ou Medis)	64,7
Sítios de organizações ligadas a medicinas alternativas	66,4
Sítios de jornais e publicações científicas on-line	66,4
Sítios de organizações médicas comerciais	69,7
Sítios de organizações médicas não comerciais	70,9
Sítios de jornais e publicações não científicas on-line	<b>71,3</b>

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Os inquiridos tentam assim superar a falta de orientação nas suas pesquisas através da consulta de organizações e entidades supostamente fidedignas, e onde a informação disponibilizada está numa linguagem pouco codificada, ao alcance da maioria dos utentes. De notar também a fraca procura dos sites de informação sobre saúde pública (apenas 29,2% dos inquiridos os consultaram), o que poderá levar a reponderar as estratégias de divulgação e de conteúdos deste tipo de sites.

Por outro lado, e ainda no âmbito das estratégias de pesquisa de informação médica na Internet, verifica-se que 70,1% dos inquiridos que realizou essa acção procurava mais informações / conselhos sobre a questão de saúde. Por outro lado, 28,8% tentou

diagnosticar um problema médico, e 28,2% usou a Internet como forma de obter informação para ficar mais tranquilo em relação aos conselhos dos médicos, ou seja, como plataforma complementar aos serviços tradicionais de saúde.

**Quadro 4.56. Consequências da pesquisa de informação médica/de saúde em Portugal**

	Sim (%)
Tentou diagnosticar um problema de saúde	28,8
Tentou tratar um problema de saúde	19,3
Procurou mais informação/conselhos sobre a questão de saúde	<b>70,1</b>
Procurou um profissional de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico)	14,5
Procurou um profissional/terapeuta de medicinas alternativas	7,4
Procurou apoio de outras pessoas (sem serem profissionais de saúde)	2,8
Ficou mais tranquilo com os conselhos dos médicos	28,2
Ficou menos tranquilo com os conselhos dos médicos	3,2

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Quanto aos principais temas de informação médica pesquisados pelos internautas portugueses, observa-se a preponderância da descrição de doenças e tratamentos (11,4%), e de programas específicos de seguros ou planos de saúde (8,3%).

**Quadro 4.57. Temas de informação médica/de saúde pesquisados na Internet em Portugal**

	Sim (%)
Descrição de doenças e tratamentos	<b>11,4</b>
Programas específicos de seguros ou planos de saúde	8,3
Hospitais	8,2
Sistema nacional de saúde	7,9
Tratamentos de medicinas alternativas	6,0
Médicos	5,8
Literatura médica e científica	5,4
Produtos médicos ou de saúde (óculos, aparelhos auditivos, próteses, etc.)	4,2
Tratamentos experimentais	4,0
Medicamentos receitados	3,9
Informação sobre grupos de apoio	2,5
Casa de saúde, ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde	1,9
Lares ou residências de 3ª idade	1,5

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

De um modo geral, e tal como foi anteriormente verificado, as mulheres apresentam de um modo geral uma posição mais proactiva do que os homens, realizando um maior número de pesquisas relacionadas com saúde na Internet e uma maior gestão da informação recolhida. De facto, 13,9% das mulheres procura descrições de doenças e tratamentos (contra apenas 9,4% dos homens), assim como demonstram mais curiosidade em procurar dados sobre os medicamentos que lhes são receitados (5% das mulheres, contra apenas 3% dos homens).

**Quadro 4.58. Temas de informação médica/de saúde pesquisados na Internet em Portugal, por Sexo**

	Sim – Homens (%)	Sim - Mulheres (%)
Descrição de doenças e tratamentos	9,4	13,9
Programas específicos de seguros ou planos de saúde	7,6	9,3
Tratamentos de medicinas alternativas	5,2	7,3
Literatura médica e científica	4,8	6,5
Produtos médicos ou de saúde (óculos, aparelhos auditivos, próteses, etc.)	3,9	4,6
Tratamentos experimentais	4,5	3,1
Medicamentos receitados	3,0	5,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Se atentarmos agora aos principais tópicos pesquisados, verifica-se a existência de três grupos distintos de assuntos. Por um lado, e em estreita ligação com a maior utilização da Internet como fonte de informação médica pelas mulheres, observa-se a procura de uma panóplia de temas ligados ao universo feminino: boa forma e exercício físico (16,2%), nutrição e problemas alimentares (11,7%), beleza e bem-estar (5,7%), fertilidade e gravidez (4,2%) e menopausa (2,5%). Por outro lado, existe uma grande procura por informação relacionada com temas mais delicados, que o utente terá possivelmente dificuldades em discutir face a face com um profissional de saúde: HIV/SIDA (11,2%), consumos de drogas, álcool e toxicodependências (9,7%), doenças sexualmente transmissíveis (9,6%), métodos anticoncepcionais (6,1%), desempenho e performance sexual (4%), pílula do dia seguinte e interrupção voluntária da gravidez (3,8%) e incontinência (1,5%). Por fim, um terceiro grupo de tópicos pesquisados engloba toda uma série de problemas de saúde que são muito comuns, frequentes ou de

grande incidência: alergias (9,4%), cancro (8,5%), depressão (7,3%), gripes (6,9%), dores de cabeça (5,9%), doenças típicas da infância (4,7%), asma (3,9%), dores nas costas (3,9%), insónias (3,5%) ou dores de dentes (2,2%).

**Quadro 4.59. Informação médica/de saúde pesquisada na Internet em Portugal**

	Sim (%)
Boa forma e exercício físico	<b>16,2</b>
Nutrição e problemas alimentares (ex: obesidade, anorexia, bulimia, etc.)	11,7
HIV/SIDA	11,2
Consumos de drogas, álcool e toxicodependências	9,7
Doenças sexualmente transmissíveis	9,6
Alergias	9,4
Cancro	8,5
Depressão ou ansiedade	7,3
Gripes e constipações	6,9
Doenças de coração	6,8
Métodos anticoncepcionais (ex: pílula, preservativo, DIU, etc.)	6,1
Dores de cabeça	5,9
Beleza e bem-estar (ex: cirurgia plástica, implantes de silicone...)	5,7
Doenças típicas da infância	4,7
Diabetes	4,6
Osteoporose	4,3
Fertilidade e gravidez	4,2
Alzheimer	4,0
Doenças mentais	4,0
Desempenho e performance sexual	4,0
Asma	3,9
Dores nas costas	3,9
Pílula do dia seguinte e interrupção voluntária da gravidez	3,8
Planeamento familiar	3,6
Insónias	3,5
Doenças da próstata	2,7
Menopausa	2,5
Dores de dentes	2,2
Andropausa	1,7
Incontinência	1,5
Artrite	1,5

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Verifica-se ainda que, uma vez mais, as mulheres apresentam um comportamento bastante mais activo, quando comparadas com os homens. De facto, mesmo em temas não exclusivamente ligados ao universo feminino, como por exemplo a pesquisa sobre desempenho e performance sexual, a percentagem de mulheres que procura informação tende a ser sempre superior à apresentada pelos indivíduos do sexo masculino. Este elemento deve ser enquadrado no âmbito de uma tendência mais alargada que se refere ao facto das mulheres procurarem um maior controlo do seu corpo. Por razões diversas, entre as quais figuram, por exemplo, as várias alterações no ciclo da vida às quais as mulheres são sujeitas, a mulher demonstra uma maior propensão para tentar alcançar um elevado grau de autonomia neste âmbito, de forma a perceber melhor as alterações pelas quais o seu corpo passa (Giddens, 1991 e Castells, 2003b).

**Quadro 4.60. Informação médica/de saúde pesquisada na Internet em Portugal, por sexo**

	Sim – Homens (%)	Sim - Mulheres (%)
Boa forma e exercício físico	15,2	17,4
Nutrição e problemas alimentares (ex: obesidade, anorexia, bulimia, etc.)	9,4	14,7
Métodos anticoncepcionais (ex: pílula, preservativo, DIU, etc.)	4,8	7,3
Beleza e bem-estar (ex: cirurgia plástica, implantes de silicone, produtos de beleza)	2,7	9,3
Fertilidade e gravidez	1,8	6,9
Desempenho e performance sexual	3,3	4,6
Pílula do dia seguinte e interrupção voluntária da gravidez	2,4	5,4
Planeamento familiar	2,7	4,6

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

De notar também que os temas mais pesquisados nos remetem para a discussão levantada por Graça Carapinheiro (2006), e já referida na introdução deste capítulo, sobre se devemos falar de sociologia da saúde ou, também da doença, e de quais são as temáticas privilegiadas nas sociedades contemporâneas. Também não podemos deixar de referir aqui a importância dos escalões etários e o seu cruzamento com as pesquisas efectuadas sobre saúde. Os temas aqui mais valorizados são aqueles que serão também mais valorizados pelos escalões etários mais baixos dos utentes que pesquisam informação sobre saúde na Internet, que são também os maiores utilizadores desta plataforma, o que denuncia alguma espécie de “generation divide” no conceito de

“informed patient”, tal como sugerido por Rice e Katz (2003). Se atentarmos agora aos conteúdos noticiosos ligados à área da saúde pesquisados pelos inquiridos utilizadores da Internet, verifica-se o domínio das notícias relativas ao plano nacional de saúde (5,3%), as suas alterações (6,4%) e a sua avaliação (4,3%). No entanto, estas percentagens são pouco significativas, denotando um certo desinteresse dos indivíduos em relação às políticas nacionais em termos de saúde.

**Quadro 4.61. Notícias sobre informação médica/de saúde pesquisadas na Internet em Portugal**

	Sim (%)
Alterações no sistema nacional de saúde	6,4
Plano nacional de saúde	5,3
Avaliações do sistema nacional de saúde	4,3
Percentagens de comparticipação dos medicamentos	4,5
Plano nacional de vacinação	3,9

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Por fim, constata-se que os objectivos comerciais das pesquisas na Internet sobre saúde são também pouco relevantes. Apenas uma percentagem muito reduzida de utentes usa a Internet para comparar preços de medicamentos (1,9%), e a proporção de inquiridos que afirmou utilizar este suporte para comprar produtos médicos é ainda mais reduzida, o que se explica, em grande medida, pelo facto de em Portugal os preços não variarem, pois são fixados por uma entidade reguladora, o Infarmed.

**Quadro 4.62. Objectivos comerciais das pesquisas na Internet em Portugal**

	Sim (%)
Comparar preços de medicamentos receitados entre diversos laboratórios	1,9
Comprar produtos de estética e de bem-estar físico (ex: cremes de emagrecimento)	1,2
Comprar vitaminas ou outros suplementos alimentares	1,1
Comprar produtos médicos sem ser medicamentos (ex: aparelhos auditivos)	0,8
Comprar produtos dietéticos de acção terapêutica (ex: produtos homeopáticos)	0,6

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006



***Serviços de saúde on-line e nos media: da pesquisa da Internet e do uso da linha de apoio à telemedicina***

Cerca de 20% dos utilizadores da Internet declarou já ter utilizado este meio para pesquisar informação relacionada com a área da saúde. No entanto, da simples pesquisa de informação na rede, ao desenvolvimento de um novo paradigma de funcionamento da área da saúde assente no conceito de telemedicina, há ainda uma grande distância a percorrer. Ao falarmos em telemedicina, referimo-nos ao conjunto de serviços de saúde e educacionais que são prestados remotamente e que visam a melhoria e eficiência da prestação de cuidados médicos. A grande maioria das aplicações de telemedicina consiste na transferência de informações médicas obtidas por diferentes meios (palavra escrita ou falada, sondas, digitalizadores de imagem, versões electrónicas de instrumentos correntes), através de diversos meios de comunicação (correio electrónico, telefone fixo, GSM, videoconferência, cabo, RDIS, satélite, etc.). Ao contrário do que se possa imaginar a Telemedicina não é um conceito recente. Conceptualmente é uma técnica antiga e que se tem vindo a desenvolver na sua forma de aplicação e alcance a par da evolução dos meios tecnológicos de telecomunicação à disposição. E não se resume apenas à procura de informação na Internet: engloba um grau de interactividade muito superior à mera pesquisa, assim como implica uma potencial reconfiguração do modelo actual de funcionamento do sector da saúde. Qual a posição de Portugal nesta mudança de paradigma? É correcto falar-se desde já de um novo modelo de funcionamento do sector da saúde no nosso país? Qual o lugar da telemedicina no seio das práticas dos utentes? À primeira vista, Portugal parece estar ainda longe da realidade da telemedicina. Por exemplo, a percentagem de inquiridos que afirmou utilizar os serviços médicos on-line permanece ainda muito reduzida: apenas 0,3% do total dos inquiridos afirmou já ter recorrido a tal serviço.

**Quadro 4.63. Utilização de serviços médicos on-line (%)**

	n	%
Sim	6	0,3
Não	1801	98,8
Ns/nr	16	0,9
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Os principais serviços médicos on-line utilizados são: marcação de consultas, marcação de exames de diagnóstico, pedido de receitas médicas e esclarecimento de dúvidas pontuais. Não só a percentagem de actuais utilizadores é reduzida, mas o interesse neste tipo de serviços permanece de igual modo baixo: só 9,5% do total dos inquiridos afirmou que gostaria de vir a utilizar serviços médicos on-line.

**Quadro 4.64. Gostaria de vir a utilizar serviços médicos on-line (%)**

	n	%
Sim	173	9,5
Não	1289	70,9
Ns/nr	355	19,6
Total	1817	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Desses, 94,3% destacou a possibilidade de marcação de consultas através da Internet, 88,3% a marcação de exames de diagnóstico, 84,3% a oportunidade de esclarecer dúvidas eventuais e 82% a possibilidade de pedir receitas médicas.

**Quadro 4.65. Serviços médicos on-line que gostaria de vir a utilizar**

	Sim (%)
Marcações de consultas	94,3
Marcação de exames de diagnóstico	88,3
Esclarecimento de dúvidas	84,3
Pedido de receitas médicas	82,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Considerando agora a totalidade dos inquiridos, verifica-se que o interesse por determinados serviços médicos é relativamente elevado, apesar de em muitos casos existir ainda algum desconhecimento acerca das reais potencialidades oferecidas por tais serviços.

**Quadro 4.66. Outros serviços médicos que gostaria de vir a utilizar**

	Sim (%)
Marcação de consultas por via electrónica (Internet, SMS, etc.)	23,9
Envio de SMS para lembrar a marcação de consultas ou exames médicos	23,9
Envio de receitas por via postal	23,2
Envio de atestados médicos por via postal	21,9
Envio de SMS para lembrar tomas de medicação	21,5
Envio de receitas por via electrónica (Internet, outro tipo de redes)	17,8
Envio de atestados médicos por via electrónica	17,8
Programas interactivos para apoio e controlo de doenças e fases de crises em doenças crónicas e/ou prolongadas	17,4
Consulta de bases públicas de dados sobre doenças ou assuntos que lhe interessam	16,7
Consulta do ficheiro clínico informatizado a partir de qualquer local via Internet	15,2

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Por outro lado, destaca-se que, mesmo apelando ao critério económico, o interesse dos inquiridos pelos serviços médicos potencializados pelas TIC não aumenta. De facto, a percentagem de indivíduos (25,4%) que se mostra disponível para pagar um valor inferior a uma consulta médica para obter serviços relacionados com a área da saúde através do telefone, por exemplo, não é muito elevado. O critério económico poderá ajudar a difundir as aplicações de e-health, mas não será o seu principal motor. Outros factores, tais como a confiança na informação recebida e a qualidade da assistência prestada, são também muito valorizados pelos utentes.

**Quadro 4.67. Disponibilidade para pagar um valor inferior a uma consulta médica para obter serviços médicos através de...**

	Sim (%)
Atendimento via telefone/telemóvel	25,4
Resposta a dúvidas através de SMS a partir do seu telemóvel	16,3
Resposta a dúvidas através de mensagens de correio electrónico	11,2
Resposta a dúvidas através de mensagens instantâneas (ex: MSN, ICQ, etc.)	9,5

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

No que diz respeito à utilização das linhas de apoio telefónico, verifica-se que a percentagem de utilizadores é também muito diminuta no seio da população portuguesa. De facto, 95,8% dos utentes declarou nunca ter recorrido a este tipo de prática.

**Quadro 4.68. Utilização de serviços ou linhas de apoio telefónico para se informar sobre situações de saúde ou comportamentos de risco (%)**

	n	%
Sim	54	3,0
Não	1747	95,8
Ns/nr	21	1,2
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Os factores subjacentes a esta reduzida utilização das linhas de apoio para se informar sobre situações de saúde ou comportamentos de risco são de diferentes ordens, mas não parecem estar relacionados com uma eventual falta de confiança neste tipo de serviço, se atentarmos ao facto de mais de metade dos inquiridos (51,8%) considerar as linhas de apoio de confiança ou de elevada confiança.

**Quadro 4.69. Confiança nos serviços ou linhas de apoio telefónico para se informar sobre saúde (%)**

	n	%
De elevada confiança	135	7,4
De confiança	809	44,4
De reduzida confiança	91	5,0
De nenhuma confiança	41	2,3
Ns/nr	745	40,9
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

De facto, se observarmos a elevada proporção de inquiridos que não deu resposta a esta questão (40,9% dos indivíduos seleccionou a opção “não sabe/ não responde”), somos direccionados para outros tipos de factores explicativos do reduzido número de utilizadores das linhas de apoio, tais como a falta de informação e ou o débil esclarecimento acerca deste tipo de serviços (o que explicaria a falta de opinião por parte da população em relação à confiança que tais dispositivos inspiram). Dos utentes

que já utilizaram os serviços ou linhas de apoio telefónico sobre saúde, verifica-se que a maioria o fez porque existia na família uma criança doente (73,2%).

**Quadro 4.70. Motivo de utilização de serviços ou linhas de apoio telefónico sobre saúde**

	Sim (%)
Porque tinha uma criança doente	73,2
Porque tinha um familiar ou amigo próximo doente	28,2
Para saber mais sobre a prevenção de uma doença grave (ex: gripe ou meningite)	19,5
Para obter informações sobre consumos de drogas e toxicodependências	7,8
Para obter informação sobre planeamento familiar e saúde reprodutiva	8,9
Para saber como actuar numa situação de crise em doença aguda ou crónica	11,1
Por outro motivo (enxaqueca/ informar-se sobre o serviço prestado)	3,1

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Quanto à percepção de utilidade deste tipo de dispositivos por parte de quem já os experimentou, verifica-se uma avaliação globalmente positiva, sendo que mais de 90% dos inquiridos os considera úteis ou muito úteis. Curiosamente, na Catalunha, onde o uso destes serviços está mais divulgado, a percentagem de inquiridos que considerou as linhas de apoio telefónico como úteis ou muito úteis é inferior à verificada em Portugal (73,7%).

**Quadro 4.71. Utilidade dos serviços ou linhas de apoio telefónico para se informar sobre saúde (%)**

	n	%
Muito úteis	26	47,8
Úteis	24	43,4
Pouco úteis	4	7,1
Nada úteis	1	1,7
Total	54	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Por outro lado, o grau de desconhecimento acerca do que consiste a telemedicina é ainda muito elevado: apenas 1/5 da população inquirida afirmou estar ciente do que são os serviços de telemedicina.

**Quadro 4.72. Conhecimento do que são serviços de telemedicina (%)**

	n	%
Sim	375	20,6
Não	1413	77,5
Ns/nr	34	1,9
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

E se atentarmos aos utilizadores actuais deste tipo de serviços, verifica-se que do total de utentes que sabem o que é a telemedicina, menos de 1% (ou seja, três indivíduos na nossa amostra) já se submeteu a uma consulta deste tipo. Destes, dois foram submetidos à consulta numa instituição privada de saúde e um num hospital.

**Quadro 4.73. Submissão a uma consulta de telemedicina (%)**

	n	%
Sim	3	0,8
Não	372	99,2
Total	375	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Apesar da fraca utilização destes serviços, perto de 80% dos indivíduos que sabem em que consiste a telemedicina considera-os muito úteis ou úteis.

**Quadro 4.74. Utilidade dos serviços de telemedicina (%)**

	n	%
Muito úteis	67	17,8
Úteis	229	61,1
Pouco úteis	24	6,4
Nada úteis	4	1,0
Ns/nr	51	13,7
Total	375	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Assim, à semelhança do que verificámos para as linhas de apoio telefónico sobre saúde, os utentes têm a percepção da utilidade destes serviços, faltando no entanto estabelecer a ponte entre essa percepção e o seu uso efectivo.

***O impacto e a importância da mediação tecnológica na relação paciente-médico: Internet, telemóveis e media***

Partindo do actual grau de utilização das TIC no sector da saúde, nomeadamente no âmbito das aplicações de telemedicina e de *E-health*, é possível afirmar-se que, da Internet aos telemóveis, passando pelos *media* tradicionais, nomeadamente a televisão, o mediador tecnológico está cada vez mais presente no seio da transmissão da informação e da comunicação na área da saúde. Esta possibilidade de mediação tecnológica trouxe consigo uma reconfiguração da própria relação médico-paciente, levando a um novo modelo de interacção entre estes sujeitos. No entanto, a avaliação dessa reconfiguração, as suas principais vertentes e o seu impacto e importância na sociedade em geral são ainda temas pouco explorados. Em que medida e em que dimensões podemos afirmar que a relação médico-paciente se tem vindo a alterar? Existe de facto um novo modelo de relacionamento entre médico e paciente que co-habita com o modelo tradicional, ou será o primeiro um estado de desenvolvimento mais avançado do segundo? Estaremos perante modelos substitutos ou apenas complementares?

De acordo com Rice e Katz (2001), a literatura existente indica que o aumento da procura de informação sobre saúde por parte dos pacientes não conduz necessariamente a uma substituição das figuras tradicionais de prestação de cuidados médico, nem a uma diminuição da confiança nestes. Também Diaz (2002) destaca que apenas 11% dos indivíduos que procuram informação médica usa a Internet em vez de consultar o seu médico, o que demonstra que o uso da Internet não parece diminuir a frequência das visitas ao médico, e que os utentes continuam a confiar na figura do médico (Brotherton et al. 2002).

Já Sciamanna, Clarck, Diaz e Newton (2003) verificaram que os não utilizadores da Internet consideram este meio um bom substituto de comunicação médica ineficaz. No entanto, uma vez que lhes é dado o acesso à Internet, os indivíduos consideraram este meio menos útil do que o esperado e conferiram-lhe um papel de fonte para uma segunda opinião. Para podermos apreciar o grau de envolvimento da sociedade portuguesa neste âmbito, importa analisar antes de mais a posição que os meios tecnológicos ocupam enquanto fontes de informação e esclarecimento de dúvidas sobre

saúde, e a respectiva confiança que inspiram, quando comparados com os meios tradicionais.

Uma primeira observação dos dados permite-nos destacar a primazia das figuras tradicionais do médico e do farmacêutico enquanto fontes de informação. De facto, apenas 5,4% dos inquiridos nunca recorreu a um médico para obter informação ou esclarecer dúvidas sobre saúde (assim como só 9,1% nunca recorreu a um farmacêutico). Em oposição, 46,1% dos indivíduos nunca utilizou a televisão como fonte de informação ou esclarecimento de dúvidas sobre saúde, assim como 61,2% nunca utilizou a rádio e 79,5% nunca recorreu à Internet. De notar ainda a grande discrepância entre proporção de inquiridos que afirmou não confiar nada nos médicos (apenas 0,1%), em comparação com a elevada proporção de respondentes que declarou não confiar nada na informação proveniente da Internet (14,2%)

**Quadro 4.75. Fontes de informação e de esclarecimento de dúvidas sobre saúde e respectiva confiança**

	Nunca (% de respostas nesta categoria)	Não confia nada (% de respostas nesta categoria)
Médicos	5,4	0,1
Farmacêuticos	9,1	0,7
Enfermeiros	14,2	1,0
Familiares e amigos	16,2	3,6
Televisão	46,1	8,3
Rádio	61,2	10,1
Revistas	61,8	12,1
Livros	62,0	10,0
Terapeutas/profissionais de medicinas alternativas	63,0	8,4
Jornais	63,4	12,0
Internet	79,5	14,2

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Quando questionados sobre uma “segunda opinião” verifica-se que apenas cerca de um quarto dos inquiridos (23%) afirmou recorrer a tal quando lhe é diagnosticada um problema de saúde.



**Quadro 4.76. Procura de segunda opinião quando um problema de saúde é diagnosticado (%)**

	n	%
Sim	420	23,0
Não	1348	74,0
Ns/nr	55	3,0
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Destes, a maioria opta por consultar um outro médico particular (79,1%), um outro médico do Serviço Nacional de Saúde (12,9%) ou recorrer à opinião de familiares, amigos e conhecidos (7,5%). Apenas 2,2% dos inquiridos afirmou utilizar a Internet como meio para obter uma segunda opinião sobre um determinado problema de saúde.

**Quadro 4.77. Meios a que recorre para uma segunda opinião sobre um problema de saúde**

	Sim (% de respostas nesta categoria)
Consulta outro médico particular	79,1
Consulta outro médico do SNS	12,9
Procura a opinião de familiares, amigos e conhecidos	7,5
Recorre a um farmacêutico	2,6
Faz pesquisas na Internet	2,2
Grupos de apoio e ajuda na Internet	0,7
Procura livros e publicações sobre o problema em causa	0,7
Consulta um terapeuta/profissional de medicinas alternativas	0,6
Recorre a serviços de saúde no estrangeiro	0,2

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Estes resultados permitem-nos destacar a importância da mediação face a face no âmbito em análise, e a relevância que estes mediadores assumem em comparação com os mediadores tecnológicos no seio das práticas actuais dos portugueses. Este papel pouco relevante atribuído aos meios tecnológicos pode ter origem em factores diversos associados ao paciente, mas para tal também contribui decisivamente o médico. De facto, este actor, pelo papel que assume na sociedade, e tendo em conta a dimensão e a posição que as TIC possuem no contexto actual, poderia actuar no sentido de incentivar

o desenvolvimento das aplicações de *E-health*, e guiar o utente de forma a ensiná-lo a tirar o melhor partido possível dessas novas possibilidades. Se por um lado se verifica que 96% dos inquiridos afirmou que o seu médico nunca lhe desaconselhou a procura/pesquisa de informação médica na Internet, também, por outro lado, se observa que uma proporção quase idêntica de inquiridos (94,3%) declarou que o médico assistente nunca recomendou a procura de informação deste tipo na rede. Ou seja, de acordo com a percepção dos utentes, o médico assistente acaba por ser totalmente alheio à utilização das TIC e das aplicações de *E-health*, não condenando, mas também não recomendando este tipo de práticas.

#### Quadro 4.78. Relação médico-paciente e consulta da Internet

	Nunca (% de respostas nesta categoria)
O seu médico assistente já lhe desaconselhou a procura/pesquisa de informação médica/de saúde na Internet, sobre os problemas de saúde que o afectam	96,0
O seu médico assistente já lhe recomendou a procura/pesquisa de informação médica/de saúde na Internet, para aprofundar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde	94,3
Depois de consultar o seu médico faz pesquisas na Internet sobre o diagnóstico e tratamento do problema de saúde que o afecta	82,1
Faz pesquisas na Internet sobre os sintomas, problemas de saúde que o afectam antes de consultar o seu médico assistente	79,6

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

De notar que nos casos em que foi desaconselhada a procura na Internet por parte do médico, a justificação avançada para tal foi o risco de autodiagnóstico (40,9% das situações), e a falta de conhecimentos necessários por parte do utente para assimilar e processar a informação disponível (30,8%). Por outro lado, verifica-se que apenas 6% dos inquiridos que realiza pesquisas sobre a área da saúde discutiu com o médico assistente acerca das informações recolhidas. Ou seja, apesar da utilização da Internet fazer parte da vida quotidiana dos indivíduos, verifica-se que ainda não está presente de forma sólida no seio das interacções entre prestadores de cuidados de saúde e os utentes. Na maioria dos casos, os indivíduos recorreram a este complemento informacional pois confiam na opinião do profissional de saúde (43%), ou por não confiarem plenamente nas informações da Internet (20,4%).

**Quadro 4.79. Discussão com o médico assistente sobre as pesquisas de saúde na Internet (%)**

	n	%
Sempre	1	0,2
Muitas vezes	9	1,5
Algumas vezes	11	1,9
Raramente	14	2,4
Nunca/não faz pesquisas	545	92,5
Ns/nr	9	1,5
Total	589	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Considerando agora outros canais de comunicação, observa-se que 90,4% dos inquiridos afirmou não dispor do endereço de correio electrónico do médico assistente.

**Quadro 4.80. Disponibilização do endereço de correio electrónico pelo seu médico assistente (%)**

	n	%
Sim	18	1,0
Não	1648	90,4
Ns/nr	157	8,6
Total	1822	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Dos dezoito elementos da amostra que disseram sim, seis enviaram correio electrónico e obtiveram resposta, dois enviaram correio electrónico e não tiveram resposta e nove nunca enviaram nenhuma mensagem mesmo tendo o endereço electrónico do médico. Por outro lado, verifica-se que apenas 8,4% dos utentes obtiveram o número de telemóvel do seu médico assistente para contacto em caso de necessidade.

**Quadro 4.81. Disponibilização do número de telemóvel pelo seu médico assistente (%)**

	n	%
Sim	168	8,4
Não	1644	82,2
Ns/nr	188	9,4
Total	2000	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Desses, 60,8% fizeram uso do recurso em causa, sendo que em 54,1% dos casos a chamada obteve resposta, em 6,2% o médico não atendeu mas respondeu à mensagem deixada, e apenas em 0,4% dos casos o médico nem atendeu, nem respondeu à mensagem.

**Quadro 4.82. Contacto via Telemóvel com o seu médico assistente (%)**

	n	%
Sim	102	60,8
Não	66	39,2
Total	168	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

De notar que do total de inquiridos a quem o médico forneceu o número de telemóvel e que o contactaram com sucesso, 36,6% afirmou utilizar a Internet para pesquisar assuntos relacionados com saúde; esta percentagem cai para 19,6% se considerarmos o total dos utentes, como já foi referido anteriormente. Assim, existe nestes indivíduos uma maior propensão para a busca de informação relacionada com saúde, procurando obter esses dados simultaneamente através de uma duplicação de fontes possíveis, neste caso, o médico e a Internet.

***Utilidade e confiança nas TIC no contexto da saúde: do face-a-face aos conteúdos web***

Um dos primeiros passos que poderia contribuir definitivamente para o incremento da utilização das aplicações de *E-health* no seio da sociedade portuguesa seria a aposta no aumento da credibilidade destes serviços por parte dos utilizadores. A Internet e os *media* em geral são mundos tão vastos, que o utente pode experimentar dificuldades em

filtrar e seleccionar a informação que encontra. Quais são então os aspectos considerados mais relevantes, do ponto de vista do utente, para a validação da informação médica on-line? Que estratégias poderão ser adoptadas para tornar efectivas essas possibilidades? Do total dos inquiridos que contactam com a Internet, cerca de 59,3% considera a informação sobre saúde dela proveniente credível ou muito credível. Esta análise deve no entanto ter em conta a elevada percentagem dos inquiridos que respondeu “Não sabe/ não responde” (34,8%), provavelmente por não ter ainda uma opinião formada acerca da questão.

**Quadro 4.83. Credibilidade da informação médica e de saúde na Internet (%)**

	n	%
Nada credível	5	0,8
Pouco credível	30	5,1
Credível	313	53,3
Muito credível	36	6,0
Ns/nr	205	34,8
Total	589	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Se atentarmos ao cruzamento desta variável pela idade dos inquiridos, verifica-se que existe uma tendência para a diminuição da confiança na informação médica e de saúde da Internet à medida que a idade aumenta.

**Quadro 4.84. Credibilidade da informação médica e de saúde na Internet, por escalão etário (%)**

Escalões etários	Credibilidade da Informação (% da resposta “muito credível”)
8-17 anos	8,5
18-24 anos	7,6
25-34 anos	6,5
35-44 anos	4,5
45-54 anos	1,6
55 e mais anos	4

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Por outro lado, verifica-se que 71,6% dos inquiridos concorda com a afirmação “a credibilidade da informação sobre saúde on-line depende do tipo de sítio onde é disponibilizada”.

**Quadro 4.85. Opiniões sobre a credibilidade da informação médica e de saúde na Internet (%)**

Opiniões sobre a informação médica e de saúde que encontra na Internet	Discorda	Concorda	Ns/Nr	Total
A credibilidade da informação sobre saúde on-line depende do tipo de sítio onde é disponibilizada	6,4	71,6	22,0	100,0
Deveriam existir instituições que certificassem a qualidade da informação médica on-line	4,7	78,6	16,7	100,0
Os sites de instituições do estado sobre saúde inspiram mais confiança do que os sites comerciais	12,5	57,9	29,6	100,0
Se soubermos quem são os autores dos sites sobre saúde temos mais confiança	6,3	71,2	22,5	100,0
Confio mais em sites nacionais sobre saúde porque percebo melhor a sua origem	12,8	55,8	31,4	100,0
Confio mais em sites internacionais sobre saúde pela sua reputação científica e actualização	21,2	44,7	34,1	100,0

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006

Os resultados desta pesquisa parecem indicar que soluções tais como certificar a informação sobre saúde disponível na Internet ou fornecer dados acerca dos autores da informação poderiam ser medidas a adoptar de forma a incrementar o nível de credibilidade da informação. De facto, existe uma elevada proporção de inquiridos que concorda com a criação de instituições que certifiquem a qualidade da informação médica on-line (78,6%), e com o aumento da informação disponível acerca dos autores do sítio (71,2%), o que funcionaria como uma espécie de garantia para o utente que por vezes duvida da validade das informações disponibilizadas. Assim, a credibilidade da informação online deve ser abordada em duas vertentes, ou seja, quer do lado da oferta, quer do lado da procura. A credibilidade e a qualidade dos sites dedicados à questão da saúde deve estar relacionada tanto com critérios formais dos conteúdos, como com o

contexto de utilização dos mesmos por parte dos indivíduos, sendo, como vimos, a falta de conhecimentos sobre como pesquisar na Internet um entrave à sua utilização.

As limitações que condicionam o uso da internet como fonte de informação sobre saúde estão, assim, relacionadas tanto com a oferta (*Conteúdos na Internet sobre Saúde*) com com a procura, pelo que a abordagem da qualidade dos sites na Internet sobre saúde tem de ter em conta tanto critérios formais de conteúdos como variáveis que considerem o uso que a informação vai ter por parte dos indivíduos.

Sem dúvida, a principal consequência da utilização da Internet para questões de saúde é o aumento da informação disponível (Lupiáñez-Villanueva, 2009). Esta nova fonte de informação permite aos indivíduos, como foi possível verificar ao longo deste capítulo, pesquisar mais informação do que aquela que é proporcionada pelo médico ou por outras fontes e, além disso, pode comparar as informações recolhidas. O que nos pode levar precisamente à hipótese de que a Internet é um elemento fundamental para a construção da autonomia individual no que diz respeito à saúde, em primeiro lugar pela consciencialização que os próprios indivíduos adquirem daquilo que é a sua responsabilidade em termos de gestão de informação disponível. Se, por um lado, admitem que a utilização da internet tem um elevado valor prático e útil para a recolha de informação sobre saúde, por outro lado, também têm uma elevada consciência dos riscos associados a essa pesquisa (Nettleton et al., 2005) e salientam a necessidade de recorrer a um profissional de saúde, nomeadamente a um médico, pela confiança que depositam nos seus conhecimentos.

Os médicos são, assim, um elemento fundamental na própria ligação que os cidadãos desenvolvem com a informação disponível on-line, configurando-se como um actor dinâmico na relação paciente-médico, mas também na construção da autonomia por via da recolha e utilização da informação sobre saúde disponível nos diversos meios a que os indivíduos têm acesso. No próximo capítulo iremos abordar a forma como os médicos utilizam a internet no contexto profissional, no desenvolvimento das suas actividades clínicas e de investigação e na relação que desenvolvem com os pacientes, a mediação ou não que praticam e as representações que constroem e que ajudam a construir.





