



Mariana Raquel Lopes Martins Coimbra de Almeida

# AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E DOENTE

Dissertação de Mestrado em Jornalismo e Comunicação, orientada pelo Doutor João José Figueira da Silva, apresentada ao Departamento de Filosofia, Comunicação e Informação da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Letras

# AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E DOENTE

**Ficha Técnica:**

<b>Tipo de trabalho</b>	<b>Dissertação de Mestrado</b>
<b>Título</b>	<b>As tecnologias de informação na comunicação entre médico e doente</b>
<b>Autor/a</b>	<b>Mariana Raquel Lopes Martins Coimbra de Almeida</b>
<b>Orientador/a</b>	<b>Doutor João José Figueira da Silva</b>
<b>Identificação do Curso</b>	<b>Jornalismo e Comunicação</b>
<b>Área científica</b>	<b>Comunicação</b>
<b>Especialidade/Ramo</b>	<b>Comunicação/ Investigação</b>
<b>Data</b>	<b>2017</b>



Recomeça, se puderes  
Sem angústia e sem pressa  
E os passos que deres  
Nesse caminho duro do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances não descanses  
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,  
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.  
Sempre a sonhar e vendo  
O logro da aventura.  
És homem, não te esqueças!  
Só é tua a loucura  
Onde, com lucidez, te reconheças...

**Miguel Torga *in* Diário XIII**

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor João Figueira, o meu orientador nesta dissertação, pelo entusiasmo com que foi ouvindo as minhas ideias, por toda a ajuda que me deu, por se mostrar sempre disponível e por ter sabido direcionar-me para o caminho certo, sempre que a minha veia de “investigadora aprendiz” teimava em desviar-se da rota.

Ao Professor Doutor Eugénio Leite, diretor clínico da empresa onde exerço as minhas funções de assessora de comunicação, que um dia acreditou que uma “mãe de dois” e trabalhadora a tempo inteiro ainda conseguiria vir a desenvolver um trabalho deste âmbito e me deu sempre todo o apoio, mesmo quando isso significou sacrificar o meu trabalho diário na empresa.

Ao Dr. Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, que se disponibilizou prontamente a auxiliar nesta dissertação, nomeadamente com uma entrevista que muito a enriqueceu.

A todos os que estudam a complexidade da comunicação em saúde e têm discernimento para perceber que, nesta teia de profissionais de saúde e comunicadores, clínicos e jornalistas, há sempre tanto para ensinar e há sempre tanto para aprender.

À minha família e amigos, por fazerem de mim aquilo que eu sou.

Ao Nuno, ao Afonso e ao João Dinis. Sem eles, todas as palavras seriam em vão.

# AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E DOENTE

## RESUMO

As tecnologias de informação assumem um protagonismo crescente na medicina dos tempos modernos. A tecnologia domina de tal forma o ato da consulta que o seu papel obrigou a grandes transformações na relação e na comunicação entre o médico e o doente. Por outro lado, a informação sobre saúde está cada vez mais acessível ao cidadão através de canais de comunicação como as plataformas digitais, a televisão, a rádio e a imprensa. São disso exemplo os fóruns em que o cidadão comum discute a sua saúde com outros utilizadores; os médicos que fazem diagnósticos em direto nos grandes canais de comunicação; os “consultórios de saúde” que proliferam na imprensa escrita e as consultas médicas que se compram *online*. A preocupação com a falta de rigor desses suportes e a necessidade de atestar a sua autenticidade e qualidade são desafios que se colocam a todos os que trabalham na área da saúde.

**Palavras-chave:** comunicação em saúde, e-saúde, medicina online, tecnologias de informação na saúde.

## ABSTRACT

Information Technologies have an increasing role in medicine of modern times. Technology has dominated the act of consultation in such a way that it has forced great transformations in the relationship of the communication between the doctor and the patient. Furthermore, information about health is progressively accessible to the citizen through communication channels such as digital platforms, television, radio and the press. A few examples of that fact are the forums where the average citizen discusses their health with other users; the doctors who diagnose live on the great communication channels; the “health offices” that proliferate through the written press and doctors’ appointments that can be bought online. The concern with the lack of accuracy of these mediums and the need to regulate their authenticity and quality are challenges set on all health workers.

**Key-words:** health communication, e-health, e-medicine, healthcare technology.

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>Parte I – Enquadramento Teórico</b> .....	<b>13</b>
1. <i>O Paradigma da Saúde em Portugal</i> .....	14
1.1. A Saúde em Portugal antes da revolução de 1974 .....	14
1.2. Breve cronologia do percurso do Serviço Nacional de Saúde.....	20
1.3 O aparecimento das novas tecnologias de informação no Serviço Nacional de Saúde .....	27
1.4 Raio-X ao Serviço Nacional de Saúde Atual .....	28
1.4.1 Serviços e Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde .....	29
1.4.2 A Saúde em números .....	29
2. <i>A e-Saúde: novas tecnologias da informação ao serviço do médico e do doente</i> .....	32
2.1 Utente, doente ou cliente .....	32
2.2 A e-saúde em unidades de saúde privadas .....	33
2.3 A medicina low cost .....	36
2.3.1 Bom dia Dr. Google .....	40
2.4 As novas tecnologias ao serviço da saúde – alguns casos de sucesso .....	41
2.4.1 A telemedicina .....	41
2.4.1.1 A discussão à volta da telemedicina .....	42
2.4.2 mHealth da Organização Mundial de Saúde.....	42
2.4.3 Vestuário aplicado à saúde .....	43
3. <i>O médico e o doente na era da e-saúde.</i> .....	45
3.1 A literacia em saúde e a e-literacia. ....	47
3.2 O doente informado .....	52
3.3 A relação de confiança na consulta. ....	56
<b>Parte II – Estudo de caso</b> .....	<b>58</b>
4. <i>O médico, o doente e as novas tecnologias da informação – Estudo de Caso</i> .....	59
4.1 Caracterização do estudo .....	59
4.2 Apresentação de resultados .....	61
4.3 Entrevista a Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos .....	74
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>86</b>
ANEXO I – INQUÉRITO COMUNICAÇÃO EM SAÚDE .....	87

## LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Esperança de vida à nascença: total e por sexo .....	14
Quadro 2. Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil .....	15
Quadro 3. Óbitos por algumas causas de morte (%) .....	15
Quadro 4. SNS – Estabelecimentos de Saúde – Continente .....	22
Quadro 5. SNS – Pessoal ao Serviço – Continente .....	23
Quadro 6. SNS –Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB .....	24
Quadro 7. Despesa em cuidados de saúde por habitante (Euro) .....	25
Quadro 8. Utentes inscritos no Serviço Nacional de Saúde .....	29
Quadro 9. Total de unidades funcionais em atividade .....	30
Quadro 10. Lista de alguns Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde em Portugal Continental .....	30
Quadro 11. Níveis de Literacia em Saúde e idade .....	48
Quadro 12. Uso da Internet para Questões de Saúde .....	48
Quadro 13. Uso da Internet para Questões de Saúde – Europa .....	51
Quadro 14. Pedido de distribuição de inquéritos a entidades de saúde .....	59
Quadro 15. Inquéritos preenchidos .....	61

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Anúncio My Cuf .....	10
Figura 2. Capa do Diário de Lisboa, 28/06/1979 .....	17
Figura 3. Capa do Expresso, 16/06/1979 .....	18
Figura 4. Capa do Jornal de Notícias, 29/06/1979 .....	18
Figura 5. Jornal de Notícias, 29/06/1979 .....	19
Figura 6. Diário Popular, 28/06/1979 .....	19
Fig. 7 Portal do Utente .....	27
Fig. 8 Website Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra .....	34

Fig. 9 Facebook Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra .....	35
Fig. 10 Website Cuf Hospitais e Clínicas .....	35
Fig. 11 Website CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra .....	36
Fig. 12 Programa “Diga Doutor” .....	37
Fig. 13E os Filhos dos Outros .....	38
Fig. 14 Pediatria Online .....	39
Fig. 15 febre-i-dor .....	40
Fig. 16 Vitaljacket .....	44
Fig. 17 Repositório de Literacia – SNS .....	54
Fig. 18 Sociedade Portuguesa de Oftalmologia – Perguntas Frequentes .....	55

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados por Idade .....	61
Gráfico 2. Resultados por Género .....	62
Gráfico 3. Público ou Privado .....	62
Gráfico 4. Médicos por especialidade .....	63
Gráfico 5. Anos de atividade .....	63
Gráfico 6. Médicos por função .....	64
Gráfico 7. Importância da informação veiculada pela Internet .....	64
Gráfico 8. Relação Médico/ Doente .....	65
Gráfico 9. SNS .....	65
Gráfico 10. Relação de Confiança .....	66
Gráfico 11. Relação de Confiança .....	66
Gráfico 12. Pesquisas na Internet .....	67
Gráfico 13. Doente informado .....	67
Gráfico 14. Informação acessível na Internet sobre saúde .....	68
Gráfico 15. Recursos disponíveis .....	68



Gráfico 16. Grau de literacia em saúde .....	69
Gráfico 17. Pesquisas sobre saúde na Internet .....	69
Gráfico 18. Autodiagnósticos .....	70
Gráfico 19. Marcação, alteração ou cancelamento de consultas depois de uma pesquisa .....	70
Gráfico 20. Posto em causa pela informação via Internet .....	71
Gráfico 21. Doente com estudo novo ou sugestão de tratamento .....	71
Gráfico 22. Utilização da Internet para decisões de tratamento/terapêutica .....	72
Gráfico 23. Estado dos doentes .....	72
Gráfico 24. Frequência de utilização da Internet .....	73
Gráfico 25. Website da Instituição onde trabalha .....	73
Gráfico 26. Imagem global da instituição .....	74

## INTRODUÇÃO

Pouco antes da finalização do presente trabalho de investigação, a rede de hospitais e clínicas CUF lançou uma campanha para televisão, rádio, plataformas digitais e nas próprias clínicas e hospitais, com o objetivo de promover a aplicação móvel da marca (Figura 1). Uma avó explica à neta que ir ao hospital buscar exames é uma coisa do passado, e que hoje existe uma aplicação mais simples e cómoda para ter acesso à informação pretendida. Bastam alguns cliques num *smartphone* e é possível marcar consultas, guardar receitas e faturas e receber os resultados dos exames e análises clínicas.

Figura 1. Anúncio My Cuf



O tema da tecnologia aplicada à área da saúde e a forma como interfere nos relacionamentos e nos processos de comunicação entre o médico e o doente é o ponto de partida da presente dissertação. Na aldeia global em que vivemos, as novas tecnologias de informação (TI) representam um papel tão crucial, que estar desconectado significa estar a perder uma quantidade considerável de informação a cada minuto que passa.

O nosso país, apesar de periférico, tem-se destacado na área do desenvolvimento tecnológico com equipamentos de ponta e soluções inovadoras e pioneiras aplicadas a áreas diversas da economia, da política e da sociedade.

A saúde, no entanto, assistiu, com alguma resistência, à entrada das TI no ato da consulta. A medicina é hoje predominantemente técnica (a oftalmologia, a cirurgia cardiorádica, a neurocirurgia e todas as especialidades cirúrgicas são talvez aquelas que mais sentem essa predominância) e as TI permitem que a medicina se faça hoje quase sem tocar no doente e à distância de um clique num equipamento de ponta. A comunicação em saúde é, por si só, uma franja muito específica no mundo da comunicação e ganhou novas formas com a entrada da tecnologia. Por outro lado, o papel do médico foi-se alterando face à maquinização do setor. Quando a relação de comunicação entre o médico e o doente se

torna essencialmente tecnológica, não passará a relação humana a ser secundária? “Sejam quais forem os avanços técnicos que a medicina possa vir a conhecer, há um elemento insubstituível que é o poder terapêutico da própria relação médico-doente” (Macedo, 2011, p. 76). Na medicina dos tempos modernos, a eficácia da consulta não é só medida pelos resultados dos tratamentos nem pelo grau de saúde do doente, mas também pelos minutos que o médico despendeu com a consulta daquele indivíduo em particular.

Numa sociedade em que todos comunicamos com todos (Cardoso, 2009; Castells, 2004) e em que cada um procura na Internet respostas para tudo (Vaidhyanathan, 2011), de que forma este novo paradigma de comunicação está a afetar ou a influenciar a consulta médica e os processos de relacionamento e de comunicação entre clínicos e doentes?

Este trabalho de investigação procura fazer uma reflexão sobre o que mudou na relação de comunicação entre o médico e o doente com a entrada das novas tecnologias, e mais especificamente, sobre o olhar do profissional de saúde sobre esta realidade.

A metodologia desta dissertação baseia-se em bibliografia especializada e de referência, que serviu de suporte teórico à produção dos três primeiros capítulos, e num inquérito realizado a médicos com atividade profissional em Coimbra. Foi ainda realizada uma entrevista a Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, para um comentário aos resultados obtidos no inquérito e às alterações na relação entre o médico e o doente produzidas pela “maquinização” da medicina moderna.

O nosso trabalho começa com um enquadramento teórico sobre todos os conceitos a abordar. No primeiro capítulo, debruçamo-nos sobre o estado da saúde em Portugal antes e depois da revolução de 1974 e no percurso traçado pelo Serviço Nacional de Saúde desde a sua criação até aos dias de hoje, que culmina com a informatização do sistema.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a e-Saúde, nomeadamente nas unidades privadas, e naquilo que designamos por medicina *low cost*, ou seja, sobre toda a informação de saúde que está acessível ao cidadão através da Internet e dos meios de comunicação. Refletimos ainda sobre a terminologia que define os utilizadores destes serviços de saúde: utentes, doentes ou clientes. Neste capítulo, abordamos alguns casos de sucesso da e-Saúde, tais como a telemedicina, a ferramenta *mHealth* da Organização Mundial de Saúde e o vestuário aplicado à saúde.

No terceiro capítulo, debruçamo-nos sobre a especificidade da comunicação entre o médico e doente nesta era de saúde *online*, abordando os conceitos de literacia em saúde e de e-literacia e fazendo um enquadramento sobre o grau de literacia em saúde em que se encontram os portugueses. Refletimos ainda sobre os benefícios do doente informado e como este fenómeno influencia a relação de confiança na consulta.

O quarto capítulo é dedicado a um estudo de caso. Foram realizados questionários a médicos com atividade profissional em Coimbra e foi-lhes pedido que olhassem criticamente para o papel das TI na relação de comunicação com o doente. O inquérito compreende duas partes: a caracterização do inquirido e um conjunto de vinte questões sobre a comunicação em saúde. As questões passam por uma análise às ferramentas de

comunicação que o Serviço Nacional de Saúde e entidades de saúde privadas disponibilizam ao utilizador e de que forma a informação acessível na Internet altera a relação entre o médico e o doente. A adesão ao inquérito foi francamente insatisfatória, o que nos leva a questionar se a temática da comunicação será uma prioridade para os profissionais do setor da saúde.

Para finalizar, o quinto capítulo traça as conclusões finais do estudo, com os resultados apurados nos inquéritos obtidos, bem como uma entrevista ao presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Carlos Cortes justifica a fraca adesão ao inquérito pelo excesso de trabalho imposto aos médicos: "Tudo o que pode não ser considerado essencial para o exercício da sua atividade pode identificar-se, usando a linguagem das novas tecnologias, como *spam*". Enquanto médico, defende ainda a humanização do setor da saúde e considera como prioridade máxima a certificação dos *websites* sobre saúde, assumindo a vontade de que essa responsabilidade seja imputada à Ordem dos Médicos.

Seguem-se as referências bibliográficas e o inquérito que constituiu a base do estudo associado a este trabalho.

O tema das TI na saúde é um tema pertinente e atual. Ainda não terá passado tempo suficiente para que a reflexão possa abranger todas as vertentes deste fenómeno, mas a história constrói-se diariamente e à velocidade com que a tecnologia marca o ritmo, amanhã já haverá novas perguntas por responder.

## Parte I – Enquadramento Teórico

## 1. O Paradigma da Saúde em Portugal

Os serviços de saúde foram sofrendo, ao longo dos tempos, mutações consoante as alterações a nível político, económico, social e religioso de cada época que marcou a história do país. Perceber o estado da saúde em Portugal passa por entender todas estas transformações e aquilo que lhes deu origem.

É importante, por isso, traçar um breve historial do estado da saúde em Portugal antes da revolução de 1974 e os avanços e recuos que deram origem à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) desde os seus primeiros moldes até ao sistema que hoje conhecemos, e que culmina com a informatização gradual dos serviços, fruto da era digital em que vivemos.

### 1.1. A Saúde em Portugal antes da revolução de 1974

Os últimos 40 anos de políticas de saúde em Portugal foram o acompanhar de toda uma mudança histórica e política nacional, centrada na revolução de 25 de Abril de 1974 e que marca o início da democracia.

A comparação entre os principais índices de saúde antes de 1974 e à data de hoje espelham as mudanças políticas e económicas pelas quais Portugal passou.

Hoje, os desafios estão centrados no envelhecimento progressivo da população, no aumento das doenças crónicas e infecciosas, na diminuição da natalidade e no aumento da esperança de vida, com reflexo obrigatório nas políticas de saúde atuais.

#### Quadro 1. Esperança de vida à nascença: total e por sexo

Ano (idade) – média

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1960	(não disponível)	60,7	66,4
1970	67,1	64,0	70,3
1980	71,1	67,8	74,8
1990	74,1	70,6	77,5
2000	76,4	72,9	79,9
2010	79,6	76,5	82,4
2014	80,4	77,4	83,2

Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2016-05-30

Segundo os dados do Quadro 1, a esperança de vida à nascença tem vindo a melhorar progressivamente. Em 1970, a média situava-se em 67,1 anos (64 para os homens e 70,3 para as mulheres) e em 2014 subia já para os 80,4 anos (77,4 para os homens e 83,2 para as mulheres).

## Quadro 2. Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil

Taxa - permilagem

Anos	Taxa bruta de mortalidade	Taxa de mortalidade infantil
1960	10,7	77,5
1970	10,7	55,5
1980	(quebra de série) 9,7	(quebra de série) 24,3
1990	10,3	10,9
2000	10,2	5,5
2010	10,0	2,5

Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos

INE - Estimativas Anuais da População Residente

INE - Estatísticas de Nados-Vivos

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2016-09-07

Segundo os dados do Quadro 2, a taxa de mortalidade infantil diminuiu significativamente de 1960 a 2015, situando-se neste último ano em 2,9%. Em 1970 a taxa de mortalidade infantil era de 55,5%, tendo diminuído consideravelmente na década seguinte para 24,3%.

## Quadro 3. Óbitos por algumas causas de morte (%)

Proporção - %

Anos	Causas de morte									
	Doenças do aparelho circulatório	Tumores malignos	Diabetes	Acidentes, envenenamentos e violências	Suicídio	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças infecciosas e parasitárias excluindo SIDA e tuberculose	Tuberculose	SIDA
1960	29,5	9,3	-	3,6	0,8	10,7	3,9	-	-	-
1970	35,4	11,6	0,9	4,6	0,8	12,0	4,5	-	-	-
1980 (quebra de série)	42,8	15,0	1,5	6,6	0,8	7,3	4,9	0,9	0,7	-
1990	44,2	17,7	2,6	5,6	0,8	7,3	4,5	0,4	0,4	0,1
2000	38,7	20,3	3,0	3,9	0,5	9,7	3,9	1,0	0,3	0,9

<b>2010</b>	31,8	23,5	4,5	3,2	1,0	11,1	4,4	1,7	0,2	0,6
<b>2014</b>	30,6	25,0	4,1	3,4	1,2	11,6	4,4	1,5	0,2	0,4

*Fontes de Dados: INE | DGS/MS - Óbitos por Causas de Morte*

*INE - Estatísticas de Óbitos*

*Fonte: PORDATA*

*Última atualização: 2016-04-28*

Relativamente às causas de morte indicadas no Quadro 3, assiste-se, de 1960 até 2014, ao crescimento da taxa de óbitos associada aos tumores malignos, à prevalência crescente da diabetes, ao aparecimento das doenças infecciosas e parasitárias e ao aparecimento da SIDA.

Em suma, e da leitura dos três quadros acima apresentados, registe-se, desde 1960 até agora, o aumento da esperança média de vida, a diminuição da mortalidade infantil e o aparecimento de novas causas de morte associadas à diabetes e a doenças infecciosas. A estes fenómenos junte-se o envelhecimento progressivo da população, confirmado pelos dados do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat), que colocam Portugal no 4º lugar da UE com maior percentagem de idosos em 2050 (31,9%). São vários desafios para o sistema nacional de saúde. A evolução destes indicadores deverá ser analisada em paralelo com o percurso histórico nacional nestas décadas.

Durante os últimos 30 anos do século passado, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de grande importância: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico, nomeadamente na área da saúde (De Sousa, PAF, 2009, p. 886).

Com efeito, antes de 1970 não se preconizava a intervenção do Estado nos problemas de saúde. No início nos anos 70, como se comprova pelos quadros acima expostos, os indicadores de saúde eram muito desfavoráveis, correspondendo a um sistema de saúde muito fragmentado e deficitário.

A revolução democrática de 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram profundamente o país e as políticas vigentes, correspondendo a uma intervenção clara do Estado nos assuntos de saúde.

Os anos 70 não foram tempos fáceis para a reforma. Para um país que experimentava o início da democracia e o processo de descolonização, as exigências de gestão do SNS foram um enorme desafio (De Sousa, 2009, p. 887).

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/79 de 15 de Setembro) veio alterar todo este panorama. “É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição”, pode ler-se no diploma. É ainda declarado, no artigo 4º, que “o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independente da sua condição social ou económica”.



O grande objectivo do SNS foi o de garantir cuidados de saúde, em todas as suas valências, a todos os portugueses, independentemente da sua situação económica, social ou geográfica, dando assim cumprimento ao imperativo constitucional traçado no art.º 64, da Lei Mestra e ao imperativo moral de não permitir que ninguém, dentro dos recursos disponíveis, sofresse ou morresse por falta de assistência médico-hospitalar. A saúde passou a ser um direito de todos e não um privilégio de quem a podia pagar, como acontecia antes. Foi uma verdadeira mudança civilizacional (Arnaut, 2015, p. 5).

No entanto, este passo foi controverso e não foi consensual. Com efeito, recorde-se o debate para a aprovação da Lei de 1979, que enfrentou grandes dificuldades e opositores.

Uma grande reforma implica sempre o desconforto dos bem instalados. Acresce que foi preciso mudar as mentalidades e vencer a hostilidade de uma parte da classe médica, então liderada pelo Bastonário Gentil Martins, que se opôs ferozmente ao que ele chamava, injustamente como se viu, a 'estatização' da medicina (Arnaut, 2015, p. 5).

A classe médica, a própria Ordem dos Médicos e o CDS, na altura parceiro do governo, foram contra a aprovação da Lei, mas a mesma foi recebida com entusiasmo pela sociedade civil.

O anúncio da criação do SNS, feito na apresentação do programa do Governo, em Fevereiro de 1978, e a sua apresentação pública, em Abril, geraram uma onda de entusiasmo popular e de apoio das forças progressistas e sindicais, que contrastou com a hostilidade da direita (Arnaut, 2015, p.6).

Será interessante recordar de que forma a notícia ganhou espaço nos principais jornais da altura. Como tal, visitámos as primeiras páginas dos jornais Diário de Lisboa, Expresso, Jornal de Notícias e Diário Popular.