## 5.Os Profissionais de Saúde e a Comunicação em Saúde: O Caso dos Médicos

A importância das tecnologias de informação é hoje debatida nas mais variadas esferas sociais. No campo político, por exemplo, a União Europeia assume o projecto de implementação das TIC, principalmente da Internet, como uma das prioridades na política presente e futura dos estados membros. Esta estratégia, ficou ainda mais clara quando, em Março de 2000, se realizou em Lisboa o Conselho Europeu. Delineou-se então a estratégia de desenvolvimento da economia do conhecimento, no sentido de torná-la a mais competitiva e dinâmica do mundo, no que ficou conhecido como a “estratégia de Lisboa”, tendo sido lançado o Plano de Acção eEurope. No projecto de uma Europa em rede, a saúde encontrou o seu espaço com o projecto eHealth. Deste modo, quando na e-Health Ministerial Conference<sup>76</sup>, foi elaborado o documento “e-Health Ministerial Declaration”: *«e-Health is today’s tool for substantial productivity gains, while providing tomorrow’s instrument for restructured, citizen-centred health care systems and, at the same time, respecting the diversity of Europe’s multi-cultural, multi-lingual health care traditions. There are many examples of successful e-Health developments including health information networks, electronic health records, telemedicine services, wearable and portable monitoring systems, and health portals»*<sup>77</sup>.

As TIC oferecem hoje um variado leque de ferramentas ao dispor do profissional de saúde, tais como, a telemedicina, bases de dados clínicas on-line, comunicação por e-mail com pacientes, bibliotecas virtuais de informação médica, prescrição electrónica de receituário, etc. Oferecem também uma multiplicidade de serviços e informação ao utente/paciente, desde consulta de informação médica e/ou de saúde, marcação de consultas on-line, etc.

Tem sido apontado por diversos estudos (Hardey, 1999), que a maior evolução no papel da informação no sistema de saúde e, em particular, na relação médico-paciente, prende-se com o enorme fluxo de informação médica ou de saúde com presença na

---

<sup>76</sup> [http://ec.europa.eu/information\\_society/europe/ehealth/conference/2003/text\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/europe/ehealth/conference/2003/text_en.htm)

<sup>77</sup> [http://ec.europa.eu/information\\_society/europe/2005/all\\_about/ehealth/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/europe/2005/all_about/ehealth/index_en.htm)

Internet, das mais diversas esferas e proveniências, produzida por especialistas, instituições, grupos de consumidores, etc. Deste modo, a qualidade da informação on-line é hoje debatida pelas diversas instituições do campo da saúde, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais actores sociais, incluindo os utentes. Os profissionais de saúde vêem-se assim perante a Internet como possível fonte de informação e de outras ferramentas para a sua prática profissional, bem como perante o facto de que os próprios utentes terem acesso a informação médica e de saúde na Internet.

Esta nova posição do paciente/utente perante os cuidados de saúde e informação médica e de saúde, pode ser vista sobre a óptica de um ganho de autonomia devido ao acesso às TIC, ou seja, na óptica de “empowerment” (Friedman, 1996), como já foi referido e, neste contexto, retomamos o conceito de “informed patient” (Kivitz, 2004). Esta noção inserida na dinâmica de autonomia, implica necessariamente que os profissionais e instituições de saúde tenham de (re)definir a sua posição perante os utentes.

Também no campo da saúde a tradição dá lugar à modernidade (Giddens, 1992) e ao modelo organizativo e social da rede (Castells, 2003a). Neste sentido, a Internet, como já debatido no capítulo 4, e demais tecnologias de informação e comunicação, ao permitirem fluxos informacionais (imagens, sons, etc.), abrem constantemente novas possibilidades para a medicina, e ao fazê-lo “interpõem-se” entre o utente e o profissional de saúde, mas também entre profissionais, e entre estes e as instituições de saúde. O ênfase tem sido, assim, dado principalmente à relação dos profissionais de saúde e utentes com as TIC. O relacionamento entre o profissional de saúde e paciente mediado pelas novas tecnologias de informação e comunicação é um dos aspectos que mais tem preocupado os investigadores destas áreas (Akerkar, 2004; Friedewald, 2000; Kivitz, 2004; Anderson, 2003). A maioria das abordagens assenta no estudo deste “novo” relacionamento entre médico e paciente. No relatório Health Information Online de 2005, de Susannah Fox, realizado pela Pew Internet, os dados do inquérito de Novembro de 2004 apontam uma percentagem de 79 % de entre os adultos utilizadores de Internet, que procuraram informação sobre saúde on-line (Fox, 2005). Ainda segundo o artigo “European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries”, em que se realizaram entrevistas por telefone a amostras de população da Noruega, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Polónia, Portugal e Letónia), aponta-se que 44 % de

toda a amostra e 71 % dos utilizadores de Internet, usaram a Internet para propósitos relacionados com a saúde. O uso da Internet para assuntos relacionados com a saúde apresenta uma maior taxa nos países do norte (62 % na Dinamarca e 59 % na Noruega), seguindo-se a Alemanha (49 %), enquanto os países do Sul apresentam menores taxas (30 % em Portugal e 23 % na Grécia) (Andreassen, 2007).

No Inquérito Sociedade em Rede em Portugal (de 2006), verificou-se por sua vez, que já 1/5 da população com mais de 15 anos e que utiliza a Internet utiliza a Internet para procura de informação médica/de saúde (SR2006)<sup>78</sup>. Segundo Masters, num artigo designado “Why Doctors use the Internet”, a análise de vários estudos de 2004 em vários países (num total de 38 estudos e totalizando por sua vez 48,615 médicos) mostra que, no total, entre 48 % e 98 % daqueles se conectam à Internet, realizam pesquisas sobre saúde. Na análise geral, cerca de 82 % dos médicos possuía conta de e-mail, e metade usava a Internet pelo menos semanalmente (Masters, 2006).

Um outro estudo realizado nos EUA, mostra que a percentagem de médicos com experiência em Internet para uso pessoal e de e-mail era, respectivamente, de 86 % e 90 %. Quanto a experiência de uso de Internet para procura de informação específica para um paciente a percentagem apresentada é de 29 %, sendo 31 % para a prossecução da sua formação médica, 53 % para procura de informação médica, 17 % para consulta com colegas e apenas 2 % para escrita de prescrições/ordens a pacientes (Casebeer e outros, 2002). Um outro inquérito, também nos EUA (de Dezembro de 2002 a Janeiro de 2003), aponta entre os médicos, o uso da Internet para uso pessoal de cerca de 84,8 % e para e-mail pessoal de 80,1 %. Quanto ao uso do e-mail para pacientes numa proporção 19,8 %, e para prescrição/ordens a pacientes de 4,1 %, sendo que a procura de informação específica para um paciente é de 56,8 % (Bennet e outros, 2004).

São, assim, vários os estudos que comprovam a implementação das tecnologias de informação e comunicação no sistema de saúde e as alterações que têm vindo a proporcionar naquele. Este capítulo pretende, deste modo, contribuir para um maior conhecimento das práticas e representações que os médicos têm em relação às TIC em Portugal e entender qual o contributo e papel dos profissionais de saúde na construção da autonomia individual na área da saúde. Para tal é necessário contextualizar a

---

<sup>78</sup> Ver capítulo 4

implementação das TIC no sistema de saúde português, utilizando dados indicativos da presença de tecnologias de informação no sistema de saúde em Portugal, recorrendo ao relatório *A Sociedade da Informação em Portugal 2006*, sobre o acesso às TIC por parte de algumas instituições de saúde em Portugal, mais precisamente Hospitais<sup>79</sup>.

Em 2006, a percentagem estimada de hospitais com computador era de 99 %, e 97 % dos hospitais tinham ligações à Internet. Sendo que 25 % dos hospitais com computador tinham computadores para utilização dos doentes internados. Por sua vez, 55 % dos hospitais com computadores tinham software médico e 93 % serviço de correio electrónico. Dos hospitais com ligação à Internet, 23 % tinham sistemas de telemedicina. As tecnologias de informação e comunicação estão no centro de um debate sobre o presente e futuro dos sistemas de saúde. Se os governos e demais actores sociais devem tomar as suas decisões, não é menos verdade que os profissionais de saúde protagonizam um papel central na (re)definição constante da posição das TIC no sistema de saúde. Conhecê-las é de extrema importância no (re)definir do papel das TIC no sistema de saúde.

A análise apresentada neste capítulo centra-se no caso dos médicos e parte de dois eixos fundamentais: a análise das práticas relacionadas com o uso de TIC e das representações que os profissionais de saúde tecem sobre as TIC na prática profissional e, em geral, no sistema de saúde, bem como seus efeitos nos utentes e na relação entre profissional de saúde e utente (Ver anexo metodológico – Anexo 5).

---

<sup>79</sup> O inquérito é da responsabilidade do INE e da UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, IP. Realizou-se entre 2004 e 2006 - [http://www.osic.unic.pt/publicacoes/sociedade\\_da\\_informacao.pdf](http://www.osic.unic.pt/publicacoes/sociedade_da_informacao.pdf)

## Os Médicos e as Tecnologias de Informação e Comunicação

Com base nos dados recolhidos é possível afirmar que o uso da Internet se encontra bastante disseminado entre os médicos, uma vez que 97,5 % são utilizadores de Internet. Entre estes, cerca de 8/10 fazem-no directa e regularmente. Deste modo, a Internet ganhou um lugar significativo entre os médicos em Portugal. O uso para a prática profissional assume valores também bastante consideráveis, com pouco mais de 9/10 dos utilizadores de Internet.

A periodicidade de uso é também significativa, mas acompanha a tendência de utilização diária da população geral. Deste modo, a maior parte dos utilizadores afirmou utilizar a Internet diariamente (cerca de 2/5) e cerca de 3/10 entre 3 a 4 vezes por semana. A análise dos dados presentes neste inquérito permite também concluir que a prática e experiências adquiridas ao longo dos anos com Internet na prática profissional estão associadas a uma maior frequência de uso de Internet. No entanto, não é prática usual entre os médicos a posse de blogues e/ou páginas pessoais (cerca de 97 % não possuem blogue e cerca de 93 % não possuem página pessoal), e entre os que possuem, as maiores razões da sua criação prendem-se com a divulgação de matérias não profissionais, bem como a partilha de informação com os pares (ambos com cerca de 3/10 das respostas). O website, enquanto instrumento pessoal, quer para lazer como para questões profissionais, apresenta proporções insignificantes e está longe de se constituir como meio de comunicação entre médicos e utentes, ou mesmo entre profissionais médicos.

Apesar dos elevados índices de utilização da Internet, apenas aproximadamente 2/10 dos médicos recorrem ao correio electrónico para comunicar com pacientes. Também quanto à prescrição electrónica de receituário a proporção de utilizadores é reduzida (ainda que superior ao uso de correio electrónico para comunicar com pacientes), pautando-se em cerca de 3/10 dos médicos. O contacto telefónico apresenta uma maior preferência em comparação com o uso de correio electrónico quando se trata de comunicar com pacientes. Pois cerca de 2/5 dos médicos afirmaram ceder o número de telemóvel aos pacientes, e destes, a grande maioria (cerca de 9/10) atende por norma os telefonemas dos seus pacientes. São os médicos menos jovens os que mais cedem o seu numero de telemóvel.

O correio electrónico e a prescrição electrónica de receituário não se afirmam como práticas generalizadas por parte dos médicos portugueses. Porém, no que se refere ao uso das TIC na saúde, as maiores preferências recaem sobre o uso de Internet e/ou ferramentas disponíveis on line para a realização de acto médico. Neste âmbito, cerca de 4/5 dos médicos afirmaram o uso em pelo menos um tipo de acto médico através da Internet e ferramentas disponíveis na mesma. As maiores proporções de utilização prendem-se com a avaliação diagnóstica e a prescrição de medidas terapêuticas.

Já a telemedicina encontra-se pouco disseminada enquanto prática médica. Apenas 3/10 dos médicos afirmaram o uso de quaisquer práticas de telemedicina. Não obstante o pouco recurso à telemedicina, quando realizada, a avaliação diagnóstica recolhe os maiores índices de utilização à distância, seguindo-se a prescrição de medidas terapêuticas.

A maior parte dos médicos consulta frequentemente sítios na Internet de entidades oficiais, publicações periódicas internacionais e publicações académicas internacionais, bem como congressos, conferências ou reuniões, para as suas pesquisas. No geral, registam-se maiores frequências de utilização por parte dos médicos de fontes internacionais em detrimento das nacionais. As consultas mais frequentes prendem-se com os sítios na Internet de entidades oficiais internacionais, seguindo-se as publicações periódicas internacionais. É significativo, nesse âmbito, que a consulta na Internet de entidades oficiais internacionais seja, entre todas as fontes apresentadas, a que reuniu maior índice médio de frequência, ultrapassando outras fontes, digamos, mais “tradicionais”. Muitos médicos recorrem frequentemente à Internet para pesquisa genérica na sua área científica e para consulta de artigos científicos internacionais. No entanto, quanto ao uso da Internet para contactar com outros profissionais médicos, a maior parte raramente o faz. Também no que respeita ao contacto com utentes e divulgação do próprio trabalho desenvolvido através da Internet, a maioria nunca o faz.

Na utilização da Internet para pesquisa de artigos científicos privilegia-se a consulta de artigos internacionais, já para o contacto com outros profissionais, a maior frequência prende-se com o contacto com profissionais nacionais. Em termos do uso de conteúdos na Internet, destacam-se com maior frequência de utilização, a pesquisa genérica sobre a área científica e a pesquisa de artigos científicos internacionais.

O recurso a grupos e listas de discussão de médicos nacionais ou estrangeiros para o solucionar de dúvidas clínicas não é prática generalizada entre os médicos. De facto, poucos o afirmaram e entre os que o fizeram, a maior parte fá-lo raramente (34 %). Já o recurso a sites de saúde/médicos para o esclarecimento de dúvidas quanto aos tratamentos ou diagnósticos é realizado frequentemente pela maior parte dos médicos (cerca de 45 %) e muito frequentemente por quase 2/10. Assim, verifica-se uma maior frequência de utilização de sites de saúde/médicos em detrimento de uso de Internet para fóruns de partilha com os seus pares, ou seja, privilegia-se o acesso “dual” (no sentido de relação utilizador-site) em detrimento de uma relação mais interactiva e entre utilizadores de Internet como a providenciada por listas de discussão, chats, fóruns, etc.

No que respeita a representações e práticas relacionadas com o utente e a consulta por este de informação médica e/ou de saúde, verifica-se que a maioria dos médicos já recomendou a consulta de sites de informação de saúde e/ou médica disponível na Internet aos seus pacientes (cerca de 70 %), mas a maior parte fá-lo com frequência reduzida (raramente por cerca de 34 % e às vezes por cerca de 30 %). Por sua vez, pouco mais de 2/5 dos médicos afirmou ainda que alguns dos seus pacientes discutem e partilham consigo informações sobre saúde disponível na Internet e pouco mais de 3/10 afirmaram que poucos o fazem.

É, assim, significativo que quase 7/10 dos médicos recomendem aos pacientes a consulta de sites, apesar da maior parte o fazer com frequência reduzida (63,6 %). E apesar de os profissionais médicos não reportarem uma proporção elevada de pacientes que discutam/partilhem informação médica e/ou de saúde consultada na Internet consigo, é igualmente de salientar que se verificam situações desse tipo pois indiciam mudança de paradigma da prática médica. A troca e aconselhamento de informação entre médico e paciente não é ainda uma prática muito difundida e frequente, ainda que seja considerável no espectro geral, tendo em conta os valores de utilizadores de Internet entre a população geral.

É também reconhecido pela maior parte dos médicos (cerca de 2/5) que a consulta de informação pelos pacientes sobre saúde na Internet melhora algo na relação médico-paciente (e 35 % que melhora, mas pouco). Mas, cerca de metade, entende que poderá levar a algum questionamento dos conhecimentos do médico. Assim, no geral, ressalta

que a presença do “paciente informado” é tida como tendo alguns efeitos benéficos, ainda que possa levar a algum questionamento dos conhecimentos do médico. No que diz respeito à influência que a informação disponível da Internet poderá ter nos pacientes, a maior parte dos médicos afirma que poderá melhorar algo na sua qualidade de vida (44,6 %) e autonomia (41,2 %). É igualmente de salientar que se verificam proporções muito semelhantes nos extremos de avaliação, pois quer os que consideram que melhora muito e os que consideram que nada melhora (para a autonomia como para a qualidade de vida), rondam os 10 % dos profissionais médicos. A Internet é tida como muito útil para a prática profissional pela maioria dos médicos (com maior representação entre os mais jovens) e a informação nela acessível é considerada também para a maioria como relevante (cerca de 64 %) e muito relevante por 2/10.

A telemedicina, prática pouco generalizada entre os médicos portugueses, é no entanto tida como útil por cerca de metade dos profissionais médicos e muito útil por cerca de 3/10 %. Por sua vez, a possibilidade das directrizes/protocolos virem a estar acessíveis na Internet é bem acolhida pela maioria dos médicos (cerca de 60 % considerariam muito úteis as directrizes/protocolos on-line), uma vez que é algo de grande utilidade para a prática profissional. Um conjunto significativo de ferramentas providenciadas pelas TIC é tido pela maioria dos médicos como úteis ou muito úteis. A utilidade das TIC na saúde é ainda mais visível quando se verifica que a maior parte dos médicos (quase metade), concorda totalmente com o facto de que a existência de dados informatizados que permitam acompanhar a evolução do seu estado clínico é algo muito útil para a prática clínica. Quase 3/5 dos médicos concordam também totalmente com o facto de que as tecnologias de informação e comunicação, possuem uma maior importância na tomada de decisões clínicas hoje do que em relação há dez anos atrás. Nesse sentido, por exemplo, a maioria dos médicos está de acordo com o facto de que o uso massificado das tecnologias de informação e comunicação permite um maior controlo do erro médico.

No que respeita à criação de um registo informático único por paciente e que esteja acessível através da Internet ao prestador de cuidados médicos, independentemente do local onde se encontra, pouco mais de metade dos médicos concorda totalmente. De facto, em geral, os médicos expressam o carácter utilitário e benéfico das tecnologias de informação e comunicação no sistema de saúde, quer ao nível de registos e plataformas



de informação como, em particular, na prática clínica. Os médicos, quando questionados com a afirmação de que as TIC podem originar maior burocracia e ter uma fraca influência na prática clínica, discordaram na sua grande maioria. Nesse sentido, a maioria dos médicos também considera que é tão importante inovar nas questões organizacionais dos serviços e instituições como investir em novas práticas através do uso das tecnologias de informação e comunicação. De referir que quase metade concorda parcialmente que a utilização das TIC facilita a implementação e integração de novas estratégias na saúde e cerca de 46 % concordam totalmente.

A implementação das TIC no sistema de saúde levanta também algumas questões ao nível das remunerações pela interacção para fins clínicos mediada por algumas tecnologias de informação e comunicação. Deste modo, a remuneração pela interacção com os seus pacientes através de correio electrónico colhe eco positivo pela maior parte dos médicos. Já em relação ao estabelecimento de remunerações pela interacção por telefone, telemóvel, mensagens SMS e instantâneas, encontramos maiores resistências, uma vez que a maior parte não concorda. De qualquer modo, deve-se salientar que os índices de aceitação dessa tarifação possuem já uma proporção bastante significativa entre os profissionais médicos, e que no caso do telefone e telemóvel verificam-se valores relativamente significativos de concordância.

### ***Quem são os médicos em Portugal?***

No que se refere aos grupos etários, 34,5 % de médicos apresentam-se com idades entre os 46 e 55 anos, seguindo-se 26,3 % com idades entre os 25 e 35 anos e com uma representação de 21,8 % os indivíduos com idades superiores a 55 anos. Os homens encontram-se em ligeira maioria (52,6 %). No entanto, estes concentram-se nos grupos mais idosos, em sentido contrário, encontramos uma maioria de mulheres nos grupos mais jovens.

### Quadro 5.1. Classes Etárias - médicos

	n	%
Dos 25 aos 35 anos	257	26,3
Dos 36 aos 45 anos	171	17,5
Dos 46 aos 55 anos	338	34,5
Mais de 55 anos	213	21,8
Total	979	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

De entre os médicos, a Medicina Geral e Familiar assume-se como a especialidade com a maior proporção (24,7 %), seguindo-se a Pediatria (7,8 %), e a Medicina Interna (7,2 %).

De forma a podermos proceder a uma análise mais consistente optámos por nos centrar, no que toca às especialidades, apenas em algumas delas, seleccionadas de forma a garantir alguma diversidade mas também pela sua representatividade e fiabilidade na amostra. A maioria dos médicos trabalha apenas num local (cerca de 61 %), seguindo-se os que trabalham em dois locais (32,6 %). Entre os que trabalham apenas num local a maioria fá-lo em Hospitais Públicos (52 %), seguindo-se os Centros de Saúde (cerca de 25 %).

### Quadro 5.2. Número de lugares de trabalho

	Frequência	Percentagem
Trabalham num lugar	598	60,9
Trabalham em 2 lugares	320	32,6
Trabalham em 3 lugares	57	5,8
Trabalham em 4 lugares	6	0,6
Trabalham em 5 lugares	1	0,1
Total	982	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.3. Tipo de instituição para os que trabalham apenas num local**

	Frequência	Percentagem
Centro de Saúde	149	24,9
Hospital Público	311	52,0
Hospital Privado	15	2,5
Clínica/Consultório Privado	108	18,1
Outros	15	2,5
Total	598	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

São os mais jovens (25-35 anos) que mais trabalham num só lugar, sendo que nos médicos com idades entre os 36 e 45 anos encontramos a maior percentagem de dois e mais lugares de trabalho. As mulheres concentram-se, na sua maioria, em apenas um lugar de trabalho.

**Quadro 5.4. Número de Lugares de Trabalho\*Idade (%)**

Número de Lugares de Trabalho	Idade			
	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	Mais de 55 anos
Um Local	32,1	13,3	32,4	22,1
Mais do que um local	17,2	24,1	38,5	20,2

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Entre os que trabalham apenas num local, destacam-se os médicos de Medicina Geral e Familiar (67,9 % dos médicos de MGF), de Anestesiologia (78%) e Medicina Interna (73,9 %).

Para que fosse possível medir factores relacionados com os vários locais de trabalho, agrupámos os mais significativos (apenas os que trabalham num só lugar) por sector público ou privado. Verificou-se que 78,9 % trabalham no sector público e 21,1 % no sector privado. Os mais jovens (25-35 anos) são dos que mais trabalham no público, e os mais idosos (55 e mais anos) no privado. As mulheres destacam-se com uma maior proporção no sector público.

**Quadro 5.5. Trabalha num lugar (instituição) - Sector \* Sexo (%)**

Trabalha num só local	Sexo	
	Feminino	Masculino
Público	61,1	38,9
Privado	27,9	72,1

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Analisando as várias matrizes de conjunção de lugares de trabalho, isto é, desde os que apenas trabalham apenas num local até aos que trabalham em vários locais, verificamos, não obstante, que é o Hospital Público, enquanto lugar exclusivo que está em maioria entre os médicos, com cerca de 32 %, seguindo-se os que trabalham num Hospital Público e Clínica/Consultório Privado, com cerca de 18 %, e ainda os que trabalham em exclusivo num Centro de Saúde, com cerca de 15%.

**Quadro 5.6. Locais de trabalho – Entidades Provedoras**

	n	%
Outro	15	1,5
Clínica / Consultório privado	108	11,0
Clínica/ Consultório privado e Outro	19	1,9
Hospital privado	15	1,5
Hospital privado e Outro	1	0,1
Hospital privado e Clínica/ Consultório privado	25	2,5
Hospital privado e Clínica/ Consultório privado e Outro	2	0,2
Hospital público	311	31,7
Hospital público e Outro	8	0,8
Hospital público e Clínica/ Consultório privado	176	17,9
Hospital público e Clínica/ Consultório privado e Outro	7	0,7
Hospital público e Hospital privado	20	2,0
Hospital público e Hospital privado e Outro	1	0,1
Hospital público e Hospital privado e Clínica/ Consultório privado	31	3,2
Hospital público e Hospital privado e Clínica/ Consultório privado e Outro	3	0,3
Centro de Saúde	149	15,2
Centro de Saúde e Outro	3	0,3
Centro de Saúde e Clínica/ Consultório privado	46	4,7
Centro de Saúde e Clínica/ Consultório privado e Outro	5	0,5
Centro de Saúde, Hospital privado e Clínica/ Consultório privado	5	0,5
Centro de Saúde, Hospital privado e Clínica/ Consultório privado e Outro	1	0,1
Centro de Saúde, Hospital público	22	2,2
Centro de Saúde, Hospital público e Clínica/ Consultório privado	6	0,6
Centro de Saúde, Hospital público, Hospital privado e Clínica/ Consultório privado	2	0,2
Centro de Saúde, Hospital público, Centro de Saúde, Hospital privado e Clínica/ Consultório privado e Outro	1	0,1
Total	982	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

A maior parte dos médicos (cerca de 30 %) realizou a sua formação na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, seguindo-se a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (cerca de 21 %). Entre os médicos, 33,1 % realizaram ou encontram-se a realizar alguma formação pós-graduada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento). Os homens são os que mais realizam ou realizaram formações pós-graduadas. Por sua vez, entre os que realizam ou realizaram formações pós-graduadas encontram-se maiores proporções de médicos com idades entre os 36 e 45 anos, seguindo-se o grupo etário dos 46 aos 55 anos. Existe uma maior representatividade de médicos que realizaram ou encontram-se a realizar formações pós-graduadas entre os trabalhadores do sector privado. Portugal surge como o local de formação privilegiado para a formação pós-graduada, com 80,3 % dos casos, enquanto 19,7 % recorrem a formações pós-graduadas no estrangeiro. Os médicos mais jovens são dos que mais realizam ou realizaram formações pós-graduadas em Portugal, e os mais idosos os que mais procuram o estrangeiro para tal fim.

Os médicos privilegiam a trajectória académica dentro da área de formação (89,9 %). Dos que optam por formações pós-graduadas noutras áreas, a maior parte seguiu ou segue administração e gestão de saúde (48,4 %), seguindo-se os que referiram possuírem ou frequentarem pós-graduações nas áreas de gestão e administração (25,8 %). Esta procura é reveladora de alguma necessidade de conhecimento na óptica das questões administrativas e de gestão.

### ***A Utilização de Internet entre os Médicos***

Entre os médicos, uma elevada percentagem utiliza a Internet (97,5%). A taxa de utilização por parte dos médicos de Internet é ligeiramente superior à taxa revelada pelo *Inquérito A Sociedade em Rede em Portugal 2006*, em que se afirma um uso de cerca de 94,5 % nos técnicos superiores (trabalhadores assalariados detentores de diploma de ensino superior) Por sua vez, se compararmos com a população licenciada (com licenciados ou com estudos pós-graduados), verifica-se que 88,8 % utilizam Internet, portanto, um valor inferior à taxa de utilização da Internet pelos médicos. A comparação com a população geral é ainda mais significativa, pois entre a população apenas cerca

de 36 % utiliza a Internet, valor bastante inferior à taxa de utilização dos médicos (Cardoso, Espanha e Gomes, 2006f).

Segundo um relatório do The Boston Consulting Group, “European Physicians and the Internet”, que apresenta os resultados de um inquérito a médicos europeus da Suécia, Alemanha e França, realizado em 2002, a Suécia domina com 74 % de médicos on-line, a Alemanha com 64 % e França com 55 % (BCG, 2003). Num outro estudo conduzido pela AMA (American Medical Association), a partir de uma amostra aleatória de 1000 médicos norte-americanos (EUA), verificou-se que 10% dos médicos inquiridos em 1997, 37 % dos inquiridos em 1999 e 70 % dos inquiridos em 2000, eram utilizadores de Internet (Casebeer e outros, 2002).

A taxa de utilização da Internet pelos médicos portugueses é assim bastante superior aos valores apresentados nos citados estudos a países europeus e EUA. No entanto a comparação é limitada, uma vez que os estudos referidos referem-se a anteriores anos, e poderão ter evoluído nos presentes anos, basta ver o exemplo do estudo da AMA, em que a taxa de médicos nos EUA utilizadores de Internet aumenta de 10 % em 1997 para 70 % em 2000.

Estudos recentes quanto à utilização pelos médicos noutros países desenvolvidos poderão lançar novas luzes sobre os valores aqui debatidos. Não deixa contudo, de ser significativo a elevada taxa de utilizadores de Internet entre os médicos em Portugal.

#### Quadro 5.7.Utilização de Internet

		n	%	%
Sim	Sim, directa e regularmente	762	77,0	79,0
	Sim, por intermédio de terceiros	28	2,8	2,9
	Sim, directamente e por intermédio de terceiros	104	10,5	10,8
	Não sou utilizador regular de Internet	71	7,2	7,4
Não	Nunca utilizei a Internet	25	2,5	-
	Total	990	100,0	100,0 (n=965)

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Voltando aos dados do presente estudo, verifica-se que os mais jovens são os que mais usam, com 99,6 %, diminuindo a proporção com a pirâmide etária, traduzindo-se em 91,9 % nos médicos com mais de 55 anos (igualmente uma significativa percentagem). No que se refere ao sexo existe apenas uma ligeira diferença, uma vez que as mulheres, com 98,9 % de utilizadores, somam apenas mais 2,6 % em relação aos homens.

**Quadro 5.8. Utilização da Internet \*Idade (%)**

Utilização da Internet	Idade			
	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	Mais de 55 anos
Utilizadores	27,0	17,8	34,9	20,3
Não utilizadores	4,0	4,0	24,0	68,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.9. Utilização da Internet \* Sexo (%)**

Trabalha num só local	Sexo	
	Feminino	Masculino
Público	48	52
Privado	20,8	79,2

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os dados do inquérito à população mostram que os mais jovens (dos 8 aos 24 anos) são quem mais usa, diminuindo a taxa de utilização com o aumento da pirâmide etária. Por sua vez, cerca de 41 % dos homens e aproximadamente 31 % das mulheres afirmaram utilizar a Internet (Cardoso, Espanha e Gomes, 2006f). Comparando com os dados da população em geral do Inquérito Sociedade em Rede em Portugal 2006, verifica-se entre os médicos a mesma tendência por idade, mas ao contrário da população geral, inverte-se a tendência. Nos médicos não só as mulheres aproximam-se da taxa de utilização masculina como a ultrapassam, ainda que ligeiramente.

De entre os utilizadores, 79 % utilizam a Internet directa e regularmente, 2,9 % por intermédio de terceiros e 10,8 % directamente e por intermédio de terceiros. Os mais jovens (25-35 anos) apresentam maiores proporções de uso de Internet directa e regularmente (87,2 %), sendo entre os mais idosos (mais de 55 anos) que se revelam

superiores taxas de utilização não regular bem como de não utilizadores. No entanto, é significativo que entre os médicos com mais de 55 anos, encontramos a maior proporção de utilizadores por intermédio de terceiros (6,7 %).

**Quadro 5.10. Tipo de Utilizador da Internet \*Idade (%)**

É utilizador?	Idade			
	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	Mais de 55 anos
Sim, directa e regularmente	29,8	17,3	35,0	17,8
Sim, por intermédio de terceiros	14,3	14,3	21,4	50,0
Sim, directa e por intermédio de terceiros	24,5	22,5	30,4	22,5
Não sou utilizador regular	4,4	17,6	45,6	32,4
Nunca utilizei	4,0	4,0	24,0	68,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os homens apresentam uma taxa ligeiramente superior de utilizadores directa e regularmente, e as mulheres uma ligeira maior taxa de utilização directamente e por intermédio de terceiros, bem como de utilização não regular.

É no Hospital Privado que encontramos as maiores proporções de médicos utilizadores directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros, seguindo-se os que trabalham em Hospitais Públicos, sendo que a maior proporção de não utilizadores e utilizadores não regulares encontram-se nas Clínicas/Consultórios Privados.

**Quadro 5.11. Tipo de Utilizador de Internet \* Trabalho num local (%)**

Tipo de Utilizador	Centro de Saúde	Hospital Público	Hospital Privado	Clínica/consultório Privado	Outro
Sim, Directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros	24,1	55,3	2,8	15,3	2,4
Não sou utilizador regular e/ou nunca utilizei	32,8	25,9	0	39,7	1,7

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006



Agrupando as instituições por sector verifica-se que no sector público encontramos uma maior proporção de utilizadores directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros, em detrimento do sector privado.

**Quadro 5.12. Trabalho num local - sector \* Tipo de Utilizador de Internet (%)**

Trabalho num local - sector	Sim, Directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros	Não sou utilizador regular e/ou nunca utilizei
Público	92,6	7,4
Privado	80,8	19,2

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os utilizadores de Internet, encontram-se dispersos nos mais variados tipos de prática profissional, com o maior peso (cerca de 69%) dedicando-se exclusivamente a práticas clínicas, apenas com cerca de 2% exclusivamente à investigação e 29,4% a ambas as actividades citadas.

**Quadro 5.13. Médicos utilizadores de Internet e actividade a que se dedicam**

	Frequência	Percentagem
Prática Clínica	656	68,8
Investigação	18	1,9
Ambas	280	29,4
Total	954	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

No conjunto, o factor investigação/pesquisa parece determinante, uma vez que se encontra associado a uma utilização regular de Internet (directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros). Deste modo, entre os que se dedicam a investigação e os que se dedicam a ambas investigação e prática clínica, surgem mais casos de utilizadores com regularidade.

**Quadro 5.14. Âmbito do exercício da prática profissional \* É Utilizador de Internet? (%)**

	Sim, directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros	Não sou utilizador regular e/ou nunca utilizei
Prática Clínica	91,1	8,9
Investigação	100	0
Ambas	97,5	2,5
Total		

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Quanto à frequência mensal de uso da Internet, verificamos que 39,1 % utilizou todos os dias, seguindo-se 33,4 % com uma frequência de uso de 3 a 4 vezes por semana. Dados do *Inquérito A Sociedade em Rede em Portugal 2006*, revelam que entre os utilizadores, 38 % o fazem diariamente, 20,8 % três a quatro vezes por semana e 26,7 % uma a duas vezes por semana. A periodicidade dos médicos em Portugal segue a tendência dos cibernautas portugueses em termos de utilização diária, no entanto, salienta-se a maior taxa de utilização de 3 a 4 vezes por semana. Porém, abaixo da periodicidade diária apontada para licenciados (em que cerca de 55 % utilizam diariamente) e para os trabalhadores do quadro ou técnico superior - com curso superior e trabalho assalariado - (50 % utilizam diariamente) (Cardoso, Espanha e Gomes, 2006f).

**Quadro 5.15. Frequência de utilização de Internet no último mês**

	Frequência	%
Todos os dias	376	39,1
3 a 4 vezes por semana	321	33,4
1 a 2 vezes por semana	195	20,3
1 vez por mês	60	6,2
Nunca	8	0,8
Ns/nr	2	0,2
Total	962	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os médicos com 46 e mais anos de idade foram os que mais afirmaram o uso diário. Nos inquiridos com menos de 45 anos, verifica-se, por sua vez, a maior taxa de utilizadores de 3 a 4 vezes por semana ou 1 a 2 vezes por semana. De referir que os médicos com 46 e mais anos, apesar de possuírem a maior proporção de utilizadores diários, foram também dos que mais referiram utilizar 1 vez por mês e nunca. Assume-se assim como uma faixa etária algo dividida em termos de periodicidade de uso de Internet. Já no que toca ao género, entre os homens, 46,5 % utilizam diariamente, enquanto nas mulheres se verifica um menor valor (31,7 %).

Os médicos que se dedicam a ambas prática clínica e investigação foram os que mais afirmaram o uso diário.

**Quadro 5.16. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Todos os dias	26,1	16,6	36,5	20,9
3 a 4 vezes por semana / 1 a 2 vezes por semana	29,6	19,1	32,7	18,5
1 vez por mês ou Nunca	12,5	15,6	40,6	31,3

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.17. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) \* Sexo (%)**

	Feminino	Masculino
Todos os dias	38,8	61,2
3 a 4 vezes por semana / 1 a 2 vezes por semana	53,0	47,0
1 vez por mês ou Nunca	63,6	36,4

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.18. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) \* âmbito do exercício da prática profissional (%)**

	Prática clínica	Investigação	Ambas
Todos os dias	58,8	1,9	39,4
3 a 4 vezes por semana / 1 a 2 vezes por semana	74,8	1,8	23,4
1 vez por mês ou Nunca	76,9	3,1	20,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

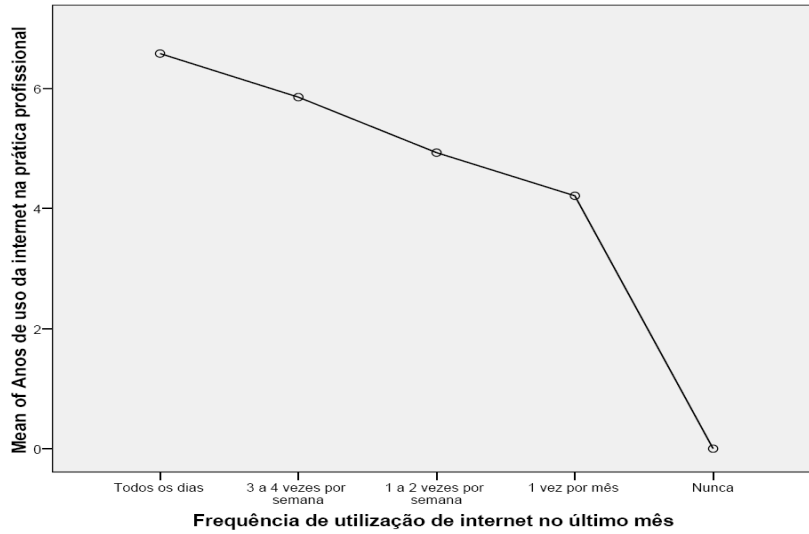
No que toca às instituições onde desenvolvem a sua actividade profissional, entre os que trabalham noutras instituições que não as instituições tradicionais do sistema de saúde, a maioria utiliza diariamente (76,9 %). Seguindo-se os que trabalham em Clínicas/Consultórios Privados, com 46,8% de utilizadores diários.

**Quadro 5.19. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) \* Trabalha num local (%)**

	Centro de saúde	Hospital Público	Hospital Privado	Clínica/Consultório privado	Outro
Todos os dias	24,0	50,2	1,8	19,6	4,4
3 a 4 vezes por semana / 1 a 2 vezes por semana	24,1	57,8	3,6	13,5	1,0
1 vez por mês ou Nunca	37,0	43,5	0	19,6	0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Gráfico 5.1. Frequência de utilização e Anos de utilização**



Podemos ainda encontrar uma relação positiva entre a frequência de uso de Internet e a média de anos do seu uso na prática profissional, como melhor se pode observar pelo gráfico em anexo. Neste âmbito, verifica-se uma relação positiva, entre uma maior longevidade de uso na prática profissional e uma maior periodicidade de uso.

### ***A Internet e a Prática Profissional***

Visto que a maioria dos médicos utiliza a Internet com regularidade, directamente ou por intermédio de terceiros, interessa perceber se os médicos o fazem, e em que moldes, na sua prática profissional. Verifica-se, então, que o uso para a prática profissional é assumido por 92,4 % dos utilizadores de Internet.

Recorremos uma vez mais ao relatório “European Physicians and the Internet”, onde se relata que 96 % de utilizadores de Internet (da Alemanha, França e Suíça) afirmaram usar tecnologias acessíveis na Internet para razões profissionais (BCG, 2003). Portanto, uma taxa superior aos valores do nosso estudo para os médicos em Portugal.

**Quadro 5.20. Utilização de Internet para a prática profissional**

	n	%
Sim	889	92,4
Não	71	7,4
Ns/nr	2	0,2
Total	962	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

É nos estratos mais jovens que encontramos maiores índices de utilização de Internet na prática profissional. Entre os médicos com idades entre os 25 e 35 anos, 96,5 % utilizam-na nesse âmbito (25-35 anos, com 96,5 %; e 36-45 anos com 94,1 %). De qualquer modo, a diferença não é muito significativa, havendo uma equidade na distribuição, sendo que nos seguintes grupos etários a proporção de utilizadores é bastante elevada, rondando os 90 %.

**Quadro 5.21. Utiliza a Internet na prática profissional? \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Sim	28,3	18,3	33,4	19,9
Não	12,7	14,1	49,3	23,9

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

De entre as quatro instituições denominadas de tradicionais, sobressai que o mais baixo índice de utilização da Internet para a prática profissional se verifica entre os médicos de Clínicas/Consultórios Privados. Em relação ao peso por sector público ou privado, é entre os que trabalham no sector público que encontramos maior proporção de utilizadores de Internet para a prática profissional.

**Quadro 5.22. Utiliza a Internet na prática profissional? \* Trabalha num local (instituição) - Sector (%)**

	Público	Privado
Sim	81,8	18,2
Não	61,5	38,5

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

O tipo de prática profissional e o uso de Internet encontram-se significativamente relacionados. Neste sentido, é de entre os médicos que afirmam realizar ambas as actividades (prática clínica e investigação) que encontramos uma maior proporção de utilizadores na prática profissional (cerca de 99 %). Nos médicos cuja prática se prende exclusivamente com a prática clínica, bem como nos médicos que se dedicam exclusivamente à investigação, a proporção de utilizadores ronda os 90 %.

**Quadro 5.23. Utiliza a Internet na prática profissional? \* Âmbito de exercício da prática profissional (%)**

	Prática Clínica	Investigação	Ambas
Sim	66,7	1,8	31,5
Não	92,6	2,9	4,4

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

O período entre 1995-2000 é o de maior adesão ao uso de Internet na prática profissional (aproximadamente 53%). De 2001 a 2006 aderiram cerca de 43 %. De ressaltar que o ano 2000 surge como o de maior representatividade como ano apontado para o início do uso de Internet na prática profissional (19,4%). De salientar que o período de 1995 a 2000 coincide com a expansão dos *browsers*<sup>80</sup>.

<sup>80</sup> <http://www.webhero.org/Browsers/history.htm>

Assim, cerca de 4 % dos presentes utilizadores na prática profissional foram pioneiros, remontando o início até 1994, mas a maior parte aderiu logo de seguida (de 1995 a 2000), em grande medida devido a um *boom* no ano de 2000.

**Quadro 5.24. Ano de início de uso da Internet para a prática profissional**

	n	%
Até 1994	31	4,0
De 1995 a 2000	417	53,3
De 2001 a 2006	335	42,8
Total	783	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

### ***O Correio Electrónico e os Médicos***

Segundo um inquérito on-line a norte-americanos, entre 5 e 7 de Setembro de 2006 conduzido pela Harris Interactive ( Harris Interactive Health-Care Poll), para o The Wall Street Journal Online, verifica-se que a maioria dos inquiridos (18 e mais anos), 77 %, gostaria de receber e-mails dos seus médicos quando relacionados com uma visita ou algum tipo de tratamento médico. A maior parte dos adultos (74 %) gostaria usar o e-mail para comunicar directamente com o médico (4 % usam e 4 % têm possibilidade de o fazer e não o fazem)<sup>81</sup>.

O correio electrónico é uma ferramenta de comunicação mais completa do que o contacto telefónico, uma vez que permite adicionar textos e imagens, bem como uma exposição mais precisa e descritiva de sintomas, tratamentos, etc. Apresenta, contudo, desvantagens para com outros meios de comunicação, como o telemóvel, que permite, ainda, uma maior mobilidade e interactividade em tempo real.

Como vimos, a maioria dos médicos utiliza a Internet com regularidade, e na sua maioria, directamente. A utilização da Internet para a prática profissional surge também

<sup>81</sup> [http://www.govtech.com/gt/print\\_article.php?id=101192](http://www.govtech.com/gt/print_article.php?id=101192)



com proporções elevadas. Porém, no que toca à utilização do correio electrónico para comunicar com pacientes, a maioria dos médicos não o pratica (81,1 %). Por sua vez, é significativo que, dos que afirmam o seu uso, a maioria referiu fazê-lo apenas raramente (66,5 %).

**Quadro 5.25. Utilização da Internet/correio electrónico para comunicar com pacientes**

	n	%
Sim	178	18,0
Não	801	81,1
Ns/nr	9	0,9
Total	988	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.26. Frequência de uso de correio electrónico para comunicação com pacientes**

	n	%
Muito frequentemente	22	12,5
Frequentemente	37	21,0
Raramente	117	66,5
Total	176	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Um questionário realizado nos EUA (de Dezembro de 2002 a Janeiro de 2003) aponta, entre os médicos, o uso da Internet para e-mail pessoal de 80,1 %. No entanto, quando ao uso para e-mail a pacientes afirma-se uma proporção bem menor, 19,8 % (Bennet e outros, 2004). Outro estudo conduzido nos EUA a 4203 médicos (inquérito realizado de Março a Maio de 2005), evidenciou que 16,6 % usaram pessoalmente e-mail para comunicar com pacientes. Dos que afirmaram usar e-mail para comunicar com pacientes, apenas 120 (17,4 %) afirmaram fazê-lo frequentemente. Os 120 que o fazem frequentemente correspondem a 2,9 % do total de médicos inquiridos quanto ao uso de e-mail (Brooks e Menachemi, 2006).

A taxa de utilização de e-mail para contacto com pacientes, bem como a frequência de sua utilização entre os médicos em Portugal, apresenta valores bastante próximos dos valores apontados para os EUA.

**Quadro 5.27. Utilização de correio electrónico para comunicar com pacientes \* Sexo (%)**

	Feminino	Masculino
Sim	37,7	62,3
Não	50,0	50,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os homens foram os que mais afirmaram utilizar Internet/correio electrónico para comunicar com os seus clientes. Para a generalidade dos grupos etários, as proporções de utilizadores ronda os 20 %, com excepção para o grupo etário dos médicos entre 25 e 35 anos em que apenas 8,3 % dos mesmos usam a Internet/correio electrónico para comunicar com os seus pacientes. Trata-se de uma prática que ainda não terá ganho muito terreno na generalidade dos médicos de vários estratos etários, sendo no entanto mais acentuada a sua ausência entre os mais jovens.

**Quadro 5.28. Utilização de correio electrónico para comunicar com pacientes \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Sim	12,1	22,0	41,0	24,9
Não	29,4	16,5	33,3	20,9

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

A maior parte dos médicos, que utilizam o correio electrónico para comunicar com pacientes, são utilizadores diários de Internet. De facto, quanto menor a frequência (periodicidade) de utilização de Internet, menor a taxa de utilizadores de correio electrónico para comunicação com pacientes.

**Quadro 5.29. Frequência de utilização de Internet no último mês (agrupado) \* Utilização de correio electrónico para comunicar com pacientes (%)**

	Sim	Não
Todos os dias	32,8	67,2
3 a 4 vezes por semana / 1 a 2 vezes por semana	11,3	88,7
1 vez por mês ou Nunca	0	100

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

### ***O Telemóvel e os Médicos***

O telemóvel como meio de comunicação entre paciente e utente encontra um maior desenvolvimento do que o correio electrónico, pois encontramos nos médicos cerca de 39% que afirmaram ceder o seu número de telemóvel aos pacientes. Tal poderá estar relacionado com a mobilidade e acessibilidade que o telemóvel permite, acessório tecnológico bastante difundido em Portugal (já referido no capítulo 2), como comprovam os dados do *Inquérito A Sociedade em Rede em Portugal 2006*, onde se afirma que cerca de 74 % dos inquiridos afirmou ter pelo menos um telemóvel (Gustavo, Espanha e Gomes, 2006f). No entanto, apesar da enorme acessibilidade, não é prática comum entre os médicos. Além disso, se confrontarmos estes dados com a percepção dos utentes, verifica-se que apenas 8,4% afirmaram dispor do número de telemóvel do seu médico assistente para contacto em caso de necessidade.

**Quadro 5.30. Disponibiliza o número de telemóvel aos seus clientes**

	Frequência	Percentagem
Sim	380	38,5
Não	585	59,2
Ns/nr	23	2,3
Total	988	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os médicos dos escalões etários mais elevados são os que mais disponibilizam o seu número de telemóvel, diminuindo a proporção progressivamente quando descemos no escalão etário. Por seu lado, são os homens que mais o fazem.

**Quadro 5.31. Habitualmente disponibiliza o seu número de telemóvel aos seus pacientes? \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Sim	12,0	17,6	35,8	34,5
Não	34,8	17,4	34,1	13,7

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.32. Habitualmente disponibiliza o seu número de telemóvel aos seus pacientes? \* Sexo (%)**

	Feminino	Masculino
Sim	34,0	66,0
Não	55,6	44,4

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os médicos do sector privado foram os que mais afirmaram disponibilizar o número de telemóvel aos pacientes. E neste âmbito, os que mais o fazem são os médicos que trabalham em Clínicas/Consultórios Privados. Os que trabalham em mais do que um lugar de trabalho encontram-se entre os que mais afirmaram disponibilizar o número de telemóvel aos seus pacientes.

Delineia-se uma relação entre a disponibilização de número de telemóvel aos pacientes e o uso de correio electrónico para comunicar com os pacientes, na medida em que os que o fazem são os que mais afirmaram ceder o número de telemóvel aos pacientes, afirmando-se assim como práticas não exclusivas, e em geral paralelas ou complementares.

**Quadro 5.33. Habitualmente disponibiliza o seu número de telemóvel aos seus pacientes? \*  
correio electrónico para comunicar com pacientes? (%)**

Telemóvel	Correio electrónico	
	Sim	Não
Sim	27,1	72,9
Não	12,5	87,5

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Entre os que disponibilizam o número de telemóvel para contacto com os pacientes, 93 % responderam atender, por norma, os telefonemas dos seus pacientes e 5,9 % referiram ouvir as mensagens e responder em função da descrição que lhes é feita.

### *A Prescrição Electrónica de Receituário*

Outra ferramenta de comunicação entre médico e paciente que tem sido alvo de atenção no quadro das TIC na saúde, prende-se com a prescrição electrónica de receituário.<sup>82</sup> Neste campo, a percentagem de utilizadores ronda os 29 %. Portanto não encontramos também aqui uma elevada percentagem de utilizadores, ainda que seja um valor significativo de alguma penetração deste tipo de ferramenta electrónica.

Por sua vez, a utilização destina-se, em maior grau, para os pacientes usarem nas farmácias de comunidade/oficina (18%).

---

<sup>82</sup> “Trata-se de um sistema de informação de apoio à prescrição racional de medicamentos que dá aos profissionais de saúde meios para aumentar a produtividade. Através deste sistema, é possível constatar no acto de prescrição, a diferença de custos dos medicamentos e as suas características. A prescrição racional de medicamentos constitui paralelamente uma fonte de conhecimento para o médico: «No acto de prescrição, os profissionais de saúde têm conhecimento da totalidade de medicamentos introduzidos no mercado, a informação é agregada por princípio activo e os preços dos medicamentos são disponibilizados de imediato», in [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Unidades\\_Operacionais/Processo\\_Resumo.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Unidades_Operacionais/Processo_Resumo.pdf)

**Quadro 5.34. Prescrição electrónica de receituário**

	n	%
Sim, para os meus pacientes usarem nas farmácias de comunidade/oficina	177	18,0
Sim, mas só para a farmácia do hospital onde trabalho	72	7,3
Sim, para ambos os casos anteriores	39	4,0
Não	681	69,4
Ns/nr	12	1,2
Total	981	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Segundo o já citado relatório do The Boston Consulting Group (que apresenta dados de um inquérito em 2002), em 254 médicos na Alemanha, 38 % utilizaram prescrição electrónica de receituário. Por sua vez, em 251 médicos na França, 28 % dos médicos utilizaram prescrição electrónica. E em 101 médicos na Suécia, 27 % utilizaram prescrição electrónica de receituário (BCG, 2003).

O uso da prescrição electrónica de receituário não ganhou ainda muitos adeptos entre os médicos em Portugal, rondando os valores apontados para outros países europeus (ainda que para o ano de 2002 o que implica algum cuidado na comparação) com excepção da Alemanha que apresentava uma taxa superior.

Os mais jovens possuem um maior índice de utilização da prescrição electrónica de receituário. Neste sentido, os grupos etários dos 25 aos 35 anos e 36 aos 45 anos possuem, respectivamente entre os seus membros, uma percentagem de utilizadores de prescrição médica de receituário de cerca de 35 %, sendo que a proporção de utilizadores diminui com o aumento da pirâmide etária. Entre os médicos com mais de 55 anos, utilizam-na apenas cerca de 17 %. Os médicos que trabalham no sector público são os que mais utilizam a prescrição electrónica de receituário. De facto, as taxas mais

elevadas de utilização, encontram-se entre os médicos que trabalham num Centro de Saúde ou num Hospital Público<sup>83</sup>.

**Quadro 5.35. Habitualmente utiliza algum tipo de prescrição electrónica de receituário? \*  
Trabalha num local (%)**

	Centro de saúde	Hospital Público	Hospital Privado	Clínica/Consultório privado	Outro
Sim	31,8	61,2	1,8	4,7	0,6
Não	22,5	48,5	3,0	23,8	2,2

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

### *As Tecnologias de Informação e Comunicação e o Acto Médico*

As tecnologias de informação e comunicação providenciam aos médicos uma série de outras ferramentas para uso nos vários âmbitos da prática clínica. Nesse sentido, é importante também tentar compreender a utilização de Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet nos vários âmbitos do acto médico, no contexto nacional.

A avaliação diagnóstica é referida positivamente por cerca de 52 % dos médicos; a avaliação prognóstica por 32,7 % dos médicos; a prescrição de medidas terapêuticas por 46,4 % dos médicos; e a execução de medidas terapêuticas por 19,5 % dos médicos<sup>84</sup>, utilizando ferramentas disponíveis na Internet para tal.

<sup>83</sup> O receituário electrónico está previsto no SNS desde 2002 em Portugal, ver <http://dre.pt/pdf2s/2005/03/04800000/0371703717.pdf>

<sup>84</sup> Actividades exclusivas ou em combinação com outras.

**Quadro 5.36. Acto médico através de recurso a Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet (%)**

	Sim	Não ou Ns/nr	Total (n=995)
Avaliação diagnóstica	52,3	47,7	100,0
Prescrição de medidas terapêuticas	46,4	53,6	100,0
Avaliação prognóstica	32,7	67,3	100,0
Execução de medidas terapêuticas	19,5	80,5	100,0
Outro acto médico	6,9	93,1	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Vale a pena tentar perceber melhor, analisando de forma mais desagregada, os vários tipos de actos médicos através de Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet em termos de relações significativas com factores socioprofissionais.

No que respeita a factores relacionados com a idade, as relações significativas verificadas permitiram apurar que no que se refere a avaliação diagnóstica, avaliação prognóstica e prescrição de medidas terapêuticas, os mais jovens apresentam a maior proporção de utilizadores, diminuindo a proporção de utilizadores com o aumento da idade.

**Quadro 5.37. Avaliação diagnóstica com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Não ou Ns/Nr	17,1	17,1	38,2	27,6
Sim	34,6	17,8	31,1	16,4

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006



**Quadro 5.38. Avaliação prognóstica com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Não ou Ns/Nr	19,2	17,5	38,0	25,3
Sim	40,9	17,3	27,4	14,5

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.39. Prescrição de medidas terapêuticas com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Não ou Ns/Nr	20,9	17,5	35,7	25,9
Sim	32,5	17,4	33,1	17,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

O sector encontra-se relacionado significativamente com a avaliação diagnóstica, a avaliação prognóstica e a prescrição de medidas terapêuticas, sendo que a maior taxa de utilização pertence aos médicos que trabalham no sector público.

No que respeita a avaliação diagnóstica e avaliação prognóstica, entre os que trabalham em Hospitais Públicos existe maior proporção de utilizadores desta modalidade de acto médico, seguindo-se os que trabalham em Hospitais Privados. Quanto à prescrição de medidas terapêuticas, é nos que trabalham em Hospitais Privados que se verifica maior proporção de utilizadores, seguindo-se os que trabalham em Hospitais Públicos. Em relação à execução de medidas terapêuticas, distinguem-se com maior taxa de utilização, os médicos que desenvolvem a sua actividade em Hospitais Públicos.

Cerca de 79 % dos médicos afirmaram o uso de Internet e/ou quaisquer ferramentas acessíveis na Internet para pelo menos uma modalidade de acto médico. Se analisarmos

as várias combinações de tipos de acto médico com recurso à Internet e/ou ferramentas informáticas acessíveis na Internet, (desde o uso exclusivo de uma só prática ao de várias práticas) verificamos que a prescrição de medidas terapêuticas enquanto acto exclusivo surge com a maior proporção (14,3 %). Seguindo-se a avaliação diagnóstica e prescrição de medidas terapêuticas (13,3 %). Com 12,5 % dos casos surge a combinação das modalidades avaliação diagnóstica, avaliação prognóstica e prescrição de medidas terapêuticas. Ainda significativo neste quadro de comparação, a avaliação diagnóstica como prática exclusiva surge em 12 % dos médicos.

Os que afirmaram utilizar Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet no acto médico são os que mais se afirmaram utilizadores de correio electrónico para comunicar com os pacientes, bem como os que mais referiram utilizar prescrição electrónica de receituário encontramos maiores proporções de utilizadores de Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet no acto médico.

Entre os que afirmaram o uso de Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet para fins de acto médico, a maior parte fá-lo apenas para uma modalidade<sup>85</sup> de acto médico (39%), diminuindo a proporção de utilizadores quanto maior o número de modalidades em causa.

**Quadro 5.40. Número de modalidades (tipos) do acto médico com recurso a Internet e/ou ferramentas acessíveis na Internet**

Modalidades	n	%
1	308	39,0
2	257	32,6
3	152	19,3
4	68	8,6
5	4	0,5
Total	789	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

<sup>85</sup> Referimo-nos aos vários tipos de acto médico, como avaliação diagnóstica, avaliação prognóstica, prescrição de medidas terapêuticas, execução de medidas terapêuticas, e outros tipos de actos médicos. Optámos pela designação de “modalidades” de modo a se distinguir de outras terminologias utilizadas.

É nos mais jovens (25-35 anos) que encontramos a maior porção de utilizadores de mais do que uma modalidade de actos médicos com recurso a Internet e/ou ferramentas disponíveis na Internet.

### *Os Médicos e a Telemedicina*

Outra modalidade de uso das TIC no processo de acto médico prende-se com o acto médico não presencial, como seja, à distância: a telemedicina<sup>86</sup>. Dos médicos, cerca de 22 % utilizaram-na para avaliação diagnóstica. A avaliação prognóstica é afirmada por 5,5 %, a prescrição de medidas terapêuticas por cerca de 9 % dos médicos e a execução de medidas terapêuticas por cerca de 4 % dos médicos. Assim, também aqui a avaliação diagnóstica é a prática mais usada<sup>87</sup>.

**Quadro 5.41. Telemedicina (%)**

	Sim	Não ou Ns/nr	Total (n=995)
Avaliação diagnóstica	21,6	78,4	100,0
Prescrição de medidas terapêuticas	8,9	91,1	100,0
Avaliação prognóstica	5,5	94,5	100,0
Execução de medidas terapêuticas	4,1	95,9	100,0
Outro acto médico	0,9	99,1	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

No total, apenas 29,8 % afirmaram utilizar telemedicina. Se analisarmos as várias combinações de práticas de telemedicina (desde o uso exclusivo de apenas uma até ao uso das várias práticas possíveis) verificamos, não obstante, que os usos de maior expressão prendem-se precisamente com práticas únicas, com especial relevo para a

<sup>86</sup> “: O conjunto de serviços clínicos e educacionais que são prestados remotamente e que visam a melhoria e eficiência da prestação de cuidados de saúde.”, in <http://im.med.up.pt/telemedicina/>, adoptado pela OMS

<sup>87</sup> Actividades exclusivas ou em combinação com outras.

avaliação diagnóstica (48,1 % de entre todas os tipos de uso). Por sua vez, 11,8 % usam exclusivamente para prescrição de medidas terapêuticas.

**Quadro 5.42. Práticas de telemedicina (entre os que afirmaram o uso de telemedicina)**

	Frequência	%
Execução de medidas terapêuticas	17	5,7
Prescrição de medidas terapêuticas	35	11,8
Prescrição e execução de medidas terapêuticas	9	3,0
Avaliação prognóstica	13	4,4
Avaliação prognóstica e prescrição de medidas terapêuticas	1	0,3
Avaliação prognóstica, prescrição e execução de medidas terapêuticas	1	0,3
Avaliação diagnóstica	143	48,1
Avaliação diagnóstica e outro	1	0,3
Avaliação diagnóstica e execução de medidas terapêuticas	5	1,7
Avaliação diagnóstica e prescrição de medidas terapêuticas	21	7,1
Avaliação diagnóstica e prescrição de medidas terapêuticas e outro	1	0,3
Avaliação diagnóstica, prescrição e execução de medidas terapêuticas	3	1,0
Avaliação diagnóstica, prescrição e execução de medidas terapêuticas e outro	1	0,3
Avaliação diagnóstica e prognóstica	23	7,7
Avaliação diagnóstica, prognóstica e prescrição de medidas terapêuticas	12	4,0
Avaliação diagnóstica, prognóstica e prescrição e execução de medidas terapêuticas	5	1,7
Outro	6	2,0
TOTAL	297	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Assim sendo, o uso multi-práticas, nas suas várias combinações, não alcança, em geral, expressões significativas. Apenas destacamos a avaliação diagnostica e prognóstica, afirmadas em 7,7 % dos casos de uso de telemedicina. Ou ainda, o uso da avaliação diagnóstica e prescrição de medidas terapêuticas, que surgem em cerca de 7 % dos casos de utilização de telemedicina.

Desenha-se ainda uma relação significativa entre o uso de telemedicina e o uso geral de Internet, surgindo entre os médicos que utilizam telemedicina uma maior proporção de utilizadores directa e regularmente e/ou por intermédio de terceiros. Os médicos que utilizam a Internet para a prática profissional foram também os que mais afirmaram o uso de telemedicina.

**Quadro 5.43. Habitualmente utiliza computadores ou tecnologias de informação para a realização remota de acto médico (telemedicina) \* Utiliza a Internet na prática profissional? (%)**

Telemedicina	Internet	
	Sim	Não
Sim	91,0	9,0
Não	96,3	3,7

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Quanto ao número de modalidades<sup>88</sup> de telemedicina, entre os que afirmaram usar, 72,1 % referiu uma modalidade, e 20,2 % duas modalidades.

**Quadro 5.44. Número de modalidades (tipo) de acto médico por telemedicina**

Modalidades	n	%
1	214	72,1
2	60	20,2
3	17	5,7
4	6	2,0
Total	297	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

<sup>88</sup> Referimo-nos aos vários tipos de acto médico, como avaliação diagnóstica, avaliação prognóstica, prescrição de medidas terapêuticas, execução de medidas terapêuticas, e outros tipos de actos médicos. Optámos pela designação de “modalidades” de modo a se distinguir de outras terminologias utilizadas.

Analise os vários actos médicos possíveis através da telemedicina no que respeita a relações significativas estabelecidas com alguns factores de ordem socioprofissional. No que respeita à idade, encontra-se significativamente relacionada com a prescrição de medidas terapêuticas por telemedicina, sendo que se verifica entre os médicos com mais de 55 anos a maior proporção de utilizadores (por sua vez, os grupos etários 25-35 anos e 36-45 anos possuem as menores taxas de utilização).

**Quadro 5.45. Prescrição de medidas terapêuticas por telemedicina \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Não ou Ns/Nr	27,2	18,2	34,0	20,6
Sim	16,1	10,3	40,2	33,3

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

O uso de avaliação diagnóstica, encontra-se significativamente relacionado com o tipo de especialidade<sup>89</sup>, sendo que os médicos de Medicina Complementar de Diagnóstico e Terapêutica possuem uma maior proporção de utilizadores. A avaliação diagnóstica encontra-se também relacionada com as especialidades, verificando-se entre os médicos de Cirurgia Geral a maior proporção de utilizadores, seguindo-se os de Medicina Interna.

***A Comunicação em Saúde realizada por Médicos na Word Wide Web***

Os blogues ou as páginas pessoais poderão servir ao médico como espaços de reflexão, de divulgação, de afirmação identitária, de interacção com outros médicos, instituições, pacientes, etc. Neste sentido foi nosso propósito analisar a propagação de blogues e páginas pessoais por parte dos médicos (no sentido daquilo que é a percepção dos próprios médicos).

<sup>89</sup> Entenda-se tipo de especialidade por: especialidades, sub-especialidades e competências, que foram agrupadas em três grupos: especialidade médica, especialidade cirúrgica, e Medicina Complementar de Diagnóstico e Terapêutica.

A posse de páginas privadas ou blogues não é prática frequente entre os médicos. Neste sentido, 92,5 % dos médicos afirmaram não possuir uma página pessoal, e 96,7 % não possuir um blogue.

**Quadro 5.46. Posse na Internet de: (%)**

	Sim	Não	Ns/nr	Total
Uma página pessoal	7,4	92,5	0,1	100,0 (n=976)
Um blogue	3,0	96,7	0,3	100,0 (n=936)

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

O género relaciona-se significativamente com a posse de páginas pessoais, sendo os homens que mais possuem.

**Quadro 5.47. Posse de página pessoal \* Sexo (%)**

	Feminino	Masculino
Sim	26,4	73,6
Não	49,5	50,5

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Entre os que afirmaram possuir um blogue e/ou página pessoal, são referidas como justificação para a criação dos mesmos, a divulgação de matérias não profissionais (31 %), a partilha de informação com os pares (29,3 %), e com menor peso, a partilha de informação com utentes em geral (cerca de 14 %).

**Quadro 5.48. Principal motivo que levou à criação de página pessoal e/ou blogue**

	Frequência	Percentagem
Partilha de informação com os pares	17	29,3
Partilha de informação com utentes em geral	8	13,8
Partilha de informação com os seus pacientes	2	3,4
Divulgação de trabalho desenvolvido na sua prática clínica ou de investigação	6	10,3
Promoção do debate sobre questões da sua área profissional	4	6,9
Divulgação de matérias não profissionais	18	31,0
Outro motivo.	3	5,2
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.49. Outro motivo para a criação de página pessoal e/ou blogue**

	Frequência	Percentagem
Todas as respostas e ainda área de negócio	1	33,3
Uso pessoal	2	66,7
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Verifica-se quanto à posse de *websites* valores extremamente reduzidos, e quando tal acontece, a sua criação relaciona-se maioritariamente com a divulgação de matérias não profissionais ou para contacto com pares, em detrimento de contacto com utentes.



### ***Dúvidas e Esclarecimentos Através da Internet***

A maior parte dos médicos nunca utilizou (58,4 %) sítios de Internet onde existam grupos de discussão da sua área de especialidade no sentido de procurar esclarecer dúvidas. E cerca de 31 % fazem-no apenas raramente.

Também as dúvidas relacionadas com tratamentos e diagnósticos não são, para a maioria dos médicos, motivo para recorrer a listas de discussão, pois cerca de 55 % dos médicos afirmaram nunca o fazer e 34,4 % apenas raramente. No entanto, a consulta de sites de saúde/médicos visando o esclarecimento de dúvidas quanto aos tratamentos ou diagnósticos é frequentemente realizada por 45,3 % dos médicos, 25,2 % fazem-no raramente e perto de 17 % muito frequentemente.

Listas e grupos de discussão não são frequentemente utilizados pelos médicos no que respeita a pesquisas para esclarecimento de dúvidas, preferindo os médicos a utilização de sites de saúde/médicos quando se trata de dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos.

**Quadro 5.50. Frequência de realização de algumas actividades para o solucionar de dúvidas (%)**

	Muito frequente-mente	Frequente-mente	Raramente	Nunca	Total
Quando têm dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos consulta sites de saúde/médicos?	17,2	45,3	25,2	12,2	100,0
Costuma participar em sítios na Internet onde existam grupos de discussão da sua área de especialidade, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas?	3,2	7,2	31,1	58,4	100,0
Quando têm dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos, utiliza alguma lista de discussão?	2,1	8,2	34,4	55,3	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Também neste âmbito, a opção foi analisar individualmente as várias situações citadas, em torno dos vários factores, como os de natureza socioprofissional e académica. No que toca à participação em sítios de Internet onde existam grupos de discussão da sua área de especialidade, contribuindo assim para o esclarecimento de dúvidas, de entre as quatro instituições denominadas de tradicionais, a maior taxa de utilização frequente revela-se entre os que trabalham num Centro de Saúde. Quanto ao âmbito da prática profissional, verifica-se que os que trabalham em ambas as actividades (prática clínica e investigação) maior proporção de utilização frequente.

**Quadro 5.51. Costuma participar em sítios na Internet onde existam grupos de discussão da sua área de especialidade, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas? \* Âmbito de exercício da prática profissional**

	Prática Clínica	Investigação	Ambas
Muito frequentemente e frequentemente	54,6	2,1	43,3
Raramente e Nunca	70,3	1,7	28,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Remetendo para a análise da consulta de sites de saúde/médicos visando o esclarecimento de dúvidas quanto aos tratamentos ou diagnósticos, ressalta nos médicos do sexo feminino maior índice de utilização frequente. Quanto mais jovens maior a frequência com que o fazem.

**Quadro 5.52. Quando tem dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos consulta sites de saúde/médicos? \* Sexo**

	Feminino	Masculino
Muito frequentemente e frequentemente	55,9	44,1
Raramente e Nunca	34,5	65,5

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.53. Quando tem dúvidas relacionadas com tratamentos ou diagnósticos consulta sites de saúde/médicos? \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Muito frequentemente e frequentemente	34,7	18,6	30,9	15,9
Raramente e Nunca	13,9	16,2	39,4	30,4

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

A extensão das tecnologias de comunicação e informação no âmbito da saúde tem sido um dos desenvolvimentos mais significativos do sector nas últimas décadas (Heath, Luff, Sanchez, 2003). A penetração destas tecnologias na maior parte dos âmbitos de trabalho dos profissionais da medicina, como foi possível aqui verificar, tem sido um processo de interacção entre factores de carácter tecnológico, organizativo, cultural e formativo, e que altera as configurações não só dos processos de trabalho dos profissionais como da tecnologia ela própria.

Mas todas estas mudanças têm uma contribuição efectiva, ou não, para o desenvolvimento dos processos de autonomia no âmbito da saúde? A mediação tem vindo a alterar a relação médico-paciente? Existe, da parte dos profissionais de saúde essa consciência? E, caso exista, é referenciada como positiva ou negativa, no contexto da valorização dessa autonomia?

No próximo ponto, através de uma aproximação aquilo que são as práticas e representações dos médicos quanto ao papel da mediação neste contexto, não só através da utilização da Internet, mas também de outras tecnologias de mediação, como o telefone e telemóvel, iremos aprofundar o que representam estas mudanças na relação médico-paciente.

## A Mediação e o Acto Médico – o Papel dos *Media* na Relação Médico-Paciente

Uma das áreas centrais de debate na sociologia médica é precisamente a natureza da relação entre os que têm os conhecimentos médicos e os seus pacientes (Hardey, 1999). A equidade que a informação disponibilizada on line cria uma espécie de dissolução de fronteiras em torno das áreas especializadas da medicina, das quais dependia boa parte do poder dos profissionais de saúde e, além disso, e segundo Hardey (1999), pode beneficiar a medicina não ortodoxa, ao não depender dos mesmo símbolos de representação de poder e autoridade típicos do ambiente off line.

Ao abordarmos outros actos relacionados com a prática médica, como a marcação de consultas, ou a prescrição de medicamentos, verificamos que eles encontraram com o desenvolvimento das TIC novas ferramentas a seu dispor (como a Internet, os SMS's, etc.). Neste âmbito, interessa-nos igualmente mapear as preferências dos médicos pelas novas tecnologias por comparação com modelos mais tradicionais, como a via postal, na interacção específica necessária tanto em termos administrativos, como do próprio acto médico, como forma de demonstração daquilo que pode representar a evolução e a mudança na relação médico-paciente e a forma como o profissional de saúde se adapta a essa mudança.

**Quadro 5.54. Actos Presenciais Versus Mediação Médica**

	<i>Sim, utilizo</i>	<i>Sim, utilizaria se fosse possível</i>	<i>Ns/nr</i>	<i>Total</i>
Marcação de consultas por via electrónica	12,2	72,1(2)	15,6	100,0
Envio de receitas por via electrónica (Internet, outro tipo de rede)	3,1	66,5	30,3	100,0
Envio de receitas por via postal	16,1 (3)	32,2	51,7	100,0
Envio de atestados médicos por via electrónica	1,1	36,5	62,4	100,0
Envio de atestados médicos por via postal	7,1	22,4	70,5	100,0
Envio de SMs para lembrar de toma de medicação	1,9	43,5	54,6	100,0
Consulta de registos clínicos informatizados dentro da própria instituição	42,3 (1)	51,1	6,5	100,0
Consulta de registos clínicos informatizados de acesso remoto a partir de qualquer local via Internet	6,3	77,4 (1)	16,3	100,0
Consulta de bases de dados clínicos e sistemas de informação (públicos)	19,0 (2)	70,0 (3)	11,0	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

No que diz respeito à marcação de consultas por via electrónica (Internet, SMS, etc.) foram poucos os que afirmaram o seu uso (12,2 %), porém afirmaram que 72,1 % utilizariam se fosse possível.