Figura 2. Capa do Diário de Lisboa, 28/06/1979



Com o título "SNS Arnaut passou em São Bento", a notícia de capa do Diário de Lisboa (28/06/1979) informa que o projeto do socialista António Arnaut foi aprovado pela Assembleia da República, embora "sujeito a sérias críticas por toda a direita parlamentar e extraparlamentar contando com a oposição da Ordem dos Médicos".

Figura 3. Capa do Expresso, 16/06/1979



Com o título "SNS e Reforma agrária poderão dificultar V Governo PS-ASDI", a notícia de capa do jornal Expresso (16/06/1979) avança que o SNS e a reforma agrária são os "dois principais obstáculos à definição de uma plataforma política e, consequentemente, de um projeto de governo entre o PS e os sociais democratas independentes".

Figura 4. Capa do Jornal de Notícias, 29/06/1979



“Projeto Arnaut” aprovado por maioria. CDS e Sociais Democratas votaram contra”, pode ler-se na capa do Jornal de Notícias (29/06/2017).

Figura 5. Jornal de Notícias, 29/06/1979



No interior do jornal pode ler-se que o “Governo tem 9 meses para pôr em prática o SNS”. A notícia dá conta da polémica que levou à aprovação da Lei, com críticas por parte do deputado social democrata Teodoro da Silva, que aponta para que “a desqualificada massificação, tipo Caixa da Previdência, traga maiores prejuízos que benefícios para os portugueses tão carecidos de cuidados de saúde”. Já o deputado Álvaro Ribeiro, do CDS, qualificou o SNS como “mais uma doença própria da infância na nossa jovem democracia”.

Figura 6. Diário Popular, 28/06/1979



A notícia ganha ainda forma no interior do jornal Diário Popular (28/06/1979), sob o título "Aprovado o projeto do Serviço Nacional de Saúde".

## **1.2. Breve cronologia do percurso do Serviço Nacional de Saúde**

Criado em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem sofrido várias alterações ao longo das décadas. Antes da sua criação, toda a assistência na área da saúde era da responsabilidade da própria estrutura familiar, de instituições privadas e de serviços médico-sociais da Previdência.

De facto, até 1899, a assistência na saúde era de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos mais desfavorecidos. A reforma sanitária de Trigo de Negreiros (Subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior), em 1945, incentivou a criação de institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna. Em 1946, inicia-se um programa de construção de hospitais que seriam entregues às Misericórdias.

O Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro de 1971, promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência e afirma a garantia do direito à saúde, mas com acesso aos serviços limitado aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Cinco anos depois, e após a revolução de Abril, em 1976 é aprovada nova Constituição, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar este direito, o Estado deveria garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como rede médica e hospitalar eficiente em todo o país.

Dois anos mais tarde, em 1978, o despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho, mais conhecido como o "Despacho Arnaut", constitui uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos serviços médico-sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade financeira. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuitidade dos cuidados de saúde e a comparticipação em medicamentos.

Em 1979, é criado então o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. O SNS funciona enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, conforme dita a Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

O SNS agrega assim todos os cuidados integrados de saúde, e ainda a prevenção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a

reabilitação médica e social. O acesso ao SNS é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras. Goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se através de órgãos centrais, regionais e locais, com serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Está dado o primeiro passo para o SNS que hoje conhecemos. A partir daqui todas as alterações foram sempre no sentido de aperfeiçoar o sistema, como a atual e gradual informatização do sistema e sobre a qual nos debruçaremos mais atentamente em próximo capítulo.

Uns anos mais tarde, na 2.<sup>a</sup> Revisão Constitucional, ocorrida em 1989, estabelece-se que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (alínea a) do nº 2 do artigo 64.º), assente assim no princípio da justiça social e de racionalização dos recursos, o que concentrou algumas críticas por parte da sociedade civil.

É cada vez mais evidente que esta aproximação não permite fazer face adequadamente aos importantes desafios de acesso, qualidade, efectividade e eficiência que os sistemas de saúde têm que enfrentar de uma forma cada vez mais crítica (De Sousa, 2009, p. 891).

Em 1990, a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. Pela primeira vez, a proteção da saúde é assumida como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Como tal, a promoção e defesa da saúde pública são da responsabilidade do Estado, mas também de outras entidades públicas e da sociedade civil. O Estado atua através de serviços próprios, mas também através de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde. “A saúde passa a ser da responsabilidade não só do Estado mas também de cada indivíduo, e das iniciativas sociais e privadas” (De Sousa, 2009, p. 887).

A Base XXXIV prevê ainda que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Destas taxas, que são uma fonte primordial de receita do SNS, é isenta a população sujeita a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos. A existência de taxas moderadoras não foi aceite por todas as forças políticas de forma consensual, já que para as ideologias de esquerda estas agravam a desigualdade em vez de a tentar suprir.

Para alguns, a inclusão destas medidas, sob a forma de pagamentos no acto de utilização dos serviços, é desde já justificável, confiando que isto pode ser feito atualmente, protegendo satisfatoriamente os interesses dos utilizadores dos serviços de saúde; para outros, nas atuais circunstâncias do funcionamento do sistema de saúde português, este tipo de medidas acabarão por constituir uma barreira arriscada à utilização dos serviços de saúde por parte de quem precisa, acabando por “castigar” (e por vezes culpabilizar) pessoas por estarem doentes, no pior momento possível (De Sousa, 2009, p. 889).

A par com as mudanças políticas e sociais, o SNS conhece avanços, recuos e aperfeiçoamentos, nunca consensuais para os seus intervenientes.

Desde os anos 70 pode ser claramente identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. (...) No entanto, reformas bem-intencionadas foram muito frequentemente implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade política (De Sousa, 2009, p. 888).

Se nos debruçarmos sobre os indicadores de saúde antes e depois da criação do SNS podemos perceber facilmente que, de facto, o SNS marca o início de uma mudança na qualidade da saúde em Portugal. Mais profissionais de saúde, mais estabelecimentos de saúde, e uma verba maior em gastos de saúde por parte do Estado, como podemos observar nos três quadros que se seguem.

**Quadro 4. SNS – Estabelecimentos de Saúde - Continente**

Anos	Estabelecimentos de saúde			
	Hospitais gerais	Hospitais especializados	Centros de saúde	Extensões de centros de saúde
1985	70	24	329	1 860
1990	81	43	354	1 898
1991	80	47	356	1 876
1992	79	28	356	1 879
1993	78	27	354	1 917
1994	78	26	359	1 900
1995	79	26	355	1 869
1996	79	29	354	1 892
1997	79	29	358	1 922
1998	79	29	360	1 871
1999	78	32	361	1 824
2000	79	31	364	1 820
2001	78	29	363	1 813
2002	77	27	362	1 802
2003	74	25	363	1 804
2004	73	29	346	1 799
2005	70	27	348	1 789
2006	65	27	347	1 774
2007	59	25	346	1 733
2008	57	20	346	1 638
2009	52	20	345	1 180
2010 (quebra de série)	80	31	346	1087
2011	80	29	358	1 063
2012	82	27	357	n/dispon.

2013	82	25	n/dispon.	n/dispon.
2014	83	24	n/dispon.	n/dispon.
2015	85	23	n/dispon.	n/dispon.

Fontes de Dados: INE | DGS/MS – Inquérito aos Hospitais / Inquérito aos Centros de Saúde  
 Fonte: PORDATA

Última atualização: 2016-12-21

Relativamente ao número de estabelecimentos de saúde públicos indicados no Quadro 4, assistimos ao aumento gradual do número de hospitais gerais e centros de saúde, embora careçam valores da década de 70 para comparação. Entre 1985 e 2015 existem mais 15 hospitais gerais. Em contraponto, e no mesmo período de tempo, há menos um hospital especializado, o que se pode compreender com o carácter cada vez mais multidisciplinar da medicina atual. Com efeito, o doente num estabelecimento de saúde é cada vez mais visto como um todo, sendo o seu processo acompanhado por uma equipa multidisciplinar de médicos e técnicos das mais variadas áreas. Verificamos ainda que o número de centros de saúde aumentou ligeiramente, mas a houve uma redução de extensões desses mesmos centros, o que por vezes prejudica os centros mais pequenos

#### Quadro 5. SNS – Pessoal ao Serviço – Continente

Indivíduo

Anos	Médicos	Pessoal de enfermagem	Enfermeiros	Técnicos de diagnóstico e terapêutica
1985	21 275	19 289	n/dispon.	2 977
1990	21 029	23 243	n/dispon.	3 964
1991	21 118	24 897	n/dispon.	3 926
1992	21 435	25 015	n/dispon.	4 008
1993	21 189	26 302	n/dispon.	4 119
1994	21 578	27 188	n/dispon.	4 411
1995	21 866	28 548	n/dispon.	4 657
1996	22 254	29 342	n/dispon.	4 851
1997	22 067	31 138	n/dispon.	5 192
1998	21 690	32 151	n/dispon.	5 312
1999	22 406	33 116	30 118	6 254
2000	22 879	33 841	31 283	6 380
2001	22 712	34 438	30 680	6 499
2002	23 542	34 862	31 190	6 694
2003	23 031	35 128	30 512	7 157
2004	23 262	36 343	32 632	7 068
2005	23 402	37 235	33 980	7 186
2006	23 604	37 365	35 160	7 235
2007	23 524	39 070	34 506	7 342
2008	23 633	n/dispon.	35 897	7 521

2009	23 693	n/dispon.	37 790	7 656
2010	24 710	n/dispon.	39 814	7 774
2011	24 271	n/dispon.	39 270	7 488
2012	25 224	n/dispon.	39 797	7 587

Fontes de Dados: INE | DGS/MS – Inquérito aos Hospitais / Inquérito aos Centros de Saúde

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2015-06-26

Assistimos ainda, através do Quadro 5, ao aumento exponencial do número de profissionais de saúde, ainda que, à semelhança do indicador anterior, não estejam disponíveis valores da década de 70. Em 2012 registam-se mais de 25 mil médicos, mais quase quatro mil do que em 1985. Maior aumento sofreu ainda o pessoal de enfermagem, que viu aumentar exponencialmente os números de profissionais, já que entre 1985 e 2007 o valor quase que duplicou. Os enfermeiros sofreram um aumento de quase 10 mil elementos entre 1999 e 2012, representando, em 2012, a classe mais numerosa dentro do sector da saúde. Os técnicos de diagnóstico e terapêutica também sofreram um aumento significativo, já que quase triplicaram o número de elementos entre 1985 e 2012.

#### Quadro 6. SNS –Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB

Rácio - %

Anos	Despesas do Estado em saúde em % PIB
1972	0,2
1973	0,3
1974	0,3
1975	0,4
1976	0,3
1977	1,5
1978	2,7
1979	3,0
1980	2,8
1981	3,0
1982	2,8
1983	2,6
1984	2,7
1985	3,0
1986	2,9
1987	2,8
1988	3,1
1989	3,1
1990	3,1
1991	3,4



1992	3,6
1993	3,9
1994	3,9
1995	3,4
1996	4,0
1997	3,9
1998	3,9
1999	4,1
2000	4,1
2001	4,3
2002	5,7
2003	4,3
2004	5,5
2005	5,9
2006	5,4
2007	5,2
2008	5,2
2009	5,5
2010	5,4
2011	5,2
2012	6,2
2013	5,0

Fontes de Dados: INE | BP – Contas Nacionais Anuais (Base 2011)

DGO/MF – Relatório/publicação "Conta Geral do Estado"

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2016-09-23

O aumento de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde reflete-se, claramente, na despesa do orçamento de Estado com os cuidados de saúde (ver Quadro 6), que aumentou exponencialmente após a criação do SNS. Em 1972 representava 0,2% do PIB, em 1979 era já de 3% e em 2013 representou 5%.

#### Quadro 7. Despesa em cuidados de saúde por habitante (Euro)

Rácio

Países	Despesa em saúde por habitante	
	2003	2011
DE - Alemanha	2 733,0	↓ 3 539,0
AT - Áustria	2 713,7	3 658,4
BE - Bélgica	2 652,9	↓ 3 519,7
BG - Bulgária	174,1	-
CY - Chipre	1 009,3	-
HR - Croácia	-	-
DK - Dinamarca	3 115,2	-

SK - Eslováquia	-	⊥ 970,5
SI - Eslovénia	1 049,5	1 505,2
ES - Espanha	1 465,7	2 072,8
EE - Estónia	310,4	702,7
FI - Finlândia	2 168,5	3 018,8
FR - França	2 668,1	3 438,8
GR - Grécia	-	-
HU - Hungria	604,7	⊥ 767,7
IE - Irlanda	-	-
IT - Itália	-	-
LV - Letónia	-	-
LT - Lituânia	-	670,7
LU - Luxemburgo	4 042,2	-
MT - Malta	-	-
NL - Países Baixos	2 640,9	3 999,1
PL - Polónia	300,1	622,7
PT - Portugal	1 258,3	1566,3
UK - Reino Unido	-	-
CZ - República Checa	567,4	-
RO - Roménia	127,2	359,3
SE - Suécia	2 774,6	3 663,8
IS - Islândia	3 482,3	-
NO - Noruega	4 086,9	6368
CH - Suíça	4 412,8	6627,1
US - Estados Unidos da América	5 059,1	-
JP - Japão	2 314,6	-

(⊥ quebra de série)

Fontes de Dados: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast.

Eurostat | OMS | OCDE | Entidades Nacionais - Questionário Conjunto às Despesas em Saúde U.S. Census Bureau, Population Division (EUA) | Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (Japão) - Estimativas da População e Recenseamento da População

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2017-02-14

Importa perceber onde se situa Portugal no panorama europeu de despesas em cuidados de saúde por habitante. Através do Quadro 7, verificamos que, entre 2003 e 2011, os gastos de saúde por habitante em Portugal aumentaram cerca de 300€, situando-se em 2011 em 1566,3€/habitante. Este valor encontra-se muito abaixo de países como a Suécia, Áustria, Países Baixo, França, Finlândia ou Alemanha, com valores a rondar os três mil euros por habitante, mas muito superior a países como a Estónia, Hungria, Lituânia, Polónia ou Roménia, que se situam muito abaixo de mil euros por habitante. A encabeçar a lista dos países que mais gastam em saúde com os seus habitantes, encontram-se a Suíça e a Noruega, com despesas na casa dos seis mil euros por habitante.

### 1.3 O aparecimento das novas tecnologias de informação no Serviço Nacional de Saúde

É a partir de 2010 que as novas tecnologias da informação começam a ter alguma expressão no SNS.

Em 2011 inicia-se a prescrição eletrónica de medicamentos. O objetivo máximo desta funcionalidade é facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento, desmaterializando todo o circuito administrativo que antes existia, conforme explícito na Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. A prescrição eletrónica foi-se generalizando e as entidades públicas e privadas de saúde foram-se adaptando de forma a poder inserir nos seus circuitos esta nova forma de tecnologia, acelerando a informatização do sistema de saúde e dos seus operadores, públicos e privados.

Sendo as bases de dados cada vez mais informatizadas, em 2012, a Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro, vem regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS.

Este ano marca ainda o arranque da Plataforma de Dados da Saúde (PDS), desenvolvida pela Comissão para Informatização Clínica (CIC) e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS). A PDS tem como objetivo a reaproximação dos portugueses ao SNS. “Mais acessível, mais moderno e igual para todos os cidadãos”, pode ler-se no prospeto promocional deste portal da responsabilidade do Ministério da Saúde. Até 2015, “a PDS atingiu cerca de um milhão de utentes ativos registados” (Ministério da Saúde, 2015, p. 32).

A PDS é caracterizada como “um instrumento privilegiado de informação sobre a saúde e acesso aos serviços” (Ministério da Saúde, 2013, p. 41), “permitindo aos profissionais de saúde o acesso à informação clínica relevante dos utentes em qualquer ponto do país e possibilitando também o contacto direto entre utente e o seu medico de família” (Ministério da Saúde, 2015, p. 31), cuja informação pode ser consultada e partilhada via Portal do Utente.

Fig. 7 Portal do Utente (<https://servicos.min-saude.pt/utente/>, acedido a 06/06/2017)



O Portal do Utente é uma plataforma online, também disponível desde 2012, que permite consultar todas as informações do SNS e disponibiliza serviços para aproximar o cidadão, o profissional de saúde e as instituições do SNS. Este portal engloba diversas funcionalidades, tais como a consulta de tempos de espera, o agendamento de consultas (através do eAgenda), a confirmação de cirurgias (através do eSIGIC) e a consulta do registo do utente (através do eRNU). É possível ainda renovar de medicação crónica e visualizar guias de tratamento. “Próximo, flexível, simples, dinâmico, transparente e acessível” são os atributos que o próprio SNS lhe reconhece no seu prospeto promocional, da responsabilidade do Ministério da Saúde.

Por outro lado, existe o Portal do Profissional, centrado no utente, mas permitindo o acesso pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) à informação clínica do utente. Esta plataforma já teve “mais de 8 milhões de acessos, tendo sido consultada por 48.918 profissionais de saúde do SNS (28.373 médicos e 20.545 enfermeiros) em 597 instituições do país, permitido o acesso a informação de 544 instituições de saúde”. (Ministério da Saúde, 2015, p. 34)

Toda esta informatização do sistema, com a partilha de informação entre os vários intervenientes no processo dos cuidados de saúde, torna inevitável a discussão da cidadania em saúde. O utente mais informado, mais participativo, com acesso aberto aos dados sobre a sua própria saúde, torna-se quase protagonista nas decisões sobre a sua saúde. “A liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde só pode ser exercida na sua plenitude se o utente possuir toda a informação necessária, adaptada à sua capacidade de compreensão e relevante para a decisão”, pode ler-se no DL nº 238/15.

Começa a solidificar-se o princípio do direito à informação em saúde, para que os utentes possam participar de forma informada e responsável nas decisões que envolvam os seus cuidados de saúde.

O DL nº 238 de 2015 assume que o governo tem como objetivo estratégico “fomentar uma maior participação dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema de saúde, acreditando-se que o cidadão deve ser um protagonista ativo no exercício do seu direito a cuidados de saúde”. Como medidas, prevê-se “melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde, assim como melhorar a transparência da informação em saúde”.

De um lado o profissional de saúde, do outro lado o cidadão. Entre ambos, as tecnologias de informação. E uma relação que, indiscutivelmente, se molda a este novo paradigma, cujos custos e benefícios ainda não são consensuais, nem para sociedade civil, nem para a classe médica.

#### **1.4 Raio-X ao Serviço Nacional de Saúde Atual**

Para um melhor enquadramento da mudança que os serviços públicos de saúde estão a sofrer com a introdução das novas tecnologias da informação, iremos debruçar-nos em seguida no estado atual do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente nos seus

estatutos, no número de utentes e unidades em funcionamento, e em alguns indicadores do estado de saúde em Portugal.

#### **1.4.1 Serviços e Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde**

O Estatuto do SNS foi promulgado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

O Estado assegura o direito à proteção da saúde através do SNS, que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.

Integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente:

- Os agrupamentos de centros de saúde;
- Os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação;
- As unidades locais de saúde.

O membro do Governo responsável pela área da saúde exerce poderes de superintendência e tutela sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica.

#### **1.4.2 A Saúde em números**

Perceber a realidade do SNS é também perceber os principais indicadores do estado de saúde dos portugueses e o acesso aos cuidados básicos de saúde.

Atualmente, regista-se um total de mais de 10 milhões de utentes inscritos no SNS, a sua larga maioria com médico de família associado, como podemos ver no Quadro 8.

**Quadro 8. Utesntes inscritos no Serviço Nacional de Saúde (dados a 15.09.2016)**

<b>Total utentes inscritos</b>	10.147.000
<b>Utentes com médico de família</b>	9.208.287
<b>Utentes sem médico de família</b>	938.713

*Fonte: ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP*

Por outro lado, as unidades funcionais em atividade ultrapassam o milhão, como se verifica no Quadro 9.

**Quadro 9. Total de unidades funcionais em atividade (dados em 07.2016)**

<b>Unidade de saúde familiar (USFA)</b>	247
<b>Unidade de saúde familiar (USFB)</b>	209
<b>Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP)</b>	408
<b>Unidade de cuidados na comunidade (UCC)</b>	248
<b>TOTAL</b>	<b>1.112</b>

*Fonte: ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP*

É importante refletir ainda sobre os indicadores de desempenho do Sistema de Saúde, nas suas múltiplas dimensões de acesso, qualidade, eficiência e segurança, que auxiliam a análise da qualidade do Sistema de Saúde, e também sobre os indicadores de Estado de Saúde, que permitem analisar quão saudável é uma população através de dimensões como mortalidade, morbidade, incapacidade e bem-estar.

A análise ao Quadro 10 permite-nos perceber que a esperança de vida à nascença tem vindo a subir e que a mortalidade infantil tem vindo a descer. Em termos de acesso, pretende-se alargar a cobertura do acesso à monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 e 13 anos e melhorar a eficiência de profissionais de saúde e atos médicos.

**Quadro 10. Lista de alguns Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde em Portugal Continental (valores observados, projetados e metas)**

<b>N</b>	<b>INDICADOR</b> Nome	<b>VALORES</b>			
		2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016
<b>ÁREA: MORTALIDADE</b>					
20	Esperança de vida à nascença (anos)	76,6	79,2	81,7	81,8
<b>ÁREA: MORTALIDADE</b>					
27	Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	5,3	3,6	2,1	1,9
<b>ÁREA: ACESSO</b>					
43	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%)	76	70	56	75
44	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)	35	36	41	58
<b>ÁREA: EFICIÊNCIA</b>					
45	Médicos (/100000 hab.)	323,7	383,7	431,5	451,5
46	Enfermeiros (/100000 hab.)	359,0	551,3	764,7	801,1

47	Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100000 hab.)	68,8	75,2	81,4	106,5
48	Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano)	2,7	2,7	3,0	3,4
49	Consultas médicas hospitalares (/hab./ano)	0,8	1,4	2,3	2,4
50	Atendimentos em urgências hospitalares (/1000 hab./ano)	647,7	708,2	754,3	720,1

(a) Ou ano mais próximo.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

É neste contexto que urge uma reflexão às novas tecnologias da informação ao serviço do médico e do cidadão e o seu papel na comunicação entre os dois. Por um lado, a tecnologia acelera e agiliza a relação de comunicação entre quem trata e quem é tratado. Por outro, também cria uma barreira a esta relação que já não é somente a dois, mas que é agora mediada pela tecnologia e por toda a informação que circula na Internet, criando novos desafios que esta investigação procurará detalhar.

## 2. A e-Saúde: novas tecnologias da informação ao serviço do médico e do doente

A e-Saúde, ou seja, a saúde apoiada nas novas tecnologias de informação, tem hoje uma importância indiscutível no setor da saúde. A prática da medicina, outrora circunscrita ao consultório médico, está hoje disseminada na Internet e nos meios de comunicação e entretenimento em diversas formas e a crescer exponencialmente. Neste capítulo, procuraremos detalhar este fenómeno emergente e refletir sobre o seu efeito na relação de comunicação entre o médico e o doente.

### 2.1 Utente, doente ou cliente

Antes de abordar a questão da e-saúde em estabelecimentos de saúde privados e em espaços de mediatização, como a televisão, a rádio ou a Internet, torna-se fundamental esclarecer a terminologia que define o utilizador destes espaços de saúde.

Até aqui, na reflexão sobre a criação e recente informatização do SNS, foi utilizada a designação “utente”, já que, quer na informação produzida pelo Ministério da Saúde (seja sob a forma de legislação publicada em Diário da República, seja na forma de documentação oficial distribuída pelos vários estabelecimentos de saúde), quer na informação da responsabilidade do próprio SNS, o termo “utente” é a denominação dada aos beneficiários deste serviço público de saúde.

Quando se entra no foro da medicina privada, há uma discussão pública entre o uso de paciente, doente ou de cliente para designar o utilizador destes espaços, já que cada vez mais as unidades de saúde tentam “vender” os seus serviços a possíveis “clientes”. “A lógica publicitária conduz ao cliente, não ao cidadão – e a comunicação no SUS<sup>1</sup> deveria ser orientada para a relação com o cidadão” (Araújo, 2014, p.110). O público-alvo da comunicação em medicina privada será um possível cliente dos serviços que se oferecem ou o cidadão?

Não se pode tratar a comunicação no campo da saúde coletiva como se fosse uma empresa comercial. Nesta, trata-se com “clientes”, objetiva-se o lucro, a comunicação confunde-se com marketing e está voltada para a publicidade de marcas e a venda de produtos. No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a “cidadãos”, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade (Araújo, 2014, p. 61).

Debruçando-nos sobre vários estabelecimentos de saúde privada, vemos que a designação não é homogénea. Nos Hospitais Cuf, na Clínica Particular de Coimbra e no Trofa Saúde Hospital, para citar alguns exemplos, a designação utilizada é a de “cliente”. Na Idealmed –

---

<sup>1</sup> SUS= Sistema Único de Saúde (Brasil)



Unidade Hospitalar de Coimbra, a designação utilizada é a de “paciente”. O Centro Cirúrgico de Coimbra e as Clínicas Leite, por outro lado, referem-se aos seus utilizadores como “doentes”.

Nesta investigação, e na falta de consenso documental e bibliográfico que auxilie no esclarecimento desta temática, sempre que houver referência ao utilizador de serviços médicos de foro público, respeitaremos a designação de “utente” e sempre que a referência for feita ao utilizador de serviços médicos de foro privado, a designação será a de “doente”.

## 2.2 A e-saúde em unidades de saúde privadas

Já refletimos sobre a informatização do SNS e acerca das diversas ferramentas que se colocam ao serviço do profissional de saúde e do utente com vista à otimização dos recursos e à prestação de um serviço com mais qualidade.

Também nos consultórios de clínica privada as tecnologias de informação e comunicação estão a ganhar espaço e são usadas como uma ferramenta fortíssima de *marketing*, na captação de novos doentes.

Hoje em dia, na medicina privada, é notório o investimento na promoção dos serviços clínicos através de um *website* institucional, onde existe espaço para informação sobre as mais variadas patologias e respetivos tratamentos. As consultas são agendadas por *e-mail* e é possível tirar dúvidas com o especialista também por esta via eletrónica, tendo como intermediário entre eles o secretariado clínico, que agiliza o processo.

As clínicas e hospitais privados apostam ainda na presença assídua nas redes sociais, com chamadas de atenção para efemérides ligadas à saúde, com notícias sobre investigações na área ou simplesmente apelando à importância das consultas de rotina e do diagnóstico precoce, ambicionando assim o aumento do leque de novos doentes.

Os exames realizados pelos doentes são enviados por e-mail ou entregues num Cd-Rom ou pen, ou ainda colocados numa área reservada no *website* onde o doente pode visualizar os exames realizados, fazer o seu *download* e consultar ou alterar os seus dados pessoais. As fichas clínicas são informatizadas e os dados obrigatoriamente registados na Comissão Nacional de Proteção de Dados. Em grandes unidades, já existe um sistema de senhas para atendimento e os ecrãs já monitorizam o tempo médio de espera.

É ainda frequente o serviço de alerta de atos médicos agendados através de SMS e a prescrição eletrónica, tema já abordado aquando da reflexão sobre a informatização do SNS, é já uma realidade nacional. As receitas são desmaterializadas e a prescrição é enviada para o telemóvel do doente, que não precisa do seu suporte em papel para levantar os fármacos na farmácia.

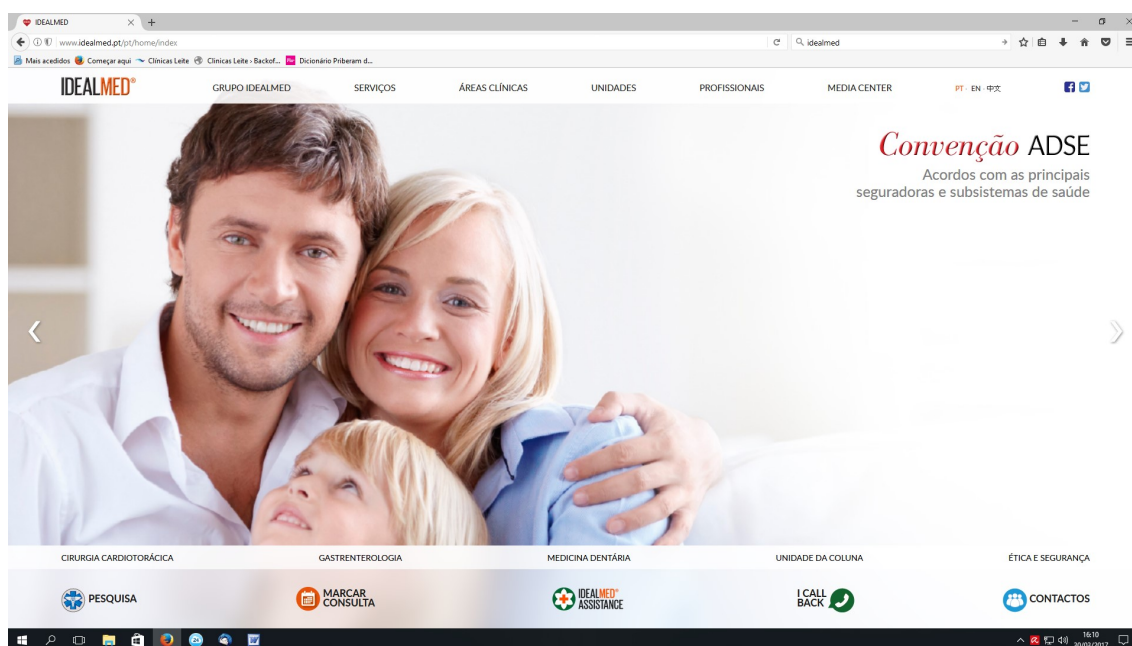
Estas ferramentas auxiliam hoje a que qualquer clínica, por mais pequena que seja, tenha na publicidade uma arma valiosa. As grandes unidades hospitalares privadas e os consultórios médicos privados investem, cada vez mais, em departamentos de marketing para promover os seus serviços. Os rastreios gratuitos que realizam são uma forma de publicidade disfarçada, captando público para futuras consultas e exames, oferecendo, com o resultado do rastreio, um desconto associado a uma primeira consulta. As palestras pedagógicas que cadeias de saúde levam a cabo em escolas, com o intuito de sensibilizar sobre a importância da higiene oral ou da saúde visual e auditiva, escondem o verdadeiro objetivo de captar doentes de tenra idade e, a partir daí, o resto da família.

Sendo o ato médico um ato regulado por códigos de ética e deontologia inabaláveis, a crescente publicidade em saúde é, de facto, uma tendência evidente de que, hoje em dia, nas unidades privadas, o ato médico é muito mais um ato comercial do que clínico.

Debrucemo-nos sobre alguns exemplos de marketing digital em grandes unidades hospitalares nacionais para melhor ilustrar esta realidade.

A Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra, é o único hospital privado de Coimbra, e possui uma forte aposta em *marketing* e publicidade. Tem cinco anos de existência e desenvolve a sua atividade em 41 especialidades clínicas.

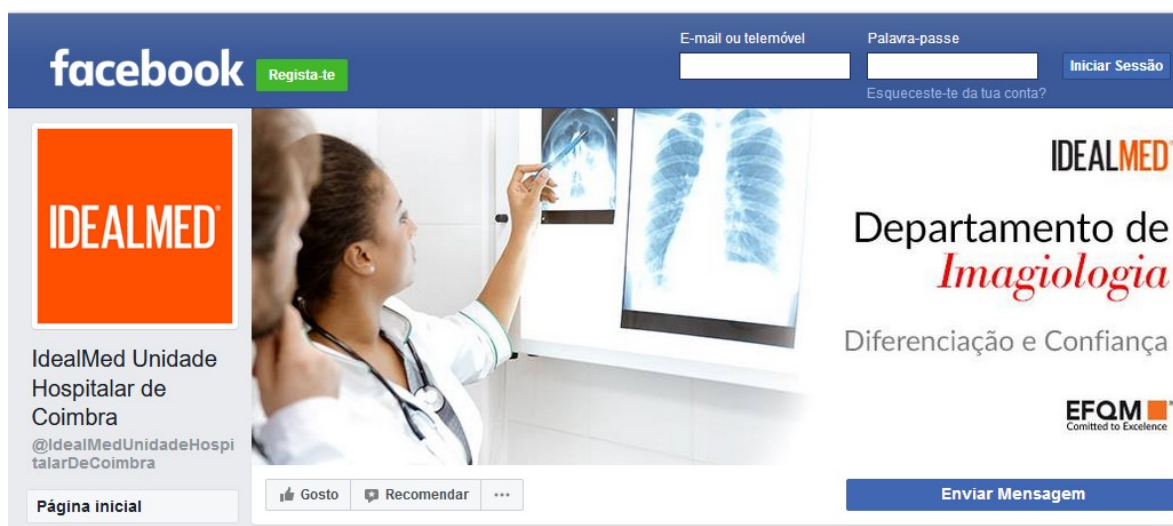
**Fig. 8 Website Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra** (<https://www.idealmed.pt>, acedido em 30/03/2017)



Através do *website* da Idealmed é possível marcar consultas, aceder ao serviço Idealmed Assistance (que permite contactar com um profissional de saúde por telemóvel, a qualquer hora do dia) e à ferramenta I Call Back (um serviço gratuito em que o doente disponibiliza o seu contacto telefónico e é contactado pela unidade de saúde). O marketing da Idealmed assenta numa publicidade extremamente humanizada, onde as imagens são centradas em

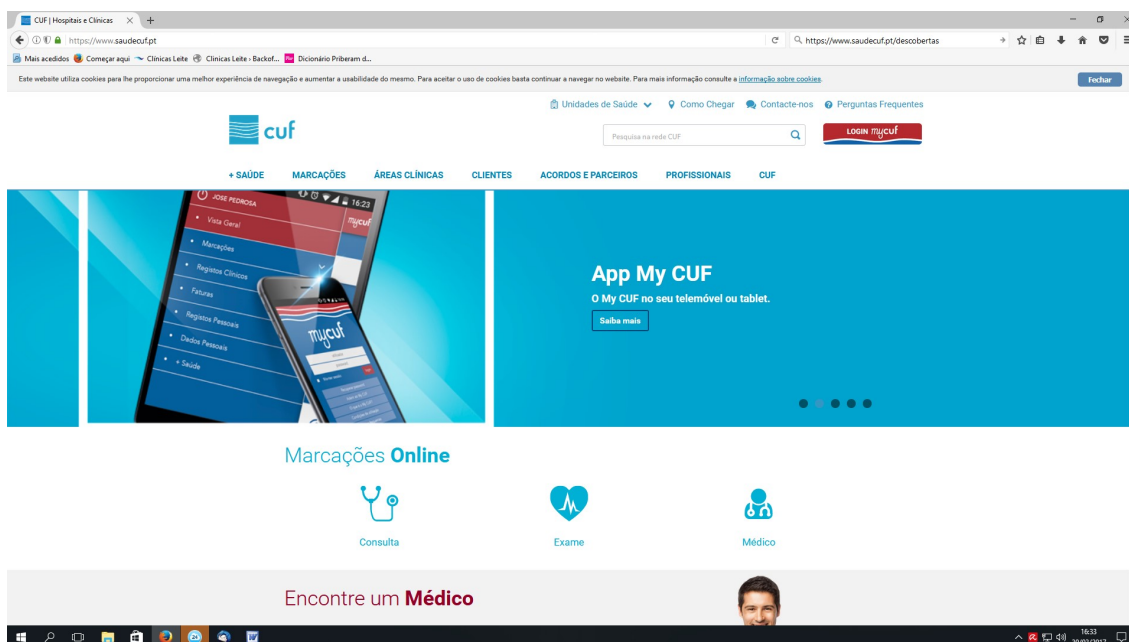
peças: famílias bonitas e de rostos felizes, maioritariamente com crianças e até mesmo bebês (a Idealmed dispõe de uma maternidade).

Fig. 9 *Facebook* Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra (<https://pt-pt.facebook.com/IdealMedUnidadeHospitalarDeCoimbra/>, acessado em 26/07/2017)



A página de *Facebook* da unidade é outra das suas armas poderosas de *marketing*, e conta já com quase cento e setenta mil seguidores.

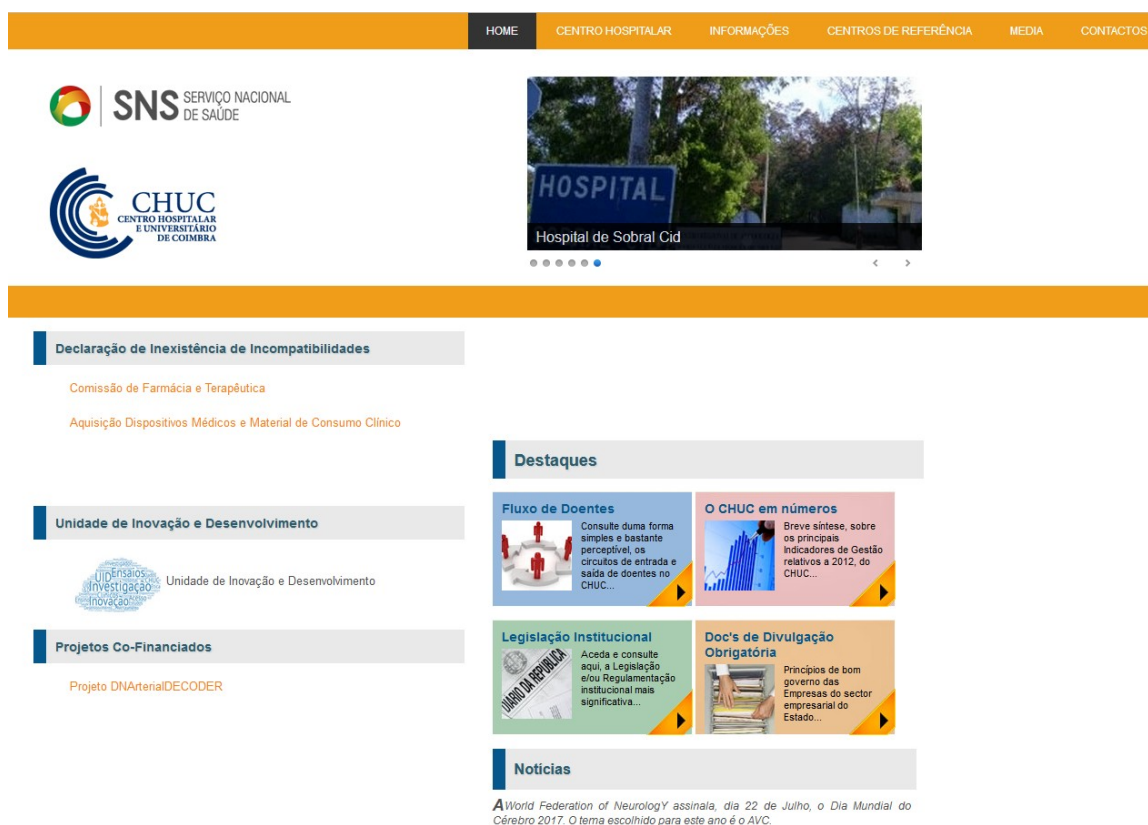
Fig. 10 Website Cuf Hospitais e Clínicas (<https://www.saudecuf.pt/> acessado em 30/03/2017)



No *website* da Cuf, uma rede de 15 Hospitais e Clínicas a nível nacional com 70 anos de existência, é possível marcar *online* consultas e exames e consultar os tempos médios de espera nos diversos hospitais do grupo (adultos e pediatria). Existe ainda uma área

reservada, designada por *MyCuf*, onde o doente acede a um conjunto de funcionalidades e informações personalizadas sobre a sua atividade nos hospitais e clínicas do grupo. Neste espaço, que carece de um registo prévio, o doente pode consultar receitas médicas prescritas, consultar o estado dos pedidos de autorização de cirurgias e internamento, consultar e fazer o *download* de faturas liquidadas e efetuar pagamentos *online* de faturas, entre muitas outras funções. O *MyCuf* está ainda disponível em telemóvel ou *tablet*. A presença no Facebook da entidade tem quase 150 mil seguidores.

Fig. 11 Website CHUC (<http://www.chuc.min-saude.pt/> acedido em 26/07/2017)



Consideramos pertinente apresentar também um exemplo de um hospital público, neste caso o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), para mais facilmente se perceber a diferença da aposta em marketing digital nos dois setores, público e privado. O website do CHUC (Figura 10) segue uma linha predominantemente institucional, com informação sobre a entidade e maioritariamente descritiva dos serviços. O sub-menu "Informação ao cidadão" possui diversas informações de apoio ao cidadão/ doente (são utilizadas ambas as designações), que podem ser descarregadas e consultadas online. Diríamos que é a vertente mais digital que conseguimos encontrar nesta plataforma.

### 2.3 A medicina low cost

Hoje em dia, a saúde passou a ser um espaço de mediatização e de entretenimento nos mais variados canais de comunicação, deixando de estar circunscrita aos consultórios e

existindo de uma forma quase “informal” em vários espaços de comunicação. Na televisão e na rádio proliferam as rubricas com médicos a discutirem patologias, a realizarem diagnósticos clínicos em direto e a sugerirem terapêuticas, a promoverem cirurgias e a aconselharem tratamentos.

A mediatização da saúde, que pode ser entendida como “decorrência do redimensionamento da área de educação em saúde – cada vez mais envolvida pela componente comunicação” (Araújo. I, 2014, 99), assume várias formas na televisão e rádio nacionais públicas e privadas.

Na RTP1, o programa “Diga Doutor”<sup>2</sup> (Figura 11), um formato semanal de saúde, fala sobre doenças, bons hábitos, qualidade de vida, formas de prevenção e tratamentos, além de dar espaço aos telespectadores para poderem colocar as suas dúvidas. Este programa partiu da rubrica “Médico de Família” do programa “Agora Nós” da RTP, que esteve no ar durante dois anos, e que tratava os mais variados problemas de saúde, promovendo interação com os telespectadores. O programa tem ainda uma página de Facebook que conta já com mais de 19 mil seguidores.

**Fig. 12 Programa “Diga Doutor”, RTP1**



O programa da TVI “A Tarde é Sua” tem uma rubrica, todas as 4<sup>as</sup>.feiras, intitulada “Sr. Doutor”, em que o médico de saúde oral João Espírito Santo comenta um caso clínico específico, oferecendo a sua ajuda no tratamento.

O programa da Rádio Comercial “Mas tem mesmo que ser assim?”<sup>3</sup>, com o pediatra Mário Cordeiro, aborda temas de saúde infantil, educação e mitos. A escola, a alimentação, as brincadeiras, as regras, todos os temas que possam interessar às famílias e educadores são abordados pelo pediatra, que deixa ainda conselhos aos pais. É possível colocar dúvidas ao especialista, através de um formulário *online* no *website* da estação.

<sup>2</sup> Semanalmente, aos sábados de manhã

<sup>3</sup> Semanalmente, aos sábados de manhã

Em paralelo, proliferaram blogues de médicos que falam da sua vida pessoal e familiar, que contam consultas tidas em hospitais públicos ou consultórios privados e que promovem técnicas cirúrgicas e aconselham os cibernautas. São disso exemplo o blogue “E os filhos dos outros” ([www.eosfilhosdosoutros.com](http://www.eosfilhosdosoutros.com)), da autoria do cirurgião pediátrico João Moreira Pinto, o blogue “Café Canela & Chocolate” ([www.cafecanelachocolate.sapo.pt](http://www.cafecanelachocolate.sapo.pt)), da autoria da médica ginecologista/obstetra Sofia Serrano, o blogue “Beijo de Mulata” ([www.beijo-de-mulata.blogspot.com](http://www.beijo-de-mulata.blogspot.com)), da autoria da pediatra Patrícia Lopes, o blogue “Pediatra para todos” (<http://blogpediatriaparatodos.blogspot.pt/>), da autoria do pediatra Hugo Rodrigues, entre tantos outros.

Fig. 13 E os Filhos dos Outros (<https://www.eosfilhosdosoutros.com>, acessido em 14/06/2017)



No blogue “E os Filhos dos Outros” (Figura 8), o autor apresenta-se como cirurgião pediátrico e existe um menu na barra superior denominada “Temas Médicos”, onde aparece um glossário de temas com explicações de algumas doenças e alguns conselhos práticos.

O próprio Continente tem uma área chamada “Pediatra Online” (Figura 10), da responsabilidade do pediatra Paulo Oom, com vários vídeos com conselhos aos pais sobre a primeira infância (<https://universodobebe.continente.pt/o-bebe/pediatra-online/conheca-o-pediatra>).

Fig. 14 **Pediatria Online** (<https://universodobebe.continente.pt/o-bebe/pediatra-online/>, acessado em 14/06/2017)



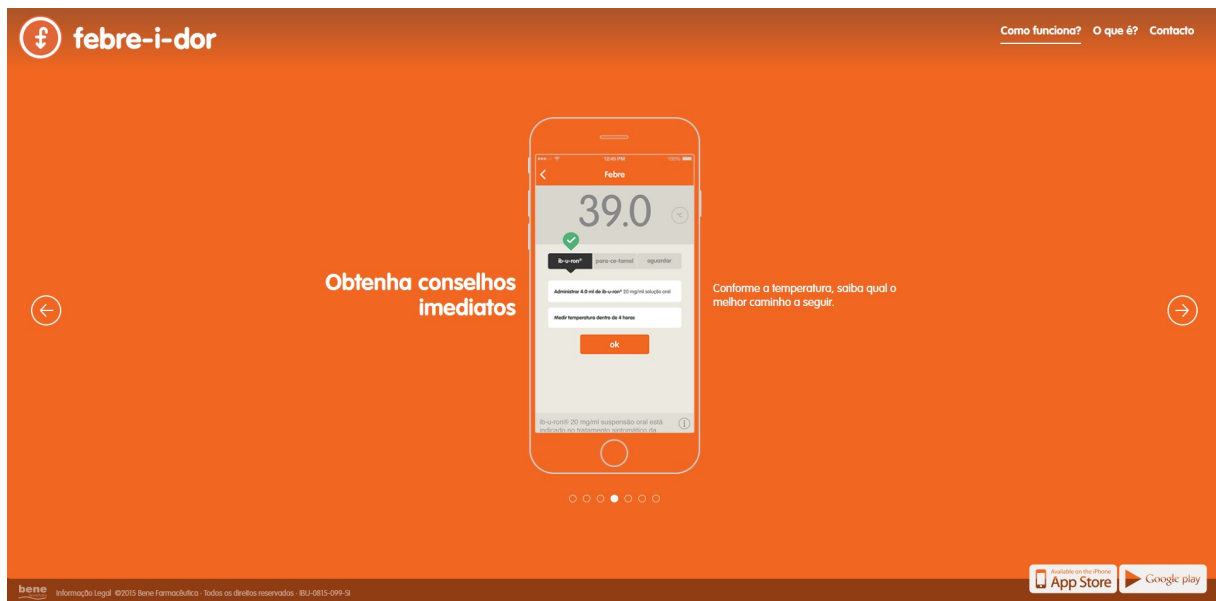
Neste espaço, o utilizador é convidado a esclarecer dúvidas e questões sobre bebés e pode inclusivamente ver vídeos sobre temas específicos, como cólicas no recém-nascido ou mesmo dúvidas em relação ao desenvolvimento da criança.