O envio de receitas de medicamentos por via electrónica (Internet, outro tipo de rede, etc.) é utilizado por cerca de 3 % dos médicos. Por sua vez, o envio por via postal é utilizado por cerca de 16 %. No entanto, quanto ao envio por receitas por via electrónica, cerca de 67 % afirmou que utilizaria se fosse possível e apenas 32,2 % no caso do envio por via postal. Quanto ao envio de atestados médicos por via electrónica, dos inquiridos, apenas 1,1 % afirmou utilizar. Já o envio por via postal é assumido por cerca de 7 %. Apesar da fraca utilização da via electrónica, 36,5 % dos médicos utilizariam se fosse possível. Já no que respeita à via postal, 22,4 % afirmaram que o fariam se fosse possível, o que demonstra a disponibilidade real para a sua utilização. Face à consulta de registos clínicos informatizados dentro da própria instituição, 42,3 % afirmaram utilizar e 51,1 % utilizariam se fosse possível.

Já a consulta de registos clínicos informatizados de acesso remoto a partir de qualquer local via Internet encontra um uso bem menor, de apenas 6,3 %. Porém, destaca-se que 77,4 % dos médicos utilizariam se fosse possível, o que abre caminho para uma evolução do registo médico informatizado como um desejo dos profissionais de saúde. Confirmando esta posição estão os dados sobre a consulta de bases de dados clínicos e sistemas de informação, onde podemos verificar que 19 % utiliza e 70 % utilizaria se fosse possível.

Assim, a consulta de registos clínicos informatizados dentro da própria instituição e a consulta de bases de dados clínicos e sistemas de informação (públicos), são, das citadas, as práticas mais frequentes, existindo ainda uma maioria em ambos os casos de médicos que, embora não utilizadores, o fariam se fosse possível. Quanto à marcação de consultas por via electrónica e envio de receitas por via electrónica, existe uma fraca taxa de utilização, mas a maioria dos médicos utilizaria se fosse possível. Apesar de uma maior utilização da via postal (envio de receitas e de atestados médicos), as vias electrónicas encontram maior aceitação entre os que referiram não utilizar, uma vez que reúne maiores proporções de médicos que afirmaram que utilizariam se fosse possível.

### ***A Recomendação e Partilha/Discussão de Fontes Alternativas de Informação Médica***

A Internet providencia um espaço que poderá constituir-se como fonte e meio de transmissão de informação entre médico e paciente. A informação sobre saúde disponível na Internet pode, assim, funcionar como alavanca para a partilha/discussão de informação médica/de saúde no contexto da relação médico e paciente, e não somente uma ferramenta de uso pessoal e unidireccional.

A recomendação de sítios de Internet de informação médica/de saúde aos pacientes, encontra algum eco positivo em cerca de 70 % dos médicos. Dentro destes, cerca de 34 % apenas “raramente” o fazem, cerca de 30 % “às vezes”, e 6,4 % “frequentemente”.

No entanto, é de notar que, de acordo com a percepção do utente, verifica-se que 94,3% dos inquiridos afirmou que o seu médico nunca lhe aconselhou a procura/pesquisa de informação médica na Internet<sup>90</sup>. Ou seja, existe uma discrepância entre a percepção dos médicos (sendo que a maioria considera fomentar a utilização da Internet no âmbito da saúde) e a dos utentes (onde apenas uma percentagem muito reduzida considerou ter esse tipo de incentivo por parte dos médicos), o que denota um desfasamento entre as duas percepções e a realidade.

**Quadro 5.55. Recomendação de sítios de informação médica/de saúde aos pacientes**

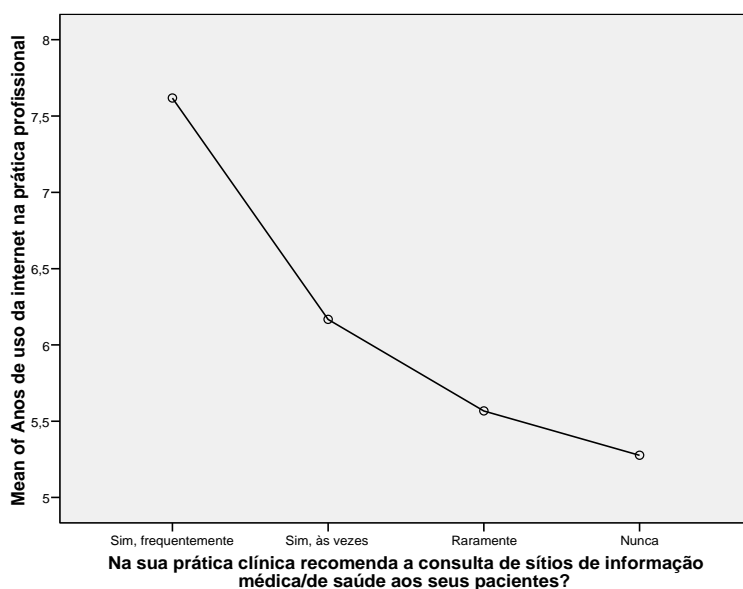
	n	%
Sim, frequentemente	60	6,4
Sim, às vezes	279	29,7
Raramente	319	33,9
Nunca	253	26,9
Ns/nr	29	3,1
Total	940	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

<sup>90</sup> Ver Capítulo 4

Entre os médicos, a maior longevidade de uso de Internet para a prática profissional encontra-se em geral associada a uma maior frequência de recomendação de sítios de Internet de informação médica/de saúde aos seus pacientes (vide gráfico 5.2.). Neste sentido, a experiência adquirida ao longo dos anos de uso com a Internet tende a aumentar a confiança na informação sobre saúde disponibilizada on line ponto de a recomendarem aos pacientes.

**Gráfico 5.2. Recomendação de consultas de informação médica/de saúde aos seus pacientes por médias de anos de uso da Internet para a prática profissional**



Cerca de 44 % dos médicos revelaram que “alguns” dos seus pacientes discutem ou partilham a informação sobre saúde que consultam na Internet, seguindo-se aproximadamente 34 % que revelam que são “poucos” os pacientes que discutem e/ou partilham informação sobre saúde que consultam na Internet. Portanto, ocorrem índices já consideráveis de discussão/partilha entre médico e paciente, com origem nestes últimos, no que se refere a informação sobre saúde disponível na Internet. Tal situação denota uma mudança em curso na relação entre médico e utente no campo da informação.

Apesar disso, se confrontarmos estes resultados com a visão do utente<sup>91</sup>, verifica-se que apenas 6% dos inquiridos, que realizam pesquisas sobre a área da saúde afirmou discutir com o médico assistente as informações recolhidas. Poderá assim acentuar-se a hipótese de nem todos os utentes que fazem pesquisa o admitirem, por um lado, ou os médicos não recomendarem tanto a consulta a sites como referem.

**Quadro 5.56. Os pacientes discutem/partilham informação disponível na Internet com os médicos**

	n	%
Todos	0	0,0
Muitos	103	11,0
Alguns	416	44,3
Poucos	318	33,8
Nenhuns	78	8,3
Ns/nr	25	2,7
Total	940	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Dados já apresentados, no que respeita aos utentes, indicam que 20 % dos portugueses utilizadores de Internet já pesquisaram informação médica/de saúde (1/5 no grupo dos portugueses de 15 e mais anos de idade utilizadores de Internet). Porém a maioria destes afirmou fazê-lo apenas “de vez em quando”(56,7 %). Proporção semelhante se verifica nos dados do *Inquérito A Sociedade em Rede em Portugal 2006*, em que 1/5 da população portuguesa com mais de 15 anos e que afirmou utilizar a Internet, fá-lo para pesquisa de informação médica e/ou de saúde (Cardoso, Espanha e Gomes, 2006f).

Das especialidades em análise, são os de ginecologia e obstetrícia, seguindo-se os de Pediatria que mais referiram que todos ou alguns dos seus pacientes discutem/partilham a informação sobre saúde que consultam na Internet.

<sup>91</sup> Ver Capítulo 4



**Quadro 5.57. Os seus pacientes costumam discutir/partilhar consigo a informação sobre saúde que consultam na Internet? \* Especialidades (selecção)**

	Medicina Geral e Familiar	Pediatria	Medicina Interna	Anestesiologia	Ginec.-Obstetrícia	Cirurgia Geral
Todos e Muitos	24,1	29,6	9,3	5,6	24,1	7,4
Alguns e Poucos	47,1	13,6	12,8	9,1	8,8	8,6
Nenhuns	46,0	6,0	18,0	10,0	4,0	16,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 200

***Os Médicos e Representações das Tecnologias de Informação e Comunicação***

Para além de tentar conhecer as práticas com o recurso a TIC por parte dos médicos, é igualmente necessário perceber que representações possuem sobre as TIC, e em que moldes e condições são veiculadas. Para captar as potencialidades e importância das TIC no sistema de saúde, e neste caso, na esfera médica, é preciso um entendimento da relação (que muitas vezes é o motor da mudança social) entre práticas e representações dos médicos. Enquanto ferramenta para a prática profissional, a Internet é tida, pela maior parte dos médicos, cerca de 65 %, como muito útil e útil por 30,8 %.

**Quadro 5.58. Utilidade da Internet para a prática profissional**

	n	%
Muito útil	621	64,9
Útil	295	30,8
Pouco útil	29	3,0
Nada útil	4	0,4
Ns/nr	8	0,8
Total	957	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

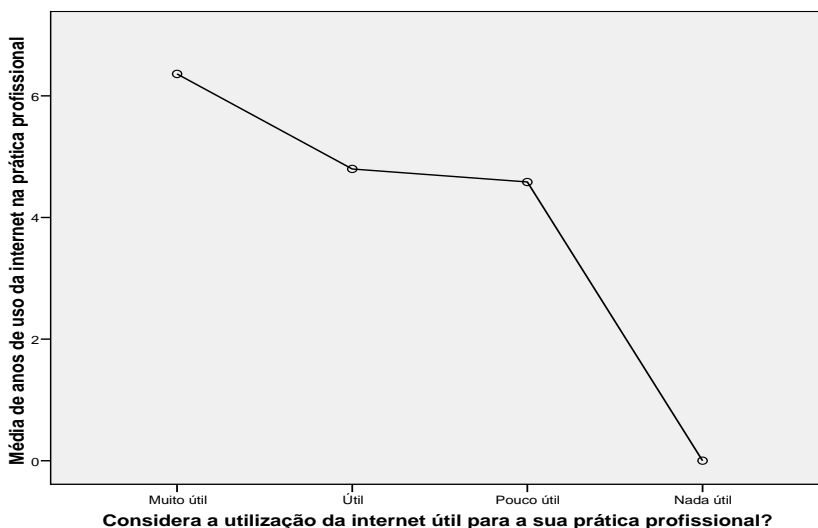
São os mais jovens quem mais afirma a utilidade da Internet na prática profissional. De facto, no grupo etário dos 25 aos 35 anos de idade, a totalidade considera útil ou muito útil. Existe uma relação com o sexo, na medida em que, apesar da semelhança entre as

proporções dos que consideram útil ou muito útil para ambos os sexos, existe um ligeiro menor índice de consideração de utilidade nos homens.

O uso da Internet na prática profissional, por si só, é mostra de reconhecimento de utilidade nesse âmbito. Os maiores índices de reconhecimento de utilidade são afirmados nos que utilizam a Internet na prática profissional. Não obstante, interessa notar que entre os que não usam a Internet na sua prática profissional, a maioria referiu igualmente positivas e consideráveis taxas de utilidade, o que é mostra que poderão estar envolvidos outros aspectos (como condicionantes exteriores ao médico), que poderão bloquear ou obstruir o uso da Internet para a prática profissional.

Uma maior longevidade de utilização da Internet para a prática profissional concorre para um maior reconhecimento da utilidade da Internet para a prática profissional, como se pode ver pelo seguinte gráfico.

**Gráfico 5.3. Consideração de utilidade da Internet para a prática profissional por médias de anos de uso da Internet para a prática profissional**



Ainda que em ambos os sectores os índices de reconhecimento de utilidade da Internet na prática profissional pelos médicos sejam bastante elevados, é no sector público que se vislumbra maior reconhecimento de utilidade, com 98 % dos mesmos a considerarem a Internet útil ou muito útil.

**Quadro 5.59. Considera a utilização da Internet útil para a sua prática profissional? \*  
Trabalha num lugar (instituição) – Sector (%)**

	Público	Privado
Útil e Muito útil	81,8	18,2
Pouco e nada útil	47,4	52,6

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Assim no que toca ao uso de TIC na prática profissional, apenas o uso de Internet e/ou ferramentas informáticas acessíveis na Internet para actos médicos, se revela positivamente relacionado com a consideração de utilidade da mesma. Ou seja, para a consideração de utilidade na prática clínica não concorre o uso de uma série de outras ferramentas electrónicas de comunicação à distância.

Na análise, desta feita, da consideração de utilidade da telemedicina na prática clínica, verifica-se que 54,2 % dos médicos consideram útil, 33,9 % muito útil e apenas 0,5 % consideram nada útil.

**Quadro 5.60. Utilidade da telemedicina na prática clínica**

	Frequência	%
Muito útil	322	33,9
Útil	515	54,2
Pouco útil	60	6,3
Nada útil	5	0,5
Ns/nr	48	5,1
Total	950	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os médicos que reconhecem utilidade (útil e muito útil) da Internet para a prática profissional são, na sua maioria, os que reconhecem utilidade (útil e muito útil) da telemedicina na prática clínica.

**Quadro 5.61. Considera a utilização da Internet útil para a sua prática profissional? \* Utilidade da telemedicina na prática clínica (%)**

	Frequência	%
Útil e Muito útil	93,8	6,2
Pouco e nada útil	72,4	27,6

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 200

Os médicos que trabalham no sector público apresentam índices mais elevados de consideração de utilidade (95,7 % consideram útil ou muito útil) da telemedicina. Por sua vez, os que trabalham em Hospitais Públicos e Hospitais Privados são os que apresentam as maiores taxas de reconhecimento de utilidade. É interessante verificar que o uso da telemedicina não concorre para a maior ou menor consideração de utilidade da mesma. Porém, verificam-se maiores taxas de utilidade da telemedicina entre os que utilizam algum tipo de prescrição electrónica de receituário, bem como entre os que realizaram algum acto médico com recurso a Internet e/ou ferramentas informáticas acessíveis na Internet.

Vale a pena reter que cerca de 64 % dos médicos consideram relevante a informação fornecida pela Internet na área da saúde.

**Quadro 5.62. Consideração de relevância da informação fornecida pela Internet na área da saúde**

	n	%
Muito relevante	226	22,9
Relevante	627	63,6
Pouco relevante	86	8,7
Nada relevante	8	0,8
Ns/nr	39	4,0
Total	986	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

A maior taxa de consideração de relevância (relevante e muito relevante) surge entre os mais jovens (25-35 anos). Em relação ao sexo, embora com uma diferença estatística pouco significativa, pode afirmar-se que entre as mulheres se encontra a maior taxa de consideração de relevância (93 % entre os que consideram relevante e os que consideram muito relevante).

Entre os que referiram recomendar frequentemente (frequentemente ou às vezes) a consulta de sítios de informação na Internet aos seus pacientes, encontramos uma maior proporção de médicos que consideram relevante (relevante e muito relevante) a informação médica e/ou de saúde disponível na Internet.

O desenvolvimento das TIC, ao possibilitar a distribuição de informação médica, outrora não digital, coloca novas perspectivas aos médicos e outros sectores da saúde. É exemplo o uso de directrizes/protocolos, que poderão vir a estar acessíveis na Internet.

Essa possibilidade é bem acolhida pela maioria dos médicos, na medida em que 57,3 % considerariam muita utilidade na existência de directrizes/protocolos on-line. De resto, apenas 0,8% não vêem qualquer utilidade. Esta possibilidade parece agradar bastante os médicos, talvez por considerarem que facilita o acesso e gestão de um recurso que a maioria dos médicos afirma usar com frequência (como vimos na análise ao uso de directrizes/protocolos). Os que trabalham no sector público possuem a maior proporção de médicos que consideram útil ou muito útil as directrizes/protocolos virem a estar acessíveis na Internet.

**Quadro 5.63. Utilidade face a uma possível disponibilidade de Protocolos/Directrizes on-line**

	n	%
Muito útil	564	57,3
Útil	364	37,0
Pouco útil	23	2,3
Nada útil	8	0,8
Ns/nr	25	2,5
Total	984	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

***A Internet e a Relação entre Médico e Paciente***

No que diz respeito ao facto de a consulta de informação sobre saúde na Internet melhorar a relação entre médico/doente, 37,4 % considera que melhora algo, 34,8 % diz que melhora pouco e 17,7 % que nada melhora, para apenas 5,1 % com a opinião de que melhora muito.

**Quadro 5.64. A consulta de informação sobre saúde na Internet melhora a relação entre médico/doente?**

	n	%
Muito	50	5,1
Algo	367	37,4
Pouco	341	34,8
Nada	174	17,7
Ns/nr	49	5,0
Total	981	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Segundo o estudo “The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians”, cerca de 85 % dos médicos inquiridos referiram ocasiões em que os pacientes trouxeram informação retirada da Internet para a consulta médica. Para muitos tal é ainda um raro evento. Assim, 59 % dos inquiridos afirmaram que menos de um quinto dos seus pacientes o fizeram. Para 87 % dos inquiridos, os seus pacientes estavam preocupados com a qualidade da informação acessível na Internet. Verificou-se que a maior parte dos médicos acreditava que o facto dos pacientes trazerem informação para a visita teve um efeito benéfico (38 %) ou neutro (54 %) no relacionamento médico-paciente (Murray e outros, 2003)

Nesta pesquisa verifica-se que cerca de 50 % dos médicos consideram poder surgir algum questionamento aos conhecimentos do médico devido à consulta na Internet de informação sobre saúde por parte dos pacientes (e cerca de 25 % afirmaram que poderá desenvolver muito questionamento). Os mais jovens [25-35] são dos que mais

consideram que pode levar a muito ou algum questionamento, diminuindo a proporção com o aumento da pirâmide etária.

**Quadro 5.65. A consulta de informação sobre saúde na Internet pode levar ao questionamento dos conhecimentos do médico?**

	n	%
Muito	244	24,9
Algo	486	49,5
Pouco	181	18,5
Nada	44	4,5
Ns/nr	26	2,7
Total	981	100,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Como demonstram os dados analisados, bem como a análise das médias, o relativamente baixo índice de consideração de melhorias da informação médica e/ou de saúde disponível na Internet mostra algumas reticências quanto ao poder da informação da Internet no relacionamento médico-paciente. Tanto mais que se verificam algumas resistências pois a maior parte dos médicos reconhece que tal pode levar a algum questionamento dos conhecimentos do médico.

***A Internet, Qualidade de Vida e Autonomia dos Pacientes***

Permitindo a Internet o acesso a um variado leque de informação médica e de saúde, tanto ao médico como ao paciente, as potencialidades das TIC na saúde devem ser entendidas nas vantagens e desvantagens de em ambos os sentidos. Para além de aspectos práticos no âmbito da prática clínica, o acesso à informação pela Internet poderá melhorar a qualidade de vida e autonomia dos pacientes, uma vez que poderão ter acesso a informações que, de outro modo, estariam menos acessíveis ou mais dispersas.

Desta forma, na opinião da maior parte dos médicos (44,6 %), a possibilidade de os pacientes recorrerem a informação na Internet sobre saúde melhora algo a sua qualidade de vida, 32,9 % referem que melhora pouco e 8,9 % que melhora muito. Quanto aos efeitos na autonomia do paciente, 41,2 % referem que melhora algo, 30,7 % que melhora pouco e 13,4 % que melhora muito. Portanto, a consideração de que existem muitas melhorias encontra alguma equidade relativa, apenas uma ligeira maior expressão em termos da autonomia (essa relativa equidade é ainda visível na análise da média de opiniões).

Os mais jovens (25-35 anos) foram os que mais reconheceram melhorias na qualidade de vida (melhora muito ou melhora algo) e, pelo contrário, os mais idosos (mais de 55 anos) foram os que mais afirmaram poucas ou nenhuma melhorias (melhora pouco ou melhora nada).

**Quadro 5.66. Considera que a possibilidade de os pacientes recorrerem a informação na Internet sobre saúde melhora a sua qualidade de vida? \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Muito e algo	29,9	17,1	34,9	18,1
Pouco e nada	23,5	18,6	33,5	24,4

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os médicos com idades entre os 25 e 45 anos, foram os que mais afirmaram que a consulta de informação na Internet pelos pacientes surte melhorias na autonomia dos mesmos, sendo os que menos o referiram os médicos com mais de 55 anos. Existe de facto uma relação (correlação positiva forte) entre as duas opiniões, na medida em que os que reconhecem maiores efeitos na melhoria na qualidade de vida são, em maior proporção, os que também reconhecem maiores efeitos na autonomia do paciente.



**Quadro 5.67. Considera que a possibilidade de os pacientes recorrerem a informação na Internet sobre a saúde melhora a sua... (%)**

	Muito	Algo	Pouco	Nada	Ns/nr	Total
Qualidade de vida	8,9	44,6	32,9	9,6	4,0	100,0 (n=986)
Autonomia	13,4	41,2	30,7	10,9	3,9	100,0 (n=984)

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCITE, 2006

### *As Tecnologias de Informação e Comunicação e o Exercício da Prática Profissional*

Um dos aspectos que importa perceber é a opinião dos médicos face a alguns aspectos entre as tecnologias de informação e comunicação e a prática profissional de medicina. Uma vez que as potencialidades das TIC, e principalmente da Internet, para a prática profissional são reconhecidas, torna-se necessário conhecer mais de perto as representações que se jogam sobre a implementação das TIC no contexto do sistema de saúde, e neste caso, pelos médicos.

A maior parte dos médicos concorda com a existência de dados informatizados que permitam acompanhar a evolução do estado clínico à distância é muito útil para a prática clínica (47,4 % concordam totalmente e 43,5 % concordam em parte). Maior proporção concorda ainda com o facto de que, actualmente, as tecnologias de informação e comunicação possuem uma importância acrescida na tomada de decisões clínicas do que em relação há dez anos atrás. Neste âmbito, 57,6 % concordam totalmente e 37,5 % concordam em parte.

No que diz respeito à criação de um registo informático único por paciente e que seja acessível através da Internet ao prestador de cuidados médicos, independentemente do local onde se encontra, 53 % concordam totalmente com essa medida, sendo que 33,2 % concordam em parte. A afirmação de que o uso massificado das tecnologias de informação e comunicação permite um maior controlo do erro médico, encontramos 55,5 % de médicos que concorda parcialmente, e 22,4 % que concordam totalmente.

Quanto à afirmação de que a utilização das tecnologias de informação e comunicação facilita a implementação e integração de novas estratégias na saúde, encontramos 48,3 % de médicos que concordam parcialmente com a mesma e cerca de 46 % concordam totalmente. A afirmação de que “a minha prática clínica diz-me que é tão importante inovar nas questões organizacionais dos serviços e instituições como investir em novas práticas através do uso das tecnologias de informação e comunicação” encontra total concordância em 55,6 % dos médicos, sendo que cerca de 39 % concordam em parte.

Por sua vez, a afirmação de que a informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica, é objecto de discordância pela maior parte dos médicos (44,9 % discordam na totalidade e 32,6 % discordam parcialmente).

**Quadro 5.68. Grau de concordância com: (%)**

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Discordo em parte	Discordo	Total
Actualmente as tecnologias de informação e comunicação possuem uma importância acrescida na tomada de decisões clínicas do que em relação há dez anos atrás	57,6	37,5	3,2	1,7	100,0 (n=985)
A minha prática clínica diz-me que é tão importante inovar nas questões organizacionais dos serviços e instituições como investir em novas práticas através do uso das tecnologias de informação e comunicação	55,6	38,9	4,0	1,4	100,0 (n=974)
Sou a favor da criação de um registo informático único por paciente e que seja acessível através da Internet ao prestador de cuidados médicos, independentemente do local onde se encontra	53,0	33,2	7,7	6,1	100,0 (n=973)
A existência de dados informatizados de doentes que permitam acompanhar a evolução do seu estado clínico à distância é muito útil para a prática clínica	47,4	43,5	5,5	3,7	100,0 (n=982)
A utilização das tecnologias de informação e comunicação facilita a implementação e integração de novas estratégias na saúde	45,9	48,3	4,2	1,6	100,0 (n=978)
O uso massificado das tecnologias de informação e comunicação permite um maior controlo do erro médico	22,4	55,5	15,0	7,1	100,0 (n=982)
A informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica.	5,2	17,3	32,6	44,9	100,0 (n=979)

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Verifica-se ainda que os médicos com idades entre 25 e 35 anos foram os que mais concordaram (concordo totalmente e concordo em parte) com o facto de que a existência de dados informatizados que permitam acompanhar a evolução do seu estado clínico à distância é muito útil para a prática clínica (96,1 %). Por sua vez, os mais idosos (mais de 55 anos) são os que mais concordam com a afirmação de que a informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica, diminuindo a taxa de concordância com a descida na pirâmide etária.

Quanto a diferenças significativas por sexo, apenas se registou que os homens são os que mais afirmaram concordar com o facto de que a informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica.

### ***Bases de Remuneração para Actos Clínicos Através de Tecnologias de Informação e Comunicação***

Como já foi abordado, as tecnologias de informação e comunicação poderão servir de meio privilegiado de comunicação entre médico e paciente, inclusive para fins clínicos. Mas, neste sentido, interessa saber se estarão os médicos dispostos e interessados em serem remunerados por interação com os pacientes para fins clínicos.

O estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de telefone, telemóvel, mensagens SMS e mensagens instantâneas, não encontra eco positivo na maior parte dos médicos que se pronunciaram. De qualquer modo, é de assinalar que as proporções de médicos que aceitariam a remuneração são, de algum modo, significativas, e são já mostra de alguma abertura face às possibilidades expostas, rondando os 40 % no caso do telefone e telemóvel, cerca de 32 % para Mensagens SMS e 23,3 % para mensagens instantâneas. Em relação ao correio electrónico, a maior parte das respostas são afirmativas, com

cerca de 46 % estando de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os pacientes por essa via (aproximadamente 39 % não concordam).

Assim, é possível verificar uma maior relutância em aceitar uma base de remuneração para as vias de contacto “instantâneo” (telefone, telemóvel, mensagens SMS e mensagens instantâneas), sendo que o contacto não instantâneo recolhe maior valor percentual de pareceres favoráveis. No entanto, não deixa de ser significativa a proporção de médicos que aceitaria bases de remuneração para interacção com clientes por via de contacto “instantâneo”. A possibilidade de remuneração, por interacção com pacientes através das TIC, não encontra elevado eco positivo por parte da maioria dos médicos. No entanto, não deixam de ser significativas as proporções citadas, dentro de um quadro prospectivo, ou seja, no campo das possibilidades futuras, o nível de aceitação presente é já significativo de alguma abertura nesse sentido.

**Quadro 5.69. Concorda com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de... (%)**

	Sim	Não	Ns/nr	Total
Correio electrónico	45,5	39,4	15,1	100,0 (n=895)
Telefone	39,5	45,6	14,9	100,0 (n=888)
Telemóvel	38,2	47,7	14,2	100,0 (n=896)
Mensagens SMS	31,8	52,2	16,0	100,0 (n=874)
Mensagens instantâneas (ex. MSN, ICQ, etc.)	23,3	53,5	23,2	100,0 (n=837)

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

O estabelecimento de uma base de remuneração para interacção com pacientes por correio electrónico encontra-se relacionado com a idade, é no grupo etário dos médicos com mais de 55 anos que encontramos maiores proporções de rejeição.

**Quadro 5.70. Estaria de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de correio electrónico? \* Idade (%)**

	25-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	+ de 55 anos
Sim	31,4	18,0	36,7	14,0
Não	25,9	18,7	31,5	23,9

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

A remuneração por interacção com pacientes por telefone, bem como por correio electrónico, encontra alguma relação com a titularidade do sector, na medida em que no sector público encontramos maiores proporções de médicos que aceitariam remunerações pelas interacções citadas com pacientes.

**Quadro 5.71. Estaria de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de telefone? \* Trabalha num lugar (instituição) – Sector (%)**

	Público	Privado
Sim	84,6	15,4
Não	75,9	24,1

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

**Quadro 5.72. Estaria de acordo com o estabelecimento de uma base de remuneração para interagir com os seus pacientes para fins clínicos através de correio electrónico? \* Trabalha num lugar (instituição) – Sector (%)**

	Público	Privado
Sim	85,2	14,8
Não	75,0	25,0

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

De referir que, excepto no que se refere à possibilidade de remuneração por contacto via correio electrónico (pois não se encontra significativamente relacionado com a disponibilização de telemóvel aos pacientes), nos vários meios de comunicação, as possíveis remunerações encontram maior aceitação por parte dos que habitualmente disponibilizam o número de telemóvel aos pacientes. Por sua vez, entre os que utilizam correio electrónico para comunicar com os pacientes, encontramos, em geral, uma maior aceitação das várias possíveis remunerações. Portanto, em geral, os médicos que comunicam com pacientes por telemóvel e/ou correio electrónico são mais propensos a aceitar remunerações para a generalidade das vias citadas.

### ***Os Médicos e o uso das TIC***

Apesar dos profissionais de saúde aqui analisados, utilizarem a Internet na sua maioria, inclusive na prática profissional, a esmagadora maioria não possui nem *websites* como página pessoal nem blogues. A posse de páginas pessoais e de blogues não é prática frequente entre os profissionais de saúde, alcançando apenas valores inferiores a 10 %. Nos poucos casos registados, as razões que mais vezes são apontadas prendem-se com a divulgação de matérias de âmbito não profissional e a partilha de informação com os seus pares. O ano de 2000, tal como para a restante população técnico-científica portuguesa, representou um autêntico *boom* de novos utilizadores entre os profissionais de saúde de Internet para a prática profissional. No caso dos médicos, a maior parte das adesões realizaram-se entre 1995 e 2000 (pouco mais de metade). Quanto à utilidade da ferramenta, entre os médicos foi considerada muito útil (33,9 %), mas mais de metade (54,2 %) considera apenas útil.

Verifica-se entre os médicos que uma maior longevidade de uso de Internet para a prática profissional está associada a um maior reconhecimento da sua utilidade para a prática profissional, o que é mostra de que o uso continuado ao longo dos anos da Internet por parte dos profissionais de saúde nas suas práticas profissionais não tem decepcionado no que se refere à sua utilidade, antes garantindo crescentes índices de utilidade.

**Quadro 5.73. Quadro síntese – Médicos e uso das TIC (%)**

		Médicos
<b>É utilizador de Internet?</b>	Sim, directa e regularmente	77,0 (1)
	Sim, por intermédio de terceiros	2,8
	Sim, directamente e por intermédio de terceiros	10,5
	Não sou utilizador regular de Internet	7,2 (2)
	Nunca utilizei a Internet	2,5
	Ns/nr	-
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Utilizadores de Internet</b>	Sim, directa e regularmente	79,0 (2)
	Sim, por intermédio de terceiros	2,9
	Sim, directamente e por intermédio de terceiros	10,8
	Não sou utilizador regular de Internet	7,4
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Utiliza a Internet para a sua prática profissional?</b>	Sim	92,4 (2)
	Não	7,4
	Ns/nr	0,2
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Ano de adesão ao uso de Internet para a prática profissional</b>	Até 1994	4,0
	De 1995 a 2000	53,3 (1)
	De 2001 a 2006	42,8
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Utilidade da Internet para a prática profissional</b>	Muito útil	64,9 (2)
	Útil	30,8
	Pouco útil	3,0
	Nada útil	0,4
	Ns/nr	0,8
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Frequência de uso de Internet no último mês</b>	Todos os dias	39,1 (2)
	3 a 4 vezes por semana	33,4
	1 a 2 vezes por semana	20,3
	1 vez por mês	6,2
	Nunca	0,8
	Ns/nr	0,2
	<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Consideração de relevância da informação fornecida pela Internet na área da saúde</b>	Muito relevante	22,9 (2)
	Relevante	63,6 (2)
	Pouco relevante	8,7
	Nada relevante	0,8
	Ns/nr	4,0
	<b>Total</b>	<b>100</b>

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006

Os médicos têm em consideração a relevância da informação disponível na Internet (entre os médicos, 22,9 % consideram muito relevante e 63,6 % relevante). De qualquer modo, o uso de TIC no campo da saúde está longe de ser prática difundida nos seus vários âmbitos, como mostra o baixo índice de utilização pelos médicos de correio electrónico para comunicar com os pacientes, ou de telemedicina. No entanto, factores estruturais poderão estar envolvidos, bem como dificuldades de algumas franjas de profissionais de saúde perante a rápida evolução das mudanças tecnológicas, desenhando-se fechamentos em relação ao uso de ferramentas providenciadas pelas

TIC, em favor da manutenção de ferramentas já estabelecidas no sistema de saúde. Em suma, na análise geral, ressalta que a maioria dos profissionais de saúde utiliza a Internet de modo regular, e destes a maioria utiliza-a na prática profissional e reconhece utilidade nesse âmbito. Em geral, os índices de valorização das TIC nos vários domínios da prática profissional são bastante positivos, deixando a expectativa de que os valores poderão de futuro revelar-se ainda mais expressivos (ver quadro síntese).

Foi possível, assim, observar ao longo deste capítulo, que a Internet facilita o aumento da informação disponível sobre saúde, mas a sua utilização enquanto espaço de comunicação é ainda muito incipiente. Esta pode ser uma das explicações para o comportamento dos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, no que diz respeito aos conteúdos em rede. Apesar de o volume de informação disponível estar sempre a aumentar nos últimos anos, os processos comunicativos não sofreram grandes alterações e continuam a realizar-se, fundamentalmente, no registo presencial. Incluir um novo fluxo de informação neste registo, mas sem os modificar, pode assumir um custo ao nível das oportunidades que nem os profissionais, nem os pacientes podem estar dispostos a pagar (Lupiáñez-Villanueva, 2009).

A mediação chegou ao campo da saúde, faz parte das rotinas de profissionais e utentes, mas não faz parte das políticas públicas de saúde, da integração no ensino nas ciências da área da saúde, dos protocolos de prática profissional na relação utente/profissional de saúde. Assim, apesar de ser possível reconhecer alguma primazia da morfologia de rede sobre a acção, esse aspecto não é ainda muito visível nas práticas estruturais dos actores, nomeadamente e em grande medida nas práticas dos médicos, em especial no tipo de relacionamento que desenvolvem com os pacientes.



## **6. A Autonomia na Saúde e a Comunicação Mediada**

Ao longo dos diversos capítulos aqui apresentados foi possível desenvolver a nossa argumentação quanto à construção de projectos de autonomia em saúde. De facto, os dados recolhidos e a respectiva análise permitem-nos chegar a duas conclusões mais evidentes. A primeira é que a mediação afecta as práticas e representações da saúde e, a segunda, que os media têm um papel central na construção de projectos de autonomia individual no campo da saúde.

As tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são hoje uma realidade incontornável nas sociedades ocidentais. Pelas TIC passam os fluxos de imagens, sons, de riqueza e de poder que dinamizam e estão na base dos fluxos de informação e conhecimento, provocando a emergência de um novo modelo de sociedade, onde a geração, o processamento e a transmissão de informação se tornam fontes fundamentais de produtividade e poder. As TIC e as redes que elas geram expressam as tendências do processo de globalização e a reconfiguração do tempo e do espaço. Através da Internet – a tecnologia de informação e comunicação mais revolucionária das sociedades contemporâneas – vivemos a experiência de poder circular num espaço-tempo virtual, que nos permite a possibilidade de conhecer novas maneiras de fazer, de ser e viver no mundo actual, provocando alterações de fundo em todas as esferas da acção humana. Para Van Dijk (1999), a sociedade moderna está-se assim a transformar numa sociedade em rede, numa forma de sociedade que cada vez mais organiza as suas relações em redes mediáticas, substituindo ou complementando de forma gradual as redes sociais de comunicação face-a-face. A sociedade estruturada em rede contrasta com a sociedade de massas organizada em torno de um centro e de periferias, pois apresenta inúmeros círculos de comunicação que se podem sobrepor, nos planos horizontal e vertical.

Estas mudanças incluem fenómenos tais como o aumento da quantidade de canais de comunicação, ou o incremento da procura por parte dos indivíduos por informação de qualidade. A expansão dos canais de comunicação potenciada pelo surgimento das tecnologias de informação e comunicação, assim como dos temas de saúde na agenda pública concorrem cada vez mais entre si no seio da atenção e do tempo do utente;

paralelamente, os indivíduos têm mais oportunidades para seleccionar a informação, e inteirarem-se da sua própria condição física.

No seio das TIC, a Internet assume um papel de destaque, ao permitir grandes avanços na prestação dos serviços de cuidados médicos, resultado da facilidade com que os profissionais e os utentes podem agora interagir. Contudo, também tem colocado sérios desafios aos profissionais, dado que é mais fácil para os consumidores de cuidados de saúde aceder a fontes de informação e à permuta dessa mesma informação, conferindo-lhes maior poder de decisão e autonomia sobre a sua saúde. Ao fornecerem possibilidades de autonomia para os indivíduos em relação aos seus contextos, sociais e individuais, as TIC favorecem também a propensão para a fuga ao controlo tradicional, levando ao aparecimento de indivíduos cada vez mais aptos para enfrentar as contradições das sociedades modernas (Castells, 2003b), tornando-se algo de carácter central nas sociedades modernas. Esta centralidade não se deve somente à evolução tecnológica *per si*, mas a todo um processo de mudança ao nível da organização social e das estruturas de base das sociedades modernas. Segundo Castells, assistimos nas sociedades contemporâneas desenvolvidas, a um novo modo de desenvolvimento, o informacionalismo, em que “o poder dos fluxos se sobrepõem aos fluxos de poder”, numa “sociedade que, assim, podemos designar de sociedade em rede, caracterizada pela primazia da morfologia social sobre a acção social” (Castells, 2002:605).

Os dados apresentados ao longo do presente trabalho demonstram que em Portugal a Internet começa a surgir, ainda que de modo discreto, como uma alternativa a métodos mais tradicionais de obtenção de informação sobre saúde.

Em Dezembro de 2008, dados da Comissão Europeia<sup>92</sup> dizem-nos que os portugueses que acedem à Internet a nível particular fazem-no sobretudo em busca de informação sobre saúde. A análise das actividades efectuadas na Internet com fins privados demonstra que 22 por cento dos utilizadores portugueses procuram informações sobre saúde, sendo o segundo tópico de maior interesse a consulta de edições online de jornais e revistas (20 por cento), seguindo-se contactos com administrações públicas (18 por cento). Estes dados reforçam a ideia de que é possível, e útil, pensar no potencial da

---

<sup>92</sup><http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/173&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=fr>

Internet como meio de interacção e organização social no âmbito da saúde, através da combinação entre processos de comunicação e informação, estando esse potencial ainda por ser desenvolvido de forma plena.

Assiste-se, simultaneamente, a uma confiança generalizada nas práticas médicas e no tratamento que elas oferecem, mas também a um aumento da necessidade de informação relativa à medicina científica e, muitas vezes, a uma certa desilusão para com a medicina científica tradicional (patente na enorme procura de informação sobre medicinas alternativas on-line). O objectivo de acesso à informação actualizada e de confiança sobre saúde e cuidados de saúde pode ser partilhado por políticos, profissionais de saúde e grupos de cidadãos com intervenção na área da saúde, mas também o é, em grande medida, pelo cidadão individual, em processo de autonomização, se considerarmos a noção de “utente informado” avançada por Kivits (2004).

O tipo de procura de informação e a geração que mais consulta temas de saúde (não tanto doença) revela que em paralelo ao conceito de “*informed patient*”, temos de considerar nesta abordagem o conceito de “*generation divide*”. Existe de facto uma maior propensão para a utilização da Internet no âmbito de problemas relacionados com a saúde por parte de determinados grupos etários, nomeadamente a faixa dos 25 aos 50, que compreende o conjunto de indivíduos com acesso e capacidade de utilização das TICs e, simultaneamente, em idades já com um determinado grau de propensão ao aparecimento de doenças. Por outro lado, verifica-se que as mulheres são mais activas na procura de informação sobre saúde, não apenas por apresentarem uma maior frequência e diversidade de temas pesquisados, como também pela gestão que fazem da informação recolhida.

Além disso, realça-se que o recurso à Internet se prende maioritariamente com as vantagens e possibilidades tecnológicas deste meio, que permite rapidez na obtenção da informação, assim como acesso sem custos aos dados. O principal obstáculo ao desenvolvimento da utilização das TIC no sector é a falta de confiança nas práticas e aplicações relativas ao *e-health*, existindo ainda um elevado grau de desconhecimento por parte da opinião pública em relação às suas verdadeiras potencialidades.

Por outro lado, verifica-se que mesmo nos casos em que existe e é usada de forma regular, a mediação tecnológica das práticas relativas à saúde aparece predominantemente como um complemento e não como um substituto das figuras e modelos tradicionais do sector. O face-a-face é ainda o elemento base do funcionamento da saúde em Portugal, sendo que a massificação da utilização das TIC na área da saúde terá que passar pelos actores tradicionais do sistema nacional de saúde, que terão, necessariamente, um papel fundamental na sua implementação junto dos utentes.

De acordo com os resultados obtidos, é igualmente possível afirmar que existe uma certa concordância entre conteúdos disponibilizados e conteúdos procurados. Os prestadores de cuidados de saúde dominam os conteúdos sobre a área na Internet, com especial presença dos prestadores do sector privado, algo que como vimos se deve em grande parte à natureza mais competitiva desse mercado. Neste âmbito, é de realçar a presença marcada de *health-clubs* e sites de nutricionismo, o que vai de certo modo de encontro às expectativas dos utentes aquando das suas pesquisas sobre saúde na Internet. De facto, e como constatado ao longo deste estudo, nomeadamente a parte mais centrada nos utentes, se atentarmos aos principais tópicos pesquisados, observa-se a procura de uma panóplia de temas ligados a questões de boa forma e exercício físico (16,2%), nutrição e problemas alimentares (11,7%) e beleza e bem-estar (5,7%). De igual modo, quanto aos tipos de sítios na Internet pesquisados sobre informação médica, verifica-se que a proporção de inquiridos que consulta sítios de prestadores de cuidados de saúde é relativamente elevada, sendo que 70,9 afirmou consultar sítios de organizações médicas não comerciais e 69,7% sítios de organizações médicas comerciais.

Além disso, verifica-se que 71,6% dos inquiridos concorda com a afirmação “a credibilidade da informação sobre saúde on-line depende do tipo de sítio onde é disponibilizada”. Neste âmbito, é de referir a elevada percentagem de sítios que fornece informação sobre o agente (70%), sobre o seu perfil profissional (56%), e acerca dos objectivos dos autores do site (79%). Do total dos inquiridos que contactam com a Internet, cerca de 59,3% considera a informação sobre saúde dela proveniente credível ou muito credível. Esta análise deve no entanto ter em conta a elevada percentagem dos inquiridos que respondeu “Não sabe/ não responde” (34,8%), provavelmente por não ter ainda uma opinião formada acerca da questão. Neste âmbito, a questão da actualização é

relevante: apenas 14% dos sites analisados se encontravam actualizados (ao invés dos blogs, que demonstram uma maior preocupação por parte dos seus responsáveis em manter os conteúdos actualizados), o que poderá influenciar o nível de confiança dos utentes nas informações disponibilizadas.

Os resultados obtidos mostram ainda que soluções tais como certificar a informação sobre saúde disponível na Internet ou fornecer dados acerca dos autores da informação poderiam ser opções se o objectivo for incrementar o nível de credibilidade da informação. De facto, existe uma elevada proporção de inquiridos que concorda com a criação de instituições que certifiquem a qualidade da informação médica on-line (78,6%), e com o aumento da informação disponível acerca dos autores do sítio (71,2%), o que funcionaria como uma espécie de garantia para o utente que por vezes duvida da validade das informações disponibilizadas.

Com base nas conclusões evidenciadas, e voltando ao modelo de Wilson (1997), é possível destacar a preponderância em Portugal do modelo de procura de informação “Atenção Passiva” (onde a aquisição de informação pode acontecer sem existir uma procura intencional). Ou seja, a proporção de indivíduos que procura activamente conteúdos acerca de saúde nas TIC e *media* tradicionais é ainda muito diminuta, e caracteriza-se por baixos níveis de interactividade.

Quanto maior o envolvimento e o grau de pró-actividade e interacção, maior será, como foi anteriormente referido, o potencial de desenvolvimento de pacientes informados, capazes de gerar processos de autonomia em relação às instituições e às figuras tradicionais. Por outro lado, verifica-se que os utentes mais activos e interessados por temáticas ligadas à saúde, ou seja, os indivíduos com maior grau de “empowerment”, fazem um maior uso das TIC, assim como dos meios de comunicação tradicionais, como fontes de informação. Neste sentido, também são os que recorrem com maior frequência à Internet.

Estas considerações levam-nos, tal como sugerido por Kivits (2004), a repensar o conceito de “paciente informado”: existe uma necessidade de inserir o conceito de paciente informado no seio de uma mudança social mais vasta relacionada com a apropriação das TIC e o aumento dos fluxos de informação. O papel das TIC na saúde, no que diz respeito ao utente, seria apenas mais uma das vertentes de uma mudança

global à qual o quotidiano do utente tem tido de se adaptar ao longo dos últimos anos. As potencialidades oferecidas pelas TIC no seio da saúde só poderão ser aproveitadas de forma plena quando cada indivíduo as conseguir integrar nas suas práticas diárias. Assim, em vez da existência de “pacientes” mais ou menos “informados”, a tendência apontaria para o desenvolvimento de “**cidadãos informados**” (“well-informed citizen”), de acordo com o conceito proposto por Schutz (1973), retrabalhado e adaptado ao contexto específico da saúde por Amanda Henderson em 2006 e dá conta desta mudança global que as TIC proporcionaram, não só nos sectores da saúde, mas em todas as esferas da actividade humana.

Mas a realidade é que a comunicação mediada está na base de (praticamente) todas as relações comunicativas das sociedades contemporâneas. A comunicação em saúde e a comunicação sobre saúde não foge à regra. Ela faz-se, em grande medida, em situações mediatizadas, seja pela imprensa escrita, nem sempre especializada, seja pela Internet ou ainda pela televisão, e nesse caso, de duas formas: ou pela via informativa (jornais e programas de informação, documentários e talkshows) ou, e cada vez mais, pela ficção (indirectamente, nas séries e telenovelas não centradas nas temáticas da saúde, mas que as atravessam em momentos específicos, e nas séries sobre médicos e hospitais).

A informação relacionada com saúde e doença na televisão tem um carácter sazonal, irregular na frequência com que aparece, que depende da importância que as “doenças” e a “saúde” vão tendo no panorama nacional e internacional, focando-se, frequentemente, nas responsabilidades políticas, nos problemas do serviço nacional de saúde, na prevenção, na investigação (apenas e quando essa divulgação remete para descobertas e avanços científicos que de alguma forma melhorem a qualidade de vida das pessoas), no valor que é atribuído à saúde e à doença nas nossas sociedades. Como a noticiabilidade da saúde nos dá a entrever, é notória, cada vez mais, a importância dada ao “bem-estar” físico, como sinal exterior de bem-estar social (Giddens, 2006).

Com um carácter muito mais permanente aparece a ficção televisiva relacionada com a saúde, como demonstrado ao longo destas páginas. Se olharmos para a programação de ficção nos diversos canais televisivos, não apenas nos canais pagos mas também, e de forma quase permanente, nos canais generalistas (e em toda a Europa e EUA), é diversificada e constante a oferta de conteúdos ficcionados sobre saúde. Dr. House,

Anatomia de Grey, Hospital Central, Médicos e Estagiários, Clínica Privada, etc, são muitas e variadas as ofertas de ficção relacionadas com saúde e medicina, praticamente sempre em torno da realidade hospitalar, médicos e pacientes, médicos e universo hospitalar, as suas relações com os seus pares e os seus pacientes, o médico-herói, a instituição que luta contra a falta de recursos ou que investe na investigação, etc.

A questão que se coloca necessariamente é a de saber qual a razão para estas séries terem tanto e tão continuado sucesso entre os telespectadores. O que as coloca sempre entre as séries de culto e as mais visionadas? E contribuirão elas para a promoção da autonomia individual no campo da saúde?

As séries televisivas exibidas em Portugal, não são de produção nacional, são maioritariamente anglo-saxónicas e espanholas, o que realça o facto de não existir produção nacional até ao momento de séries de ficção relacionadas com a saúde. A que mais próxima esteve desse modelo denominava-se “Médico de família” e constituía-se como uma “*soap opera*”, dirigida ao público familiar, mas que incidia mais sobre a vida privada e familiar do “médico”, personagem central da série, do que propriamente na vida profissional no seu contexto específico, consultório, hospital, etc. As séries aqui referidas, pelo contrário, são abordagens directas dos contextos profissionais de saúde, todas desenvolvem os seus argumentos em hospitais e centram-se na vida profissional de médicos e outros profissionais de saúde, sendo o enredo da sua vida pessoal uma espécie de acessório ou contextualização para compreensão dos personagens. A vida pessoal dos mesmos é mais destacada quando, de alguma forma, condiciona o desempenho profissional esperado, ou tem como objectivo “humanizar” o profissional de saúde. Encontramos ambientes que se vão tornando progressivamente familiares pois, apesar de se constituírem como ambientes profissionais, todos nós, em algum momento das nossas vidas, somos obrigados a relacionarmo-nos com esses locais. A perspectiva do médico-herói é tranquilizadora. O carácter novelístico de parte dessas séries leva à identificação dos telespectadores com alguns dos personagens e ao “vício” do acompanhamento do enredo. O desenvolvimento de histórias/experiências de vida quase reais, mas com finais (quase sempre) felizes. Todos estes factores que caracterizam estas séries são aspectos passíveis de responder ao porquê do sucesso das mesmas. Assim, poderia dizer-se que a razão do seu sucesso parece residir em primeiro

lugar no facto de a saúde (em todos os seus aspectos, da doença à prevenção, da beleza aos bem-estar) ser um aspecto central e de primeiro plano nas sociedades modernas.

Mas também é possível afirmar que elas nos ensinam algo e que parte da construção da nossa autonomia na área da saúde (real ou imaginada) é realizada a partir do visionamento destas séries. Dados aqui apresentados dizem-nos que 45,8% dos inquiridos concorda com a afirmação de que as séries sobre médicos e hospitais (ex: serviço de urgência e Hospital Central) o ajudam a perceber melhor o funcionamento desses serviços de prestação de cuidados de saúde e como também sobre a forma de agir em situações semelhantes, e 58,8% admite que as telenovelas, ao tratarem assuntos relacionados com a saúde, contribuem para um maior esclarecimento da população nessas matérias. Assim, existe claramente uma expectativa do telespectador relativamente ao papel “educativo” da televisão em matérias sensíveis e de interesse público como é o caso dos assuntos relacionados com a saúde.

Mas, e os profissionais de saúde, estarão eles seguros da importância destes elementos comunicativos como forma de promoção da autonomia neste âmbito? Serão eles elementos também motivadores dessa autonomia, e é essa autonomia desejável do seu ponto de vista?

Uma notícia de jornal, de Agosto de 2008 (Expresso, Revista Única, 31 de Agosto de 2008) dizia-nos que “os médicos italianos pediram aos canais RAI e Mediaset que deixassem de transmitir séries como o «Dr. House», «Urgências», «Anatomia de Grey» ou «Scrubs», por considerarem que estão cheias de erros clínicos e falta de rigor, e acharem que estão a ensinar aos espectadores formas inexactas de aplicar medicina, desinformando a população(...)”. Simultaneamente, também em 2008, podemos ler num Relatório da Kaiser Family Foundation que diversos estudos asseguram a eficiência da televisão enquanto entretenimento na chamada de atenção para assuntos sobre saúde e que identificaram mudanças de atitude relativamente a comportamentos de risco associados problemas de saúde. Por exemplo, a abordagem e transmissão de breves apontamentos e pistas sobre o papilloma vírus (HPV) ou a contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) em episódio do Serviço de Urgência, aumentaram substancialmente o conhecimento sobre estas duas questões entre as audiências. E que, frequentemente, acções institucionais de promoção de Saúde Pública, nos EUA,



procuram os produtores destas séries para a introdução de determinadas temáticas nos seus argumentos (Murphy, 2008).

Os dados relativos à relação dos médicos em Portugal com as Tecnologias de comunicação e informação dão-nos ainda outra perspectiva. O uso da Internet encontra-se bastante disseminado entre os médicos, uma vez que 97,5 % são utilizadores de Internet. Entre estes, cerca de 79% fazem-no directa e regularmente. Deste modo, a Internet ganhou significativo espaço entre os médicos em Portugal. O uso para a prática profissional assume valores também bastante consideráveis, com cerca de 92,4% dos médicos utilizadores de Internet. Apesar dos elevados índices de utilização da Internet, apenas aproximadamente 20% dos médicos recorrem ao correio electrónico para comunicar com pacientes. Também quanto à prescrição electrónica de receituário a proporção de utilizadores é reduzida (ainda que superior ao uso de correio electrónico para comunicar com pacientes). O contacto telefónico apresenta uma maior preferência em comparação com o uso de correio electrónico quando se trata de comunicar com pacientes. No que respeita a representações e práticas relacionadas com o utente e a consulta por este de informação médica e/ou de saúde, verifica-se que a maioria dos médicos já recomendou a consulta de sites de informação de saúde e/ou médica disponível na Internet aos seus pacientes (cerca de 70 %), mas a maior parte fá-lo com frequência reduzida (raramente por cerca de 34 % e às vezes por cerca de 30 %). Na pesquisa efectuada neste contexto em Portugal, verifica-se que cerca de 50 % dos médicos consideram poder surgir algum questionamento aos conhecimentos do médico devido à consulta na Internet de informação sobre saúde por parte dos pacientes (e cerca de 25 % afirmaram que poderá desenvolver muito questionamento). De qualquer modo, o uso de TIC no campo da saúde está longe de ser prática difundida nos seus vários âmbitos, como mostra o baixo índice de utilização pelos médicos de correio electrónico para comunicar com os pacientes, ou de telemedicina. No entanto, factores estruturais poderão estar envolvidos, bem como dificuldades de algumas franjas de profissionais de saúde perante a rápida evolução das mudanças tecnológicas, desenhando-se fechamentos em relação ao uso de ferramentas providenciadas pelas TIC, em favor da manutenção de ferramentas já estabelecidas no sistema de saúde.

Na perspectiva dos médicos, em Portugal, as tecnologias de comunicação e informação apresentam-se como meios contraditórios nas utilizações que desenvolvem

pessoalmente, por um lado, e nas utilizações que podem ser realizadas pelos pacientes, por outro. Para os profissionais de saúde, as TIC são ferramentas poderosas no seu desempenho profissional, a todos os níveis, da sua própria informação e formação e também no tipo e qualidade da prestação de cuidados de saúde que podem realizar. Mas são também aspectos de difícil gestão quando se fala em autonomia profissional ou representações da população relativamente ao “saber” médico e conseqüente “lugar social”. Daí algumas das resistências quanto às pesquisas sobre saúde na Internet, ou quanto à popularidade (inevitável e incontornável) das séries sobre saúde na televisão.

Considerando a importância da televisão enquanto *influenciadora* do pensamento público sobre os mais diversos assuntos. Mas, acima de tudo, *influenciadora* da forma como cada um de nós, cidadãos, constrói as suas representações sobre a saúde, os serviços de saúde, os profissionais de saúde. Os espectadores das séries sobre saúde parecem adquirir maiores conhecimentos e informação sobre assuntos específicos, muitas vezes relacionados com prevenção e diminuição do risco, comparando com a que possuíam anteriormente ao visionamento de determinado episódio. Como se verifica ao longo deste trabalho, os telespectadores parecem aprender de facto algo relacionado com temas de saúde a partir do visionamento de entretenimento para televisão, inclusivamente alguns sentem-se motivados a procurar informação adicional sobre saúde, debatem mais frequentemente esse assunto com familiares e conhecidos, e, muitas vezes, com os seus médicos. A repetição das mensagens é a chave para incrementar a compreensão e a apreensão a longo prazo por parte das audiências. Este aspecto tem implicações para todos aqueles que estão envolvidos em processos de divulgação de informação sobre saúde para o público em geral. Tratar cénica e dramaticamente assuntos de saúde em programas de entretenimento e ficção televisiva pode ser um mecanismo para informar o público sobre assuntos chave sobre saúde.

No caso português, sendo a ficção televisiva sobre saúde fundamentalmente originária dos EUA, com um sistema de saúde totalmente diferente do nacional e com representações sobre a saúde e a medicina necessariamente diferentes das que se configuram no referencial português, a possibilidade de más interpretações e a criação de falsas expectativas é um risco evidente. Contudo, e considerando o sucesso e aceitação, interclassista e intergeracional deste tipo de conteúdos televisivos, parece valer a pena investir em produzir conteúdos tão correctos e cientificamente

comprovados possível, e retirar assim vantagens significativas da oportunidade de divulgar mensagens sobre saúde pública a partir de programas televisivos de entretenimento, com objectivos concretos de melhorar certos aspectos relacionados com saúde pública, nomeadamente questões de prevenção para a saúde, ou funcionamento dos serviços públicos de saúde.

Os projectos de autonomia, as redes de sociabilidade e os meios de consumo mediático combinam-se nas práticas associadas à Internet (Castells, 2007) e constroem-se na combinação de todos estes factores, reforçando e articulando diversos modelos de comportamento que se manifestam em sociedade. Existe assim uma relação entre a construção da autonomia dos indivíduos e a utilização da Internet e de outros meios comunicação e informação, como a televisão (significativa pela intensidade de consumos que permanece na sociedade contemporânea). É o conteúdo desta autonomia que é variável, e varia precisamente em função das condições sociais, valores e atitudes de cada um, mas também do tipo e intensidade de usos da Internet e de consumos mediáticos específicos e, também, necessariamente, no campo da saúde. Os que constroem autonomias neste campo, fazem-no procurando fontes de informação próprias, como a Internet, e também a partir da Televisão, construindo práticas sociais que lhes interessam. Os projectos de autonomia utilizam a Internet e a Televisão para definir autonomamente os conteúdos desse seu projecto, neste caso, a saúde mediada, com ou sem a participação e o compromisso dos profissionais de saúde nesse processo de mediação, construindo assim os fundamentos para a passagem de um utente informado para um cidadão informado, elemento fundamental na transição para uma sociedade em rede.

A principal alteração introduzida pela mediação no contexto da saúde é facto de se abandonar uma relação construída essencialmente a partir da interacção paciente-profissional de saúde, para uma relação construída a partir de múltiplas interacções, face a face e mediadas, com múltiplas tecnologias e que facilitam o acesso a profissionais da área da saúde ou a conteúdos relacionados com saúde. O que assistimos, no quadro da sociedade em rede e da profusão da mediação, é ao surgir de um contexto de autonomia que abarca todas as áreas de acção dos cidadãos, daí que de paciente informado passemos a cidadãos informados. A saúde, tal como outras áreas do nosso dia a dia, deixou de ser imune ao contexto social da Era da Informação e da sociedade em rede.

Podemos, então, afirmar que a construção desses projectos de autonomia no campo da saúde, apoiados na possibilidade de encontrar e adquirir informação e conhecimento, mas também interagir com outros cidadãos, especialistas ou não, e produzir informação baseada na experiência neste contexto, através e graças aos media, é uma das características da relação que os cidadãos (e não apenas enquanto pacientes/doentes) desenvolvem com a área da saúde na sociedade portuguesa, uma sociedade em transição para a sociedade em rede.

## Referências Bibliográficas

Abbate, Janet (1999), *Inventing the Internet*, Cambridge, MIT Press.

Adorno, T. (1975), “Culture industry reconsidered”, *New German Critique* nº6.

Agar, J. (2003), *Constant Touch: a Global History of the Mobile Phone*, UK: Icon Books.

Aggleton, Peter (1990), *Health*, London: Routledge

Akerkar, S. M., e L. S. Bichile (2004), “Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age”, *Postgrad Med* [serial online]; 50:120-122, <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2004/50/2/120/8252>

Ammenwerth, Elske, Iller, Carola e Mahler, Cornélia (2006), “IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study”, in *BMC Medical Informatics and Decision Making*.

Anderson, Chris (2006). *The Long Tail: Why the Future of Business Is Selling Less of More*. New York: Hyperion.

Anderson, James G. et al, (2003) “The Impact of CyberHealthcare on the Physician-Patient Relationship”, *Journal of Medical Systems*, Vol 27, Nº1, February, <http://yi.com/home/EysenbachGunther/publications/2003/andersoneysenbach2003-jmedsyst-cyberhealthcare.pdf>

Andreassen, Hege K., et al (2007), “European citizens' use of E-health services: A study of seven countries”, *BioMed Central Ltd.* <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/53>.

Annenberg School Centre for the Digital Future (2004), *The Digital Future Report*, WIP – World Internet Project, University of Southern California

Araújo Vera, Gustavo Cardoso e Rita Espanha (2008a), “The Adoption of Digital Television in Portugal: a media literacy approach”, in URBAN, a., SAPIO, B., TURK, T. (eds), *Digital Television Revisited - Linking Users, Markets and Policies*, COST Action 298 "Participation in the Broadband Society", Hungary

Araújo, Vera, Gustavo Cardoso e Rita Espanha (2008b), “iTV in Portugal”, in *Digital Television in Europe*, Van den Broeck e Pierson (eds)., COST Action 298, Belgium.

Baker, Laurence, Wagner, Todd, Singer, Sara e Bundorf, M. (2003), “Use of the Internet and E-mail for Health Care Information – results from a national survey”, in *Journal of the American Medical Association*, volume 289, nº 18.

- Bar, F., & Galperin, H. (2006). *Geeks, Bureaucrats and Cowboys: Deploying Internet Infrastructure, the Wireless Way*, in Castells, M. & Cardoso, G., *The Network Society: From Knowledge to Policy*, DC:Johns Hopkins Center for Transatlantic Relations.
- Barreto, António, (org.) (1996), *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*, Lisboa, ICS.
- Bauer, C. (2000). Quantitive evaluation of Web site content and structure. *Internet Research: Electronic Networking Applications and Policy*, 10(1), 31-43.
- Beck, Ulrich (2004, 1992), *Risk Society – Towards a New Modernity*, London, Sage Publications
- Beck, Ulrich, Elisabeth Beck-Gernsheim (2003), *Individualization*, London, Sage Publications
- Benavente, Ana, ROSA, Alexandre, COSTA, A. Firmino & ÁVILA, Patrícia (1996). *A literacia em Portugal. Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Conselho Nacional de Educação
- Benkler, Yochai. (2006). *The Wealth of Networks*, New Haven: Yale University Press.
- Benkler, Yochai. (2006). *The Wealth of Networks*, New Haven: Yale University Press.
- Bennett, Nancy L. et al (2004), “Physicians’ Internet Information-Seeking Behaviors”, *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Volume 24, pp. 31-38., USA. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/110473705/ABSTRACT>
- Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C. e Bankauskaite, V. (2004), *Health care systems in transition: Portugal*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Berger, Peter L., Thomas Luckmann, (2004) *A Construção Social da Realidade – Um Livro sobre a Sociologia do Conhecimento*, Lisboa, Dinalivro
- Bertrand, Jane (2005), “Evaluación de Programas de comunicación en salud”, in *The Communication Initiative Network* (<http://www.comminet.com>), issue 111
- Blaxter, M. (1990), *Health and Lifestyles*, London: Tavistock
- Bourdieu, Pierre (1989) *O Poder Simbólico*. Lisboa, Difel
- Bourdieu, Pierre (1997), *Sobre a Televisão*, Oeiras, Celta
- Brandão, Nuno Goulart (2002), *O espectáculo das notícias*, Lisboa, Editorial Notícias.

- Brodie, M. et al (2001), Communicating Health Information Through the Entertainment Media, in *Health Affairs*, 20 (1) <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/20/1/192>
- Brodie, M. *et alia* (2000), “Health information, the Internet, and the digital divide”, *Health Affairs*, Vol 19, nº 6, 255-265.
- Brooks, Robert G., Menachemi, Nir, (2006) “Physicians’ Use of Email With Patients: Factors Influencing Electric Communication and Adherence to Best Practices”, Vol 8, Nº 1, Florida State University College of Medicine, Tallahassee, FL, USA. Disponível em <http://www.jmir.org/2006/1/e2/>
- Brotherton JML, Clarke SJ, Quine S., (2002), Use of the Internet by oncology patients: its effect on the doctor patient relationship [letter]. *Med J Aust* 2002;177:395.
- Brown, J.D. and Walsh-Childers, K. (2002) Effects of media on personal and public health. In J. Bryant and D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advanced in theory and research* (pp. 453-488). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Budtz, S. e K. Witt (2002), “Consulting the Internet before visit to general practice. Patients' use of the Internet and other sources of health information”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Volume 20, Number 3, 1 September 2002 , pp. 174-176(3), <http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/spri/2002/00000020/00000003/art00012?crawler=true>
- Burkell, Jacquelyn (2004), “Health Information Seals of Approval: What do they signify?”, in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge
- Burnay, C. (2005) “A Telenovela e o Público: uma relação escondida”, *Media e Jornalismo*, nº6: 95-110.
- Burrows et al (2000). Virtual community care? Social policy and the mergence of computer mediated social support, in *Information, Communication & Society*, 3(1), 95-121.
- Burrows, Roger, *et al* (2005), “The mundane realities of the everyday lay use of the Internet for health, and their consequences for media convergence”, in *Sociology of Health & Illness*, UK: Blackwell Publishing
- Cádima, F. R. (1996), *O Fenómeno Televisivo*, Lisboa, Círculo de Leitores.
- Campos, A. Correia (1991), “O Estado-Providência e a Saúde”, in *Sociologia, Problemas e Práticas nº 9*, Lisboa, CIES-ISCTE
- Carapinheiro, Graça (1991), “Médicos e Representações da Medicina”, in *Sociologia, Problemas e Práticas nº 9*, Lisboa, CIES-ISCTE

- Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento
- Carapinheiro, Graça (2004) "Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção" in *Noites de Sociologia, Saúde: Olhares Múltiplos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia
- Carapinheiro, Graça (org.) (2006), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Porto: Pé de Página
- Carapinheiro, Graça e Margarida Gameiro Pinto (1986), "Políticas de Saúde num País em Mudança", in *Sociologia, Problemas e Práticas* n° 3, Lisboa, CIES-ISCTE
- Cardini, Flaminia (1997), *L'ombra del tempo, Memoria e passato dei programmi televisivi*, Roma, RAI-ERI
- Cardoso, G. (2008) Jun 5. From Mass to Networked Communication: Communicational models and the Informational Society..*International Journal of Communication* [Online] 2:0. Available:<http://ijoc.org/ojs/index.php/ijoc/article/view/19/178>
- Cardoso, Gustavo (1998) *Para uma Sociologia do Ciberespaço: comunidades virtuais em português*, Oeiras, Celta Editora
- Cardoso, Gustavo (1999), "As causas das questões ou o Estado à beira da Sociedade de Informação", *Sociologia, Problemas e Práticas*, n°30, Lisboa.
- Cardoso, Gustavo (2003); *Internet*; Coleção "O que é?", Lisboa: Quimera
- Cardoso, Gustavo (2004a), "Trends and Contradictions in the Broadcasting System. From interactive to networked television", em Fausto Colombo (ed.), *Tv and Interactivity in Europe. Mythologies, theoretical perspective, real experiences*, Vita e Pensiero, Milano.
- Cardoso, Gustavo (2004b), "Social Movements and the Media. September 1999, from Portugal to East-Timor", em Wim Van De Donk, Brian Loader e Dieter Rucht (orgs.), *Cyberprotest. New Media, Citizens and Social Movements*, Londres, Routledge.
- Cardoso, Gustavo (2006a) *Os Media na Sociedade em Rede*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa
- Cardoso, Gustavo (2007). *The Media in the Network Society: Browsing, News, Filters and Citizenship*, Lisboa: lulu.com and CIES-ISCTE, Available Online: <http://www.obercom.pt/en/content/mPublications/35.np3>
- Cardoso, Gustavo (coord.), Rita Espanha e Tiago Lapa (2007a), *E-Generation: Os Usos de Media pelas Crianças e Jovens em Portugal*, Lisboa, CIES Relatório de Pesquisa.



- Cardoso, Gustavo (Org.) (2005a), *20 Ideias para 2020*, Porto, Campo de Letras
- Cardoso, Gustavo e Carvalho, Graça (2006b), “A sociedade de informação” in Cardoso, Gustavo (org.), *20 Ideias para 2020 – Inovar Portugal*, Porto: Campo das Letras.
- Cardoso, Gustavo e Manuel Castells (Org.) (2006c), *A Sociedade em Rede – Do Conhecimento à Acção Política*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda
- Cardoso, Gustavo e Pedro Pereira Neto (2008, a publicar), “A Mediação do Serviço Público: Notícias e Telejornal da RTP”, in Silveira, J., *Análise de telejornais 2003-2006*, Lisboa, IPL
- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (2006d), “Television Internet Strategies”, in Colombo, Fausto e Nicoletta Vittadini (eds.) (2006e), *Digitizing TV – Theoretical Issues and Comparative Studies Across Europe*, Milano, Vita & Pensiero
- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (2007b), *Internet em Portugal 2006-2007: O World Internet Project*, CIES-ISCTE (relatório final).
- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (coord.) (2007c), *Profissionais de Saúde na Era da Informação: Médicos, Enfermeiros e Farmacêuticos*, Lisboa, CIES/ISCTE (relatório final e anexos)
- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (coord.) (2007d), *Instituições de Saúde e Tecnologias de Informação: Mudança Organizacional e Autonomia* Lisboa, CIES/ISCTE (relatório final)
- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (org.) (2006e), *Comunicação e Jornalismo na Era da Informação*, Porto, Campo das Letras
- Cardoso, Gustavo, António Firmino da Costa, Cristina Palma Conceição e Maria do Carmo Gomes (2005b) *A Sociedade em Rede em Portugal*, Porto, Campo das Letras
- Cardoso, Gustavo, Carlos Cunha e Susana Nascimento (2003), “O Parlamento português na construção de uma democracia digital”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 34.
- Cardoso, Gustavo, Maria Carrilho e Rita Espanha (Org.) (2001) *Novos Media, Novas Políticas. Debater a Sociedade de Informação*. Oeiras, Celta
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Ângela Morgado e Susana Nascimento (2005c) *Democracia Digital – Eleitos e eleitores na Era da Informação*, Ed. Celta, Oeiras
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Maria do Carmo Gomes (2006f), *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal 2006*, CIES/ISCTE, Lisboa

- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Maria do Carmo Gomes e Vera Araújo (2007a), “Portugal Móvel” in *Comunicação e Cultura*, N.º 3, Ed. Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Rita Cheta e Vera Araújo (2008), Questionário “A Televisão Digital Terrestre em Portugal 2008”, OberCom
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Vera Araújo e Rita Cheta (2008), *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal 2008*, OberCom, Lisboa
- Casebeer e outros (2002) Physician Internet Medical Information Seeking and On-line Continuing Education Use Patterns, in *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Volume 22, pp. 33–42., The Alliance
- Castells, et al. (2004), *The Mobile Communication Society*, California: USC.
- Castells, Manuel (2002) *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – A Sociedade em Rede*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Castells, Manuel (2003a) *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – O Poder da Identidade*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Castells, Manuel (2003b) *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – O Fim do Milénio*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Castells, Manuel (2004a) *A Galáxia Internet*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Castells, Manuel (2004b), *The Network Society – A Cross-Cultural Perspective*, Massachusetts, Edward Elgar Publishing, Inc.
- Castells, Manuel (2005), “A sociedade em rede”, in Cardoso, Gustavo, Costa, António Firmino da, Conceição, Cristina Palma e Gomes, Maria do Carmo, *A Sociedade em Rede em Portugal*, Porto: Campo das Letras.
- Castells, Manuel (2006), “A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Acção Política” in Cardoso, Gustavo e Manuel Castells (Org.) (2006), *A Sociedade em Rede – Do Conhecimento à Acção Política*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda
- Castells, Manuel e Himanen, Pekka (2002), *The Information Society and the Welfare State. The finnish model*, Oxford, Oxford University Press.
- Castells, Manuel et all (2007), *La Transición a la Sociedad Red, La Era de la Información en Catalunya*, Barcelona, Editorial Ariel
- Castells, Manuel, Imma Tubella, Teresa Sancho, Maria Isabel Díaz de Isla e Barry Wellman (2003), *La Societat Xarxa a Catalunya*, Barcelona, Editorial UOC.