Surgem ainda os consultórios virtuais, como é o caso da “Saúde Livre” (<https://www.saudelivre.pt/>), uma plataforma *online* de marcação de consultas, tratamentos e exames, a preços que em alguns casos se situam em metade do valor praticado nos consultórios médicos privados. Estas consultas a preços *low cost* vão desde 39€ para consultas de especialidade, sendo a pediatria e a psiquiatria mais elevadas, rondando os 45€.

Outra realidade são as aplicações para *smartphones* que permitem controlar vários aspetos da saúde.

Por exemplo, a aplicação “febre-i-dor” (Figura 11) é grátis para dispositivos móveis e oferece um método “simples e seguro” para gerir a medicação das crianças em episódios de febre e dor. Pode criar-se um perfil para uma ou mais crianças e a aplicação calcula as doses de ibuprofeno e paracetamol consoante o peso da criança, aconselha qual a melhor medicação e mantém um histórico de episódios, medicações e medições. É ainda possível partilhar os dados com outro cuidador ou com o profissional de saúde que segue a criança.

Fig. 15 febre-i-dor (<http://www.febre-i-dor.pt/>, acessado em 14/06/2017)



Existem também inúmeras aplicações para calcular a ovulação, que permitem à mulher que deseja engravidar perceber qual o seu período fértil. Nestas aplicações, a utilizadora insere os seus dados diariamente e a aplicação indica-lhe se está a ovular e qual a probabilidade de engravidar nesse ciclo. Por exemplo, o *Period Calendar*, aplicação para smartphones, permite guardar detalhes de tudo o que está relacionado com o ciclo menstrual, como sintomas, humor, relações sexuais, peso, temperatura e medicação.

A *Apple* dispõe também de uma aplicação chamada "Saúde", que permite ao utilizador inserir dados sobre sua a saúde (tensão arterial, vacinação, medicação, exames laboratoriais) e ainda configurar um monitor de ritmo cardíaco *bluetooth*, cujas informações são automaticamente enviadas para a aplicação.

Estes são apenas alguns exemplos de como a tecnologia fez proliferar programas, plataformas e meios de informação ligados à saúde, numa mistura de ciência e entretenimento. O médico, figura séria e respeitada, intocável, que tinha um pouco de Deus e cuja sabedoria nunca era posta em causa, assume agora o papel de *entertainer* nos meios de comunicação e está de fácil acesso em qualquer plataforma ou aplicação móvel.

### 2.3.1 Bom dia Dr. Google

A expressão "Dr. Google" já ganhou vida no nosso dia-a-dia e já há muitos pacientes a admitirem ao seu médico terem consultado a Internet, e o Google em particular, para uma pesquisa motivada por dúvidas em relação à sua saúde, o que faz da Internet a maior livraria médica do mundo.



Segundo dados da própria *Google*, um por cento das pesquisas feitas nesta plataforma, o que equivale a largos milhões, dizem respeito a sintomas de doenças e resultavam, até agora, numa imensidão de resultados, com conclusões díspares e comentários confusos em fóruns. Ou seja, quem pesquisava acaba mal informado e, muitas vezes, assustado. Esta situação levou a *Google* a desenvolver uma aplicação de pesquisa de sintomas, em parceria com a *Harvard Medical School* e a *Mayo Clinic*, disponível para *tablets* e telemóveis.

Para já apenas no Reino Unido e nos Estados Unidos, a *Google* promete apresentar a informação mais útil. "Quando perguntar sobre sintomas como 'dor de cabeça de um lado', nós mostraremos uma lista de situações relacionadas (dor de cabeça, enxaqueca, cefaleia de tensão, sinusite, constipação comum). Para sintomas individuais como 'dores de cabeça', daremos também uma descrição geral, bem como informação acerca de opções de tratamento e o que poderia justificar uma ida ao médico. O nosso objetivo é ajudá-lo a navegar e a explorar as doenças ligadas aos seus sintomas e assim chegar rapidamente ao ponto em que pode fazer pesquisas mais aprofundadas ou conversar com profissionais de saúde", diz um comunicado emitido pela empresa. Segundo a *Google*, as informações médicas são de "alta qualidade" e recolhidas junto de médicos da Universidade de Harvard e da Clínica Mayo.

## **2.4 As novas tecnologias ao serviço da saúde – alguns casos de sucesso**

### **2.4.1 A telemedicina**

Além de todas as ferramentas já referenciadas, existe uma importante aplicação da tecnologia à saúde que não podia, de todo, ficar fora da nossa reflexão. A telemedicina é, indiscutivelmente, uma arma poderosa na democratização da saúde, já que veio dar resposta a zonas geográficas de fragilidade económica e social, proporcionando cuidados onde existe maior carência, já que a grande maioria de problemas de saúde graves existem em países em desenvolvimento (dados da Organização Mundial de Saúde - OMS). Nestas áreas geográficas, os cuidados de saúde são primários e há muitas especialidades clínicas que não estão, de todo, enraizadas.

Há várias definições de telemedicina, mas podemos defini-la do seguinte modo:

A utilização dos recursos de telecomunicação e de informática quando aplicados na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos à distância, consultas e orientações, educação médica continuada à distância e videoconferências, com imagens transmitidas por meio eletrónico, utilizando cabos e fibras óticas, ou mesmo via satélites (Wechsler R et al, 2003, p. 57).

Estima-se que o volume de negócios de telemedicina na Europa crescerá em média 10% entre 2006 e 2020 (Ryu S., 2012). O tratamento de doentes com recurso à telemedicina pode traduzir-se numa redução de custos comparado com tratamentos convencionais e

numa redução do número de dias de internamento com doentes que recorreram à telemedicina.

#### **2.4.1.1 A discussão à volta da telemedicina**

“Pode parecer um contra-senso, mas é para isso que temos a tecnologia: para dar acesso à saúde e não para vedar esse acesso.” (Paulo Telles de Freitas, presidente do Conselho de Administração do Instituto Marquês de Valle Flôr, 2015).

São vários os estudos à volta da telemedicina. Muitos são os ângulos considerados: a ética desta vertente da medicina, a relação entre médico e doente, a excessiva dependência da tecnologia, e vários estudos de casos que comprovam a eficácia deste recurso de tecnologia. Uma das questões levantadas é justamente o que muda na relação médico-doente, já que a base de qualquer diagnóstico, o exame físico, é suprimido. A confiança entre médico e doente, outrora essencial para um bom diagnóstico, é posta em causa na telemedicina, já que os dois se encontram num espaço virtual, mediados por equipamentos tecnológicos, e onde o sigilo profissional e a confidencialidade dos dados entra em terreno cinzento.

Ainda precisam ser analisados outros pontos para a prática médica via Internet, como as questões relativas à ética profissional, ao controle do exercício da profissão pelos órgãos reguladores, à comprovação da eficácia da terapêutica *on-line*, a alguns problemas de confidencialidade e sigilo, à identidade (tanto do paciente como do profissional) e à ausência de informações completas, resultantes do exame físico do paciente e que poderiam ser propiciadas somente pelo contato direto (Wechsler R et al, 2003, p. 58).

Não obstante as dúvidas que a integração deste serviço traz, é indiscutível a sua eficácia quando aplicada a locais de frágeis acessos, onde de outra forma um direito tão fundamental como o direito à saúde não chegaria, permitindo ainda uma redução de custos e um aceleração dos processos.

Podemos extrapolar facilmente o uso desta ferramenta tecnológica para outras áreas e domínios no campo da saúde que não o ato médico. A telemedicina é uma importante ferramenta de comunicação de ideias, de resultados científicos, sendo cada vez mais utilizada para palestras, seminários e aulas práticas em universidades. Ao serviço da comunicação, a telemedicina permite levar ideias, conceitos, teorias e casos clínicos de sucesso onde a tecnologia o permitir.

#### **2.4.2 mHealth da Organização Mundial de Saúde**

Outra das ferramentas da tecnologia aplicada à saúde com indiscutíveis benefícios é a iniciativa mHealth, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a define como a utilização de telemóveis e tecnologia *wireless* como ferramentas para melhorar os cuidados de saúde e a saúde em geral.

A International Telecommunications Union (ITU) estima que, no final de 2010, 77% da população mundial tinha uma subscrição de um telemóvel e mais de 85% estava coberta por rede de telemóveis. O acesso da população em países em vias de desenvolvimento à Internet aumentou com a expansão da banda móvel para a rede 3G, nomeadamente em África. Este fenómeno foi aproveitado para potenciar o poder das tecnologias móveis em benefício da saúde pública.

*mHealth allows patients to be connected to services which include health information on demand, health record management, and the remote, real-time monitoring of chronic conditions such as diabetes, asthma, and hypertension to name but a few (World Health Organization, 2011, p. 75).*

As tecnologias móveis eram já aplicadas em países em desenvolvimento, e com evidentes benefícios, na educação, na monitorização de eleições, no jornalismo cívico em políticas opressoras, na assistência a agricultores e em serviços bancários. A adaptação desta ferramenta à área da saúde tem sido lenta, mas é consensual que beneficia tanto doentes como profissionais.

Como em todas as inovações, várias questões se levantam, e o mais pertinente será o problema com a segurança de dados. No entanto, e tal como a telemedicina, esta ferramenta permite levar os cuidados de saúde a locais onde de outro modo eles teriam muita dificuldade em chegar.

*If implemented strategically and systematically, mHealth can revolutionize health outcomes, providing virtually anyone with a mobile phone with medical expertise and knowledge in real-time. This is a boon particularly to those marginalized or living in remote areas, who would otherwise not have access to this information or care (World Health Organization, 2011, p. 77).*

### **2.4.3 Vestuário aplicado à saúde**

O vestuário aplicado à saúde começa lentamente a ser uma realidade. A aplicação da tecnologia a peças de roupa para monitorização da saúde de quem a utiliza é já algo estudado em universidades. Existem protótipos de roupa para medir a frequência cardíaca, para contar calorias ou até para perceber (através da ligação a uma central) se uma pessoa idosa ou um doente a viver sozinho caíram ou estão de pé, por exemplo.

Recentemente, um jovem mexicano de 18 anos, Julián Rios, criou o EVA Bra, um sutiã que ajuda as mulheres a prevenir o cancro da mama, projeto que ganhou o prémio final dos Global Student Entrepreneur Awards 2017, em Frankfurt, na Alemanha. A ideia, inspirada no caso da mãe, que sofreu da doença, e a pensar em mulheres com tendência genética para ter este tipo de cancro, consiste num sutiã com cerca de 200 biossensores que mapeia a superfície da mama e é capaz de monitorizar as mudanças de temperatura, forma e peso. Este sutiã não precisa de ser usado mais de uma hora por semana e os biossensores são capazes de determinar a condutividade térmica em zonas específicas. Em alguns casos, a

temperatura alta pode ser indicador de mais fluxo sanguíneo, o que pode significar que os vasos sanguíneos estão a "alimentar" algo, nomeadamente algum tipo de tumor. Os dados de temperatura são analisados e enviados para uma aplicação ou dispositivo.

Em Portugal, existe há oito anos uma peça de vestuário capaz de medir o ritmo cardíaco em contínuo durante 72 horas, para despistar arritmias. O *Vitaljacket* é propriedade da Biodevices, uma *spin-off* do Instituto de Engenharia Electrónica e Informática da Universidade de Aveiro, e demorou seis anos a ser desenvolvido.

Hoje no mercado, o *Vitaljacket* é o primeiro dispositivo médico que conjuga a tecnologia têxtil com soluções avançadas de Engenharia Biomédica e que permite aos médicos realizar um diagnóstico de possíveis problemas cardíacos.

O registador eletrónico *VitalJacket* coloca-se dentro de um bolso na lateral da t-shirt e tem um código de cores, indicador do estado de funcionamento do aparelho, fácil de visualizar e interpretar tanto para profissionais de saúde como para os doentes. Está equipado com um transmissor *bluetooth* que permite aos utilizadores visualizar o sinal em tempo real antes de uma utilização prolongada e monitorizar uma sessão de treino. Esta funcionalidade permite também enviar remotamente o sinal ECG, em tempo real, para outro local através de um computador com ligação à Internet. O acesso aos dados electrocardiográficos pode ser feito em tempo real (presencial ou remotamente) ou após o término da monitorização.

Fig. 16 Vitaljacket



### 3. O médico e o doente na era da e-saúde.

Cena 1 – nos dias atuais, em hospital de grande metrópole

O médico está com a porta do consultório aberta. Sem se levantar, chama em voz alta o próximo paciente, que entra e se senta. Sem levantar os olhos ou conferir se o nome na ficha é daquele paciente mesmo, pergunta e anota quais os sintomas e as queixas do paciente. Após exatamente 7 minutos e meio, imprime uma folha de papel, que entrega ao paciente, onde estão listados os exames a serem feitos. Avisa que o paciente deve retornar com os resultados dos exames. Assim que o paciente sai da sala, ainda sentado, o médico chama o próximo paciente.

Cena 2 – Talvez daqui a alguns anos, no mesmo hospital e na mesma metrópole

O paciente, com febre de 38° (que verificou em seu termômetro digital caseiro), dirige-se ao hospital. Vai até uma das máquinas colocadas no saguão principal. Não há filas. Senta-se, digita seu número de identificação como paciente e sua senha, aguarda aceitação e, então, digita suas queixas. Na tela aparecem perguntas relativas a seu quadro, que vão sendo respondidas pelo paciente. Às vezes, não sabe o que responder e fica longos minutos pensando na resposta. Não há tempo determinado para o atendimento e ele pode ficar tranquilo diante da máquina. Ao final de 50 minutos de perguntas e respostas minuciosas, a máquina fornece um número de protocolo, imprime a lista de exames a serem feitos e indica o setor do hospital para onde o paciente deve dirigir-se. Feitos os exames, ele retorna para qualquer uma das máquinas (o protocolo o identifica). A essa altura, os exames já estão *on-line* e a máquina, ajustando sua linguagem ao nível de escolaridade do paciente, fornece os resultados dos exames e disponibiliza-se para solucionar novas dúvidas.

Tudo esclarecido, uma folha de prescrições e de orientação de uso das medicações é enviada para os terminais da farmácia daquele hospital ou da cidade, podendo o paciente optar por receber os remédios ali no hospital ou diretamente em casa. O paciente, satisfeito, volta para sua residência. No meio de suas lembranças, a figura de um médico é coisa do passado, dos seus tempos de criança (Salles, 2010, p. 56).

O texto acima transcrito, apesar de ter já alguns anos, é uma parábola ao estado atual da medicina. Na primeira cena, apesar de estarmos na presença de um médico, não há lugar nem tempo para a criação de qualquer tipo de relação entre ele e o doente durante o atendimento. Sob pretexto da rentabilização dos serviços e da medição da eficácia da consulta e respetivos tratamentos, o ato médico passa a ser um ato essencialmente quantitativo, em que o tempo médio de consulta e o número de doentes vistos pelo médico são fatores a ter em conta para a obtenção de um *ranking* favorável. Em Espanha, por exemplo, é assumido que o médico de família tem, em média, seis minutos para cada consulta.

Na segunda cena do texto, estamos perante um atendimento médico sem a sua presença, o que se torna assustador do ponto de vista humano. Este assumir de protagonismo das novas tecnologias faz com que comandem de tal ponto a consulta médica que já se assistiu a profissionais de saúde a examinar a garganta inflamada de doentes com a luz do seu *iPhone* ou a pesquisar, durante a consulta, informação no *Google* sobre os vários tipos de

dosagem do medicamento a prescrever. O papel do médico de família, que acompanha o agregado familiar desde a infância até à idade adulta, já perdeu a sua importância nas famílias de hoje, em detrimento da maquinização da consulta em meio hospitalar, já que a informatização, “elemento que deveria ser auxiliar à prática médica começou a assumir seu controlo e o valor que provinha do ato médico passou a ser buscado na tecnologia, tornando-se o médico um artigo obsoleto e não gerador de lucros” (Salles, 2010, p. 52).

O médico da era da e-saúde é obrigado a atender um número determinado de doentes por hora e a despende com eles um determinado número de minutos. Tudo é monitorizado pela tecnologia. O tempo de escuta do doente durante a consulta é preterido pela necessidade de registo informático de todos os processos. O médico dispensa, muitas vezes, o exame clínico e chega ao diagnóstico a partir de um conjunto de perguntas padrão, cumprindo assim o tempo estipulado para cada doente, assumindo o doente o papel de um número e o médico o de um recurso a rentabilizar. “O que se pressente é o fim do atendimento humanizado na área médica” (Salles, 2010, p. 54).

Para se compreender o que mudou nesta relação, é importante refletir sobre o percurso histórico da relação entre o médico e o doente.

Os estudos da comunicação em saúde são recentes e maioritariamente desenvolvidos por profissionais de saúde. Existem alguns estudos realizados por profissionais da comunicação, como é o caso da Doutora Teresa Ruão, da Universidade do Minho, que tem vários estudos publicados neste domínio. Os estudos da comunicação em saúde tiveram um grande desenvolvimento na década de 80 e fundamentalmente na década de 90. O aprofundamento destes estudos coincide com o enfoque na importância da relação centrada no doente, que se inicia nesses anos, em correspondência com os movimentos sociais que defendiam os direitos e a autonomia do doente. No final do séc. XX, com a pós-modernidade e o capitalismo globalizado, assiste-se a uma mudança na relação entre o médico e o doente.

Antes desta época, assistíamos a uma relação paternalista, com o médico a desempenhar um papel ativo e o doente um papel passivo, acatando sem questionar todas as suas indicações. A medicina, nos seus primeiros tempos, era vista quase como um sacerdócio e a consulta assumia a forma de uma confissão. Nesse tempo, o médico centralizava nele toda a informação. Agora, fruto das especialidades clínicas, há uma fragmentação da informação. O doente é visto como um todo e passa por várias especialidades clínicas antes de um diagnóstico, numa multidisciplinaridade que acaba por transformar o doente em várias parcelas. A própria consulta modificou-se. “As habilidades de diagnóstico clássicas de observação, palpação, percussão e auscultação foram-se perdendo, fruto do desenvolvimento tecnológico que deu lugar ao modelo técnico-médico” (Cófreces et al, 2014, p. 21).

Esta nova etapa modificou a medicina e também as expectativas do doente em relação ao médico e à consulta. A consulta como espaço sagrado de confissão perdeu o seu lugar para a consulta virtual e para o aconselhamento médico online ou em direto dos principais meios de comunicação social. Mantiveram-se os intervenientes – o médico e o doente – mas todo o resto se alterou.

### 3.1 A literacia em saúde e a e-literacia.

Com a informatização dos serviços, públicos e privados, surge um doente mais informado, mais participativo, que não se conforma com o parecer do profissional de saúde, que investiga e é protagonista da sua própria história clínica.

Isso leva-nos à reflexão sobre a importância crescente da literacia em saúde, e todas as suas implicações na relação de comunicação entre o médico e o doente.

A literacia em saúde pode ser entendida como “a capacidade do cidadão de tomar decisões informadas sobre a sua saúde”. (Pestana, 2016, p. 79). Este acesso à informação sobre saúde, encontrado nos mais variados meios, sejam eles tecnológicos ou não, permite que um indivíduo tenha mais ou menos conhecimento sobre os conceitos de saúde, em especial aqueles que mais importância têm no seu historial clínico. É esta informação que o indivíduo busca através das mais variadas formas, que o torna apto a tomar uma decisão, partilhada com o médico, sobre a sua saúde, com evidentes vantagens.

A literacia em saúde terá que ser um produto de uma estratégia abrangente e devidamente acompanhada de mecanismos validados de medição e monitorização da sua eficácia e grau de aplicabilidade junto da população. Uma população mais bem informada resultará necessariamente em doentes mais críticos, mais responsáveis e responsabilizáveis pela sua saúde, em médicos com maior capacidade de intervir na saúde e na doença e resultará, em última instância, numa população mais saudável (Pestana, 2016, p. 81).

A e-literacia em saúde é um conceito ainda mais específico.

A e-literacia requer a habilidade para pesquisar, encontrar, estimar e avaliar, integrar e aplicar os ganhos obtidos a partir do ambiente eletrónico com vista à resolução de problemas de saúde. Este conjunto de competências requer que se seja capaz de trabalhar também com novas tecnologias, pensar criticamente acerca dos assuntos relacionados com os *media* e com a ciência, bem como navegar num vasto leque de ferramentas e fontes de informação, com vista a adquirir a informação necessária para tomar decisões (Tomás et al, 2014, p. 20).

Neste contexto, importa perceber qual o grau de literacia em saúde no nosso país para, à luz desses números, perceber se o doente informado é já uma realidade ou se o peso da opinião do médico ainda é decisivo.

O estudo “Literacia em Saúde em Portugal – 2015”, realizado em 2016 pela Fundação Calouste Gulbenkian, revela que o contacto direto com os profissionais de saúde (médicos ou farmacêuticos) continua a ser a forma privilegiada de obter informação sobre saúde. O contacto interpessoal é, assim, predominante. Outros meios, como a televisão ou a leitura de folhetos ou bulas de medicamentos, ou o recurso a redes (por exemplo associações de doentes) assumem-se como bastante menos frequentes, assim como a leitura de artigos ou livros sobre a temática da saúde.

Também se verificou, no mesmo estudo, que, quanto mais elevado é o nível de literacia em saúde, mais aumenta a intensidade de utilização de qualquer um dos meios acima para obter mais informação. Os mais jovens (abaixo dos 45 anos) e os indivíduos com maior escolaridade são aqueles que agregam um maior nível de literacia em saúde. Ainda de acordo com os autores do estudo, “as TIC emergem como uma forte alternativa para disseminar informação em saúde e para promover e desenvolver ações de saúde e de promoção de literacia em saúde, sobretudo para os mais jovens e mais escolarizados”.

No entanto, num país onde a Internet está bastante disseminada, o estudo aponta para 49% dos inquiridos com um índice de literacia em saúde considerado inadequado ou problemático, uma percentagem elevada para a franca cobertura de internet que existe em Portugal.

**Quadro 11. Níveis de Literacia em Saúde e idade (%)**

Idade	Excelente	Suficiente	Problemático	Adequado
75 ou mais	2,3	16	46,6	35,1
66-75	6,4	28,2	42,9	22,6
56-65	3,8	41,9	39,7	14,7
46-55	7	40,2	45,2	7,6
36-45	11,8	47	39,4	6,3
26-35	11,8	52	32,4	3,8
15-25	12,7	53,6	30,9	2,7

*FONTE: "Inquérito à Literacia em Saúde em Portugal", Fundação Calouste Gulbenkian e HLS/EU (Consortium), 2015*

Com efeito, e debruçando-nos no Quadro 11, verificamos que a população mais jovem (15-25 anos) é aquela com maior percentagem de nível de literacia em saúde definido como “excelente”, atingindo os 12,7% e com a menor percentagem do nível considerado “problemático”, com 30,9%, valor muito abaixo dos 46,6% identificados na faixa etária mais avançada (75 anos ou mais).

Em Portugal, a relação dos cidadãos com as tecnologias digitais aplicadas à saúde é estudada desde 2007 por uma equipa do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ICSTE que, apoiada pela Fundação Calouste Gulbenkian, já realizou três estudos sobre a temática. Um deles, o projeto “SER — Saúde Em Rede”, realizado em 2013, apurou que 86,1% das pesquisas de saúde pretendem informação sobre um problema específico e que 82,7% servem apenas para aumentar os conhecimentos. Só 23,2% das buscas são feitas com o intuito de autodiagnóstico, como se pode ver no Quadro 12.