Centers for Disease Control and Prevention (2006). Summary Health Statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, Vital and Health Statistics, Series 10(Number 232), December

Cheta, Rita (2006), *Estratégias de Sucesso na Ficção TV Nacional: O Estudo de caso das 'telenovelas juvenis'*, OberCom – Research Report

Chris N. Sciamanna, Melissa Clark, Joseph Diaz, and Stephanie Newton (2003) Filling the gaps in physician communication. The role of the Internet among primary care patients, Department of Health Policy Faculty Papers, in *Jefferson Digital Commons* [http://jdc.jefferson.edu/christopher\\_sciamanna/](http://jdc.jefferson.edu/christopher_sciamanna/)

Christensen, Peter e Maria Ivancin (2006), *The Reality of Health: reality Television and the Public Health*, Kaiser Family Foudation, discussion paper (disponível on-line)

Collste, Göran, “The Internet doctor and medical ethics Ethical implications of the introduction of the Internet into medical encounters”, [Med Health Care Philos.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12168987&dopt=Abstract) 2002;5(2):121-5. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12168987&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12168987&dopt=Abstract)

Colombo, Fausto (1994) *Media e industria culturale*, Milano, Vita e Pensiero

Colombo, F., Farinotti, L., & Pasquali, F. (2001). *I Margini della Cultura. Media e Innovazione*, Milano, Franco Angeli.

Colombo, Fausto (2004), *TV and Interactivity in Europe* Milano, Vita e Pensiero

Colombo, Fausto (ed.) (2003), *Le Età della TV*, Milão, Vita e Pensiero.

Colombo, Fausto e Nicoletta Vittadini (eds.) (2006), *Digitizing TV – Theoretical Issues and Comparative Studies Across Europe*, Milano, Vita & Pensiero

Colombo, Fausto (1993), *Le Nuove Tecnologie Della Comunivazione*, Milão, Bompiani

Comissão Europeia (2003), *Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health (final report)*

Comissão Europeia (2006), *Euro Health Consumer Index 2006*, Health Consumer Powerhouse, 2006.

Diaz, JA, Griffith RA, Ng, JJ, Friedmann PD, Reinert S, Moulton A.W. (2002), Patients' Use of the Internet for Medical Information, in *Journal of General Internal Medicine*; 17:180-185.(2002)

EC - European Commission (2002), *Towards a European Research Area. Science, innovation and innovation*, Brussels, European Commission – Research DG

Eco, Umberto (1999), “Sobre a Imprensa”, em *Cinco Escritos Morais*, Difel, Lisboa

Eco, Umberto. (1985). *La Guerre du Faux*, Paris: Grasset.

Eco, Umberto. (2000). *Internet, una Rete Piena di Buchi*, Available Online: <http://quotidiano.monrif.net/art/2000/04/18/836575>

Espanha, Rita (2008a) Jul 2. Internet and Health Contents. *Observatorio (OBS\*)* [Online] 2:3. Available: <http://www.obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/228>

Espanha, Rita (2008b), *A Saúde na Sociedade de Informação*, in Moisés de Lemos Martins & Manuel Pinto (Orgs.), *Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*, 6 - 8 Setembro 2007, Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (Universidade do Minho), <http://lasics.uminho.pt/ojs/index.php/5sopcom/article/viewFile/184/180>

Espanha, Rita e Gustavo Cardoso (2006a) “Das Estratégias Televisivas de Internet à *Televisão em Rede*”, in Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (org.), *Comunicação e Jornalismo na Era da Informação*, Porto, Campo das Letras

Espanha, Rita e Gustavo Cardoso (coords.) (2007), *Utentes e Saúde na Era da Informação: Internet, telemóveis e média*, Lisboa, CIES/ISCTE (relatório final)

Espanha, Rita e Gustavo Cardoso (coords.) (2007a), *Conteúdos de Saúde On-Line: Google, www e Blogues*, Lisboa, CIES/ISCTE (relatório final)

Espanha, Rita e Luís Poupinha, (2005a), “Matrix: Teoria Geral e Três Casos Práticos”, in Livro de Actas – 4º SOPCOM

Espanha, Rita, Luís, Soares e Gustavo Cardoso (2006c) “Do Multimédia ao Wireless: As Dietas Mediáticas dos Portugueses”, in *A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política*, Colecção Debates, Ed. Presidência da Republica, Lisboa, Instituto Nacional Casa da Moeda

European Commission (2000), *The Internet and health*, Eurohealth, volume 6, nº 3, 2000.

European Commission (2002), *Promoting E-health in Europe: challenges and opportunities*, Eurohealth, volume 8, nº 2, 2002.

European COMMISSION (2005), Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations”, disponível em: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2005/mar/comm2005-94\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2005/mar/comm2005-94_en.pdf)

- Eurostat (2003), *Structural Indicators*, Eurostat, em <http://europa.eu.int/comm/eurostat/> (Dezembro, 2003)
- Ferin Cunha, I. et al, (2002) “A Ficção em Português nas televisões generalistas: um estudo de caso”, *Observatório – Revista do Obercom*, nº6, Obercom: 67-77.
- Fernandes, A.P.M (2002), *Ficção Nacional: a ‘guerra das telenovelas’*, *Observatório – Revista do Obercom*, nº6, Obercom: 79-91.
- Fernandes, Ana Paula Menezes (2001), *Televisão do público: um estudo sobre a realidade portuguesa (1993-1997)*, Coimbra, Minerva
- Ferreira da Silva, Luísa (2006), “A Saúde e o Saudável nas Racionalidades Leigas: O Caso da Alimentação”, in Carapinheiro, Graça (org.) (2006), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Porto: Pé de Página
- Fountain, Jane (2006), “Questões Centrais no Desenvolvimento Político do Estado Virtual”, in Cardoso, Gustavo e Manuel Castells (Org.) (2006c), *A Sociedade em Rede – Do Conhecimento à Acção Política*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda
- Fox, Susannah, (2005) “Health Information Online, Pew Internet and American Life Project”. Disponível em [http://www.pewInternet.org/PPF/r/156/report\\_display.asp](http://www.pewInternet.org/PPF/r/156/report_display.asp)
- Friedewald, Vicent E. Jr., (2000) “The Internet’s Influence on the doctor-Patient Relationship – Internet/Web/Online Service Information”, *Health Management Technology*, Acessível em [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0DUD/is\\_11\\_21/ai\\_67373716](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0DUD/is_11_21/ai_67373716)
- Friedman, Thomas L. (2005), *O Mundo é Plano*, Lisboa, Actual Editora
- Friedmann, J. (1996), *Empowerment*, Oeiras, Celta
- Galperin, H., & Mariscal, J. (2007), *Pobreza y Telefonía Móvil en America Latina y el Caribe*. Diálogo Regional sobre Sociedad de la Información. Available Online at: [http://www.dirsi.net/files/regional/REGIONAL\\_FINAL\\_spanish.pdf](http://www.dirsi.net/files/regional/REGIONAL_FINAL_spanish.pdf) (November 2008)
- Gea, Charo Gutiérrez (2002) “Televisão e qualidade: perspectivas de investigação e critérios de avaliação”, em “*Televisão, qualidade e serviço público*”, *Observatório* nº6, Novembro de 2002
- Gerrish, K. et al, (2006) “Factors influencing use of information technology by nurses and midwives”, *Practice Development in Health Care*, *Pract. Dev Health Care* 5(2) 92-101. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/112730478/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0> Acedido em 4 de Junho de 2007.

- Geser, H. (2004), *Towards a Sociological Theory of Mobile Phone*, [electronic edition] Available online at: <http://geser.net/home.html>
- Gibson, Rachel, Stephen Ward (2000) “Perfect Information, Perfect Democracy, Perfect Competition: Politics and the Impact of New ICTs” in GIBSON, Rachel, WARD, Stephen (eds.) (2000) *Reinvigorating Democracy? British Politics and the Internet*. Ashgate: Aldershot.
- Giddens, Anthony (1991), *Modernity and Self-identity – Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford University Press, Stanford, CA
- Giddens, Anthony (2000), *As consequências da Modernidade*. Oeiras, Celta
- Giddens, Anthony (2006), *Sociology*, Cambridge, Polity Press
- Giddens, Anthony (2007), *A Europa na Era Global*, Lisboa, Ed. Presença
- Glik, D.C. (2003), Health Communication in Popular *Media* Formats, Medscape, CME/CE <http://www.medscape.com/viewarticle/466709>
- Glottz, P., Bertsch, S. (eds.) (2005), *Thumb Culture: The Meaning of MobilePhones for Society*, Bielefeld: Transcript Verlag.
- Goggin, G. (2006), *Cell Phone Culture: Mobile Technology in Everyday Life*, USA: Routledge.
- Graham, Stephen (ed.) (2003), *The Cybercities Reader*, Londres/Nova Iorque, Routledge.
- Graham, Stephen e Simon Marvin (1996), *Telecommunications and the City: Electronic spaces, urban places*, Londres/Nova Iorque, Routledge.
- Graham, Stephen e Simon Marvin (2001), *Splintering Urbanism: Networked infrastructures, technological mobilities and the urban condition*, Londres/Nova Iorque, Routledge.
- Hamburguer, Esther (2005), *O Brasil Antenado – A Sociedade da Novela*, Rio de Janeiro, Jorge ZAHAR Editor
- Hamburguer, Esther, (2000), “Politics and intimacy – The agrarian reform in a Brazilian Telenovela”, in *Television & New Media*, vol.1, nº2, 159-178
- Hardey, M. (1999), Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise, in *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 820-835
- Hardey, Michael (2000), “Health information on the Internet – the ‘homepage’ and the challenge to medicine”, in *The Royal Society of Medicine Press*, nº 16.

- Hardey, Michael (2004), “Internet et société: reconfigurations du patient et de la médecine?”, in *Sciences Sociales et Santé*, volume 22, n° 1.
- Heath, C.; Luff, P. & Sanchez, M. (2003). Technology and medical practice. *Sociology of Health & Illness*, 5, 75-96.
- Held, David, Anthony McGrew, David Goldblatt e Jonathan Perraton (1999), *Global Transformations*, Cambridge, Polity Press.
- Henderson, Amanda (2006), "Boundaries Around the 'Well-Informed' Patient: The Contribution of Schutz to Inform Nurses' Interactions", in *Journal of Clinical Nursing* 15(1):4
- Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A. & Smith, J. (2003). “Ignorance is bliss sometimes”: constraints on the emergence of the “informed patient” in the changing landscape of health information, in *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 589-607.
- Himanen, P., Torvalds L. & Castells M. (2001). *The Hacker Ethic and the Spirit of the Information Age*, London: Vintage.
- Himanen, Pekka (2001), *The Hacker Ethic and the Spirit of Informationalism*, New Haven, Yale University Press.
- Himanen, Pekka (2006), “Desafios Globais da Sociedade de Informação”, in Cardoso, Gustavo e Manuel Castells (Org.), *A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política*”, Coleção Debates, Ed. Presidência da Republica, Lisboa, Instituto Nacional Casa da Moeda
- Himanen, Pekka, Castells, Manuel, Tornvalds, Linus (2003), *The Hacker Ethic and the Spirit of the Information Age*, London, Secker and Warburg.
- Horst, H. and Miller, D. (2006), *The Cell Phone: An Anthropology of Communication*, Oxford: Berg Publishers.
- Howell, Richard. (2005). *Visual Culture*, Oxford, Polity.
- Hutton, Will e Anthony Giddens (2000), *On the Edge: living with global capitalism*, Londres, Jonathan Cape.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2002a), *Censos 2001. Resultados definitivos*, Lisboa, INE.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2003), *Portugal Social 1991-2001*, Lisboa, INE.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2008), *Estatísticas Demográficas – 2007*, Lisboa: INE

- INE e UMIC (2005), *Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais 2004*, Instituto Nacional de Estatística/UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento.
- Jenkins, Henry (2006). *Convergence Culture, Where Old and New Media Collide*. New York and London: New York University Press.
- Kaiser Family Foundation (2001), *Generation Rx.com – How Young People Use the Internet for Health Information*, A Kaiser Family Foundation Survey, California
- Kaiser Family Foundation (2002), *The Impact of TV's Health Content: A Case Study of ER Viewers*, Survey Snapshot, A Kaiser Family Foundation Survey, California
- Kaiser Family Foundation (2005), *e-Health and the Elderly: How Seniors Use the Internet for Health Information – Key Findings From a National Survey of Older Americans*, A Kaiser Family Foundation Survey, California
- Kasesniemi, E.-L. (2003). *Mobile Messages. Young people and a New Communication Culture*, Finland: Tampere University Press.
- Katz, J.E. (2006), *Magic in the Air: Mobile Communication and the Transformation of Social Life*, USA: Transaction Publishers.
- Katz, James E. e Ronald E Rice (2002), “Syntopia: Access, civic involvement, and social interaction on the net”, em Barry Wellman e Caroline Haythornthwaite, *The Internet in Everyday Life*, Malden/Oxford/Melbourne/Berlin, Blackwell.
- Katz, James E. e Ronald E. Rice (2002), *Social Consequences of Internet Use: access, involvement, and interaction*, Cambridge, MIT Press.
- Katz, James, Ronald Rice and Sophia Acord (2006), “Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: Abordagens Sociais e Organizacionais num Contexto Comparativo”, in Gustavo Cardoso e Manuel Castells (Org.) (2006), *A Sociedade em Rede – Do Conhecimento à Acção Política*, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda
- Katz, James, Ronald Rice and Sophia Acord (2006), “E-Health Networks and Social Transformations”, in CASTELLS, Manuel (2004b), *The Network Society – A Cross-Cultural Perspective*, Massachusetts, Edward Elgar Publishing, Inc.
- Kavoori, A., Arceneaux, N. (2006), *The Cell Phone Reader: Essays in Social Transformation*, NY: Peter Lang.
- Kerckove, Derrick de (1995), *A Pele da Cultura*, Santa Maria da Feira, Relógio d'Água
- Kickbusch, I. and Lister, G. (Eds.) (2006), *European Perspectives on Global Health – A Policy Glossary*, EFC: Brussels



- Kivits, Joëlle (2004), “Researching the ‘informed patient’: The Case of Online Health Information Seekers”, in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, CA: University of California Press
- Kyrouz, Holt, Mittman e Everett, 1998 Kyrouz, E. M., Holt, M., Mittman, R., & Everett, W. (1998). *Twenty-first century health care consumers*. Menlo Park, CA: Institute for the Future.
- Lapointe, Liette e Rivard, Suzanne, 2006, “Getting physicians to accept new information technology: insights from case studies”, in *The Canadian Medical Association Journal*, nº 174 (11).
- Laverack, Glenn (2008), *Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento*, Loures: Lusodidáctica
- Lessig, Lawrence. (2004). *Free Culture. How Big Media Uses Technology and the Law to Lock Down Culture and Control Creativity*, New York: The Penguin Press.
- Lessig, Lawrence. (2005). Commons on the Wires, in Hartley, John (ed.). (2005). *Creative Industries*, Oxford: Blackwell.
- Leung, L., Wei, R., (2000), “More than just talk on the Move: Uses and Gratifications of Cellular Phone”, in *Journalism and Mass Communication Quarterly*, nº.77.
- Lévy, Pierre (1997), *La Cibercultura, el Segon Diluvi*, Barcelona, Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya i Edicions Proa.
- Liebes, Tamar and Livingston, Sonia (1998), European Soap Operas - The Diversification of a Genre, *European Journal of Communication*, SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi), Vol. 13(2): 147–180
- Ling, R. (2004), *The Mobile Connection: the Cell Phone’s Impact on Society*, Boston: Morgan Kaufmann Publishers.
- Ling, R. and Pederson, P. (2005), *Mobile Communications: Re-negotiation of the Social Sphere*, London: Springer-Verlag.
- Livingstone, Sonia (1999), “New Media, New Audiences?”, in *New Media and Society*, 1, Londres, Sage
- Livingstone, Sonia, (2004), “The challenge of changing audiences – or, what is the audience researcher to do in the age of the Internet?”, in *European Journal of Communication*, vol.19(1), 75-86

- Loader, Brian D. (1997) (ed.) *The Governance of Cyberspace: Politics, Technology and Global Restructuring*. London: Routledge.
- Lopes, Felisbela (1999), *O telejornal e o serviço público*, Coimbra, Minerva
- Lopes, Felisbela (2007) “Dos excessos da TV generalista: Retratos da informação semanal emitida em horário nobre”, in *Comunicação e Sociedade*, vol. 11, 2007, pp. 135-148
- Lopes, Noémia Mendes (2006), “Tecnologias de Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização”, in Carapinheiro, Graça (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editora
- Lupiáñez-Villanueva, Francisco (2009), *Internet, Salud y Sociedad: Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya*, Tesis Doctoral, Universitat Oberta de Catalunya
- Lyon, David (1992) *A sociedade da informação*. Oeiras: Celta.
- Lyon, David (1998), ‘The world-wide-web of surveillance: the Internet and off-world power flows’ *Information, Communication and Society*, 1:1
- Masters, K, (2006) “For what purpose and reasons do doctors use the Internet: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics*”, Disponível em <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/Internet/docint.html>
- Mckee, Martin e Healy, Judith (eds.) (2002), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham / Philadelphia: Open University Press (European Observatory on Health Care Systems Series).
- Mckee, Martin, Edwards, Nigel e Wyatt, Sylvia (2004), “Transforming today’s hospital to meet tomorrow’s needs”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa.
- McKinlay, John & Lisa Marceau (2002), The End of the Golden Age of Doctoring, in *International Journal of Health Services* 32(2): 379-416.
- Mcloughlin, Declan (1996), A palpable hit, *British Medical Journal*. London: v.312, n.7030, p.585
- McLuhan, Marshall (1997), *Understanding Media - The Extensions of Man*, London, Routledge,
- Menduni, Enrico (2006), *I Linguaggi della Rádio e della Televisione*, Roma: Laterza
- Ministério da Saúde (2000), *Programa Operacional Saúde – Saúde XXI (3º Quadro Comunitário de Apoio 2000-2006)*, Ministério da Saúde, Lisboa, 2000.

- Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde – orientações estratégicas para 2004-2010*, Ministério da Saúde, Lisboa, Fevereiro 2004.
- Mitchell, William J. (1999), *E-topia: urban life, Jim – but not as we know it*, Cambridge, MIT Press.
- Mitchell, William J. (2003), *Me++: the cyborg self and the networked city*, Cambridge, MIT Press.
- Moscovici, S. (1978), *A representação social da psicanálise*, Ed. Zahar, Rio de Janeiro
- Moscovici, S. (2005), *Memória, imaginário e representações sociais*, Rio de Janeiro: Museu da República
- Mulgan, Geoff (2006), “Moldar de novo o Estado e a sua Relação com os Cidadãos: o potencial das tecnologias de comunicação e informação no curto, médio e longo prazo”, in Cardoso, Gustavo e Manuel Castells (Org.) (2006c), *A Sociedade em Rede – Do Conhecimento à Acção Política*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda
- Murphy, Patrick D., (1999), “Doing audience ethnography: A narrative account of establishing ethnographic identity and locating interpretive communities in fieldwork”, in *Qualitative Inquiry*, volume 5, nº4, 479-504
- Murphy, Sheila T. et al (2008), *How Healthy is prime Time? An Analysis of Health Content in Popular Prime Time Television Programs*, Kaiser Family Foundation and The USC Annenberg Norman Lear Center, <http://www.kff.org/entmedia/upload/7764.pdf>
- Murray, E. et al (2003), “The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient relationship: patient perceptions”, *Journal of Medical Internet Research*, disponível em <http://www.jmir.org/2003/3/e17>
- Naughton, John (1999), *A Brief History of the Future: the origins of the Internet*, Londres, Weidenfeld & Nicolson.
- Nettleton, Sarah (2004), “Health e-types? An analysis of everyday use of the Internet for health” in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge
- Nettleton, Sarah, Roger Burrows e Lisa O’Malley (2005), The mundane realities of the everyday lay use of the Internet for health, and their consequences for *media convergence*. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 972-92
- Norris, Pippa (2000), *A Virtuous Circle: political communications in postindustrial societies*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Nye, Joseph S. e John D. Donahue (eds) (2000), *Governance in a Globalizing World*, Washington, Brookings Institution Press.

- OberCom (2007), *A Internet em Portugal 2003 – 2006*, Lisboa: Observatório da Comunicação
- OberCom (2008), *Blogues e Blogosfera.pt*, Flash Report, Lisboa: OberCom, <http://www.obercom.pt/client/?newsId=373&fileName=fr5.pdf>
- OberCom (2008), *Perspectivas de Implementação da Televisão Digital em Portugal - Novas tecnologias, novos consumos?*, Flash Report, OberCom, Lisboa
- Observatoire Européen de L'Audiovisuel (2002), *Eurofiction: La Fiction Télévisuelle en Europe*, Rapport 2002.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005), *Novo Serviço Público de Saúde – Novos Desafios*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (2000a), *Principaux Indicateurs de la Science et de la Technologie*, Paris, OCDE.
- OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (2000b), *Literacy in the Information Age. Final report of the international adult literacy survey*, Paris, OCDE.
- OCES – Observatório da Ciência e do Ensino Superior / Ministério da Ciência e do Ensino Superior (2003), *Ciência & Tecnologia – Principais indicadores estatísticos*, em <http://www.oces.mces.pt>
- OCT – Observatório das Ciências e das Tecnologias / Ministério da Ciência e Tecnologia (2002), *Sociedade de Informação. Principais indicadores estatísticos 1995-2001*, Lisboa, OCT.
- OFCOM (2007), *Switchover Progress Report*, disponível em [http://www.digitaluk.co.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/6500/trQ407.pdf](http://www.digitaluk.co.uk/_data/assets/pdf_file/0011/6500/trQ407.pdf)
- OIC - Observatory for Innovation and Knowledge (2003), *Treading the Path to the Knowledge Society: patterns of ICT diffusion in Portugal*, Lisbon, Innovation and Knowledge Society Unit (UMIC) – Presidency of the Council of Ministers.
- Olauson, Anders, 2004, “E-health and the informed patient”, in *Eurohealth – the media and health*, volume 10, nº 2.
- OMS, 1996, *World Health Organization, Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*, OMS Regional Publications, European Series nº 58
- Ortoleva, P. (1991), *La Societa' dell'Informazione*, Roma, Anicia

- Ortoleva, Peppino (2003), *Televisão, Trajectos*, Nº1, Lisboa, Editorial Notícias
- Ortoleva, Peppino (2004), “O século dos *media*: a evolução da comunicação de massa no século XX”, em José Manuel Paquete de Oliveira, Gustavo Cardoso e José Jorge Barreiros (eds), *Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação*, Quimera, Lisboa.
- Paquete de Oliveira, José Manuel, Gustavo Cardoso e José Barreiros (org.), (2004), *Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação*, Lisboa, Quimera
- Paquete de Oliveira, José Manuel, José Barreiros (coords.) (2000) *Ciberfaces – A Sociedade de Informação em Análise: Internet, Interfaces do Social*, Programa Praxis XXI, Fundação para a Ciência e Tecnologia/ Ministério da Ciência e da Tecnologia, ISCTE. Disponível online HTTP: <http://ciberfaces.iscte.pt>
- Pew Internet (2005), “Health information on-line”, acessível em [http://www.pewInternet.org/PPF/r/156/report\\_display.asp](http://www.pewInternet.org/PPF/r/156/report_display.asp)
- Podichetty, V., Booher, J., Whitfield, M. e Biscup R., 2006, “Assessment of Internet use and effects among healthcare professionals: a cross sectorial survey”, in *Postgraduate Medical Journal*, nº 82.
- Polistchuck, Ilana (1999), *Campanhas de Saúde pela Televisão: a campanha de AIDS da Rede Globo*, Escola de Comunicação Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado
- Price, Monroe (2002), *Media & Sovereignty. The global information revolution and its challenge to state power*, Cambridge, MIT Press.
- Quivy, R. e L. Van Campenhoudt (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva
- Rebelo, J.(1993), “No primeiro aniversário da televisão privada em Portugal”, in *Análise Social* nº122, ICS.
- Rebelo, José (2003a), “O Serviço Público de Televisão em Portugal” in *A Comunicação, Temas e Argumentos*, Coimbra, Minerva
- Rebelo, José (coord.) (2003b), *A Comunicação: Temas e Argumentos*, Coimbra, Minerva
- Rice, Ronald e James Katz (ed.) (2001), *The Internet and health communication - experiences and expectations*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications
- Rice, Ronald e Monica Murero (ed.) (2006), *The Internet and health care – Theory, Research and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates

- Rideout, Victoria (2008), *Television as a Health Educator: A Case Study of Grey's Anatomy*, Kaiser Family Foundation Report <http://www.kff.org/entmedia/upload/7803.pdf>
- Rovost, et all (2003), "Opinions and e-Health Behaviours of Patients and Health Professionals in the U.S.A. and Europe", Annual Meeting of the Medical Informatics Europe, St. Malo, disponível em [http://www.hon.ch/Survey/Spring2002/Tables1-6\\_Professionals\\_Patients-USAvsEurope.html](http://www.hon.ch/Survey/Spring2002/Tables1-6_Professionals_Patients-USAvsEurope.html)
- Ruivo, Fernando (1987), "A construção de um projecto profissional: o caso da medicina", em *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº23,
- Sakellarides, Constantino (2005), *De Alma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde*, Coimbra, Almedina
- Santana, Paula (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento – Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina
- Sassen, Saskia (1998), *Globalization and its discontents. Essays on the New Mobility of People and Money*, New York: New Press
- Sassen, Saskia (2001), *The global city : New York, London, Tokyo*, (Princeton : Princeton University Press
- Schutz A (1973) *Collected Papers Volume 1: The Problem of Social Reality*. Martinus Nijhoff, The Hague, Holanda.
- Schwitzer, Gary (2008), How do Us Journalists Cover Treatments, Tests, products, and Procedures? An Evaluation of 500 Stories, in *PLoS Medicine – Health in Action*, Vol.5, Issue 5, May
- Senior, Michael and Bruce Viveash (1998), *Health and Illness*, London: Palgrave
- Servon, Lisa J. (2002), *Bridging the digital divide : technology, community, and public policy*, Blackwell Pub. The Information Age series, Malden, MA, Oxford.
- Shilling, C. (2002), Culture, the 'sick role' and the consumption of health, in *British Journal of Sociology* 53 (2002) (4), pp. 621–638
- Silveira, J., Cardoso, G. (coords.) (2002), *Análise da Oferta Informativa nos Telejornais de Horário Nobre (RTP1, SIC, TVI e RTP2/A:2) para o ano de 2002*, CIMDE (não publicado)
- Silveira, J., Cardoso, G. (coords.) (2008), *Análise de Telejornais de Horário Nobre (RTP1, SIC, TVI e RTP2/A:2) para os anos de 2003, 2004 e 2005*, CIMDE (não publicado)

- Silverman, David (1993), *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk text and interaction*, London, SAGE
- Silverman, David (1998), *Qualitative research: theory, method and practice*, London, SAGE
- Silverstone, R.(1994), *Television and Everyday Life*, London, Routledge.
- Silverstone, Roger (1999), *Why Study the Media?*. Sage
- Silverstone, Roger (2004), “Porquê estudar os *media*? O 11 Setembro e a ética da distância”. In *Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação*. Edited by Paquete de Olivera, J. M.; Cardoso, G. , Barreiros, Quimera
- Silverstone, Roger (2006), “Domesticating domestication: Reflections on the life of a concept” in *Domestication of media and technology*. BERKER, T.; HARTMANN, M.; PUNIE, Y.; WARD, K. J. (eds.) Open University Press, pp. 229-248.
- Silverstone, Roger. (2005). *The Sociology of Mediation and Communication*, in Calhoun, C., Rojek, C., &
- Simões, Jorge (2004a), *Retrato Político da Saúde – Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra, Almedina
- Simões, Jorge, (2004b), “A avaliação do desempenho de hospitais”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa.
- Simplex 2006 – Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa*, Presidência do Conselho de Ministros, 2006.
- Singly, F. (2005), *Le soi dénudé. Essai sur l'individualisme contemporain*, in Collectif, Un corps pour soi, Paris, PUF
- Smith, Anthony (1998), *Television an International History*, Oxford, Oxford University Press
- Soares, Murilo César (2004), *Internet e saúde: possibilidades e limitações*, Revista TEXTOS de la CiberSociedad, disponível em <http://www.cibersociedad.net>
- Southon, Frank *et al.* (1997), “Information Technology in Complex Health Services: Organizational Impediments to Successful Technology Transfer and Diffusion”, in *Journal of the American Medical Informatics Association*, nº 4.



- Southon, Frank, Sauer, Chris e Dampney, Kit (1999), “Lessons from a failed information systems initiative: issues for complex organisations”, in *International Journal of Medical Informatics*, nº 55.
- Spigel, L. (1992) *Making Room for TV: Television and the Family Ideal in Postwar America*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- Stamps, Judith. (1995). *Unthinking Modernity: Innis, McLuhan and the Frankfurt School*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Stanberry, Benedict (2003), *eHealth in Europe. Getting ready to cross the chasm*, European Health Telematics Association, apresentação na conferência da EISCO (European Information Society Conference) in [http://www.eisco2003.org/en/proceedings/session\\_2\\_-\\_ehealth.htm](http://www.eisco2003.org/en/proceedings/session_2_-_ehealth.htm),
- Tapscott, Don and Williams, Anthony D. (2006) *Wikinomics: How Mass Collaboration Changes Everything*, EUA: Penguin
- The Boston Consulting Group, (2003) “European Physicians and the Internet”, BCG. Disponível em [http://www.iab.fhbb.ch/iab/iab.nsf/img/f/\\$file/f.pdf](http://www.iab.fhbb.ch/iab/iab.nsf/img/f/$file/f.pdf)
- Theofanos, Mary and Conrad Mulligan, Conrad, (2004) “Empowering patients through access to information: the United States Department of Health and Human Services’ e-health enterprise, in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge
- Thomas, Richard K. (2006), *Health Communication*, New York: Springer
- Turow, Joseph (1996), Television entertainment and the U.S. health-care debate, *The Lancet*, London: vol. 347, n.9010
- Turow, Joseph (2002) *As Seen on TV: Health Policy Issues in TV’s Medical Dramas*, Kaiser Family Foundation Report, University of Pennsylvania
- Van Dijk, Ian (1999), *The Network Society. Social Aspects of New Media*, London: SAGE.
- Vassallo de Lopes, Maria Immacolata (2006), Observatório Ibero-Americano da Ficção Televisiva: Projeto metodológico e quadro teórico, in *UNIrevista* - Vol. 1, nº 3, ECA/USP, SP
- Viegas, José Manuel Leite; Costa, António Firmino da (orgs.) (1998), Portugal, Que Modernidade?, Oeiras, Celta Editora.
- Webster, Frank (1995), *Theories of the Information Society*, London, Routledge.
- Webster, Frank (1997), What Information Society? ,Disponível Online HTTP: [http://www.dodccrp.org/publications/pdf/Alberts\\_Anthology\\_I.pdf](http://www.dodccrp.org/publications/pdf/Alberts_Anthology_I.pdf)



- Webster, Frank (2002), Desafios globais e respostas nacionais na era da informação, in Paquete de Oliveira, J.M.; Cardoso, Gustavo, et al. Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação, Lisboa Quimera.
- Webster, Frank (ed.) (2004), *The Information Society Reader*, London: Routledge.
- Webster, Frank, (2003), *Culture and Politics in the Information Age*, London, Routledge.
- Williams, P., Nicholas, D., Huntington, P., McLean, F. (2002), "Surfing for health: user evaluation of a health information Web site. Part two: fieldwork", *Health Information and Libraries Journal*, Vol. 19 No.4, pp.214-25.
- Wilson, T. (1997). Information behaviour: an interdisciplinary perspective. In. P. Vakkari, R. Savolainen & B. Dervin (eds). *Information seeking in context: proceedings of an International Conference on Research in Information Needs*
- Winston, Brian (1999). *Media Technology and Society. A History from the Telegraph to the Internet*, London: Routledge.
- WIP (2008), *World Internet Project Report 2008*, (DRAFT October 13 2008), Los Angeles: The Center for the Digital Future, University of Southern California.
- Wolf, Mauro (1987), *Teorias da Comunicação*, Ed. Presença, Lisboa
- Wolton, Dominique (1999), *Pensar a Comunicação*, Algés, Difel
- Wolton, Dominique (2000), *E depois da Internet?*, Algés, Difel



## **ANEXO 1 - A**

### **Grelha de Análise - Ficha Geral – Séries Médicas exibidas em 2006 – canais nacionais generalistas e cabo**



## Grelha de Análise

### Ficha Geral – Séries Médicas exibidas em 2006 – canais nacionais generalistas e cabo

SÉRIES MÉDICAS	DR. HOUSE	SERVIÇO DE URGÊNCIA	HOSPITAL CENTRAL	ANATOMIA DE GREY
CANAL EXIBIÇÃO	TVI e FOX	Canal 2 e AXN	AXN	Canal 2 e FOX
TIPO/GÉNERO	Drama /Comédia	Drama	Drama	Drama/Romântico
ORIGEM GEOGRÁFICA	EUA	EUA	Espanha	EUA
AUTORIA/PRODUÇÃO	<p>Produtora: Heel and Toe Films, Shore Z Productions, Bad Hat Harry Productions, em associação com Universal Medial Studios</p> <p>Criação e Produção Executiva: David Shore</p> <p>Produção Executiva: Katie Jacobs Paul Attanasis Bryan Singer Russel Friend Garrett Lerner Thomas L. Moran</p>	<p>Produtora: Constant c Productions, Amblin Television, em associação com Warner Bros. Television</p> <p>Criação e Produção Executiva: Michael Crichton John Wells</p> <p>Produção Executiva: Christopher Chulack David Zabel Janine Sherman Barrois Joe Sachs</p> <p>Produção: Tommy Burns</p> <p>Co-produção: Virgil Williams Lisa Zwerling</p> <p>Direcção: Christopher Chulack Richard Thorpe</p>	<p>Produtora: Telecinco, Videomedia</p> <p>Direcção de Produção: Santiago Oliver</p> <p>Direcção: Javier Pizarro Jacobó Rispa Jose Maria Caro Juan Testa</p> <p>Produção Executiva: Mireia Acosta Miguel Morant Cristina Castilla Sonia Martinez</p>	<p>Produtora: Shondaland (2005), The Mark Gordon Company, Touchstone Television</p> <p>Criação e Produção Executiva: Shonda Rhimes</p> <p>Produção Executiva: Mark Gordon Betsy Beers Tammy Ann Casper Rob Corn Krista Vernoff Mark Wilding Peter Horton</p> <p>Direcção: Peter Horton Jeffrey Melman Daniel Minahan Adam Davidson Wendey Stanzler Tony Goldwyn Mark Tinker</p>
ÉPOCA DA ACÇÃO	Contemporânea	Contemporânea	Contemporânea	Contemporânea
LOCAL PRINCIPAL DE ACÇÃO	Hospital Princeton Plainsboro, Princeton	County General Hospital	Hospital Central, Madrid	Seattle Grace Hospital, Seattle, Washington
PRINCIPAIS PERSONAGENS	Dr. Gregory House (Hugh Laurie) Dr. Lisa Cuddy (Lisa Edelstein) Dr. Eric Foreman (Omar Epps) Dr. James Wilson (Robert Sean	Doug Ross (George Clooney) Mark Greene (Anthony Edwards) John Carter (Noah Wile) Carol Hathaway (Julianna Margulies)	Rodolfo Vilches (Jordi Rebellón) Manuel Aimé (Nacho Freneda) Diego Peláez (Ángel Rouco) Teresa Montoro (Marisol Rolandi)	Meredith Grey (Ellen Pompeo) Derek Sheppard (Patrick Depmsey) Richard Webber (James T. Pickens) George O'Malley (T. R. Knight)

	Leonard) Dr. Allison Cameron (Jennifer Morrison) Dr. Robert Chase (Jesse Spencer)	Peter Benton (Eriq La Salle) Kerry Weaver (Laura Innes) Elisabeth Corday (Alex Kingston) Jing-Mei “Deb” Chen (Ming Na)	Héctor (Roberto Drago) Esther Garcia Ruiz (Fatima Baeza) Maca (Patricia Vico) Javier Sotomayor (Antonio Zabáburu) Mónica de la Fuente (Beatriz Segura) Ivan Sánchez (Raul Lara) Júlio Román (Roberto Alvaréz) Lola Sanz (Marian Alvarez) Verónica Solé (Carolina Cerezuela) Rai (Carles Francino) Cláudia (Elia Galera) Isabel (Maru Valdivielso)	Cristina Yang (Sandra Oh) Isobel “Izzie” Stevens ( Katherine Heigl) Miranda Bailey (Chandra Wilson) Alex Karev (Justin Chambers) Preston Burke (Isaiah Washington)
<b>DESCRIÇÃO GERAL – CONTEXTO</b>		A série explora a frenética actividade que se vive diariamente na sala de urgências de um hospital de Chicago, onde dia após dia, os médicos e as enfermeiras são confrontados com inúmeras e diversos casos médicos, muitas vezes dramas sociais, situações limite onde são postos à prova. Apostados em salvar vidas, enfrentam intermináveis turnos onde as suas relações pessoais, muitas vezes complexas, são igualmente testadas. (AXN)	Drama hospitalar que mostra o dia a dia da equipa de urgências de um grande hospital, as relações entre esses profissionais e a vida dos seus pacientes. Situações limite, tratadas sem concessões, com grande realismo, mas também com as emoções que surgem inevitavelmente em qualquer unidade de emergência de um grande hospital. (AXN)	Meredith Grey, ficha da famosa cirurgiã Ellis Grey, torna-se interna no hospital Seattle Grace. Aqui, vai fazer amizade com outros internos: Cristina, Isobel e George com quem vai também partilhar casa. Mantém uma complexa relação amorosa com o cirurgião Derek Sheppard, casado com a também cirurgiã, Adison Sheppard. Sob o comando da autoritária Dra. Miranda Bailey, os internos são levados a testar as suas capacidades médicas e de resistência às exigências do serviço de cirurgia ao mesmo tempo que se envolvem em atribuladas relações pessoais.

## **Anexo 1-B**

### **Grelha de Análise – Ficha de Episódio - por Série**





(MODELO)

**Grelha de Análise – Série:** \_\_\_\_\_

**Ficha de episódio**

Episódio n°	
Resumo – Enredo	
Local da Acção principal	
Principal temática de saúde/relacional/ética	
Contextos relacionais Gestão/profissionais Profissionais/profissionais Profissionais/utentes	
Personagens em destaque – profissional (descrição, categoria profissional, posição na instituição)	
Personagens em destaque – utente (descrição, extracto socioprofissional, género, faixa etária)	
Valores/significados em destaque no episódio	
Abordagens explícitas ao tipo de sistema de saúde (descrição e avaliação feita)	
Abordagens explícitas a políticas de saúde (descrição e avaliação feita)	
Referências aos <i>media</i> nos discursos médicos (descrição, tipo de <i>media</i> )	
Referências aos <i>media</i> nos discursos dos utentes (descrição, tipo de <i>media</i> )	
Abordagens explícitas à utilização de novas tecnologias de Comunicação	



## **Anexo 2**

### **Resultados da Pesquisa, sobre saúde, a nível nacional**



## Resultados da Pesquisa a Nível Nacional

<http://www.google.com/Top/World/Portugu%C3%AAs/Regional/Europa/Portugal/Sa%C3%BAde/> [data de consulta 26-06-06]

URL's	categorização
 <p><a href="http://www.dgsaude.pt/">Direcção-Geral da Saúde</a> - <a href="http://www.dgsaude.pt/">http://www.dgsaude.pt/</a></p> <p>Explica a sua missão e as suas estratégias. Publicações, actividades e estatísticas.</p>	<p>institucional publico – governmental</p>
<p><a href="http://www.min-saude.pt/">Ministério da Saúde</a> - <a href="http://www.min-saude.pt/">http://www.min-saude.pt/</a></p> <p>Uma apresentação do Ministério da Saúde, a Lei de Bases da Saúde, o Serviço Público de Saúde e Informações Gerais como: O Guia do Utente do Serviço Público de Saúde e a Carta dos Direitos e Deveres do Doente.</p>	<p>institucional publico – governmental</p>
<p><a href="http://www.anf.pt">Associação Público das Farmácias</a> - <a href="http://www.anf.pt">http://www.anf.pt</a></p> <p>Farmácias de serviço, a saúde em Portugal e no Mundo, conselhos dos farmacêuticos.</p>	<p>associação profissional</p>
<p><a href="http://www.spc.pt/">Sociedade Portuguesa de Cardiologia</a> - <a href="http://www.spc.pt/">http://www.spc.pt/</a></p> <p>Uma sociedade científica sem fins lucrativos que tem como finalidade o desenvolvimento da Cardiologia ao serviço da saúde da população portuguesa.</p>	<p>associação profissional e científica</p>
<p><a href="http://www.ordemfarmaceuticos.pt/">Ordem dos Farmacêuticos</a> - <a href="http://www.ordemfarmaceuticos.pt/">http://www.ordemfarmaceuticos.pt/</a></p> <p>A instituição de utilidade pública com poderes administrativos e regulatórios delegados pelo Estado sobre os farmacêuticos que exercem a profissão farmacêutica.</p>	<p>associação profissional</p>
<p><a href="http://www.ipsanguue.org">Instituto Português do Sangue</a> - <a href="http://www.ipsanguue.org">http://www.ipsanguue.org</a></p> <p>Um organismo público, dotado de personalidade jurídica e autonomia técnica,</p>	<p>institucional publico –</p>

URL's	categorização
administrativa e financeira, que integra a rede de serviços personalizados do Ministério da Saúde.	governamental
<a href="http://www.spmenopausa.pt">Sociedade Portuguesa de Menopausa</a> - <a href="http://www.spmenopausa.pt">http://www.spmenopausa.pt</a> Está a fornecer informação geral sobre a menopausa. Informações, novidades, publicações.	associação profissional e científica
<a href="http://www.spem.org">SPEM</a> - <a href="http://www.spem.org">http://www.spem.org</a> Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla.	associação de um grupo de doentes/utentes
<a href="http://www.aeips.pt">Associação Para o Estudo e Integração Psicossocial</a> - <a href="http://www.aeips.pt">http://www.aeips.pt</a> AEIPS é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, criada por profissionais, famílias e pessoas com doença mental.	associação de um grupo de doentes/utentes
<a href="http://www.advancecare.com">AdvanceCare</a> - <a href="http://www.advancecare.com">http://www.advancecare.com</a> Gestora de uma rede convencionada de prestadores de serviços de saúde (médicos, clínicas, hospitais) em Portugal. Inclui um directório clínico.	institucional privado – seguros de saúde
<a href="http://www.contraleucemia.org/">Associação Portuguesa Contra a Leucemia</a> - <a href="http://www.contraleucemia.org/">http://www.contraleucemia.org/</a> Nasceu da iniciativa de alguns doentes nossos que compreenderam quão importante é o apoio da sociedade civil a todos os que diariamente lutam contra esta devastadora doença.	associação de um grupo de doentes/utentes
<a href="http://www.saudepublica.web.pt">Saúde Pública</a> - <a href="http://www.saudepublica.web.pt">http://www.saudepublica.web.pt</a> Informação sobre muitas doenças infecciosas, vacinação, higiene em estabelecimentos comerciais e escolas, alimentação, educação de crianças e toxicodependência, assim como algumas anedotas reais entre médicos e doentes.	institucional publico – governamental
<a href="http://www.anem.org.pt">Associação Publico de Esclerose Múltipla</a> - <a href="http://www.anem.org.pt">http://www.anem.org.pt</a> ANEM é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos. Informação sobre a doença, as suas sintomas e o seu tratamento.	associação de um grupo de doentes/utentes
<a href="http://www.simed.org/">SIMed - Serviço de Informação de Medicamentos</a> - <a href="http://www.simed.org/">http://www.simed.org/</a> A finalidade deste serviço é a promoção do uso racional do medicamento.	institucional publico – governamental
<a href="http://fibrosite.no.sapo.pt">Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica</a> - <a href="http://fibrosite.no.sapo.pt">http://fibrosite.no.sapo.pt</a> Site dedicado à Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (Encefalomielite Miálgica). Contém informação pormenorizada sobre as doenças, artigos e estudos assim como notícias, formas de apoio em Portugal, chat e fórum.	associação de um grupo de doentes/utentes
<a href="http://www.medisa.pt/">Medisa</a> - <a href="http://www.medisa.pt/">http://www.medisa.pt/</a> Publicações de medicina dentária e outras especialidades.	associação profissional

URL's	categorização
<p><a href="http://www.aplo.pt">Associação de Profissionais Licenciados de Optometria</a> - <a href="http://www.aplo.pt">http://www.aplo.pt</a> Assuntos relacionados com optometria e os optometristas licenciados de Portugal.</p>	<p>associação profissional</p>
<p><a href="http://www.cofarbel.pt/">Cofarbel</a> - <a href="http://www.cofarbel.pt/">http://www.cofarbel.pt/</a> Cooperativa de distribuição de produtos farmacêuticos.</p>	<p>indústria farmacêutica (medicamentos e próteses)</p>
<p><a href="http://www.hiddenhearing.pt">Hidden Hearing</a> - <a href="http://www.hiddenhearing.pt">http://www.hiddenhearing.pt</a> Aparelhos auditivos.</p>	<p>indústria farmacêutica (medicamentos e próteses)</p>
<p><a href="http://pwp.netcabo.pt/0413553701/">Dr. João Freitas</a> - <a href="http://pwp.netcabo.pt/0413553701/">http://pwp.netcabo.pt/0413553701/</a> Médico investigador em sistema nervoso autónomo e cardiologia desportiva.</p>	<p>associação profissional</p>
<p><a href="http://www.apmg-dnm.rcts.pt">A Associação Portuguesa de Miastenia Gravis e Doenças Neuromusculares</a> - <a href="http://www.apmg-dnm.rcts.pt">http://www.apmg-dnm.rcts.pt</a> Uma associação mista sem fins lucrativos, representativo da comunidade científica e dos doentes.</p>	<p>associação de um grupo de doentes/utentes</p>
<p><a href="http://www.portaloptico.com">Portal Óptico</a> - <a href="http://www.portaloptico.com">http://www.portaloptico.com</a> Guia da visão: informações úteis sobre saúde visual, ópticas, médicos oftalmologistas, ortopedistas, optometristas, especialistas online.</p>	<p>promoção de serviços através da divulgação</p>
<p><a href="http://fisioterapia.no.sapo.pt">Fisioterapia Portugal Online</a> - <a href="http://fisioterapia.no.sapo.pt">http://fisioterapia.no.sapo.pt</a> O primeiro site português elaborado a pensar na fisioterapia e no fisioterapeuta. Uma ferramenta útil para estudantes e profissionais desta área em Portugal.</p>	<p>promoção de serviços através da divulgação</p>
<p><a href="http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/1820/">CAT das Taipas</a> - <a href="http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/1820/">http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/1820/</a> Centro de Atendimento de Toxicodependentes das Taipas.</p>	<p>associação institucional pública</p>
<p><a href="http://members.tripod.com/rschild/">Terapia Autogénea</a> - <a href="http://members.tripod.com/rschild/">http://members.tripod.com/rschild/</a> A Terapia Autogénea é um sistema terapêutico que conduz a uma relaxação profunda com a conseqüente libertação dos efeitos negativos do stress.</p>	<p>promoção de serviços através da divulgação</p>
<p><a href="http://farmaciahospitalar.no.sapo.pt/">Farmácia Hospitalar</a> - <a href="http://farmaciahospitalar.no.sapo.pt/">http://farmaciahospitalar.no.sapo.pt/</a> Assuntos relacionados com os farmacêuticos hospitalares em Portugal.</p>	<p>associação profissional</p>
<p><a href="http://www.grafix.net/saude">Saude da Mulher</a> - <a href="http://www.grafix.net/saude">http://www.grafix.net/saude</a> Temas da saúde feminina.</p>	<p>divulgação</p>
<p><a href="http://horaextra.no.sapo.pt">HoraExtra</a> - <a href="http://horaextra.no.sapo.pt">http://horaextra.no.sapo.pt</a></p>	<p>divulgação</p>

URL's	categorização
<p>Aprenda a calcular o valor das suas horas extraordinárias, de prevenção e normais suplementares nos Hospitais do Serviço Publico de Saúde.</p>	
<p><a href="http://sapp.telepac.pt/cup">Clínica Universitária de Pediatria</a> - <a href="http://sapp.telepac.pt/cup">http://sapp.telepac.pt/cup</a> Aqui poderá encontrar todas as informações respeitantes às diversas actividades científicas e de assistência médica do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria.</p>	<p>institucional publico – clínicas e hospitais</p>
<p><a href="http://www.anteph.org">Associação Nacional dos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar</a> - <a href="http://www.anteph.org">http://www.anteph.org</a> Contem vários conteúdos sobre emergência pré-hospitalar.</p>	<p>associação profissional</p>
<p><a href="http://www.respirocare.com">Respirocare</a> - <a href="http://www.respirocare.com">http://www.respirocare.com</a> Equipa de técnicos cardiopneumologistas com reconhecida experiência no âmbito do estudo da função respiratória. Realizamos exames em diversas clínicas.</p>	<p>industria farmacêutica (medicamentos e próteses)</p>
<p><a href="http://pagina.netc.pt/~ne31723a/">Consultas da Medicina Natural</a> - <a href="http://pagina.netc.pt/~ne31723a/">http://pagina.netc.pt/~ne31723a/</a> Dr<sup>a</sup>. Vestina Costa oferece consultas nas mais variadas da medicina natural. Naturopatia, alimentação, fitoterapia, oligoterapia, enzimoterapia e quiromassagem.</p>	<p>promoção de serviços através da divulgação</p>
<p><a href="http://nasul.planetaclix.pt/">Narcóticos Anónimos - Área Sul</a> - <a href="http://nasul.planetaclix.pt/">http://nasul.planetaclix.pt/</a> Site oficial da Área Sul da Região Portuguesa.</p>	<p>associação de um grupo de doentes/utentes</p>



## **Anexo 3**

### **Resultados de Pesquisa sobre saúde, com critério Regional**



## Resultados de Pesquisa com critério Regional

### Coimbra (18)<sup>93</sup>

URL's	categorização
<p><a href="http://www.huc.min-saude.pt">H.U.C. - Hospitais da Universidade de Coimbra</a> - <a href="http://www.huc.min-saude.pt">http://www.huc.min-saude.pt</a></p> <p>A maior unidade hospitalar de Coimbra. Localização, história, caracterização, serviços, lista telefónica, publicações, comunicações médicas e estatísticas gerais do hospital.</p>	<p>institucional publico – hospital</p>
<p><a href="http://www.hpscid.min-saude.pt">Hospital Sobral Cid</a> - <a href="http://www.hpscid.min-saude.pt">http://www.hpscid.min-saude.pt</a></p> <p>Hospital Central especializado na área da Psiquiatria. Possui um centro de formação.</p>	<p>institucional publico – hospital</p>
<p><a href="http://www.asic.pt">ASIC – Associação de Saúde Infantil de Coimbra</a> - <a href="http://www.asic.pt">http://www.asic.pt</a></p> <p>Historial da associação, informações gerais, resumos dos congressos e revista online.</p>	<p>associação de um grupo de doentes/utente</p>
<p><a href="http://www.crac.min-saude.pt">CRAC - Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello</a> - <a href="http://www.crac.min-saude.pt">http://www.crac.min-saude.pt</a></p> <p>Está sediado na área do Hospital Sobral Cid e tem como área de influência a região Centro. Informação sobre bebidas, destino do álcool no organismo, estatísticas portuguesas, falsos conceitos sobre o álcool, grupos de risco e regras de moderação. Caracterização, notícias e publicações.</p>	<p>institucional publico – centro de apoio</p>
<p><a href="http://www.centroactivo.pt/">Centro Activo</a> - <a href="http://www.centroactivo.pt/">http://www.centroactivo.pt/</a></p> <p>Dispõe de ginásio fitness, piscina, campo de ténis, squash, jacuzzi, sauna e banhos turco e escocês, solário e espaço infantil. Fotos das instalações, horários, tabela de preços e loja virtual de equipamento desportivo.</p>	<p>institucional privado – health club</p>
<p><a href="http://www.imacentro.pt/">Imacentro</a> - <a href="http://www.imacentro.pt/">http://www.imacentro.pt/</a></p> <p>Clínica de Imagiologia Médica de Coimbra, empresa de prestação de serviços de imagiologia médica. Informações ao utente, marcações e convenções.</p>	<p>institucional privado – apoio imagiologia</p>
<p><a href="http://www.clinicamdcelas.com/">Clínica de Medicina Dentária de Celas</a> - <a href="http://www.clinicamdcelas.com/">http://www.clinicamdcelas.com/</a></p> <p>Serviços de Medicina Dentária, Ortodontia, Implantologia, Prótese, Dentisteria e Cosmética. Fotos das instalações e descrição dos serviços.</p>	<p>institucional privado – clínica medicina dentária</p>
<p><a href="http://www.clinicajoaquimmira.eol.pt">Clínica Oftamológica Joaquim Mira</a> - <a href="http://www.clinicajoaquimmira.eol.pt">http://www.clinicajoaquimmira.eol.pt</a></p> <p>Cirurgia laser, retinopatia diabética e cirurgia de catarata. Caracterização das doenças, dos tratamentos e suas vantagens, contactos.</p>	<p>institucional privado – clínica oftalmológica</p>
<p><a href="http://www.clinicasdobemestar.com/">Clínica do Bem Estar</a> - <a href="http://www.clinicasdobemestar.com/">http://www.clinicasdobemestar.com/</a></p> <p>Actua na área da Medicina Estética e Nutrição. Informações sobre tratamentos</p>	<p>institucional privado -</p>

93

<http://www.google.com/Top/World/Portugu%C3%AAs/Regional/Europa/Portugal/Distritos/Coimbra/Coimbra/Sa%C3%BAde/> [data de consulta: 26-06-2006]

URL's	categorização
disponíveis e marcação de consultas online.	nutricionismo
<a href="http://www.vmerhc.no.sapo.pt">Viatura Médica de Emergência e Reanimação</a> - <a href="http://www.vmerhc.no.sapo.pt">http://www.vmerhc.no.sapo.pt</a> Emergência pré-hospitalar. Descrição do serviço, equipa, fotos e informação útil sobre as especialidades médicas. Centro Hospitalar de Coimbra	institucional publico – apoio em deslocações hospitalares
<a href="http://www.eugenioleite.com">Prof. Eugénio Leite</a> - <a href="http://www.eugenioleite.com">http://www.eugenioleite.com</a> Clínica de oftalmologia: cirurgia, laser e exames complementares. Horários e caracterização do corpo clínico.	institucional privado – clínica oftalmológica
<a href="http://www.sanfil.pt/">Clínica de Santa Filomena</a> - <a href="http://www.sanfil.pt/">http://www.sanfil.pt/</a> Situada na Baixa, presta serviços em várias especialidades. História e características da sociedade e seus projectos.	institucional privado – clínica
<a href="http://www.medicoscentro.com/gilagostinho.htm">J. Gil Agostinho</a> - <a href="http://www.medicoscentro.com/gilagostinho.htm">http://www.medicoscentro.com/gilagostinho.htm</a> Ecografia, radiologia geral digital, mamografia, densitária e ortopantomografia. Descrição dos equipamentos e fotos.	institucional privado – apoio imagiologia
<a href="http://www.chc.min-saude.pt/hg">Hospital Geral de Coimbra</a> - <a href="http://www.chc.min-saude.pt/hg">http://www.chc.min-saude.pt/hg</a> Mais conhecido por Hospital dos Covões, é o hospital central da margem esquerda do Mondego. Disponibiliza informações, morada, contacto e acessos, bem como uma lista de iniciativas e eventos e a história da instituição acompanhada de fotografias.	institucional publico – hospital
<a href="http://www.chc.min-saude.pt/hp">Hospital Pediátrico de Coimbra</a> - <a href="http://www.chc.min-saude.pt/hp">http://www.chc.min-saude.pt/hp</a> O único hospital central de pediatria no centro do país. Fornece informações gerais como iniciativas, anúncios e eventos e uma compilação de actualizações bibliográficas seleccionadas e comentadas por um médico.	institucional publico– hospital
<a href="http://www.ccci.pt">Centro Cirúrgico de Coimbra</a> - <a href="http://www.ccci.pt">http://www.ccci.pt</a> Presta serviços nas áreas de Oftalmologia, Urologia, Cardiologia, Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia geral, vascular, plástica e refractiva, Neurocirurgia, Ginecologia, Ortopedia e Imagiologia Ocular. Visita virtual às instalações.	institucional privado – clínica especialidades e cirúrgica
<a href="http://www.sonocentro.com/">Sonocentro</a> - <a href="http://www.sonocentro.com/">http://www.sonocentro.com/</a> Clínica de Doenças do Sono de Coimbra realiza o diagnóstico e tratamentos dos distúrbios do sono. Informações sobre o sono, síndrome de apneia, factores de risco, tratamento e estudo polissonográfico.	institucional privado – clínica de especialidade
<a href="http://www.cedap.pt">CEDAP - Centro de Diagnóstico Anátomo-Patológico</a> - <a href="http://www.cedap.pt">http://www.cedap.pt</a> Unidade de diagnóstico habilitada à execução de exames citológicos, exames histológicos e tanatológicos, técnicas especiais de histoquímica e imuno-	institucional privado – clínica de exames

URL's	categorização
histoquímica e exames extemporâneos. Preçário e requisições.	anatomopatológicos

**Lisboa (12)<sup>94</sup>**

URL's	categorização
<a href="http://www.hipno.org">Consultório de Hipnoterapia</a> - http://www.hipno.org Explicação sobre hipnose e suas aplicações, possibilidade de marcar consulta.	institucional privado – clínica psiquiátrica/psicológica
<a href="http://www.clinicadavelar.pt">Clínica Dr Avelar</a> - http://www.clinicadavelar.pt Check-up, medicina desportiva, medicina do trabalho, higiene e segurança, diagnóstico, etc.	institucional privado – clínica geral (desporto, trabalho)
<a href="http://www.margaridapereira.com.sapo.pt">Margarida Pereira</a> - http://www.margaridapereira.com.sapo.pt Consultas de hipnose clínica em Lisboa, Cascais e Leiria para problemas de origem psicossomática como ansiedade, stress, medos e fobias, alteração de comportamentos e para deixar de fumar. Regressão de idade ou a vidas passadas.	institucional privado – clínica psiquiátrica/psicológica
<a href="http://tecnicosmac.no.sapo.pt">Maternidade Alfredo da Costa</a> - http://tecnicosmac.no.sapo.pt História, biografia do Dr. Alfredo da Costa, conselho técnico e formação.	institucional publico– hospital
<a href="http://www.wellness.pt/">Lisboa Wellness Center</a> - http://www.wellness.pt/ Centro de Avaliação Clínica, boa forma e bem-estar; no Estádio da Luz.	institucional privado – clínica geral (desporto, trabalho)
<a href="http://colsaudejcp.com.sapo.pt/">Colectivo de Saúde da JCP</a> - http://colsaudejcp.com.sapo.pt/ Parte da Organização do Ensino Superior de Lisboa da Juventude Comunista.	institucional privado – clínica geral partidária
<a href="http://sapp.telepac.pt/tiagomorais/tm/">Dr. Tiago Reis Morais - Psicólogo Clínico</a> - http://sapp.telepac.pt/tiagomorais/tm/ Consultas de psicologia clínica de crianças, adolescentes e adultos.	institucional privado – clínica psiquiátrica/psicológica
<a href="http://www.analisedomovimento.com">Instituto de Análise do Movimento</a> - http://www.analisedomovimento.com Dançoterapia de Cary Rick; terapia, workshops e cursos com Dania Neumann.	institucional privado – clínica psiquiátrica/psicológica

94

<http://www.google.com/Top/World/Portugu%C3%AAs/Regional/Europa/Portugal/Distritos/Lisboa/Lisboa/Sa%C3%BAde/> [data de consulta: 26-06-2006]

URL's	categorização
<a href="http://consultapsicologia.no.sapo.pt/">Consulta de Psicologia Clínica</a> - <a href="http://consultapsicologia.no.sapo.pt/">http://consultapsicologia.no.sapo.pt/</a> Dra. Filipa Bastos Viegas. Explicação de alguns problemas do foro psicológico.	institucional privado – clínica psiquiátrica/psicológica
<a href="http://anadurao.tripod.com/consultas_psicologiaepsicoterapia/">Dra. Isabel Almeida Durão</a> - <a href="http://anadurao.tripod.com/consultas_psicologiaepsicoterapia/">http://anadurao.tripod.com/consultas_psicologiaepsicoterapia/</a> Consultas de psicologia clínica, psicoterapia (adultos) e ludoterapia (crianças). Consultas em Lisboa, acordos com várias entidades.	institucional privado – clínica psiquiátrica/psicológica
<a href="http://www.irio.pt">Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira</a> - <a href="http://www.irio.pt">http://www.irio.pt</a> Localização e áreas de actividade.	institucional privado – apoio imagiologia
<a href="http://corporatemassage.pt">Corporate Massage</a> - <a href="http://corporatemassage.pt">http://corporatemassage.pt</a> Shiatsu, massagens tailandesas e tui-na; no Colombo.	institucional privado – clínica massagens

### Resultados de Pesquisa com critério Regional – Porto (3)<sup>95</sup>

URL's	categorização
<a href="http://mulherevida.com">Ginasio Mulher e Vida</a> - <a href="http://mulherevida.com">http://mulherevida.com</a> Preparação para o parto, reabilitação, massagem ao bebé e mãe, massagem a cicatriz cirúrgica e ensino à grávida e casal.	institucional privado – health club
<a href="http://www.cnporto.com">Clínica de Nutrição do Porto</a> - <a href="http://www.cnporto.com">http://www.cnporto.com</a> Apoio médico permanente e tratamentos de última geração para obesidade, celulite, excesso de peso e suas complicações.	institucional privado – nutricionismo
<a href="http://www.sih.hsj.pt">Serviço de Imunohemoterapia</a> - <a href="http://www.sih.hsj.pt">http://www.sih.hsj.pt/</a> Hospital de S. João.	institucional publico– hospital

95

<http://www.google.com/Top/World/Portugu%C3%AAs/Regional/Europa/Portugal/Distritos/Porto/Porto/Sa%C3%BAde/> [data de consulta: 26-06-2006]

## **Anexo 4**

### **Resultados de Pesquisa sobre saúde, com critério “Doença”**





**Pesquisa com o Critério Doença**

<http://www.google.com/alpha/Top/World/Portugu%C3%AAs/Sa%C3%BAde/Doen%C3%A7as/> [data de consulta: 26-6-2006]

URL's	categorização
<p><a href="http://fibromialgia.no.sapo.pt">A Fibromialgia e Fadiga Crónica</a> - <a href="http://fibromialgia.no.sapo.pt">http://fibromialgia.no.sapo.pt</a></p> <p>Dados sobre fibromialgia e fadiga crónica. Soluções para a fibromialgia, dores, fadiga, depressão, sinusite, coluna, escolioses, hiperactividade, e muito mais.</p>	<p>Doença específica – site genérico sobre saúde</p>
<p><a href="http://saude.do.sapo.pt">A Saúde perto de si</a> - <a href="http://saude.do.sapo.pt">http://saude.do.sapo.pt</a></p> <p>Saiba como resolver ou melhorar muitos problemas de saúde como tendinite, depressão, sinusite, enxaquecas, tonturas, zumbido, ATM, coluna, dores, fibromialgia, dores menstruais e outras condições.</p>	<p>Informação genérica – site genérico sobre saúde</p>
<p><a href="http://www.saudesexual.med.br">As Disfunções Sexuais Masculinas. Suas Causas e Tratamentos</a> - <a href="http://www.saudesexual.med.br">http://www.saudesexual.med.br</a></p> <p>Informações sobre disfunção erétil (impotência sexual), ejaculação precoce, ejaculação retardada, falta de orgasmo, falta de interesse sexual (libido), disfunções emocionais e psicoterapia, prótese peniana.</p>	<p>Doença específica – site específico saúde</p>
<p><a href="http://www.asma-bronquica.com.br">Asma Bronquica</a> - <a href="http://www.asma-bronquica.com.br">http://www.asma-bronquica.com.br</a></p> <p>Monografia sobre asma bronquica. Abordando definição, patologia, inflamação, mediadores lipídicos, resposta tardia da asma, adesão de moléculas, fisiopatologia, diagnóstico e manifestações clínicas.</p>	<p>Doença específica – site específico sobre saúde</p>
<p><a href="http://fopbrasil.com.br/">Associação Brasileira de Fibriodisplasia Ossificante Progressiva - FOP</a> - <a href="http://fopbrasil.com.br/">http://fopbrasil.com.br/</a></p> <p>Notícias, guia para a família e artigos médicos sobre essa doença.</p>	<p>Doença específica – associação de doentes/utentes</p>
<p><a href="http://www.nf.org.br">Associação de Neurofibromatose</a> - <a href="http://www.nf.org.br">http://www.nf.org.br</a></p> <p>Trás informações sobre Neurofibromatose.</p>	<p>Doença específica – associação de doentes/utentes</p>
<p><a href="http://dislexia.do.sapo.pt">Autismo, Dislexia, Hiperactividade</a> - <a href="http://dislexia.do.sapo.pt">http://dislexia.do.sapo.pt</a></p> <p>Saiba como melhorar estes e muitos outros problemas de saúde como dificuldades de aprendizagem, desordens de atenção, sinusite, dores de cabeça, coluna, dores, escolioses, depressões, e muito mais.</p>	<p>Doença específica – site genérico sobre saúde</p>
<p><a href="http://www.brasilecola.com/doencas/">Brasil Escola</a> - <a href="http://www.brasilecola.com/doencas/">http://www.brasilecola.com/doencas/</a></p> <p>Informações sobre doenças como verminoses, viroses e outras causadas por bactérias, fungos e protozoários.</p>	<p>Doenças específicas – site genérico sobre saúde</p>
<p><a href="http://planeta.clix.pt/ddah/">Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (DDAH)</a> - <a href="http://planeta.clix.pt/ddah/">http://planeta.clix.pt/ddah/</a></p> <p>Informação sobre a Desordem por Défice de Atenção com</p>	<p>Doença específica – site genérico sobre saúde</p>

URL's	categorização
Hiperactividade (DDAH). Visão global da problemática e breves indicações para professores e educadores.	
<a href="http://www.ipeccfocruz.br/caramujo/">Doença do Caramujo</a> - <a href="http://www.ipeccfocruz.br/caramujo/">http://www.ipeccfocruz.br/caramujo/</a> Vídeo de educação em saúde sobre a esquistossomose, uma verminose grave que atinge grandes áreas do Brasil.	Doença específica – site específico sobre saúde
<a href="http://www.ccerri.com/dst/index.htm">DST-Doenças Sexualmente Transmissíveis</a> - <a href="http://www.ccerri.com/dst/index.htm">http://www.ccerri.com/dst/index.htm</a> Informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis para o público em geral.	Doenças específicas – site específico sobre saúde
<a href="http://fibrosite.no.sapo.pt">Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica</a> - <a href="http://fibrosite.no.sapo.pt">http://fibrosite.no.sapo.pt</a> Dedicado à Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (Encefalomielite Miálgica). Contêm informações sobre doenças, artigos, estudos, e notícias. Lista onde e como se pode encontrar apoio. Disponibiliza de chat e fórum.	Doença específica – site genérico sobre saúde
<a href="http://www.foradengue.com.br/">Fora Dengue</a> - <a href="http://www.foradengue.com.br/">http://www.foradengue.com.br/</a> Informações completas sobre a doença, ciclo, formas de prevenção, notícias e documentos técnicos.	Doença específica – site específico sobre saúde
<a href="http://www.passoapasso.com.pt">Gilead</a> - <a href="http://www.passoapasso.com.pt">http://www.passoapasso.com.pt</a> Informações sobre o VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana ou HIV/SIDA, as formas de contágio, diagnóstico, evolução da doença e medicamentos anti-retrovirais para tratamento.	Doença específica – site específico sobre saúde
<a href="http://www.grupos.com.br/grupos/celiacos">Grupo dos Celíacos</a> - <a href="http://www.grupos.com.br/grupos/celiacos">http://www.grupos.com.br/grupos/celiacos</a> Grupo de discussão para celíacos e familiares. Troca de receitas sem glúten.	Doença específica – associação de doentes/utentes
<a href="http://br.groups.yahoo.com/group/Tricotilomania_GrupodeApoio/">Grupos de Apoio - S.O.S. Tricotilomania</a> - <a href="http://br.groups.yahoo.com/group/Tricotilomania_GrupodeApoio/">http://br.groups.yahoo.com/group/Tricotilomania_GrupodeApoio/</a> Esse grupo tem como objectivo, facilitar a comunicação, educação e apoio mútuo dos que sofrem, e que desejam saber mais sobre esse distúrbio.	Doença específica – associação de doentes/utentes
<a href="http://www.hemorroida.com.br">Hemorroids</a> - <a href="http://www.hemorroida.com.br">http://www.hemorroida.com.br</a> Informações sobre doenças como Hemorróidas, Fissura, Fistula, HPV-Condiloma Anal e Cisto Pilonidal. Trás também informações sobre a clinica CEDIG.	Doença específica – site específico sobre saúde
<a href="http://www.gruposesperanca.org.br">Hepatite C - Grupo de Apoio</a> - <a href="http://www.gruposesperanca.org.br">http://www.gruposesperanca.org.br</a> Grupo de apoio a portadores de hepatite C, atuando nos hospitais da	Doença específica – associação de doentes/utentes

URL's	categorização
Baixada Santista e na Internet através de seu corpo de voluntários.	
<p><a href="http://www.santalucia.com.br/dermatologia/herpes.htm">Herpes</a> - <a href="http://www.santalucia.com.br/dermatologia/herpes.htm">http://www.santalucia.com.br/dermatologia/herpes.htm</a> Os tipos de herpes, formas de contágio, e tratamento.</p>	Doença específica – site específico sobre saúde
<p><a href="http://www.deciomion.com.br/">Hipertensã Arterial</a> - <a href="http://www.deciomion.com.br/">http://www.deciomion.com.br/</a> O Dr. Décio Mion é médico, especialista no tratamento da hipertensão arterial, e professor da Universidade de São Paulo. Procura aplicar tratamentos que proporcionem melhor qualidade de vida, evitando o uso demasiado de medicamentos.</p>	Doença específica – site pessoal específico sobre saúde
<p><a href="http://www.multiculturalhivhepc.net.au/portuguese/portal.asp">HIV AIDS e Hepatite C</a> - <a href="http://www.multiculturalhivhepc.net.au/portuguese/portal.asp">http://www.multiculturalhivhepc.net.au/portuguese/portal.asp</a> Informações gerais sobre a doença e formas de prevenir o contágio pelo vírus.</p>	Doença específica – site específico sobre saúde
<p><a href="http://www.vacinacontraocancer.com.br">HybriCell</a> - <a href="http://www.vacinacontraocancer.com.br">http://www.vacinacontraocancer.com.br</a> Informações sobre vacina contra o câncer.</p>	Doença específica – site específico sobre saúde da industria farmacêutica
<p><a href="http://www.nascerdenovo.org">Instituto Nascer de Novo</a> - <a href="http://www.nascerdenovo.org">http://www.nascerdenovo.org</a> Informações sobre hepatite C e outras hepatites.</p>	Doenças específicas – site específico sobre saúde
<p><a href="http://cabanavc.com/ombro/">Ombro WebTeste</a> - <a href="http://cabanavc.com/ombro/">http://cabanavc.com/ombro/</a> Teste on-line de patologia do ombro. Se o seu ombro tem um problema, execute este teste online e decida o que fazer.</p>	Doença específica – site específico sobre saúde
<p><a href="http://sma.no.sapo.pt">Pagina em Portugues acerca de SMA</a> - <a href="http://sma.no.sapo.pt">http://sma.no.sapo.pt</a> Neste espaço é abordada a variante Werdnig-Hoffmann, também conhecida como SMA tipo I ou Amiotrofia Espinhal.</p>	Doença específica – site específico sobre saúde
<p><a href="http://www.pancreas.com.br">Pancreas</a> - <a href="http://www.pancreas.com.br">http://www.pancreas.com.br</a> Destinado ao estudo de doenças do pâncreas, abordando aspectos diagnósticos e terapêuticos, com principal enfoque na Pancreatite aguda.</p>	Doença específica – site específico sobre saúde
<p><a href="http://www.psoriase.org">Psoriase.org</a> - <a href="http://www.psoriase.org">http://www.psoriase.org</a> Uma comunidade de apoio para quem sofre directa ou indirectamente de psoríase, que destaca-se pelo rigor da informação sobre a doença.</p>	Doença específica – associação de doentes/utentes
<p><a href="http://psoriase.web.pt">Psoríase.web.pt</a> - <a href="http://psoriase.web.pt">http://psoriase.web.pt</a> Comunidade on-line sobre esta doença dermatológica. Inclui informação, notícias e glossário.</p>	Doença específica – associação de doentes/utentes
<p><a href="http://www.rarissimas.org">Raríssimas</a> - <a href="http://www.rarissimas.org">http://www.rarissimas.org</a> Oferece apoio a doentes, seus familiares e amigos que convivem de perto com as Doenças Raras.</p>	Doenças específicas – associação de doentes/utentes