**Quadro 12. Uso da Internet para Questões de Saúde**

Obter informações especializadas sobre um problema de saúde	86,1%
---	-------



Aumentar o conhecimento geral sobre a saúde	82,7%
Partilhar experiências sobre problemas de saúde	41,7%
Procurar tratamento em saúde	33,7%
Procurar um profissional de saúde	30%
Autodiagnosticar	23,2%
Comparar preços de medicamentos	19%
Comparar preços de produtos de beleza e bem-estar	16,4%
Procurar outras pessoas sem ser profissionais de saúde	16,6%
Procurar um outro profissional/ terapeuta	14,9%
Comprar produtos de saúde, estética e bem-estar	5,8%

Fonte: "SER: Saúde em Rede", 2013. CIES-IUL/FCG

É interessante verificar que quase metade dos inquiridos, 41,7%, procura a Internet para partilhar experiências sobre problemas de saúde. Com efeito, atualmente proliferam comunidades virtuais de doentes, ou seja, grupos *online* onde pessoas que sofrem da mesma patologia, ou os cuidadores dessas pessoas, procuram apoio emocional e partilham experiências, com comprovados benefícios.

Na área da saúde, a interação pela Internet – que possibilita a troca de experiências entre pacientes com problemas semelhantes e que facilita o debate entre especialistas e enfermeiros – foi apontada como uma poderosa estratégia para manejar diversas condições clínicas, oferecendo melhorias na qualidade de vida dos usuários, promovendo maior autonomia, pro-atividade e autoconfiança entre os participantes. Além de benefícios como melhoria no convívio social e na aprendizagem, redução da desesperança, melhor enfrentamento das situações de vida, maiores conhecimentos sobre a doença, alívio emocional e melhoria clínica (Moretti et al, 2012, p. 651).

O estudo dá ainda conta que parte significativa da população residente em Portugal continua a não ter acesso às novas tecnologias, ou a não saber lidar com as suas potencialidades e que os mais velhos, iletrados e com recursos financeiros mais baixos, estão alheados do acesso às TIC, bem como as pessoas a partir dos 45 anos, com níveis elementares de escolaridade e uma média de rendimentos baixa, o que corresponde a cerca de 50% da população residente.

Por outro lado, a utilização das TIC no campo da saúde revela um país a diferentes ritmos. As pessoas que têm uma relação mais próxima com a Internet são de estratos sociais intermédios e de idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, manifestando mais confiança na sua utilização e apresentando formas mais autonomizadas de relação com a sua saúde e com a própria medicina. De acordo com resultados do mesmo estudo, apesar de terem um peso crescente, as aprendizagens em saúde por intermédio das novas tecnologias não têm conduzido a uma reconfiguração das fontes de informação já instituídas, nem da relação que os indivíduos estabelecem com os sistemas de saúde. A autonomia deste recurso não substitui nem concorre com os conhecimentos transmitidos pelos profissionais de saúde ou pelas pessoas mais próximas. Ao nível dos sistemas de

saúde, faz-se sentir os benefícios da prestação pública de cuidados de saúde, consolidada nas últimas décadas.

Relativamente aos médicos e enfermeiros e à sua relação com as TIC, o mesmo estudo revela que os profissionais de saúde comunicam entre si sobretudo telefonicamente, através de telefones móveis institucionais, e que o *e-mail* é mais utilizado para trocar informação formal que se queira registada ou trocar informação clínica diversa. A procura de informação sobre saúde na Internet pelos cidadãos é perçecionada pelos profissionais como pouco frequente, ainda que crescente. Esta procura de informação é reveladora de um interesse dos doentes/familiares em saber mais sobre o estado de saúde que pode colidir com o poder idiossincrático atribuído ao sector da saúde, defendem os autores do estudo. A procura de informação sobre saúde na Internet é referida pelos profissionais como um obstáculo na relação entre profissionais de saúde e utentes. Os sites institucionais são valorizados pelos profissionais como uma boa forma de transmitir informação de saúde aos doentes.

Em suma, a integração das TIC na prática profissional é considerada um processo imparável e sem retorno. Os enfermeiros são os que menos resistem aos processos de mudança na sua prática profissional, por oposição aos médicos. O estudo identifica o efeito idade como um fator determinante na utilização das TIC no exercício da prática profissional, sendo que os mais novos têm uma maior competência nesta área.

No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer. Uma das discussões pertinentes sobre a e-saúde é a falta de fontes seguras na procura de informação na Internet, já que a imensa quantidade de informação disponível dificulta a identificação de fontes credíveis. Por outro lado, deverá identificar-se quem terá a responsabilidade de garantir informação credível e segura sobre saúde na Internet.

A discussão aqui apresentada aponta para uma questão de saúde que não apenas merece a atenção da academia, dado o insuficiente acumulo de conhecimento científico existente sobre a problemática, como também, e principalmente, a premência de pensarmos socialmente qual deve ser o papel do Estado e das instituições especializadas no sentido de garantir o acesso a informações que sejam seguras para os cidadãos. Não se trata de discutir a censura a determinados sites ou conteúdos, mas sim de garantir que aqueles que são disponibilizados sejam verosímeis e insuspeitos, trazendo segurança ao paciente e ao cidadão usuário. Trata-se, enfim, de uma questão de saúde pública, merecedora de atenção, envolvendo governos e sociedade civil organizada em um debate sobre os efeitos e riscos do uso das informações de saúde disponibilizadas na Internet (Moretti et al, 2012, p. 657).

Um estudo de 2009, levado a cabo pela UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, denominado “A Sociedade da Informação em Portugal”, revela que, das atividades realizadas na Internet indicadas por mais utilizadores, a pesquisa de informação sobre saúde é referida por 61%. Estes valores refletem um aumento, para o dobro, no espaço de quatro anos, tendo em conta o estudo realizado em 2005.

A nível europeu, dados do Eurostat sobre “Individuals using the internet for seeking health-related information”, publicados em 2017 (ver Quadro 13), apontam para um crescimento global da procura de informações sobre saúde na Internet em toda a Europa. Com efeito, metade dos portugueses (49%) com idades entre os 16 e os 74 anos consultaram informação sobre saúde na Internet em 2016. Segundo o mesmo estudo, Portugal está um ponto acima da média dos 17 países (48%). Os países que assumem a liderança são Luxemburgo (71%) e Dinamarca (65%). Bulgária é aquele que regista uma menor percentagem (24%). Se compararmos os valores na última década, segundo o mesmo estudo da Eurostat, Portugal quase que quadruplicou o valor registado em 2005 (10%).

### Quadro 13. Uso da Internet para Questões de Saúde - Europa

% indivíduos entre 16 e 74 anos

País/Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2015	2016
UE (27)	:	17	16	19	24	28	33	34	38	44	46	48
Albânia	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Alemanha	:	:	:	34	41	41	48	48	54	58	62	63
Áustria	5	6	16	24	27	32	36	37	53	49	54	56
Bélgica	:	:	19	23	25	24	33	37	35	43	47	49
Bulgária	:	3	:	5	5	7	10	13	24	27	28	24
Chipre	:	6	8	11	14	12	16	21	28	32	50	43
Croácia	:	:	:	:	15	20	26	25	35	35	50	53
Dinamarca	35	27	24	28	38	36	46	52	54	54	66	65
Eslováquia	:	18	9	14	16	25	30	35	38	44	47	45
Eslovénia	:	13	15	22	26	27	32	43	47	50	47	48
Espanha	:	9	13	19	21	24	31	33	38	44	52	49
Estónia	:	:	16	18	26	25	32	35	33	39	55	57
Finlândia	32	33	39	44	47	51	56	57	58	60	66	65
França	:	:	:	13	29	39	37	35	36	49	40	43
Grécia	3	6	2	6	8	10	15	22	30	34	37	41
Holanda	:	:	41	45	45	46	50	50	53	57	61	63
Hungria	:	8	10	17	22	28	35	40	48	49	53	54
Irlanda	6	6	10	8	13	19	24	27	40	38	35	36
Islândia	46	40	39	40	44	39	37	42	61	65	:	:
Itália	:	:	9	12	16	16	21	23	27	32	30	31
Letónia	:	8	7	12	11	24	29	32	38	37	41	39
Liechtenstein	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Lituânia	:	:	9	15	19	21	29	31	37	41	46	45
Luxemburgo	21	41	41	27	48	44	54	58	52	58	62	71
Malta	:	:	16	18	20	23	30	34	39	41	53	55
Montenegro	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Noruega	28	29	26	34	37	41	40	47	52	54	64	61
Polónia	:	5	7	11	13	19	22	25	23	27	28	40
<b>Portugal</b>	:	:	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>49</b>
R.Macedónia	:	:	:	3	:	9	14	16	:	35	38	40
Rep. Checa	:	:	3	10	11	14	20	21	31	41	40	46
Roménia	:	:	:	5	6	11	16	19	29	27	27	29
Sérvia	:	:	:	:	5	:	8	:	:	:	37	:
Suécia	21	18	23	28	25	32	36	40	47	56	52	60
Suiça	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Turquia	:	4	3	:	10	14	15	18	:	26	34	38
UK	29	26	25	18	20	26	34	32	36	45	53	56

Fonte: Eurostat, 2017

Segundo dados da Marktest – Bareme Internet 2010, 4 749 mil portugueses utilizam a Internet e representam 57,1% do universo da população portuguesa residente no

Continentes com mais de 15 anos. Com efeito, os 5,6% dos indivíduos que em 1997 acediam à Internet passaram para 57,1% em 2010.

### 3.2 O doente informado

O doente informado conquista o seu espaço da relação com o médico, que tem agora alguém que questiona ativamente a informação que recebe. "A relação médico-doente evoluiu de um modelo de relação hierárquica assente num certo paternalismo médico, para uma relação de compromisso/aliança clínica entre médico e doente" (Pestana, 2016, p. 80).

Veja-se o caso do *National Health Service*, sistema de saúde público do Reino Unido, que centra o sistema na perspetiva do doente: "*No decision about me without me*". Esta inclusão é conseguida através da participação do doente em todos os aspetos que lhe dizem respeito, nomeadamente o seu estado clínico e patológico, o processo de diagnóstico e terapêutico e os encargos relacionados com a sua doença.

Também no nosso país a legislação tem avançado no sentido de empoderar o doente face a temas relacionados com a sua saúde. O Decreto-Lei nº 238/2015 (14/10/2015) do Ministério da Saúde, centrado na publicidade em saúde, aborda a cidadania em saúde e incentiva a participação ativa dos cidadãos na utilização e gestão do sistema de saúde. Sendo assim, será necessária a "prestação, pelos prestadores de cuidados de saúde, de informações verdadeiras, transparentes e de forma clara ao doente, assim como a necessidade de a relação prestador-utente se pautar, em todos os seus aspetos, pelos princípios da verdade, completude e transparência" (p. 8954).

A Lei nº 15/2014 (21/03/2014) da Assembleia da República, sobre a consolidação da legislação de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, no seu artigo 4º, Ponto 3, refere que "os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente". O Artigo 7º da mesma Lei, sobre o direito à Informação, indica que a informação deve ser "transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível".

A Norma 15/2013 da Direção Geral da Saúde sobre o Consentimento Informado (CI) esclarecido e livre define-o como "um processo comunicacional" entre o profissional de saúde e a pessoa. O CI é um documento que é dado ao doente, ou ao seu representante legal, antes de um ato médico invasivo, em que o doente consente no ato a que vai ser sujeito e declara que compreendeu tudo o que o envolve. Este consentimento é visto como uma manifestação de respeito pelo ser humano e pela sua autonomia "na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida", pode ler-se na referida Norma.

A integração da pessoa na tomada de decisão de um ato médico e, mais do que isso, a sua compreensão de tudo a que irá ser sujeita está claramente expressa em todos os documentos legais referidos acima. Mas como se capacita alguém sobre a sua saúde no meio de um ato médico completamente informatizado? Como se consente algo a um

profissional de saúde absorvido nos meios digitais? Como é que a parte humana se revela numa consulta *online*? A Norma 15/2013 da Direção Geral da Saúde defende que o CI deve passar por “um processo pelo qual se deve promover o máximo de confiança possível da pessoa na relação a construir, a fim de se conseguir um maior sucesso terapêutico”. Mas como se constrói uma relação de confiança com a tecnologia a intermediar a comunicação entre os dois pólos?

Uma revisão da literatura científica sobre a comunicação na relação entre médico e doente e o seu impacto na satisfação e adesão ao tratamento médico, levada a cabo em 2014 por um grupo de investigadores argentinos, Pedro Cófreces, Sílvia Deborah Ofman e Dorina Stefani<sup>4</sup>, revela que o cumprimento da terapêutica é maior em situações em que a relação médico/ doente é mais próxima e em que se consideram as crenças, atitudes e preferências dos doentes permitindo um processo de negociação com maior acordo e compreensão entre ambos, e menor em situações de relação impessoal e pouco personalizada.

A investigação destaca a importância da escuta ativa do doente por parte do médico e da comunicação como uma interação e não como uma transmissão direta ou um simples debitar de informação. Em suma, e segundo os autores do estudo, um dos fatores que mais influencia o paciente a aderir à terapêutica é a relação que se estabelece com o médico, uma relação de interação e comunicação. “A figura do médico como ser humano confiável e disponível para ouvir a pessoa que está atendendo é elemento terapêutico essencial ao tratamento” (Salles, 2010, p. 54).

E os profissionais de saúde, como vêem esta mudança de comportamento? Este conhecimento, ao mesmo tempo que permite uma partilha na tomada de decisão, quebra também a posição de autoridade médica inquestionável de outros tempos.

Se é natural que os doentes de hoje se informem acerca das suas doenças, terá que ser igualmente natural que os médicos de hoje apoiem os doentes nesse processo de aprendizagem. Medidas simples como a indicação de fontes de informação credível sobre os problemas clínicos do doente, a disponibilização de materiais informativos elaborados pelos próprios clínicos ou intervenções ao nível do esclarecimento acerca da terapêutica a implementar (Pestana, 2016, p. 80).

Com efeito, as novas tecnologias vieram permitir o fácil acesso a informação sobre a saúde, tanto para profissionais, como para doentes. É assustador a forma como proliferam os *websites*, as aplicações e os blogues sobre saúde, fenómeno que também já tivemos oportunidade de analisar. Se ao olho mais clínico a credibilidade e a qualidade de cada um deles não deixa dúvidas, ao olho do senso comum pode haver dificuldade em perceber, entre tantas opções, o que será credível e de confiança.

A aposta cada vez maior na saúde preventiva leva a que as principais instituições de saúde dediquem espaço a esclarecimento de dúvidas ou a informação sobre cuidados de saúde, e o utilizador pode encontrar nestas instituições de referência a credibilidade e qualidade das informações.

---

<sup>4</sup> Cófreces, P., Ofman, S. D., & Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34.

Os doentes deverão ter um papel mais interventivo nas decisões tomadas sobre a sua doença, o seu diagnóstico, o seu tratamento e o seu seguimento. O sistema de saúde deve proporcionar toda a informação necessária e permitir criar instrumentos para um diálogo efetivo entre o utente e as entidades de saúde (Cortes, 2016, p. 44).

A título de exemplo, debruçemo-nos sobre o website do SNS, em <https://www.sns.gov.pt/>, e que possui um repositório de literacia (Figura 11), que permite ao utilizador pesquisar sobre vários conteúdos de saúde (alimentação, alergias, prevenção de abusos sexuais, entre tantos outros). Saliente-se ainda a funcionalidade “capacidade de aceder a conteúdos digitais”, que poderá ser de nível “avançado” ou “básico”, e que condicionará a pesquisa.

**Fig. 17** Repositório de Literacia – SNS (<https://www.sns.gov.pt/literacia-em-saude-e-percursos-de-vida/repositorio-literacia/>, acessado em 14/06/2017)

The screenshot shows the SNS (Serviço Nacional de Saúde) website's literacy repository. At the top, there is a navigation bar with the SNS logo, the text 'SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE', and a 'ÁREA DO CIDADÃO' button. Below this, there are links for 'UMA NOVA AGENDA', 'REPOSITÓRIO DE LITERACIA', 'INICIATIVAS', and 'NOTÍCIAS'. The main section is titled 'Pesquisa de Conteúdos'. It includes a filter selection area with 'Fases do ciclo de vida' and several categories: 'Nascer bem', 'Crescer com segurança', 'Juventude Saudável', 'Vida adulta produtiva', 'Envelhecimento ativo', and 'Sair bem'. A specific filter 'Capacidade de aceder a conteúdos digitais' is highlighted, with options for 'Básico' and 'Avançado'. There are two search buttons labeled 'Pesquisar'. Below the search area, there is a 'Temas' section with a list of topics: 'Alimentação jovem', 'Bullying', 'Como comer bem e barato?', 'Como navegar no SNS?', 'Como poupar na receita de farmácia?', 'Cuidadores. O que precisam de saber?', 'Estou grávida. E agora?', 'Mundo das alergias nas crianças', 'Prevenção de abusos sexuais nas crianças', 'Sair Bem - Testamento Vital, Preparação e gestão do luto', 'Veja lá não caia! – prevenção de quedas', and 'Violência doméstica. O que fazer?'.

As Sociedades Científicas Nacionais, que são atualmente 40, procuram também disponibilizar aos interessados alguma informação clínica sobre a área. A Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (Figura 12), por exemplo, possui um espaço intitulado “Perguntas frequentes em Oftalmologia” (em

[http://www.spoftalmologia.pt/perguntas\\_frequentes/](http://www.spoftalmologia.pt/perguntas_frequentes/)) sublinhando que as respostas são dadas por médicos oftalmologistas.

Fig. 18 Sociedade Portuguesa de Oftalmologia – Perguntas Frequentes ([http://www.spoftalmologia.pt/perguntas\\_frequentes/](http://www.spoftalmologia.pt/perguntas_frequentes/), acedido em 14/06/2017)

**SOCIEDADE PORTUGUESA DE OFTALMOLOGIA**

Pesquise aqui ... Ir

HOMEPAGE SPO NOTÍCIAS EVENTOS EDUCAÇÃO ÁREA RESERVADA

Início Perguntas frequentes em Oftalmologia

## PERGUNTAS FREQUENTES EM OFTALMOLOGIA

### RESPONDIDAS POR MÉDICOS OFTALMOLOGISTAS

---

#### Informações gerais

- O que é a Oftalmologia?
- O olho normal
- Problemas e Doenças Oculares
- Prevenir em Oftalmologia
- Boas práticas em Oftalmologia

#### Informações Gerais sobre Cuidados a ter com o Sistema Visual

- Cuide dos seus olhos
- O Cristalino e a Catarata
- Degenerescência Macular da Idade (DMI)
- Estrabismos
- Rastreo Precoce no Glaucoma
- Olho Seco
- Queratocone
- Retinopatia Diabética

#### Cirurgia Implanto-Refrativa

- Catarata
- Cirurgia Refrativa Laser – LASIK e PRK
- Lentes Fáquicas
- Queratocone/Ceratocone

A Organização Mundial da Saúde (em <http://www.who.int/>) possui um espaço de Temas de Saúde, apresentado por ordem alfabética, disponível em várias línguas, onde se encontra informação sobre cada uma das temáticas (em <http://www.who.int/topics/en/>).

O U.S.A Food & Drug Administration (FDA). <https://www.fda.gov/> possui ainda muita informação e aconselhamento sobre vários tópicos de saúde e utilização de fármacos.

Toda esta proliferação de informação sobre saúde na Internet tem obviamente repercussões na postura do doente que hoje chega ao consultório médico. O doente chega à consulta informado sobre os sintomas que apresenta. Já pesquisou na Internet o que eles podem significar, já leu sobre as várias formas de tratamento possível, já formulou o seu próprio diagnóstico e já tem uma opinião sobre o tratamento mais adequado ao seu caso. A

relação de confiança que se estabelece com o médico deve analisar-se à luz de todos estes pressupostos.

### 3.3 A relação de confiança na consulta.

“Amanhã será possível fazer medicina sem tocar no doente. E o doente irá confiar em alguém tão distante?”<sup>5</sup>

A questão, levantada pelo médico oftalmologista António Travassos, serve de mote à reflexão sobre o papel que desempenha a tecnologia na relação de comunicação entre o médico e o doente. Com efeito, muito se tem falado sobre as alterações nesta relação, e na própria medicina, com a entrada das novas tecnologias. A maquinização da medicina tornou-a, aos poucos, cada vez mais impessoal. As consultas passaram ser monitorizadas ao minuto, com o médico a passar mais tempo a inserir dados no computador do que efetivamente a falar com o doente. O apelo à humanização do setor da saúde, privilegiando a relação de confiança entre médico e doente, é posto em segundo plano com todos os procedimentos e as burocracias que a tecnologia impõe, tendendo para o “o papel do médico no contexto de uma medicina tecnicista e impessoal, orientada para as necessidades do mercado e não as do ser humano” (Salles, 2010, p. 49).

Nesta investigação, abordaram-se as consultas virtuais e a telemedicina. Nas consultas médicas à distância, existe espaço para criação de uma relação entre médico e doente?

Consideramos que os primeiros contactos devam ser necessariamente pessoais, facilitando com isso a criação do vínculo médico-paciente e a posterior eficácia do relacionamento virtual via e-mail. A manutenção da confiança é essencial, pois sem ela a relação médico-paciente desintegra-se e prejudica a expectativa do paciente de que seu médico agirá em seu interesse e benefício (Wechsler R et al, 2003, p. S8).

Para muitos investigadores, o ideal seria haver sempre um primeiro contacto pessoal com o médico, e só a partir desta relação de proximidade se estender a comunicação pelas vias tecnológicas.

“A intenção de informatizar a medicina e maquinizar a medicina foi louvável: acreditava-se que seriam dadas ao médico condições para ser mais rápido e eficiente e que, com isso, ainda teria maior tempo para o paciente e para si” (Salles, 2010, p. 52). No entanto, a informatização do ato médico dá pouco espaço para a criação de uma relação de confiança com o doente.

Com a crescente tendência para as equipas multidisciplinares, o doente passa a ser da responsabilidade de não apenas de um só médico, mas de um grupo de clínicos de diferentes áreas, que o vêem como uma parte e não como um todo. A relação de

---

<sup>5</sup> António Travassos, 2016, “Do estetoscópio aos nano robots”, artigo de opinião em <http://www.ccci.pt/do-estetoscopio-aos-nano-robots/> acedido a 05/05/2017



comunicação e de confiança que se cria com estes profissionais de saúde acaba por ser mais frágil, tornando o médico como um alvo mais fácil de julgamento e de erros.

Passa-se a observar uma perda gradual e constante da dignidade e do status por parte do médico, situação que se vem ampliando ao longo das últimas décadas e é evidenciada pelos inúmeros processos jurídicos e agressões físicas e verbais de que os médicos têm sido vítimas ao longo das últimas décadas (Salles, 2010, p. 53).

Todo este processo está longe de estagnar e a tendência será a que cada vez mais a tecnologia ganhe espaço nesta relação.

No entanto, a relação de comunicação entre o médico e o doente vai muito para além do que a tecnologia permite. É uma relação humana que as máquinas, por mais futuristas que sejam, ainda não conseguem reproduzir.

## Parte II – Estudio de caso

## 4. O médico, o doente e as novas tecnologias da informação – Estudo de Caso

Nos três capítulos anteriores, debruçamo-nos sobre as implicações que as novas tecnologias da informação (TI) vieram trazer à área da saúde e, mais concretamente, ao ato médico.

Neste capítulo, vamos procurar perceber como é que o médico vê a entrada da tecnologia na relação de comunicação que estabelece com o doente e, mais concretamente, quais os benefícios e os constrangimentos que este fenómeno implica na prática da sua profissão.

### 4.1 Caracterização do estudo

O estudo aqui presente teve como público-alvo médicos com atividade profissional em Coimbra e foi baseado num questionário composto por duas partes: a caracterização do inquirido e vinte questões sobre a forma como as TI afetam o ato médico e a relação de comunicação com o doente.

O inquérito foi distribuído em dois formatos: um formato em papel, entregue presencialmente a médicos ou distribuído através de secretariados clínicos, e uma versão digital, realizada através dos formulários do *Google*.

Numa fase inicial, foram abordados formalmente os principais centros públicos e privados de Coimbra, no sentido de apresentar os argumentos do estudo e obter autorização para a sua distribuição na respetiva entidade. O Quadro 14 mostra qual foi a aceitação de cada um desses centros ao referido estudo.

**Quadro 14. Pedido de distribuição de inquéritos a entidades de saúde**

Nome da Instituição	Resposta
Centro Cirúrgico de Coimbra	Não respondeu.
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC	Não respondeu.
Clínica de Montes Claros	Não respondeu.
Clínica Delille	Distribuiu inquéritos em papel a todo o corpo clínico.
Clínica Particular de Coimbra	Não respondeu.
Clínicas Leite	Distribuiu inquéritos, quer em papel quer em formato digital, a todo o corpo clínico.
Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra	Distribuiu inquéritos, quer em papel quer em formato digital, a todo o corpo clínico.
Instituto Português de Oncologia de	Respondeu que indeferia o pedido de

Coimbra	distribuição de inquéritos ao corpo clínico.
Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos	Distribuiu inquéritos em formato digital a todo o corpo clínico.
Posto Médico de Coimbra da Caixa Geral de Depósitos	Distribuiu inquéritos em papel a todo o corpo clínico.
Sanfil – Casa de Saúde Santa Filomena	Remeteu o pedido para o Deptº. de Recursos Humanos e não deu resposta.
SASUC – Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra	Distribuiu inquéritos em papel a todo o corpo clínico.

Como se pode perceber pela leitura do quadro, das doze entidades contactadas, cinco delas nunca responderam ao nosso pedido. Uma delas, o IPO de Coimbra, indeferiu a distribuição dos inquéritos pelo seu corpo clínico. As restantes entidades deferiram o pedido e os inquéritos foram distribuídos, quer em formato impresso, quer em formato digital, pelos médicos afetos à entidade.

Além da distribuição oficial pelas entidades mais representativas de Coimbra, os inquéritos foram ainda distribuídos através de uma cadeia de relações pessoais e profissionais.

As respostas foram francamente poucas. Apesar do esforço dos gabinetes de comunicação e do secretariado clínico das instituições de saúde que aderiam à iniciativa para que houvesse adesão, a verdade é que esta foi reduzida.

Refira-se o exemplo da Idealmed, que tem no seu corpo clínico cerca de 350 médicos. De todas as instituições contactadas, a Idealmed foi a primeira a deferir a realização deste estudo. A Administração da Idealmed solicitou ao Gabinete de Comunicação a sua distribuição por e-mail a todos os médicos. Recebemos apenas um inquérito preenchido. Após a tentativa falhada, foram impressos trinta inquéritos e entregues em mão pelo Gabinete de Comunicação em vários secretariados clínicos, para que fossem preenchidos pelos médicos afetos a cada um dos secretariados. Recebemos menos de dez inquéritos preenchidos.

O CHUC respondeu, oficiosamente, que em média demorava três meses a aprovar os pedidos de inquéritos e que só estaria a aprovar aqueles em que poderia ter benefícios no seu trabalho diário. Oficialmente, nunca chegou a responder.

Mesmo usando redes pessoais de distribuição dos inquéritos, a adesão foi francamente pouca. Sentiu-se uma enorme resistência ao preenchimento dos inquéritos e um sentimento de indiferença face ao estudo em questão. A comunicação em saúde não é, de todo, uma prioridade junto dos profissionais de saúde. Será apenas pertinente aos olhos dos profissionais da comunicação?

#### Quadro 15. Inquéritos preenchidos.

Tipo de Inquérito	Quantidade
Digital	57
Impresso	81
Total	138

Os números finais, indicados no Quadro 15, são os seguintes: 138 inquéritos preenchidos, dos quais 81 são em papel e 57 são digitais. Ressalve-se que estão inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos 8781 médicos, dos quais 5143 pertencem ao distrito de Coimbra (dados a 12.09.2017).

É interessante verificar que, num estudo sobre tecnologias de informação e comunicação, se regista maior percentagem de respostas em papel do que por via digital.

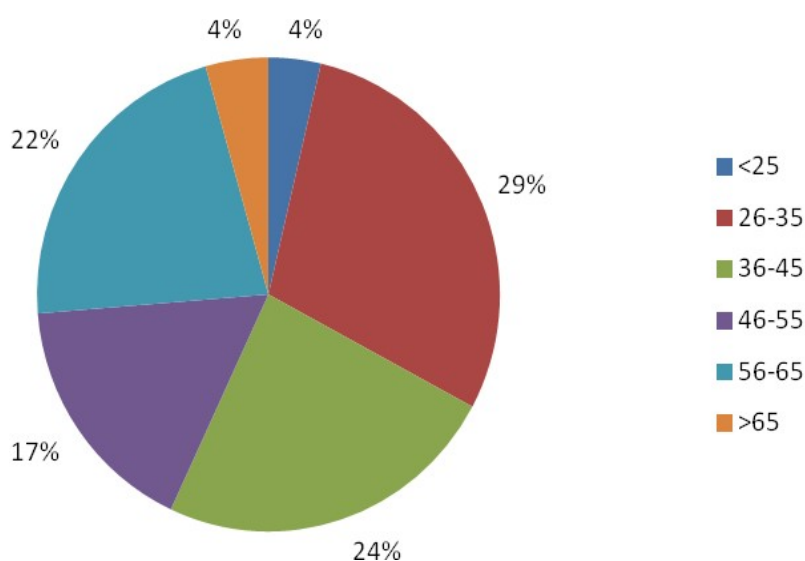
Os dados foram analisados e as suas conclusões serão apresentadas no próximo ponto.

### 4.2 Apresentação de resultados

Os dados recolhidos foram alvo de tratamento estatístico. Nas páginas seguintes procuraremos dar conta, pergunta a pergunta, das tendências de resposta, bem como traçar já algumas conclusões mais pertinentes.

Na primeira parte do inquérito procurámos caracterizar o inquirido quanto ao género, idade, número de anos de trabalho, especialidade médica, cargo ocupado e setor em que desempenha a sua atividade.

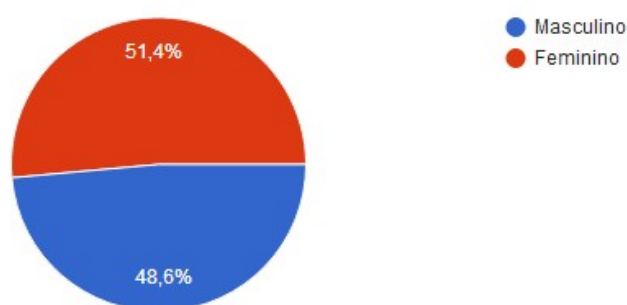
#### Gráfico 1. Resultados por Idade



Da leitura do gráfico acima verificamos que a maior percentagem de respostas correspondeu a médicos com idades compreendidas entre 26 e 35 anos (29%), seguida de inquiridos com idades compreendidas entre 36 e 45 anos (24%) e de 56 a 65 anos (22%).

### Gráfico 2. Resultados por Género

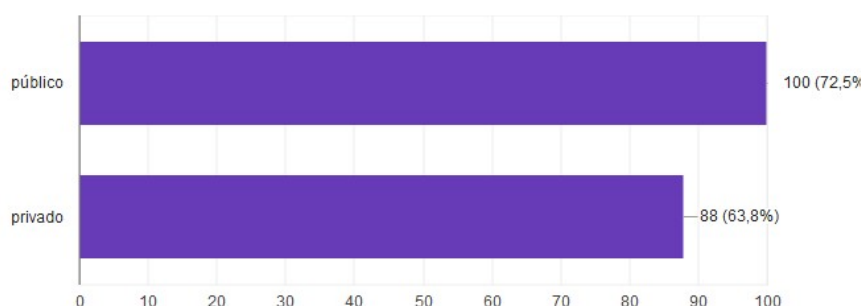
#### Género



Verificamos que a maioria das respostas pertence ao sexo feminino, com 51,4%, e que o sexo masculino representa 48,6% dos inquiridos.

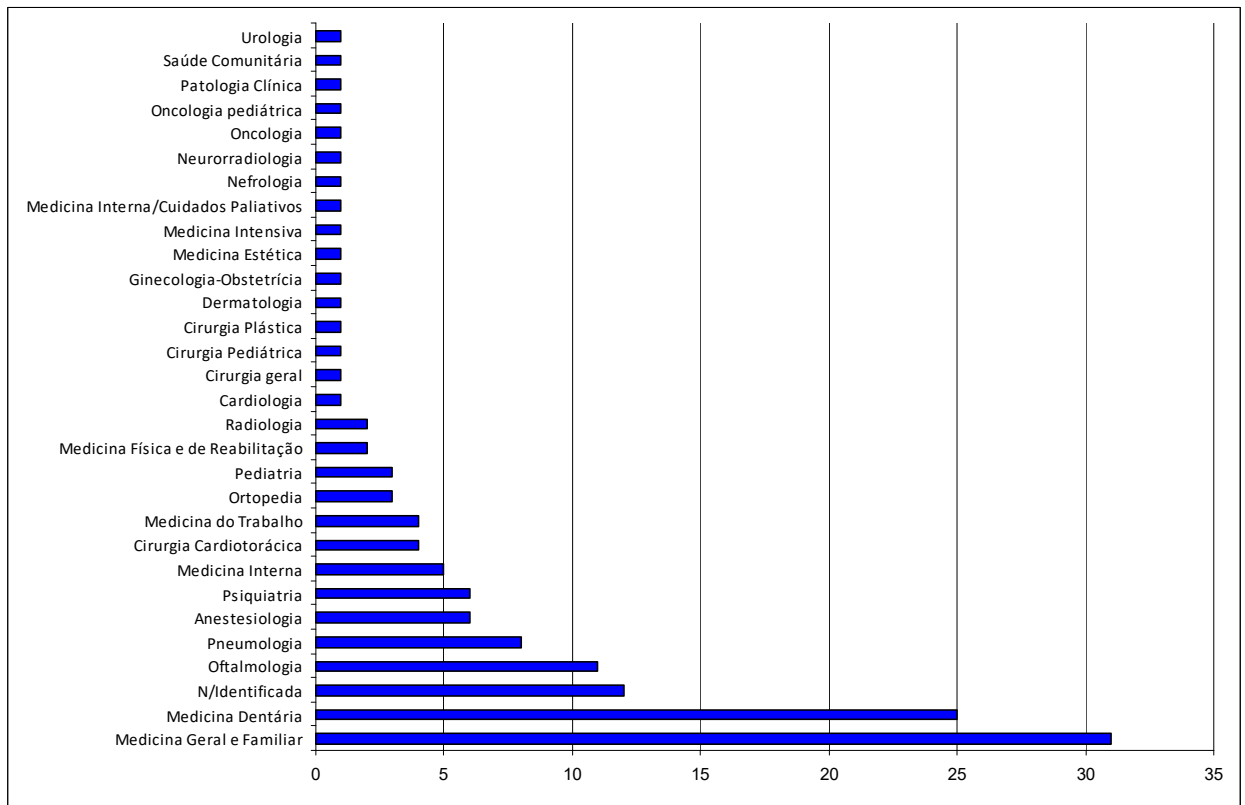
### Gráfico 3. Público ou Privado

A sua atividade profissional é exercida a nível:



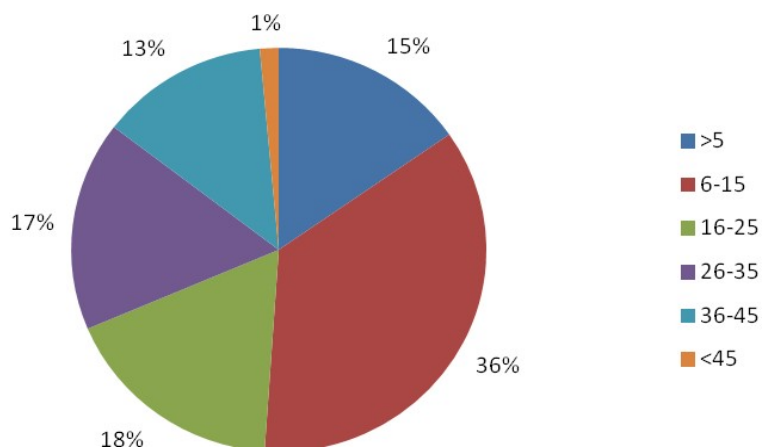
À pergunta “A sua atividade profissional é exercida a nível público ou privado”, sendo que haveria possibilidade de assinalar as duas respostas, apurámos que 100 inquiridos exercem as suas funções no setor público, correspondendo a 72,5% do total, e que 88 inquiridos exercem a sua atividade no privado, o que corresponde a 63,8%. 50 inquiridos (36,2%) acumulam funções nos dois setores.

**Gráfico 4. Médicos por especialidade**



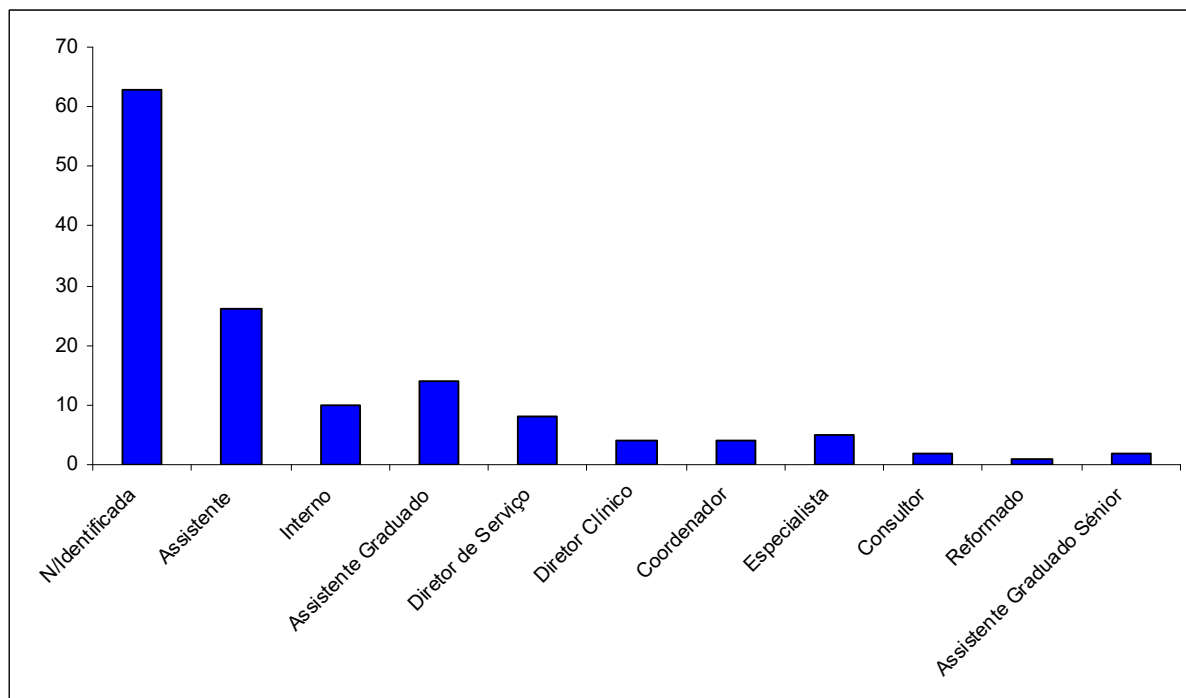
Verificámos que foram 29 as especialidades clínicas representadas neste estudo, sendo as mais representativas a Medicina Geral e Familiar (31), a Medicina Dentária (25) e a Oftalmologia (11).

**Gráfico 5. Anos de atividade**



Da leitura do gráfico anterior verificamos que a maior percentagem dos médicos (36%) possui entre 6 a 15 anos de atividade profissional.

**Gráfico 6. Funções identificadas**



A grande maioria dos inquiridos não identificou a sua função atual. Os cargos de Assistente (26) e de Interno (10) foram os mais representativos neste estudo.

Após a caracterização geral dos inquiridos, a segunda parte do inquérito destina-se a apurar de que forma as tecnologias da informação interferem na relação de comunicação entre o médico e o doente, através de vinte perguntas em que os médicos assinalaram as respostas que melhor refletiam a sua opinião e experiência atuais.

**Gráfico 7. Importância da informação veiculada pela Internet**

1. Qual o grau de importância que atribui ao conjunto de informação veiculada sobre saúde na Internet e acessível ao doente?



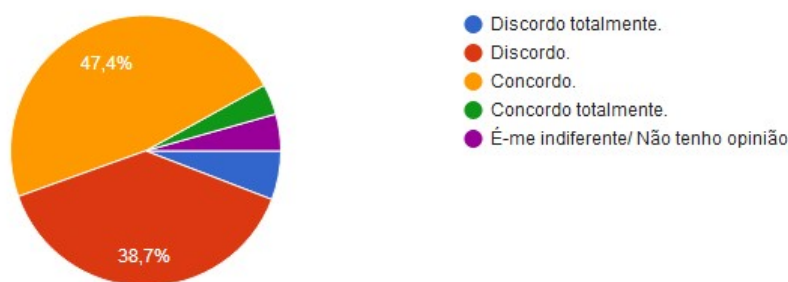
À pergunta “Qual o grau de importância que atribui à informação veiculada sobre saúde na Internet e acessível ao doente”, a maioria, 57,7%, revela ser “importante”. 30,7% dos



inquiridos considera-a “muito importante” e uma percentagem reduzida, 1,5%, considera-a “nada importante”.

### Gráfico 8. Relação Médico/ Doente

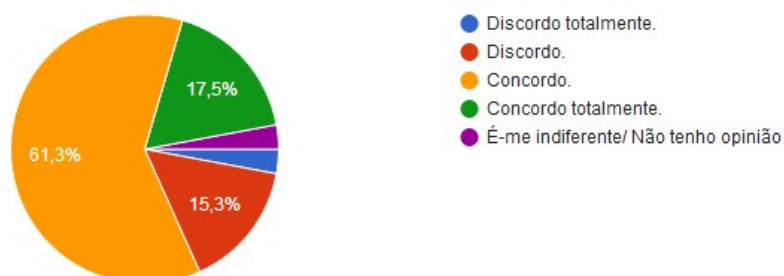
2. As novas tecnologias de informação vieram melhorar a relação médico/doente.



A maioria dos inquiridos concorda que as novas tecnologias de informação vieram melhorar a relação médico/ doente (47,4%). A percentagem dos que discordam é de 38,7%. De referir que 5,8% discorda totalmente com esta melhoria.

### Gráfico 9. SNS

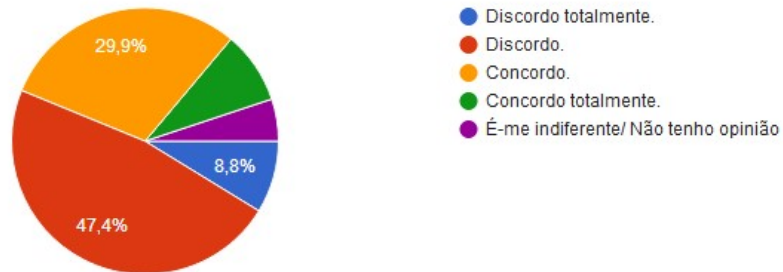
3. As novas tecnologias de informação vieram melhorar o serviço nacional de saúde.



A grande maioria dos inquiridos (61,3%) considera que as novas tecnologias de informação vieram melhorar o Serviço Nacional de Saúde. 17,5% dos inquiridos concorda totalmente com este facto enquanto que apenas 15,3% discorda.

### Gráfico 10. Relação de Confiança

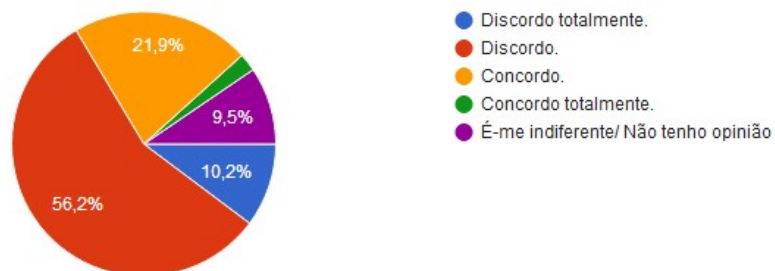
4. A relação de confiança entre médico/doente foi prejudicada pela introdução das novas tecnologias de informação na saúde.



A maioria dos inquiridos (47,4%) discorda que a relação de confiança entre médico e doente tenha sido prejudicada pela introdução das novas tecnologias de informação na saúde. 29,9% concorda que essa relação de confiança foi prejudicada. Verificamos a mesma percentagem de respostas (8,8%) de inquiridos que concordam totalmente e discordam totalmente. 5,1% dos médicos não tem opinião.

### Gráfico 11. Relação de Confiança

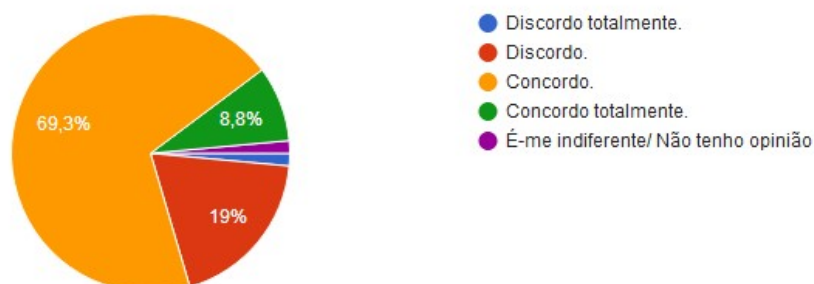
5. A pesquisa na Internet antes de uma consulta é benéfica para o doente.



A maioria dos médicos inquiridos (56,2%) discorda que a pesquisa na Internet antes de uma consulta médica seja benéfica para o doente. Apenas 21,9% concorda com este benefício.

## Gráfico 12. Pesquisas na Internet

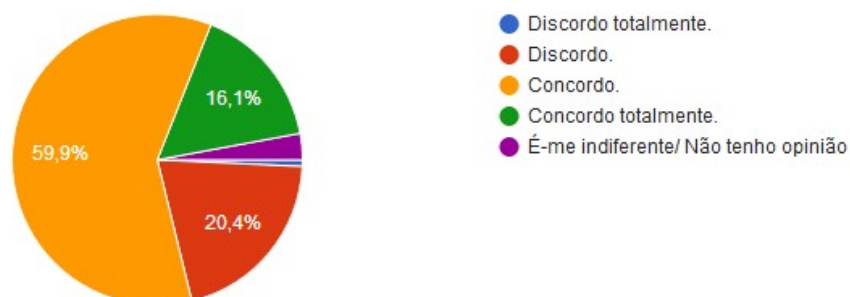
6. As pesquisas na Internet podem contribuir para alterações significativas na relação médico/doente.