URL's	categorização
<p><a href="http://www.rodar.org">Rodar - Associação Portuguesa Lesionados Medulares</a> -  <a href="http://www.rodar.org">http://www.rodar.org</a>                      Vítimas de lesão medular em Portugal.</p>	<p>Doenças específicas –                      associação de doentes/utentes</p>
<p><a href="http://www.santalucia.com.br/sarampo2.htm">Sarampo</a> - <a href="http://www.santalucia.com.br/sarampo2.htm">http://www.santalucia.com.br/sarampo2.htm</a>                      Prevenção, diagnóstico e tratamento desta doença infecto-contagiosa                      causada por vírus.</p>	<p>Doença específica – site                      específico sobre saúde</p>
<p><a href="http://ch.com.sapo.pt">Síndrome da Hemialgia Periódica</a> - <a href="http://ch.com.sapo.pt">http://ch.com.sapo.pt</a>                      Uma rara síndrome neurológica, afectando principalmente homens de                      meia-idade, perfeccionistas e com um passado de traumatismo craniano.</p>	<p>Doença específica – site                      específico sobre saúde</p>
<p><a href="http://www.globalmedia.com.pt/lino/transplante/">Transplante Hepático</a> - <a href="http://www.globalmedia.com.pt/lino/transplante/">http://www.globalmedia.com.pt/lino/transplante/</a>                      Relatos de experiência vivida com um familiar, relato dos                      acontecimentos e informações sobre doenças do fígado e transplantes.</p>	<p>Doença específica – site                      específico sobre saúde</p>

## **Anexo 5**

### **Livro de códigos para análise de conteúdo a Websites e Weblogs**



***Livro de códigos para análise de conteúdo a Websites e Weblogs***

nome da variável: Tipo de agente

valores da variável:

1	Governo e Administração Pública
2	Provedor do sector da Saúde
3	Hospital Público
4	Centro de saúde Público
5	Hospital Público-Privado
6	Hospital Privado
7	Clínica de especialidade médica Privada
8	Clínica de exames auxiliares de diagnóstico Privada
9	Health club, nutricionismo, massagens Privado
10	Farmácia Privada
11	Intermediários de prestação de serviços de saúde (seguros)
12	Instituição de formação
13	Centro de investigação, Empresa farmacêutica
14	ONG, IPSS, Outra associação
15	Associação empresarial
16	Associação profissional e Científica
17	Associação de pacientes/utentes
18	Temáticas específicas (Patologias)
19	Meio de Comunicação Social, Editora, Publicação
20	Site pessoal de Profissional de Saúde (médico)
21	Site pessoal de Profissional de Saúde (enfermeiro)
22	Site pessoal de Profissional de Saúde (farmacêutico)
23	Site pessoal de Profissional de Saúde (técnico de saúde)
24	Site pessoal de Profissional de Saúde (investigador)
25	Site pessoal de Profissional não-médico
26	Site pessoal de paciente/utente
27	Blog de Profissional de Saúde (médico)
28	Blog de Profissional de Saúde (enfermeiro)

29	Blog de Profissional de Saúde (farmacêutico)
30	Blog de Profissional de Saúde (técnico de saúde)
31	Blog de Profissional de Saúde (investigador)
32	Blog colectivo de Profissionais de Saúde
33	Blog de Profissional não-médico
34	Blog de paciente/utente
35	Não-especificado
36	Não-identificado

nome da variável: Situação do URL

valores da variável:

1	Activo, actualizado nos últimos 30 dias
2	Activo, em actualização/construção (indicado como tal)
3	Inactivo parcialmente (não actualizado nos últimos 30 dias)
4	Inactivo completamente / Encerrado (indicado como tal)
5	Inactivo / Link inválido
6	Em versão PDF
7	Não especificado / Apenas copyright

nome da variável: Endereço postal

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Número de telefone

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Publicidade



valores da variável:

1	Não
2	Sim, associada ao agente
3	Sim, associada ao site e seus conteúdos
4	Sim, associada ao agente, e ao site e seus conteúdos
5	Sim, banners de terceiros

nome da variável: Endereço de correio electrónico

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Lista de distribuição

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Forum

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Chat

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Questionário online

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: isrvbuy

label da variável: Comércio electrónico<sup>96</sup>

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Formulário de consulta

valores da variável:

1	Não
2	Sim, sem identificação
3	Sim, com identificação

nome da variável: Acesso a área restrita

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Informação sobre o autor (agente)

valores da variável:

0	Não
1	Sim

---

<sup>96</sup> Apenas o que permitir fazer encomendas/compras através do próprio site.

nome da variável: Perfil profissional do autor (agente)

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Data de publicação/actualização (excluindo copyright)

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Mapa do site

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Outros idiomas

valores da variável:

1	Português
2	Inglês
3	Francês
4	Três ou mais idiomas

nome da variável: Motor de busca

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Perguntas mais frequentes

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Ajuda

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Objectivos/Finalidade

valores da variável:

0	Não
1	Sim

nome da variável: Objectivo do Blog

valores da variável:

1	Comunicação entre profissionais
2	Comunicação com utentes e público em geral

nome da variável: Conteúdo predominante do Blog

valores da variável:

1	Funcionamento do sistema de Saúde
2	Patologias específicas
3	Ensino da Saúde
4	Investigação/Inovação em cuidados de Saúde
5	Actualidade geral, não-médica
6	Quotidiano do agente no sistema de Saúde

nome da variável: Natureza dos links do Blog

valores da variável:

1	Genéricos / Diversos
2	Saúde (patologias)
3	Saúde (outros agentes)



## **Anexo 6**

### **Metodologia de Recolha de Dados – Questionário aplicado aos Médicos**





## **Metodologia de Recolha de Dados –Médicos e Novas Tecnologias de Comunicação e Informação**

### **1. Metodologia**

Foi realizado um inquérito postal por questionário, enviado em conjunto com a revista da Ordem dos Médicos de Junho de 2006. Foram distribuídos 32.000 inquéritos postais por questionário, tendo sido recebido (até fim de Outubro de 2006) cerca de 1000 questionários e apurando-se 995 inquéritos válidos (n=995). Portanto, através do envio pela revista da Ordem dos Médicos<sup>97</sup> abarcou-se toda a população médica, em detrimento de uma amostra seleccionada. Desta forma, privilegiou-se uma maior aproximação à população médica.

Para a análise e tratamento dos dados foi usado o pacote estatístico SPSS (versão 15.0). O intervalo de confiança utilizado foi de 95 %, ou seja, com um nível de significância de 0,05.

### **2. Amostra**

A amostra apresenta-se relativamente equitativa no que se refere à distribuição por género, apenas com ligeira maioria de homens (52,6 %). Estes valores proporcionais encontram eco nos dados facultados pela Ordem dos Médicos e disponíveis através do INE (para o ano 2005<sup>98</sup>), onde se verifica uma percentagem de 52,8 % de médicos do sexo masculino<sup>99</sup>. Se recuarmos até 1995, verificamos que os valores percentuais eram mais altos para os homens, nomeadamente de 58,1 %<sup>100</sup>.

---

<sup>97</sup> Revista Ordem dos Médicos, Ano 22, N.º 68, Maio.

<sup>98</sup> Último ano disponível.

<sup>99</sup> In <http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp> Quadros “Estatísticas da Saúde 2005”, na secção “Pessoal de Saúde”. Consultado a 20 de Novembro de 2006.

<sup>100</sup> In <http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp> Quadros “Estatísticas da Saúde 1995”, na secção “Pessoal de Saúde”. Consultado a 3 de Maio de 2007.

**Quadro 1. Sexo (%)**

	Feminino	Masculino
Médicos Registados na OM (INE)	47,2	52,8
Amostra	47,4	52,6
Diferencial	0,2	-0,2

Quanto a proporções etárias, os médicos com menos de 31 anos ocupam 17% da amostra, com 72 % médicos com idades entre 31 e 60 anos, 5,2 % entre os 61 e 65 anos e 5,8 % com mais de 65 anos.

**Quadro 2. Idade (%)**

	Médicos Registados na OM (INE)	Amostra	Diferencial
Menos de 31 anos	11,3	17,0	-5,7
31 a 60 anos	72,8	72,0	0,8
61 a 65 anos	4,2	5,2	-1,0
Mais de 65 anos	11,7	5,8	5,9

Estes valores proporcionais são consideravelmente equitativos aos dados facultados pela Ordem dos Médicos e disponíveis através do INE (para o ano 2005)<sup>101</sup>, onde se verifica uma percentagem de 11,3 % de médicos com menos de 31 anos, 72,8 % de médicos com idades entre 31 a 60 anos, 4,2 % com idades entre 61 a 65 anos, e mais de 65 anos com 11,7 %. Como podemos visualizar, o diferencial atinge o máximo percentual de cerca de 6 %, e o mínimo de 0,8 %, o que consideramos aceitável, e que garante uma boa aproximação da amostra à população em termos de grupos etários.

<sup>101</sup> In <http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp> Quadros “Estatísticas da Saúde 2005”, na secção “Pessoal de Saúde”. Consultado a 20 de Novembro de 2006.

No grupo etário dos mais jovens (menos de 31 anos) encontramos uma maior proporção de mulheres. Ainda que a maioria se encontre com idades entre os 31 a 60 anos, é significativo o facto de encontrarmos já um rejuvenescimento da população médica, com uma maior proporção de médicos mais jovens em comparação com a proporção de médicos com mais de 61 anos. Tal como em 1995 as mulheres dominam nos grupos etários mais jovens (menos de 31 anos) e em menor proporção nos outros grupos etários mais idosos. Em suma, assistimos a uma recomposição da matriz etária da população médica, que parece assentar numa maior procura da profissão por parte das jovens<sup>102</sup>.

Comparando os dados do INE com a nossa amostra verifica-se que o diferencial ronda os 3 % com excepção do grupo de mais de 65 anos que toma o valor de 11,7 %, porém, podemos considerar que se engloba na recomposição etária citada (uma vez que o ano de comparação é o de 2005), mas também fruto das oscilações percentuais que geralmente são mais visíveis quando estão em causa grupos etários não muito populosos (não é o grupo etário de maior proporção; 57 médicos com mais de 65 anos em 979 médicos).

**Quadro 3. Sexo e idade (%)**

	Sexo					
	Médicos Registados na OM (INE)		Amostra		Diferencial	
Idade	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Menos de 31 anos	64,2	35,8	67,5	32,5	-3,3	3,3
31 a 60 anos	49,8	50,2	47,2	52,8	2,6	-2,6
61 a 65 anos	24,6	75,4	27,5	72,5	-2,9	2,9
Mais de 65 anos	22,4	77,6	10,7	89,3	11,7	-11,7
Total	47,2	52,8	47,5	52,5	-0,3	0,3

De entre os médicos, a Medicina Geral e Familiar (MGF) assume-se como a especialidade com a maior proporção (24,7 %), seguindo-se a Pediatria (7,8 %), a Medicina Interna (7,2 %), Anestesiologia com (5,3 %), Ginecologia-Obstetrícia (5,2 %) e Cirurgia Geral (5 %). Recorrendo aos dados disponibilizados pelo INE encontramos

<sup>102</sup> In [http://www.ine.pt/prod\\_serv/quadros/quadro.asp](http://www.ine.pt/prod_serv/quadros/quadro.asp) Quadros “Estatísticas da Saúde 1995”, na secção “Pessoal de Saúde”. Consultado a 3 de Maio de 2007.

igualmente as cinco especialidades com maior representatividade, sendo que a MGF assume uma expressão de 12,4 %, seguindo-se a Medicina Interna (4,2 %), Pediatria (3,6 %), Ginecologia-Obstetrícia (3,6 %), Cirurgia Geral (3,5 %) e Anestesiologia (3,4 %).

**Quadro 4. INE - Especialidades, sub-especialidades e competências**

	Percentagem
Anatomia Patológica	0,6
Anestesiologia	3,4
Cardiologia	1,9
Cardiologia Pediátrica	0,1
Cirurgia Geral	3,5
Cirurgia Córdio-Torácica	0,3
Cirurgia Máxilo-Facial	0,2
Cirurgia Pediátrica	0,3
Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética	0,5
Angiologia e Cirurgia Vascular	0,3
Medicina Geral e Familiar	12,4
Dermatovenereologia	0,7
Doenças Infecciosas	0,3
Endocrinologia-Nutrição	0,4
Estomatologia	1,8
Farmacologia Clínica	0,0
Gastrenterologia	1,1
Ginecologia-Obstetrícia	3,6
Imuno-Hemoterapia	0,5
Hematologia Clínica	0,4
Imunoalergologia	0,4
Medicina Desportiva	0,2
Medicina Física e de Reabilitação	1,2
Medicina Interna	4,2
Medicina Legal	0,2
Medicina Nuclear	0,1
Medicina do Trabalho	2,0
Medicina Tropical	0,2
Nefrologia	0,5
Neurocirurgia	0,4
Neurorradiologia	0,3
Neurologia	0,9
Oftalmologia	2,0
Oncologia Médica	0,5
Otorrinolaringologia	1,3
Ortopedia	2,3
Patologia Clínica	1,9

Pediatria	3,6
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	0,3
Pneumologia	1,2
Psiquiatria	2,3
Radiodiagnóstico	1,9
Radioterapia	0,3
Reumatologia	0,3
Saúde Pública	1,2
Urologia	0,8
Sub. EEG/Neurofisiologia Clínica	0,3
Genética Médica	0,1
Comp. Hidrologia Médica	0,2
Comp. Medicina Farmacêutica	0,2
Sub. Neuropediatria	0,1
Sub. Medicina Intensiva	0,4
Comp. Epidemiologia	0,0
Comp. Emergência Médica	0,9
Comp. Gestão dos Serviços de Saúde	1,6
Total (a) (b)	100,0

Dados do INE, Instituto Nacional de Estatística – Ano de 2005

(a) Inclui subespecialidades e competências. Os médicos especialistas são contados tantas vezes quantas as especialidades/subespecialidades/competências que exerceram.

(b) Inclui médicos sem especialidade

Tendo presente as diferenças metodológicas das duas tabelas em comparação, e apesar de não podermos estabelecer uma análise comparativa item a item, podemos verificar resultados globais, nos quais encontramos as mesmas especialidades dominantes. No conjunto, considera-se a amostra obtida como de razoável representação e aproximação à população médica portuguesa. O rácio amostra-população, embora tomando em conta os valores do ano de 2005, é de 2,75 %.





## Europass Curriculum Vitae

### Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)	Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Rita Maria
Morada(s)	Rua das Macieiras, 167 P-2750-010 Cascais (Portugal)
Telemóvel	916562705
Endereço(s) de correio electrónico	rita.espanha@iscte.pt
Nacionalidade	Portuguesa
Data de nascimento	13 de Setembro 1967
Sexo	Feminino

### Experiência profissional

Datas	2005 →
Função ou cargo ocupado	Docente
Principais actividades e responsabilidades	Teorias da Comunicação e Sociologia
Nome e morada do empregador	ISLA Lisboa
Datas	2003 →
Função ou cargo ocupado	Docente
Principais actividades e responsabilidades	Tecnologias Comunicação e Informação
Nome e morada do empregador	ISCTE - Mestrado de Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação
Datas	2007 →
Função ou cargo ocupado	Docente
Principais actividades e responsabilidades	Sociedade de Informação
Nome e morada do empregador	Mestrado de Audiovisual e Multimédia, na Escola Superior de Comunicação Social
Datas	2007 →
Função ou cargo ocupado	Docente
Principais actividades e responsabilidades	Comunicação em Saúde e Novas Tecnologias de Informação

Nome e morada do empregador	Mestrado de Sociologia da Saúde e da Doença, no ISCTE
Datas	2007 →
Função ou cargo ocupado	Membro da Comissão Executiva
Nome e morada do empregador	OberCom - Observatório da Comunicação
Datas	2003 →
Função ou cargo ocupado	Investigadora
Nome e morada do empregador	CIES-ISCTE
Datas	2006 →
Função ou cargo ocupado	Editora
Principais actividades e responsabilidades	Revista Científica On-line
Nome e morada do empregador	OBS* Observatório
Datas	2006 →
Função ou cargo ocupado	Investigadora
Principais actividades e responsabilidades	Redes de Investigação COST-ESF - Broadband Society
Nome e morada do empregador	COST_ESF
Datas	2005 →
Função ou cargo ocupado	Investigadora
Nome e morada do empregador	Rede World Internet Project
Datas	2006 - 2007
Função ou cargo ocupado	Docente
Principais actividades e responsabilidades	Cidade e Sociedade de Informação
Nome e morada do empregador	Mestrado de Estudos Urbanos, no ISCTE
Datas	2004 - 2006
Função ou cargo ocupado	Investigadora
Principais actividades e responsabilidades	Rede de Investigação COST-ESF -The impact of the internet in the mass media in Europe
Nome e morada do empregador	Rede de Investigação COST-ESF
Datas	2004 - 2005
Função ou cargo ocupado	Membro da Comissão de Coordenação
Principais actividades e responsabilidades	Licenciatura de Turismo
Nome e morada do	INP - Instituto Superior de Novas Profissões



empregador	, Lisboa ()
Datas	2001 - 2005
Função ou cargo ocupado	Docente
Principais actividades e responsabilidades	Sociologia, Sociologia da Informação, Seminário, 4º Ano, do Curso Superior de Relações Públicas e Publicidade
Nome e morada do empregador	INP (Instituto Superior de Novas Profissões) Lisboa
Datas	1997 - 2000
Função ou cargo ocupado	Assessoria de Direcção; Coordenação e representação internacional
Principais actividades e responsabilidades	- Assessoria técnica à Direcção do ICAM relativa à participação nacional e representação nos Programas internacionais IBERMEDIA, EURIMAGES, EUREKA Audiovisual e Observatório Europeu de Audiovisual - Coordenação da recolha e tratamento de dados estatísticos sobre cinema, audiovisual e multimédia - Representação na Comissão Instaladora do OBERCOM (Observatório da Comunicação Social) - Representação no Conselho Superior de Estatística (Grupo de Trabalho sobre Estatísticas da Cultura) e contacto nos projectos em desenvolvimento com o INE (Instituto Nacional de Estatística) - Coordenação das actividades desenvolvidas na área da Exibição Cinematográfica, nomeadamente: - Lançamento e acompanhamento dos concursos de apoio financeiro a salas de exibição cinematográfica - Criação de novos sistemas de apoio à exibição cinematográfica (Apoio a Programações Especiais, rede alternativa de salas de cinema e apoio à informatização de bilheteiras) - Coordenação das actividades desenvolvidas na área do multimédia;
Nome e morada do empregador	Instituto do Cinema Audiovisual e Multimédia – Ministério da Cultura , Lisboa
Datas	1997 - 1997
Função ou cargo ocupado	Colaboradora
Nome e morada do empregador	Iniciativa Mosaico – Ministério da Cultura (Gabinete do Ministro) , Lisboa
Datas	1991 - 1996
Função ou cargo ocupado	Investigadora
Nome e morada do empregador	CISEP-ISEG Lisboa
<b>Educação e formação</b>	
Datas	1987 - 1992
Designação da qualificação atribuída	Licenciatura em Sociologia
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	ISCTE Lisboa
Datas	2002 →

Designação da qualificação atribuída	Mestrado em Planeamento Regional e Urbano																																																																									
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Universidade Técnica de Lisboa Lisboa																																																																									
<b>Aptidões e competências pessoais</b>																																																																										
Primeira língua	Português																																																																									
Outra(s) língua(s)																																																																										
Auto-avaliação <i>Nível europeu (*)</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Compreensão</th> <th colspan="4">Conversaço</th> <th colspan="2">Escrita</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Compreensão oral</th> <th colspan="2">Leitura</th> <th colspan="2">Interacção oral</th> <th colspan="2">Produção oral</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inglês</td> <td>C1</td> <td>Utilizador avançado</td> <td>C1</td> <td>Utilizador avançado</td> <td>C1</td> <td>Utilizador avançado</td> <td>C1</td> <td>Utilizador avançado</td> <td>C1</td> <td>Utilizador avançado</td> </tr> <tr> <td>Espanhol / Castelhana</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B1</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B1</td> <td>Utilizador independente</td> <td>A2</td> <td>Utilizador básico</td> </tr> <tr> <td>Francês</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador independente</td> <td>A2</td> <td>Utilizador básico</td> <td>A2</td> <td>Utilizador básico</td> <td>A2</td> <td>Utilizador básico</td> </tr> <tr> <td>Italiano</td> <td>A2</td> <td>Utilizador básico</td> <td>A2</td> <td>Utilizador básico</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>										Compreensão				Conversaço				Escrita		Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral				Inglês	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	Espanhol / Castelhana	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	A2	Utilizador básico	Francês	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	A2	Utilizador básico	A2	Utilizador básico	A2	Utilizador básico	Italiano	A2	Utilizador básico	A2	Utilizador básico	-	-	-	-	-	-
Compreensão				Conversaço				Escrita																																																																		
Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral																																																																				
Inglês	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado																																																																
Espanhol / Castelhana	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	A2	Utilizador básico																																																																
Francês	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	A2	Utilizador básico	A2	Utilizador básico	A2	Utilizador básico																																																																
Italiano	A2	Utilizador básico	A2	Utilizador básico	-	-	-	-	-	-																																																																
	<i>(*) <a href="#">Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)</a></i>																																																																									
Carta de condução	B																																																																									
<b>Informação adicional</b>	<p>▣ Investigadora do CIES nos seguintes projectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciência Aberta: Investigar, Publicar e Divulgar Ciência na Sociedade em Rede (2008-2009)</li> <li>- Empreendedorismo e Inovação nas PME'S em Portugal (PME's COTEC) (2007-2008)▣ Apresentação da comunicação "Consumidores, Opinion Makers e Inovadores", na conferência: O Consumidor na Sociedade de Informação, organizada pela APDSI, Fundação Calouste Gulbenkian, Junho 2008</li> <li>▣ Apresentação da comunicação "Health in the Information Age", na conferência: Health and Web 2.0, organizada pela UOC - International Graduate Institute (Open University of Catalonia) e pela TicSalut Foundation, Barcelona, Maio de 2008</li> <li>▣ Apresentação pública dos resultados do projecto "A Saúde na Era da Informação", na Fundação Calouste Gulbenkian (disponíveis em <a href="http://sei.iscte.pt">http://sei.iscte.pt</a>), Abril de 2008▣ Apresentação de uma sessão temática no mestrado de Administração Pública no ISCTE sobre: Instituições de Saúde e Tecnologias de Informação:</li> </ul> <p>Mudança Organizacional e Autonomia (Dez.2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Apresentação de comunicação, no âmbito do Colóquio "Percurso de Investigação em Sociologia" organizado pelo Programa de Doutoramento em Sociologia, no 3º Ano do Programa, "A Internet e os Conteúdos sobre Saúde: Oferta, Procura e Qualidade de Vida" (Maio 2007)▣ Apresentação de comunicação no 5.º Congresso da SOPCOM: "Comunicação e Cidadania" em Setembro 2007, na Universidade do Minho, "A Saúde na Sociedade de Informação"</li> <li>▣ "Quotidianos, Media, Jovens e Saúde na Sociedade em Rede (em co-autoria com Gustavo Cardoso)", Apresentação no Fórum de Pesquisas 2006 - Sociedade do Conhecimento, Jovens e Educação, Lisboa, ISCTE (04/12/2006)</li> </ul>																																																																									

- ▣ "Television Internet Strategies (com Gustavo Cardoso)", Apresentação na Conferência "The Impact of the Internet on the Mass Media in Europe - COST A20 Final Meeting", Delphi, Grécia, European Cultural Centre of Delphi (26/04/2006)
- ▣ Apresentação da comunicação "Media, news, e-gov and citizens participation", na conferência: Digital Municipalities: Challenges to Local Democracy in Europe, Research workshop organised by CIES – Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (ISCTE) in collaboration with OII - Oxford Internet Institute (Oxford University), Oxford, Friday 3 November 2006
- ▣ Apresentação de comunicação "As novas tecnologias de comunicação representam uma viragem cultural?" nas II Jornadas da Pastoral da Cultura, com o tema "Do tempo livre à libertação do tempo", 17 de Junho de 2006, organizadas pelo Secretariado Nacional da Pastoral da Cultura;
- ▣ Tradução da 2ª edição da obra "The Information Age: Economy, Society and Culture – The Power of Identity", de Manuel Castells, publicada pela Fundação Calouste Gulbenkian em 2007;
- ▣ Colaboração no projecto de investigação "A Sociedade em Rede em Portugal", CIES/FCG (Capítulo 3 – Portugal no Mundo: a internet no contexto global) (2003-2004);
- ▣ Colaboração no estudo sobre "Social and Economic Inclusiveness: the role of cultural and memory organizations", da Direcção Geral da Sociedade de Informação, EU (2003-2004);
- ▣ Participação no Seminário promovido por Sua Excelência o Presidente da República Portuguesa, Dr. Jorge Sampaio, A Sociedade em Rede e a Economia do Conhecimento: Portugal numa Perspectiva Global, 5 e 6 de Março de 2005, no Centro Cultural de Belém, com apresentação de comunicação "Do Multimedia ao Wireless: As Dietas Mediáticas dos Portugueses";  
Fundação Calouste Gulbenkian, Janeiro de 2004;
- ▣ Participação na tradução do 3º volume da obra "The Information Age: Economy, Society and Culture – End of the Milenium", de Manuel Castells, publicada pela Fundação Calouste Gulbenkian (2003);
- ▣ Participação na tradução do 2º volume da obra "The Information Age: Economy, Society and Culture – The Power of Identity", de Manuel Castells, publicada pela Fundação Calouste Gulbenkian (2003);
- ▣ Membro da equipa de investigação, no ISCTE, no âmbito da Sociologia da Comunicação, do estudo sobre "Elites Parlamentares e Tecnologias de Informação" (integrado no projecto europeu ESF - COST A14), 2001;
- ▣ Membro da equipa do projecto "NósNaNet", do Ministério da Ciência e Tecnologia, integrado no Programa "Internet nas Escolas" da UARTE (Unidade de Apoio à Rede Telemática Educativa (2001-2002));
- ▣ Membro da equipa de investigação de um projecto conjunto JNICT/Ministério da Solidariedade e Segurança Social sobre "As Iniciativas Locais para o Desenvolvimento na Promoção das Políticas Sociais" (Outubro de 1996 a Junho de 1997);
- ▣ Membro da equipa de investigação do projecto ESSEN (A contribuição das Empresas Sociais para a criação de novos empregos, no campo dos serviços para as pessoas), desenvolvido no âmbito do CISEP (Centro de Investigação Sobre Economia Portuguesa) (Abril a Novembro de 1996);
- ▣ Membro da equipa de investigação do projecto ILDE (Acção Experimental sobre promoção de Iniciativas Locais de Desenvolvimento e Emprego em Portugal, Dinamarca e República da Irlanda), promovido pela Comissão Europeia e coordenado pela Direcção Geral de Emprego e Formação Profissional (Outubro de 1995 a Dezembro de 1996);
- ▣ Membro da Direcção da Organização do Encontro "ManiFesta - Assembleia e Feira do Desenvolvimento Local em Portugal", que se realizou de 5 a 9 de

Outubro de 1994;

▮ Colaboração na Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) do Programa Pobreza III em Portugal (Programa de Acção a Médio Prazo para uma Integração Económica e Social dos Grupos Menos Favorecidos) de Abril de 1991 a Outubro de 1993 (CISEP - Centro de Investigação sobre a Economia Portuguesa do Instituto Superior de Economia e Gestão);

▮ Colaboração na coordenação editorial do EJHET (European Journal of the History of Economic Thought), no âmbito do CISEP (de Outubro de 1992 a Outubro de 1993);

▮ Realização de Estágio Profissional no IAC (Instituto de Apoio à Criança) no âmbito do Projecto "Trabalho de Rua com Crianças em Risco ou Situação de Marginalidade", do qual resultaram vários relatórios de progresso, servindo ainda de base empírica para a elaboração da Tese de Licenciatura. O Estágio decorreu entre Janeiro de 1992 e Julho de 1992;

▮ Colaboração em projecto de investigação conjunto IIEP/CIRIUS (Centro de Investigações Regionais e Urbanas do Instituto Superior de Economia e Gestão - ISEG), de Avaliação do Programa ILE (Iniciativas Locais de Emprego), estudo que deu origem a publicação (Henriques, J. M.; Lopes, R. G.; Baptista, A. M., O Programa ILE em Portugal - Avaliação e Perspectivas, Ed, Escher, Lisboa, 1991), de Maio de 1990 a Abril de 1991;

▮ Participação no Concurso promovido pela Câmara Municipal de Lisboa (CML) em 1991 subordinado ao tema: "Os Pátios e Vilas na Cidade de Lisboa", e obtenção do 1º Prémio com a pesquisa "As Vilas na Cidade de Lisboa: O Caso do Bairro Estrela D'Ouro", com conseqüente cerimónia de apresentação/exposição do trabalho no padrão dos Descobrimentos.

## Anexos

### Publicações

- Espanha, Rita (2008) Jul 2. Internet and Health Contents. Observatorio (OBS\*) [Online] 2:3. Available: <http://www.obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/228>

- Araújo, Vera, Gustavo Cardoso & Rita Espanha (2008), "The adoption of digital television in Portugal: a media literacy approach", in URBAN, a., SAPIO, B., TURK, T. (eds), Digital Television Revisited - Linking Users, Markets and Policies, COST Action 298 "Participation in the Broadband Society", Hungary, 2008. [PR]

- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha, The Users' Shaping of Networked Communication, in J. Pierson, E.A. Mante-Meijer, E.F. Loos en B. Sapiro (eds), (no prelo) Innovation for/by users. Brussel: Opoce.

- Cardoso, Gustavo, João Caraça, Rita Espanha & Sandro Mendonça (no prelo), The Politics of Open Access, in Dutton, William H., Jeffreys, Paul (ed.), World Wide Research (no prelo), MIT Press, Cambridge. [PR]

- Cardoso, Gustavo, João Caraça, Rita Espanha & Sandro Mendonça (no prelo) As Políticas de Open Access. Res publica científica ou auto-gestão? Sociologia problemas e práticas, (no prelo)., Oeiras: Celta

- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha & Tiago Lapa (no prelo), "Dinâmica familiar e interacção em torno dos media: autonomia dos jovens, autoridade e controlo

paternal sobre os media em Portugal", in *Comunicação e Sociedade*, nº 13, Revista do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, Braga

- Araújo, V., Gustavo Cardoso & Espanha, R. (2009), "iTV in Portugal", in *Digital Television in Europe*, eds. Van den Broeck e Pierson, Cost 298, SMIT, Bélgica. [PR]

- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha & Vera Araújo (ed.), (no prelo), *Da Comunicação de Massa à Comunicação em Rede*, Porto Editora, Porto.

- Gustavo Cardoso, Rita Espanha & Tiago Lapa, (no prelo), "Do Quarto de Dormir para o Mundo: Jovens e Media em Portugal" Editorial Âncora, Lisboa.

- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Vera Araújo e Rita Cheta (2008), *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal 2008*, OberCom, Lisboa

- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Maria do Carmo Gomes e Vera Araújo (2007), "Portugal Móvel" in *Comunicação e Cultura*, número 3, Ed. Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas

- Espanha, Rita (2007), "A Saúde na Sociedade de Informação" in Cardoso, Gustavo et al (eds), *Democracia e Participação em Rede: Europa e América do Sul*, Coleção (OBS\*) Books, lulu.com e CIES-ISCTE (no prelo)

- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (2007), *Internet em Portugal 2006-2007: O World Internet Project*, CIES-ISCTE (relatório final).

- Cardoso, Gustavo (coord.), Rita Espanha e Tiago Lapa (2007), *E-Generation: Os Usos de Media pelas Crianças e Jovens em Portugal*, Lisboa, CIES Relatório de Pesquisa.

- Cardoso, Gustavo e Rita Espanha (2007), *Internet em Portugal 2006-2007: O World Internet Project*, CIES-ISCTE (relatório final).

- Cardoso, Gustavo e Espanha, Rita (Org.), (2006) *Comunicação e Jornalismo na Era da Informação*, Campo das Letras, Porto.

- Cardoso, Gustavo e Espanha, Rita, (2006) "Television Internet Strategies", in Colombo, Fausto e Nicoletta Vittadini (eds.) *Digitizing TV-. Theoretical Issues and Comparative Studies across Europe*, Vita & Pensiero, Milano.

- Cardoso, Gustavo, Sandra Amaral e Rita Espanha (2006), *As rádios portuguesas e o desafio do (on) line*, Working Report nº3, Lisboa: OberCom

- Espanha, Rita e Luís Poupinha, (2006) "A existência net para as relações públicas", in *Comunicação e Sociedade – Comunicação Estratégica*, nº 8, Porto, Campo das Letras

- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Maria do Carmo Gomes (2006), *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal 2006*, CIES/ISCTE, Lisboa

- Espanha, Rita; Luís Soares e Gustavo Cardoso, "Do Multimedia ao Wireless: As Dietas Mediáticas dos Portugueses", in *A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política*, Colecção Debates, Ed. Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2006
- Cardoso, Gustavo; Espanha, Rita; Morgado, Ângela e Nascimento, Susana, (2005) *Democracia Digital – Eleitos e eleitores na Era da Informação*, Ed. Celta, Oeiras.
- Espanha, Rita e Luís Poupinha, (2005), "Matrix: Teoria Geral e Três Casos Práticos", in *Livro de Actas – 4º SOPCOM*
- Espanha, Rita e Luís Poupinha, (2005), "A Auto-apresentação das cidades na net pela actividade cultural", in *Livro de Actas – 4º SOPCOM*
- Espanha, Rita e Barros, Miguel, (2005) "Arte, Cultura e Desenvolvimento", in *20 Ideias para 2020*, Campo de Letras, Porto.
- Espanha, Rita e Cardoso, Gustavo, (Março de 2005) "Política, Cultura e Novas Tecnologia", in *N-Número Magazine*, Lisboa
- Carrilho, Maria; Cardoso, Gustavo; Espanha, Rita (Org.), (2002) *Novos Media, Novas Políticas? – Debater a Sociedade de Informação*, Ed. Celta, Oeiras.
- Espanha, Rita, (1998) "Social Enterprises in the European Countries – Portugal", in *Social Enterprises and New Employment in Europe*, European Commission – DGV, Regione Autonoma Trentino-Alto Adige.
- Espanha, Rita, (Setembro de 1996) "O Desenvolvimento Local em Portugal e em África", in *Boletim do CIDAC (ONG de Desenvolvimento)*, nº 10.