A maioria dos médicos inquiridos (69,3%) concorda que as pesquisas na Internet podem contribuir para alterações significativas na relação médico/ doente e 8,8% concorda totalmente. Apenas 19% discorda deste pressuposto.

## Gráfico 13. Doente informado

7. O doente informado facilita a consulta médica.

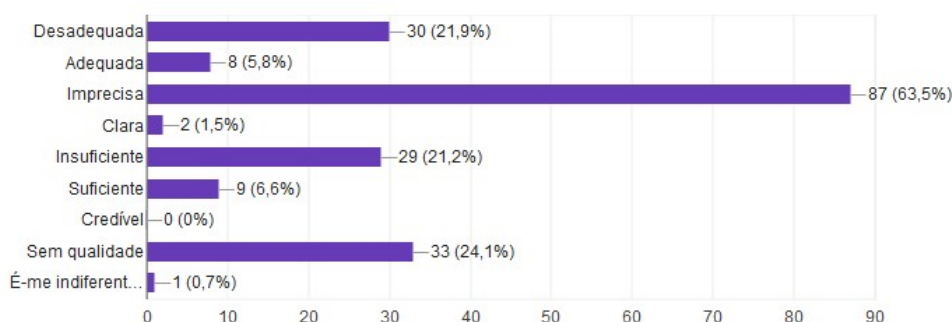


No terceiro capítulo debruçamo-nos sobre a definição de “doente informado” e das mudanças que este fenómeno traz à consulta. A maioria dos médicos inquiridos (59,9%) concorda que o doente informado facilita a consulta médica. 20,4% discorda e 16,1% concorda totalmente.

Dois inqueridos salientaram que concordam com este pressuposto considerando o doente informado de uma forma genérica, e não necessariamente aquele que se informa através da Internet.

## Gráfico 14. Informação acessível na Internet sobre saúde

8. Na sua opinião, a informação acessível na Internet sobre saúde, em geral, é:

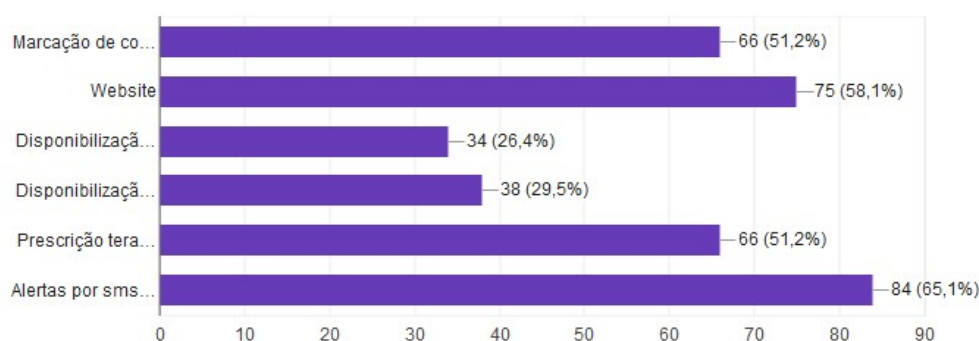


A grande maioria dos inquiridos (63,5%) considera que a informação acessível na Internet sobre saúde é "Imprecisa". 24% considera-a "sem qualidade", 21,9% "desadequada" e 21,2% "insuficiente". Nenhum dos inquiridos a classificou como "credível" e apenas oito (5,8%) a classificaram como "adequada".

Um inquirido salientou que devemos separar, na nossa análise, a informação *online* disponibilizada por instituições oficiais e os *websites* que proliferam na Internet sobre saúde, sem qualquer chancela institucional, classificando-os como "indutores de falsas expectativas ou receios".

## Gráfico 15. Recursos disponíveis

9. Quais dos seguintes recursos tecnológicos estão acessíveis aos seus doentes no local onde exerce a sua atividade:



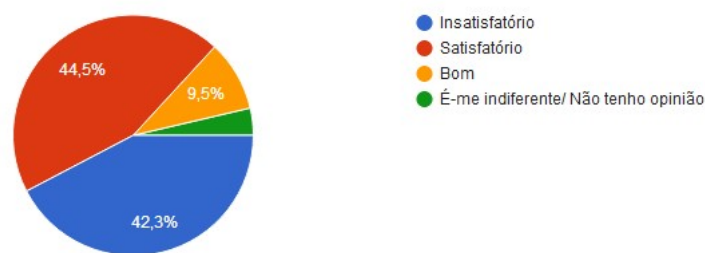
Verificamos que a maioria dos inquiridos reconhece diversos recursos tecnológicos acessíveis aos doentes no local onde exercem a sua atividade.

O recurso mais assinalado são os alertas por sms ou e-mail de informações relativas ao agendamento da consulta (65,1%), seguido de *website* (58,1%), marcação de consultas online e de prescrição terapêutica por e-mail (ambos com 51,2%) e disponibilização de exames de diagnóstico *online* ou por e-mail (29,5%).

Curiosamente, a disponibilização de informação médica online (26,4%) foi o recurso menos apresentado, apesar de toda a relevância que lhe reconhecemos em capítulos anteriores.

### Gráfico 16. Grau de literacia em saúde

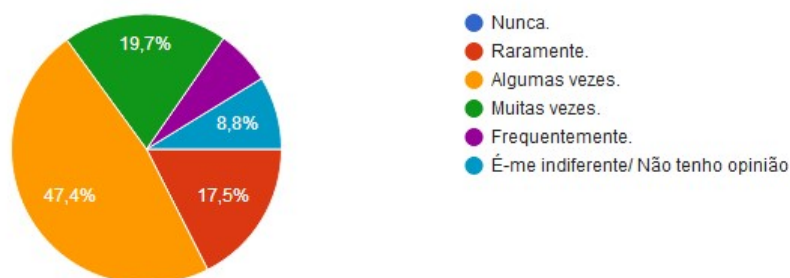
10. Como avalia o grau de literacia em saúde dos seus doentes?



O grau de literacia em saúde dos doentes é considerado satisfatório pela maioria dos inquiridos (44,5%). Porém, 42,3% considera-o "insatisfatório". Apenas 9,5% dos médicos o considera "bom".

### Gráfico 17. Pesquisas sobre saúde na Internet

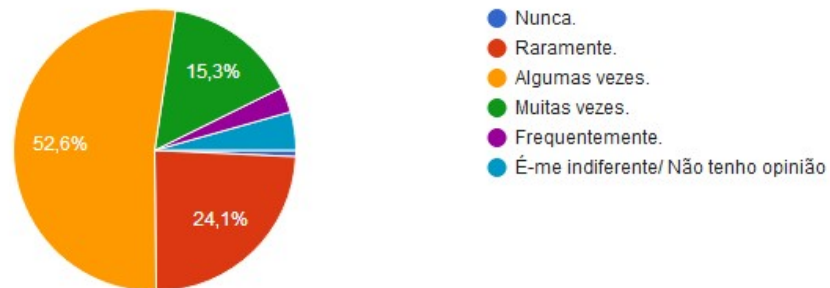
11. Com que frequência os seus doentes realizam pesquisas na Internet sobre saúde antes da consulta?



A maioria dos inquiridos (47,4%) afirma que os seus doentes realizam pesquisas na Internet antes da consulta "algumas vezes". Realce-se a percentagem significativa de inquiridos para os quais esta questão gera indiferença: 8,8%.

## Gráfico 18. Autodiagnósticos

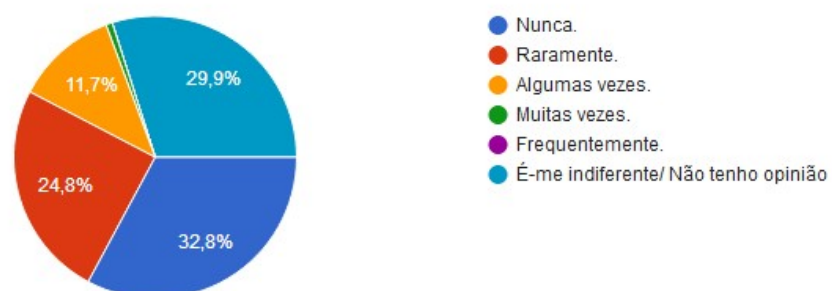
12. Com que frequência os seus doentes fazem um autodiagnóstico depois de pesquisas na Internet antes da consulta?



Mais de metade dos inquiridos (52,6%) assume que os seus doentes fazem um autodiagnóstico depois de pesquisas na Internet e antes da consulta. 24,1% considera que isso acontece "raramente" e 15,3% considera que acontece "muitas vezes".

## Gráfico 19. Marcação, alteração ou cancelamento de consultas depois de uma pesquisa

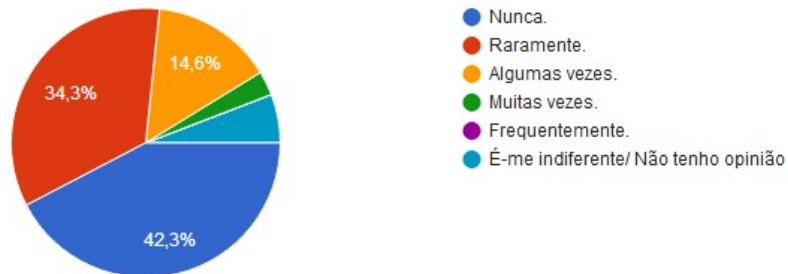
13. Tem conhecimento dos seus doentes marcarem, alterarem ou cancelarem uma consulta médica depois de uma pesquisa na Internet?



As opiniões dividem-se pelas várias opções quando se questionam os médicos sobre os doentes alterarem, cancelarem ou marcarem uma consulta depois de uma pesquisa na Internet. A maioria (32,8%) considera que isso nunca lhes aconteceu. Uma grande percentagem dos inquiridos não vê qualquer relevância nesta questão (29,9%).

## Gráfico 20. Posto em causa pela informação via Internet

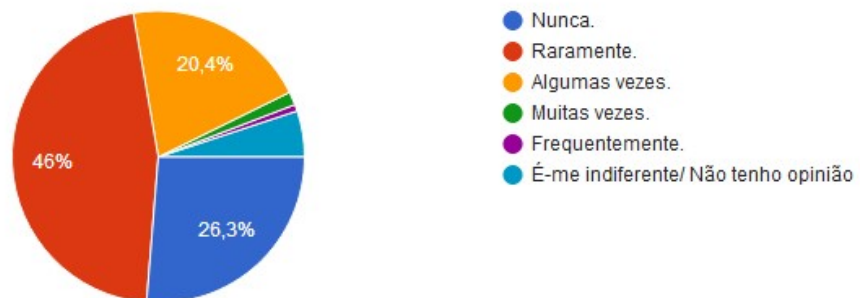
14. Já alguma vez foi posto em causa enquanto médico pela informação acessível na Internet?



A maioria dos médicos nunca foi posto em causa pela informação acessível na Internet (42,3%). Apenas 2,9% refere que tal acontece "muitas vezes".

## Gráfico 21. Doente com estudo novo ou sugestão de tratamento

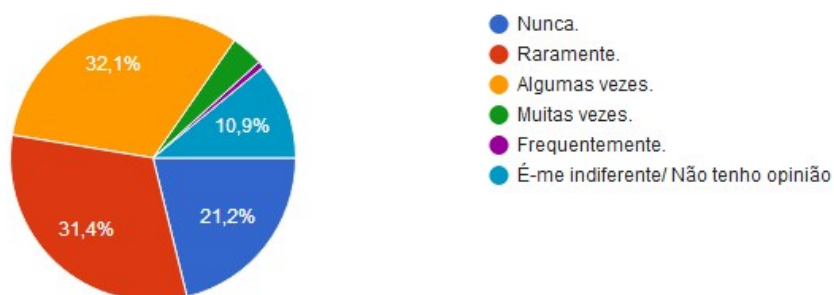
15. Já alguma vez um doente levou para a consulta um estudo novo ou outra sugestão de tratamento recolhidos após pesquisa na Internet?



Raramente os doentes levam um estudo novo ou outra sugestão de tratamento recolhidos na Internet para uma consulta, revelam 46% dos médicos. 26,3% considera que isso "nunca" aconteceu. 20,4% considera que acontece "algumas vezes" e apenas 0,7% dos médicos revela ser "frequente".

## Gráfico 22. Utilização da Internet para decisões de tratamento/terapêutica

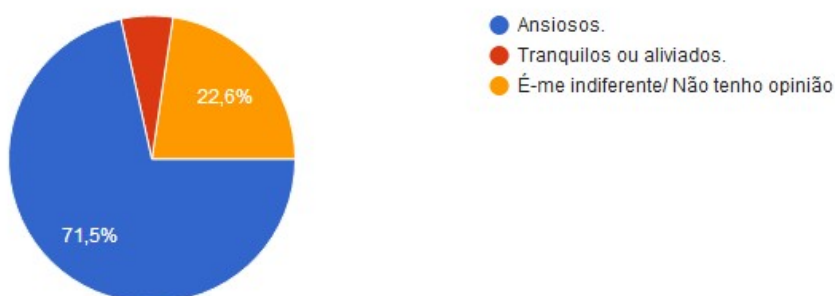
16. Alguma vez os seus doentes utilizaram a Internet para tomar decisões sobre tratamento / terapêutica?



Mais uma vez, as opiniões dividem-se entre os que revelam que “algumas vezes” os seus doentes utilizaram a Internet para tomar decisões sobre tratamento/ terapêutica (32,1%), os que o fizeram “raramente” (31,4%) e os que “nunca” o fizeram (21,2%).

## Gráfico 23. Estado dos doentes

17. Os doentes que consultam a Internet antes de uma consulta apresentam-se, em geral:

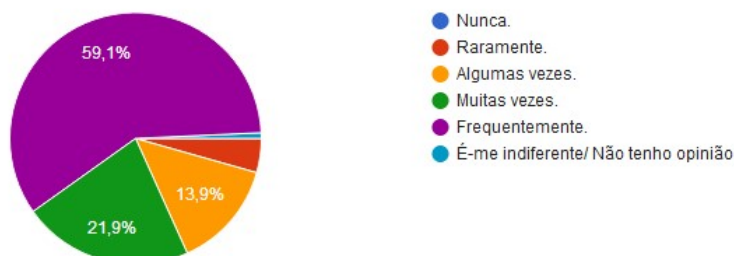


Para a maioria dos médicos (71,5%), os doentes que consultam a Internet antes de uma consulta mostram-se “ansiosos”. Apenas 5,8% dos médicos caracterizam os doentes como “tranquilos ou aliviados”. Uma grande percentagem não tem opinião ou não considera a questão relevante (22,6%).



## Gráfico 24. Frequência de utilização da Internet

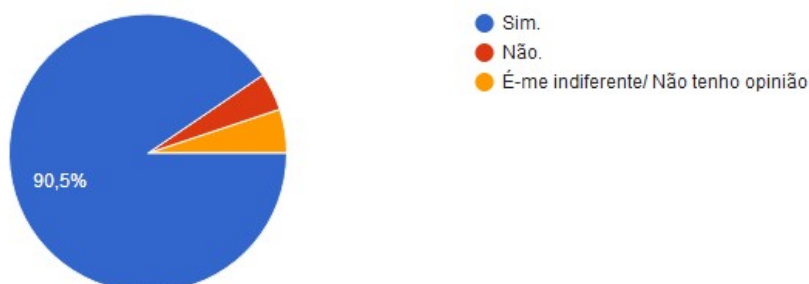
18. Com que frequência recorre à Internet no seu dia-a-dia?



A maioria dos inquiridos (59,1%) recorre “frequentemente” à Internet no seu dia-a-dia. Apenas 4,4% o fazem “raramente”.

## Gráfico 25. Website da Instituição onde trabalha

19. Já consultou o website da instituição onde exerce a sua atividade?

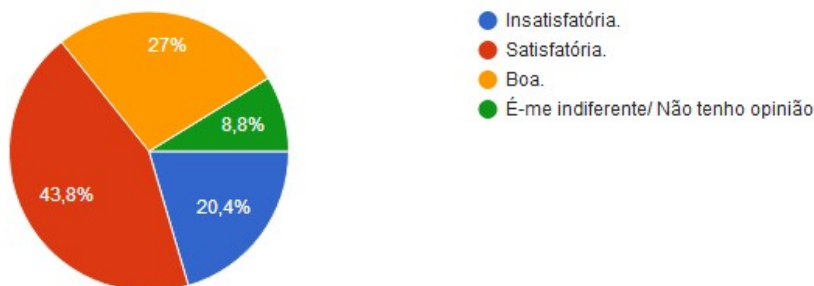


A grande maioria dos médicos (90,5%) já consultou o *website* da instituição onde trabalha. Apenas 4,4% não o fizeram. A questão é indiferente para 5,1%.

Um inquirido chamou a atenção para o facto das informações, funcionalidades e ferramentas dos serviços centrais de saúde serem muito diferentes daqueles que pertencem a cada instituição do SNS, como sejam os centros de saúde, embora a instituição seja a mesma.

## Gráfico 26. Imagem global da instituição

20. Em caso de ter respondido “Sim” à pergunta anterior, como avalia a imagem global do website da instituição onde exerce a sua atividade?



Os médicos que afirmaram consultar o *website* da instituição onde trabalham consideram que a imagem global é “satisfatória” (43,8%) e boa (27%). Apenas 20,4% a consideram “insatisfatória”.

### 4.3 Entrevista a Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Para melhor compreender e enquadrar esta temática, realizámos uma entrevista a Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, com a finalidade de obter um comentário à adesão a este estudo e à sua pertinência, bem como aos resultados obtidos.

#### “A relação de comunicação entre médico e doente não se limita à consulta presencial”

O tema deste trabalho, a relação das tecnologias de informação na comunicação entre o médico e o doente, assentou num inquérito direcionado aos médicos para que avaliassem criticamente esta relação. A adesão foi francamente insatisfatória. Na sua opinião, a fraca adesão poderá estar relacionada com o tema da comunicação, que não terá a pertinência esperada na classe médica?

**Carlos Cortes:** A fraca adesão a este estudo não é nada que me surpreenda. É algo comum, na própria Ordem dos Médicos, o envio de inquéritos sem retorno. O truque aqui passa pela insistência: enviar muitas vezes até ter algum resultado. Mas considero que os motivos da fraca adesão são dois. Primeiro, todos os meus colegas me reportam o excesso de trabalho

levado ao extremo. E por isso, tudo o que pode não ser considerado essencial para o exercício da sua atividade pode identificar-se, usando a linguagem das novas tecnologias, como *spam*, não querendo, com isto, desrespeitar a qualidade do seu trabalho e a sua pertinência. O segundo motivo é que hoje os e-mails dos médicos são inundados de informação. Eu, por exemplo, recebo acima de 200 e-mails por dia, e obrigo-me a responder a todos os e-mails que recebo, mas acredito que nem todos o consigam fazer. Mas a questão do interesse dos médicos em assuntos da moderna comunicação em saúde não está de todo em causa. Claro que os médicos estão muito preocupados com a comunicação que têm com os seus doentes.

**Nesta moderna comunicação em saúde, como referiu, não é uniforme a designação que se dá aos utilizadores dos cuidados de saúde, usando-se “doente”, “paciente”, “cidadão” e até “cliente”. A seu ver, qual seria a designação mais correta?**

**Carlos Cortes:** A questão tem sido abordada em fóruns e simpósios da área e de facto ainda não se chegou a nenhuma conclusão. O termo “doente” não me parece o mais correto, porque a saúde não são só os doentes. No entanto, nas intervenções da Ordem fala-se muito em doentes, pois acabam por ser a franja da população que está em sofrimento. O lema da candidatura na Ordem foi “na defesa da saúde e dos doentes”, portanto é uma terminologia muito usada. Mas eu penso que, de todas as denominações, “utente” poderá ser a melhor. Apesar de ser usada no serviço público, nada impede uma unidade privada de falar em “utentes”. Penso que “cidadão” será muito genérico e “paciente” está muito ligado a “paciência”, parece implícito que tem que esperar muito, o que não é bom. O termo “cliente” não me parece nada adequado, pois põe-se em causa a parte mais humana da medicina.

**Falando da humanização da medicina, e partindo da ideia, que já abordou em alguns escritos, que a medicina tem que ser próxima do doente e humana, é verdade que há um tempo estimado para ver um doente no serviço público de saúde?**

**Carlos Cortes:** Isso não está escrito em lado nenhum e a classe médica tem resistido muito a esta ideia, mas tem havido tentativas sucessivas de regulamentar o tempo que se passa com os doentes. A Ordem e os médicos têm-se oposto a esta questão, porque a partir do momento em que se faça isso acaba a relação médico/ doente e não conseguimos fazer uma medicina de qualidade se nos estamos a preocupar com a questão do tempo. Há uns três anos havia um relatório do Tribunal de Contas que falava em doentes de 15 em 15 minutos. E de vez em quando aparece um documento que tenta regulamentar este tempo. Nos hospitais as marcações são de 15 em 15 minutos, ninguém diz aos médicos que a consulta terá que durar esse tempo, mas a pressão é muito nesse sentido. Impor tempo de consulta é algo a que os médicos se têm recusado, temos que passar tempo com o doente, dedicar-nos a ele, criar uma ligação emocional com ele. Cada doente é diferente e uma consulta que dura cinco minutos para um doente é impossível para outro. No meu serviço o atendimento é por ordem de chegada e tenho tentado que seja por agendamento, pois nem toda a gente tem disponibilidade para chegar cedo e torna-se injusto. Há sempre situações complicadas de gerir, mas temos que adaptar o tempo da consulta às necessidades daquele doente em particular. O que temos medo é que os médicos sejam proibidos de perder meia hora com um doente que precisa dessa meia hora e que possam ser penalizados,

repreendidos, prejudicados, porque naquele dia em vez de verem 30 doentes viram 20. Há médicos mais lentos, há colegas que em menos de 20 minutos conseguem ver o problema, mas há outros que precisam de mais tempo. E o que queremos são consultas de qualidade, independentemente do tempo. Eu consigo ser próximo dos meus doentes e carinhoso com eles, eu levanto-me e espero-os à porta, consigo ter uma relação próxima com eles sem estar a cronometrar os tempos. É verdade que sempre se tentou fazer essa imposição, nunca de forma muito formal, pois cairia muito mal na opinião pública. O Bastonário Miguel Guimarães prometeu em campanha eleitoral estabelecer um tempo mínimo para cada consulta, o que também não é fácil, pois há doentes que chegam e está tudo bem, eu não consigo mantê-los durante 15 minutos em consulta.

### **Falou da relação de proximidade que mantém com os seus doentes... Na era da e-saúde consegue criar-se essa relação de proximidade?**

**Carlos Cortes:** Não vejo o cenário da e-saúde assim tão mau. A profissão milenar da medicina, que se construiu ao longo dos vários milénios, sempre assentou na relação de proximidade, presencial, com o doente. Eu não sou ortodoxo ao ponto de dizer que só a presença física nos vai dar essa proximidade. Hoje em dia temos várias formas de ter essa proximidade, nós criamos proximidade com pessoas que nunca conhecemos presencialmente. O *gold standard* é estar com os doentes, mas temos que usar todas as ferramentas que existem e retirar delas o melhor. Recordo-me de colegas meus que estabelecem comunicação via e-mail com o doente, e são excelentes profissionais. Esta comunicação não precisa necessariamente de presença física. Claro que o médico já viu o doente, esta consulta via e-mail é apenas um seguimento.

Isto tudo da Internet aconteceu de repente, de um momento para o outro, e não sabemos lidar muito bem com isto, na área da saúde e em todas as outras. Nos doentes o contacto físico é muito importante, mas nós usamos a tecnologia com aqueles que nos são mais próximos e não há mal nenhum nisso. Há contactos com os meus doentes que posso fazer por telefone ou por e-mail e não deixa de ser uma consulta médica. Por exemplo, um doente telefona-me com queixas de dor de cabeça. Digo-lhe para ele tomar um paracetamol e ligar-me no dia a seguir. Este doente podia ter ido ao meu consultório e a resposta teria sido exatamente a mesma: "tome um paracetamol e volte amanhã". Claro que não posso fazer isto com a Dona Maria que tem 95 anos, não vou enviar-lhe um e-mail a discutir o tratamento ou o resultado das suas análises, mas há pessoas informadas que agradecem que façamos isso e dessa forma evitam ir ao centro de saúde. A classe médica tem que perceber o que pode facilitar com as novas tecnologias e o que precisa de ter cuidado, só isso. Há uns tempos, no Brasil, estava a tentar desenvolver-se uma rede social para mulheres grávidas com aconselhamento médico. A medicina pode explorar estas novas formas e pode chegar a sítios onde de outra forma não chegaria. Mas nem sempre é fácil. A telemedicina gerou muita desconfiança no início, porque ver um doente através de um monitor era demais para alguns colegas. Nós não podemos rejeitar as novas tecnologias, temos é que usar aquilo que elas têm de bom e que pode ajudar na aproximação ao doente, sem temer nada. A relação de comunicação entre médico e doente não se limita à consulta presencial.

**O nosso estudo apurou que a maioria dos médicos inquiridos concorda que as novas tecnologias vieram melhorar a relação médico/ doente (47,4%) e o SNS (61,3%).**

**Carlos Cortes:** Estou surpreendido com este resultado! Pensei que fosse ao contrário...

**Apurámos também que a maioria discorda que uma pesquisa na Internet antes da consulta é benéfica para o doente (56,2%), já que pode contribuir para alterações significativas na relação médico/ doente (69,3%). Que comentário poderá fazer a estes resultados?**

**Carlos Cortes:** Eu gosto muito de relativizar esta questão, porque antes da Internet tínhamos livros e assim eu teria que dizer que antes de uma consulta o meu doente não podia ler livros. Podemos dizer que os livros são mais exatos, mas também podemos dizer que o doente nem sempre interpreta corretamente a informação que lê, por mais exata que seja. Tem a ver com a capacidade de filtro que as pessoas têm que ter na Internet, eu não vou dizer que sou a favor ou contra, posso dizer que sou contra toda a informação incorreta que o doente possa ver, mas dizer que sou contra o doente procurar informar-se antes da minha consulta não faz sentido, o papel do médico, a sua responsabilidade - que não é fácil, mas ninguém disse que a medicina e ser médico era fácil - é conseguir estabelecer essa relação de confiança com o doente e explicar-lhe que aquilo que leu não é exatamente assim, e eu faço isso na minha consulta. Mas para eu lhe explicar que não é assim eu tenho que ter conhecimento do que estou a explicar e isso obriga-me a uma exigência ainda maior. Não vejo problema nenhum o doente já vir com uma ideia, estabelecida na Internet ou pelo vizinho, que também teve dor de cabeça (voltando ao exemplo anterior) e que afinal era um cancro. Muitas vezes as pessoas fazem analogia com outros doentes e a etiologia não é a mesma apesar dos sintomas serem iguais ou parecidos. Não vejo isso ser mau para a consulta, mas pode ter desvantagens em doentes do ponto de vista emocional que depois ficam mais frágeis, mas eu não consigo estar a responsabilizar a Internet por isso. Eu responsabilizo o facto de o doente ter acesso à informação, mas se não fosse pela Internet era pelo vizinho... e pode ter o mesmo efeito. A Internet tem outras coisas que são boas. Indo à Internet o doente apercebe-se que uma dor de cabeça passa com paracetamol. A Internet também ajuda, provavelmente os doentes retiram mais coisas boas do que más, mas cabe ao médico recolocar o doente nas circunstâncias específicas da sua doença. Mais uma vez, eu não posso rejeitar a Internet por ela muitas vezes induzir em erro, porque na maior parte das vezes o que acontece é as pessoas acabarem elucidadas e muito bem informadas sobre o seu problema de saúde.

**Outra das conclusões apuradas é que os médicos inquiridos caracterizam a informação disponível na Internet como "imprecisa" (63,5%), "sem qualidade" (24,1%), "desadequada" (21,9%) e "insuficiente" (21,2%). Nota-se ainda cada vez mais a necessidade de os *sites* terem uma vertente pedagógica, como as sociedades científicas e *sites* de entidades de saúde. Como é que se pode ajudar o utilizador a consultar os *sites* mais credíveis?**

**Carlos Cortes:** Este tema é muito interessante. Eu, como profissional de saúde, consigo detetar quais os *sites* credíveis e quais os outros, eu sei que uma sociedade científica vai ter informação de qualidade, mas a maioria dos doentes não sabe sequer o que é uma sociedade. Era interessante haver uma espécie de sinalização destes *sites*, uma espécie de certificação do *site* e da informação que dá aos utentes, já que estes podem ter alguma

dificuldade em tentar perceber o que pode ser credível e o que pode não ser. A Ordem dos Médicos pode ser essa entidade. Na impossibilidade de triar tudo o que está na Internet, poderiam ser os *sites* a pedir-nos essa validação e nós atestaríamos aquela informação como credível.

**(Entrevista realizada a 23.08.2017)**

## CONCLUSÃO

A nossa investigação procura abordar as transformações que a medicina sofreu com a entrada das tecnologias de informação (TI), bem como as mudanças que implica na relação de comunicação entre o médico e o doente.

Com efeito, em pouco menos de quatro décadas, assistimos a grandes mudanças: o acesso aos serviços de saúde, a qualidade na prestação dos cuidados de saúde, o investimento em hospitais e centros de saúde e a universalização de um direito constitucionalmente protegido. Do final da década de 70 do século passado até hoje, a diminuição do indicador de número de habitantes por médico, a inversão em índices tão preocupantes como os da mortalidade infantil, a cobertura do país através do Serviço Nacional de Saúde e a melhoria ao nível dos equipamentos hospitalares — não obstante as carências e dificuldades que, amiúde, se vão fazendo ouvir e sentir — constituem uma das melhores imagens do Portugal moderno e contemporâneo. Ficou evidente, ao longo do presente trabalho, o percurso de conquistas e de modernização de um setor que, após a entrada em vigor da Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/79 de 15 de Setembro) alterou o acesso aos cuidados de saúde. Quase quatro décadas depois, o país vive uma nova transformação na saúde, introduzida pela chegada das novas tecnologias de informação. Da velha imagem da consulta centrada na apalpação e no estetoscópio, a relação médico/doente é agora, sobretudo, tecnológica.

O enquadramento teórico desta dissertação permite-nos refletir sobre o estado da saúde em Portugal. No primeiro capítulo, percebemos que os serviços de saúde foram sofrendo mutações consoante as alterações a nível político, económico, social e religioso de cada época que marcou a história do país e que perceber o estado da saúde em Portugal passa por entender todas estas transformações e aquilo que lhes deu origem. A comparação entre os principais índices de saúde antes de 1974 e à data de hoje espelham as mudanças políticas e económicas pelas quais Portugal passou. Hoje, os desafios estão centrados no envelhecimento progressivo da população, no aumento das doenças crónicas e infecciosas, na diminuição da natalidade e no aumento da esperança de vida, com reflexo obrigatório nas políticas de saúde atuais.

No segundo capítulo, analisámos o conceito de e-Saúde, ou seja, a saúde apoiada nas novas tecnologias de informação. A prática da medicina, outrora circunscrita ao consultório médico, está hoje disseminada na Internet e nos meios de comunicação e entretenimento em diversas formas e a crescer exponencialmente. Este fenómeno é emergente e produz efeitos claros na relação de comunicação entre o médico e o doente. A tecnologia fez proliferar programas, plataformas e meios de informação ligados à saúde que transformaram o médico, uma figura séria, respeitada e intocável, num *entertainer* nos meios de comunicação e de fácil acesso em qualquer plataforma ou aplicação móvel.

No terceiro capítulo, destacámos o surgimento de um doente mais informado, mais participativo, que não se conforma com o parecer do profissional de saúde, que investiga e é protagonista da sua própria história clínica. “A relação médico-doente evoluiu de um modelo de relação hierárquica assente num certo paternalismo médico, para uma relação de compromisso/aliança clínica entre médico e doente” (Pestana, 2016, p. 80).

No quarto e último capítulo, fundamentámos a nossa análise através de um inquérito junto de médicos para tentar perceber como viam a entrada das TI no desempenho da sua atividade.

O inquérito foi distribuído junto das principais entidades de saúde públicas e privadas de Coimbra, com um total de 138 respostas, das quais 81 foram em papel e 57 foram digitais. É interessante verificar que, num estudo sobre tecnologias de informação e comunicação, se registre maior percentagem de respostas em papel do que por via digital. É ainda importante reforçar a ausência de respostas de cinco das doze entidades contactadas.

No que diz respeito a conclusões, da investigação que realizámos junto dos 138 médicos com atividade profissional em Coimbra, verificámos que a maioria dos clínicos concorda que as novas tecnologias da informação vieram melhorar a relação entre o médico e o doente (47,7%) e, em particular, o Serviço Nacional de Saúde (61,3%).

A sua maioria, 56,7%, discorda que uma pesquisa na Internet sobre assuntos de saúde antes de uma consulta médica é benéfica para o doente, e concorda que esta pode contribuir para alterações significativas na relação entre o médico e o doente (69,3%).

A informação veiculada na Internet sobre saúde é caracterizada pelos médicos como imprecisa (63,5%), sem qualidade (24,1%), desadequada (21,9%) e insuficiente (21,2%). Por seu lado, os doentes que consultam a Internet para questões de saúde antes de uma consulta médica são caracterizados como "ansiosos" por 71,5% dos inquiridos.

Em suma, a aplicação das TI na área da saúde é vista como algo benéfico, mas a forma como esta está a influenciar a comunicação entre o médico e o doente tem ainda que ser aperfeiçoada até se tornar facilitadora de uma melhor relação.

A fraca adesão a este inquérito, que se refletiu no número de respostas obtidas, leva-nos a questionar até que ponto esta questão, que interfere indiscutivelmente com o exercício da profissão, está a encontrar alguma resistência na classe médica. É de salientar ainda a percentagem elevada de respostas "é-me indiferente/ não tenho opinião" em praticamente todas as questões.

As razões podem ser de vária ordem, mas é certo que a comunicação não parece ser uma prioridade do setor público de saúde. Veja-se os *websites* dos principais centros hospitalares públicos que seguem uma linha estática e unilateral, em comparação com o dinamismo e a vanguarda das ferramentas de comunicação das entidades de saúde privadas. Podemos ainda lembrar a ausência de resposta dos CHUC a esta iniciativa, perdendo a oportunidade de ter neste estudo uma ferramenta essencial para melhorar os processos de comunicação com os seus doentes.

A fraca adesão aos inquéritos foi justificada por Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, pelo excesso de trabalho que os médicos têm a seu cargo, e não pela pertinência da temática: "A questão do interesse dos médicos em assuntos da moderna comunicação em saúde não está de todo em causa. Claro que os



médicos estão muito preocupados com a comunicação que têm com os seus doentes”, afirma.

Em suma, se a pertinência e a atualidade do tema nos parece ser ficado bem evidente, o mesmo não podemos dizer de forma tão categórica em relação aos inquéritos. Embora as respostas sejam um instrumento de análise interessante, e com uma clara tendência de respostas, consideramos ser necessário obter um universo de respostas maior para que possamos fazer uma conclusão mais definitiva sobre o entendimento dos médicos sobre a comunicação e processos de comunicação entre eles e os seus doentes. Em todo o caso, a reconhecida fraca adesão aos inquéritos deve ser lida como um comportamento e, até, como um sintoma.

Por outro lado, a validação de *websites* de referência em conteúdos de saúde revela-se uma prioridade. Carlos Cortes defende a necessidade de haver “uma espécie de sinalização destes *sites*, uma espécie de certificação do *site* e da informação que dá aos utentes, já que estes podem ter alguma dificuldade em tentar perceber o que pode ser credível e o que pode não ser”. Carlos Cortes adiantou ainda que a Ordem dos Médicos poderá assumir essa responsabilidade: “Na impossibilidade de triar tudo o que está na Internet, poderiam ser os *sites* a pedir-nos essa validação e nós atestaríamos aquela informação como credível. ”

A verdade é que enquanto existirem médicos e estes não forem substituídos por algum equivalente robótico, a relação médico-doente constitui-se como a matriz e o sustentável de toda a prática médica (Macedo, 2011, p.59).

Para terminar esta reflexão, cremos ser imperativo um movimento de toda a classe médica que a incentive a ver o doente além da doença e que reforce o papel do médico como um educador para a saúde perante um doente informado, exigente e desafiador.

## BIBIOGRAFIA

Araújo, I. S. de & Cardoso, J. M. (2014). *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Arnaut, A. (2015). O serviço nacional de saúde: sonho e realidade. *Acta Med Port*, 28, 4-7.

Assembleia da República. Serviço Nacional de Saúde. Lei nº 56/79, de 15 de Setembro. Diário da República. 1979;214 (Série I): 2357-63.

Cófreces, P., Ofman, S. D., & Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34.

Cardoso, G. (2009). Da comunicação de massa para a comunicação em rede. In *Media, redes e comunicação: futuros presentes* (pp. 15-54). Lisboa: Quimera.

Castells, M. (2004). A internet e a sociedade em rede. In *Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação* (pp. 221 - 244). Lisboa: Quimera.

Cortes, Carlos (2016). Voltar a Valorizar a Relação Médico-Doente, *Escritos de Direito na Saúde*, 41-47.

Cruz, D. M. (2013). *Literacia em ehealth dos portugueses: estudo exploratório* (Doctoral dissertation).

de Almeida Alves, N. (2008). Perfis dos utilizadores da internet em Portugal. *Análise Social*, 603-625.

de Macedo, A. F., & de Azevedo, M. H. P. (2011). Relação Médico-Doente.

de Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulina de Enfermagem*, 22, 884-94.

Decreto-Lei nº 238/2015 (14/10/2015) do Ministério da Saúde.

Espanha, R., Ávila, P. Veloso Mendes, R. (2016). Literacia em Saúde em Portugal – 2015. Fundação Calouste Gulbenkian

Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 3, 66-71.

Miller, E. A. (2001). Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(1), 1-17.

- Ministério da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo.
- Ministério da Saúde (2015). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2014)
- Moretti, F. A., de Oliveira, V. E., & da Silva, E. M. K. (2012). Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(6), 650-658.
- Mota-Ribeiro, S., & Pinto-Coelho, Z. (2008). A genderização da sexualidade feminina nas imagens publicitárias de revistas para mulheres. V *SOPCOM-Comunicação e Cidadania*, 2873-2887.
- Norma 15/2013, Direção-Geral da Saúde, 3/10/2013.
- Nunes, J. M. (2007). Comunicação em contexto clínico. *Lisboa: Bayer Health Care*, 2-8.
- Pedrosian, E. A. (2013). La salud como comunicación: medicina familiar y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 3 (2), 21-31.
- Pestana, P.C. (2016). Desafios em Saúde: cidadãos mais bem informados serão cidadãos mais saudáveis, *Escritos de Direito na Saúde*, 79-91.
- Pestana, S. E. F. S. D. (2011). *Saúde WEB 2.0 – O papel das comunidades virtuais de doentes na área da saúde: um estudo de caso para Portugal* (Doctoral dissertation).
- Ponte, C. (2011). Acessos e literacias digitais: resultados portugueses do inquérito europeu EU Kids Online. *Literacia, Media e Cidadania*, 23-38.
- Ramos, V. (2009). A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(2), 208-20.
- Ryu, S. (2012). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). *Healthcare informatics research*, 18 (2), 153-155.
- Santana, S., & Pereira, A. S. (2007). Da utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal: possíveis repercussões na relação médico-doente. *Acta Med Port*, 20(1), 47-57.
- Salles, A. A. (2010). Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. *Revista Bioética*, 18 (1).
- Tomás, C. C., & Queirós, P. J. P. (2014). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 19.

Vaidhyathan, S. (2011). *The Googlization of everything*. Los Angeles: University of California Press, Berkeley.

Wechsler, R., Anção, M. S., Campos, C. J. R. D., & Sigulem, D. (2003). A informática no consultório médico. *J Pediatr (Rio J)*, 79 (Supl 1), 3-12.

World Health Organization (2011). MHealth - New horizons for health through mobile Technologies. Global Observatory for eHealth series - Volume 3.

### **Websites consultados**

Blogue Beijo de Mulata, disponível em [www.beijo-de-mulata.blogspot.com](http://www.beijo-de-mulata.blogspot.com), acessado a 14/06/2017.

Blogue Café, Canela e Chocolate, disponível em [www.cafecanelachocolate.sapo.pt](http://www.cafecanelachocolate.sapo.pt), acessado a 14/06/2017.

Blogue E os Filhos dos Outros, disponível em <https://www.eosfilhosdosoutros.com>, acessado a 14/06/2017.

Blogue Pediatria para Todos, disponível em <http://blogpediatriaparatodos.blogspot.pt/>, acessado a 14/06/2017.

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, disponível em <http://www.chuc.min-saude.pt/>, acessado a 26/07/2017.

Cuf Hospitais e Clínicas, disponível em <https://www.saudecuf.pt/>, acessado a 30/03/2017.

Facebook Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra, disponível em <https://pt-pt.facebook.com/IdealMedUnidadeHospitalarDeCoimbra/>, acessado a 26/07/2017.

Febre-i-dor, disponível em <http://www.febre-i-dor.pt/>, acessado a 14/06/2017.

Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra, disponível em <https://www.idealmed.pt>, acessado a 30/03/2017.

Organização Mundial de Saúde, disponível em <http://www.who.int/>, acessado a 05/12/2016.

Pediatria Online, disponível em <https://universodobebe.continente.pt/o-bebe/pediatria-online/>, acessado a 14/06/2017

Plataforma Saúde Livre, disponível em <https://www.saudelivre.pt/>, acessado a 14/06/2017.

Portal do Utente do Serviço Nacional de Saúde, disponível em <https://servicos.min-saude.pt/utente/>, acessado a 06/06/2017.

Repositório de Literacia – SNS, disponível em <https://www.sns.gov.pt/literacia-em-saude-e-percursos-de-vida/repositorio-literacia/>, acedido a 14/06/2017.

Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>, acedido a 05/12/2016

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia – Perguntas Frequentes, disponível em [http://www.spoftalmologia.pt/perguntas\\_frequentes/](http://www.spoftalmologia.pt/perguntas_frequentes/), acedido a 14/06/2017.

Travassos, A., (2016), “Do estetoscópio aos nano robots”, disponível em <http://www.ccci.pt/do-estetoscopio-aos-nano-robots/>, acedido a 05/05/2017.

U.S.A Food & Drug Administration, disponível em <https://www.fda.gov/>, acedido a 06/06/2017.

## ANEXOS

# ANEXO I – INQUÉRITO COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

## Comunicação em Saúde - INQUÉRITO

Exmo./a Sr./a Dr/a:

Este inquérito realiza-se no âmbito do Mestrado em Jornalismo e Comunicação a decorrer na Universidade de Coimbra.

A informação solicitada será utilizada para avaliar de que modo as novas tecnologias de informação vieram alterar a relação médico/doente.

A sua colaboração é essencial para conseguirmos evoluir nos estudos sobre comunicação em saúde.

Nesse sentido, solicitamos a resposta a um questionário que demorará **menos de 5 minutos**.

**ESTE QUESTIONÁRIO É TOTALMENTE CONFIDENCIAL** e os dados serão tratados globalmente.

Agradecemos antecipadamente, garantindo o anonimato das informações prestadas.

**Mariana Coimbra**

### PARTE I - CARACTERIZAÇÃO

Preencha, por favor, com uma cruz (X) ou com a informação solicitada no espaço reservado para esse efeito ( \_\_\_\_\_ )

1. A sua idade: \_\_\_\_\_ anos.

2. Género: Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_.

3. A sua atividade profissional é exercida a nível \_\_\_\_\_ público \_\_\_\_\_ privado.

4. Por favor, indique a sua área de especialização: \_\_\_\_\_.

5. Há quantos anos exerce a sua atividade enquanto profissional de saúde? \_\_\_\_\_ anos.

5. Por favor, indique qual o cargo que ocupa atualmente: \_\_\_\_\_.

### PARTE II – NOVAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Para cada afirmação, assinale por favor com uma cruz (X) a(s) resposta(s) que melhor reflete(m) a sua opinião e experiência *neste momento*.

1. Qual o grau de importância que atribui ao conjunto de informação veiculada sobre saúde na Internet e acessível ao doente?

- Nada importante
- Importante
- Muito importante
- Essencial
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

2. As novas tecnologias de informação vieram melhorar a relação médico/doente.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

3. As novas tecnologias de informação vieram melhorar o serviço nacional de saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

4. A relação de confiança entre médico/doente foi prejudicada pela introdução das novas tecnologias de informação na saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

5. A pesquisa na Internet antes de uma consulta é benéfica para o doente.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

6. As pesquisas na Internet podem contribuir para alterações significativas na relação médico/doente.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

7. O doente informado facilita a consulta médica.

- Discordo totalmente
- Discordo



- Concordo
- Concordo totalmente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

8. Na sua opinião, a informação acessível na Internet sobre saúde, em geral, é:

- Desadequada
- Adequada
- Imprecisa
- Clara
- Insuficiente
- Suficiente
- Credível
- Sem qualidade
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

9. Quais dos seguintes recursos tecnológicos estão acessíveis aos seus doentes no local onde exerce a sua atividade:

- Marcação de consultas online
- Website
- Disponibilização de informação médica online
- Disponibilização de exames de diagnóstico online ou por e-mail
- Prescrição terapêutica por e-mail
- Alertas por sms ou e-mail de informações relativas ao agendamento da consulta

10. Como avalia o grau de literacia em saúde dos seus doentes?

- Insatisfatório
- Satisfatório
- Bom
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

11. Com que frequência os seus doentes realizam pesquisas na Internet sobre saúde antes da consulta?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

12. Com que frequência os seus doentes fazem um autodiagnóstico depois de pesquisas na Internet antes da consulta?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

13. Tem conhecimento dos seus doentes marcarem, alterarem ou cancelarem uma consulta médica depois de uma pesquisa na Internet?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

14. Já alguma vez foi posto em causa enquanto médico pela informação acessível na Internet?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

15. Já alguma vez um doente levou para a consulta um estudo novo ou outra sugestão de tratamento recolhidos após pesquisa na Internet?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

16. Alguma vez os seus doentes utilizaram a Internet para tomar decisões sobre tratamento / terapêutica?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

17. Os doentes que consultam a Internet antes de uma consulta apresentam-se, em geral:

- Ansiosos
- Tranquilos ou aliviados
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

18. Com que frequência recorre à Internet no seu dia-a-dia?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Frequentemente
- É-me indiferente/ Não tenho opinião

19. Já consultou o website da instituição onde exerce a sua atividade?

Sim

Não

É-me indiferente/ Não tenho opinião

20. Em caso de ter respondido “Sim” à pergunta anterior, como avalia a imagem global do website da instituição onde exerce a sua atividade?

Insatisfatória

Satisfatória

Boa

É-me indiferente/ Não tenho opinião

Grata pela sua colaboração!

Mariana Coimbra

Mestrado em Jornalismo e Comunicação

Ano letivo 2016/2017

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra