



# INFORMAÇÃO E SAÚDE

**Rita Espanha**

**ESPAÑA, Rita**

Doutorada em Sociologia pelo ISCTE-IUL, onde é Professora. Investigadora do CIES-IUL, desenvolve atualmente pesquisas nas áreas da “Comunicação, Tecnologias de Informação e Saúde” e “Gerações e Tecnologias de Comunicação”. É membro da Comissão Executiva e da equipa de investigação do OBERCOM (Observatório da Comunicação) e Editora da revista *on line* Observatório (OBS\*). Publicou, entre outros livros e artigos, “Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede: o caso português” em 2009 e “A Relação entre TIC, Utentes, Profissionais e Redes Tecnológicas de Gestão de Informação em Saúde”, em 2011 (em co-autoria).





Largo Monterroio Mascarenhas, n.º1, 8.º piso  
1099-081 Lisboa  
Telf: 21 001 58 00  
ffms@ffms.pt

© Fundação Francisco Manuel dos Santos e Rita Espanha  
Janeiro de 2013

Director de Publicações: António Araújo

Título: Informação e Saúde

Autor: Rita Espanha

Revisão de texto: Helder Guégués

Design: Inês Sena

Paginação: Guidesign

Impressão e acabamentos: Guide – Artes Gráficas, Lda.

ISBN: 978-989-8424-86-0

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade do autor e não vinculam a Fundação Francisco Manuel dos Santos. A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada ao autor e editor.

# Informação e Saúde

Rita Espanha



## Índice

- 7 **Prefácio**
- 9 **1. Introdução**
- 13 **2. O Cidadão e a Informação em saúde**
- 27 **3. Importância e Papel da Informação em Saúde em Contexto Individual e em contexto Institucional**
- 47 **4. Potencialidades e Desafios**
- 57 **5. As Boas Práticas e as Experiências Internacionais**
- 63 **6. Mais e Melhor Informação, Mais e Melhor Saúde?**
- 75 **Referências Bibliográficas**

## Índice de Tabelas

- 17 **1. Tipos de sites consultados sobre saúde (valores médios)**
- 21 **2. Motivo pela não utilização de serviços médicos on line (%)**
- 43 **3. Taxas de penetração do Software nos Centros de Saúde**
- 44 **4. Taxas de penetração do Software nas Unidades de Saúde Familiar**
- 44 **5. Dados relativos às aplicações dos Hospitais, SAM, SAPE, Multibanco e Sistema de Triagem**
- 54 **6. Os médicos e o grau de concordância com as afirmações (%)**

## Índice de Gráficos

- 19 **1. Grau de concordância relativa aos elementos de confiança com a pesquisa na Internet**
- 20 **2. Serviços médicos on line já utilizados**
- 48 **3. Evolução da percentagem (%) de receitas electrónicas sobre o total**
- 49 **4. Evolução da percentagem (%) do valor (€) participado pelo SNS com receitas electrónicas sobre o total**
- 65 **5. Frequência de utilização da Internet com o objectivo: Informação Diversa (%)**





## **Prefácio**

### **O papel central da Informação nos sistemas de saúde**

A informação desempenha um papel central nos sistemas de saúde contribuindo para a melhoria dos resultados de saúde das respectivas populações. O enorme potencial da informação disponível nos sistemas de saúde, está a permitir que as autoridades de saúde desenvolvam uma análise de dados em grande escala, ajudando a modelar estratégias de intervenção de saúde pública mais eficazes junto das comunidades e a disponibilizar informação útil para suporte das decisões dos diferentes actores do sistema.

A monitorização dos programas de saúde, avaliando a adequação dos recursos e dos meios empregues na prevenção e tratamento da doença, em face da segurança e qualidade dos resultados obtidos, é um dos aspectos mais importantes que o tratamento da informação vem potenciar seja à escala de uma pequena região, de um país ou de um continente.

Os consumidores e os financiadores de cuidados de saúde exigem mais e melhor informação, maior transparência e mais valor pelo seu investimento no sistema de saúde.

Rita Espanha, socióloga e investigadora, experiente na temática da informação em saúde, vem destacar a importância e centralidade que os temas da saúde e da informação conquistaram nas sociedades

modernas. O acesso à informação, uma das componentes mais importantes do próprio acesso aos cuidados de saúde nos nossos dias, está a revolucionar “os modelos sociais de relacionamento, comportamentos e compreensão da realidade” como muito bem destaca a autora neste estudo.

A Fundação Francisco Manuel dos Santos, através do seu Programa de Saúde, pretende, com a publicação deste trabalho da Rita Espanha, contribuir para o debate de um tema crítico para a sociedade, para o cidadão e utente dos sistemas de saúde, para as autoridades e para os profissionais, sejam decisores ou agentes do sistema, não deixando ninguém indiferente à velocidade e à profundidade com que se opera esta revolução.

José Mendes Ribeiro

# De que se fala quando se fala em Informação e Saúde

## 1. Introdução

A informação e a comunicação sobre (e de) saúde diz respeito a todos os cidadãos, independentemente do papel que cada um possa desempenhar, a nível profissional ou pessoal, no seio da sociedade portuguesa e no mundo.

Quais são os principais traços que caracterizam a informação em saúde em Portugal? Qual a importância e o papel da informação sobre saúde no contexto individual e no contexto institucional? Quais as potencialidades e os desafios que se apresentam à sociedade portuguesa com a generalização da utilização das tecnologias de informação no contexto dos serviços de saúde, públicos e privados? Como poderá a informação em saúde contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, para a eficiência da respectiva prestação e para a diminuição das desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde?

Que ameaças representa para a protecção dos direitos individuais e para a reserva da privacidade e intimidade a circulação descentralizada de informação aos cidadãos, em todos os níveis da prestação de cuidados de saúde?

As questões relacionadas com a informação em saúde são múltiplas, complexas e de difícil sistematização.

A importância e a centralidade que o tema da saúde conquistou no contexto das sociedades modernas, como um fenómeno multidimensional, amplificam a dimensão social das intervenções em saúde, criando novos modelos sociais de relacionamento, novos comportamentos e percepções diferentes quanto à compreensão da realidade.

A abordagem mais frequente, suportada no modelo biomédico, que nos ajuda a lidar com a realidade da saúde sustenta-se em grande medida na forma através da qual os profissionais de saúde olham para a saúde e para a doença. De acordo com aquele modelo, a saúde representa o oposto da doença (ser saudável é não ter doença). Na sua génese estão modelos mecanicistas (o corpo como um "relógio") que assumem como pressuposto que a condição humana "normal" é ser saudável, centrando-se na compreensão e no tratamento de processos físicos como a patologia, a bioquímica e a fisiologia.

Noutra visão, alternativa mas ao mesmo tempo complementar de que é exemplo o modelo social, considera-se que os ganhos visíveis em termos de saúde global estão directamente relacionados com melhores condições de vida (melhor alimentação, qualidade da água ou habitação), e com um maior conhecimento das necessidades de higiene e de salubridade.

A conceptualização inerente a estes modelos inspira as definições oficiais, a partir das quais são concebidas as estratégias e as políticas de saúde propostas pelas diferentes entidades nacionais e supranacionais, como no caso da Organização Mundial de Saúde.

A União Europeia (em publicação de 2006 da European Foundation Centre) propõe que as questões da saúde devam ser olhadas de forma global, preconizando um conceito de saúde que se baseia no reconhecimento de que saúde é o resultado de um processo activo que envolve indivíduos, comunidades e sociedades, na criação e manutenção do bem-estar e na criação das condições para que cada um seja capaz de a atingir, envolvendo nesse processo diversos actores em todos os níveis da sociedade.

Segundo os autores, saúde é um direito humano, uma dimensão fundamental da segurança e do desenvolvimento humano, mas também

um bem público global. O que se discute actualmente é se a saúde deve ser, definitivamente, consagrada como um direito social.

Temas como a prescrição electrónica de medicamentos, infra-estrutura global, virtualização de processos, telemedicina, interoperabilidade de sistemas, parcerias entre instituições, disponibilização de informação de saúde pública, autonomia individual, fóruns de discussão, *mass media* e ficção sobre saúde evidenciam a grande dificuldade que decorre da multidimensionalidade do tema, envolto numa multiplicidade e diversidade de saberes que impedem, frequentemente, a sistematização coerente da sua leitura e pesquisa, dificultando, em consequência, ainda mais os processos da tomada de decisão sobre estas matérias.

Nas sociedades contemporâneas a importância das comunicações e, particularmente, das tecnologias da informação e comunicação (TIC), apresenta-se, cada vez mais, como um elemento central para o desenvolvimento económico e social. Neste sentido, a prestação de cuidados de saúde, que integra e reflecte a relação entre as TIC e a estrutura social, é uma relação que tem sido amplamente analisada nos últimos anos por muitos autores de várias origens e competências (Haux, 1999 e 2006; Ammenwerth *et al.*, 2006; Haux *et al.*, 2002; Lupiañez, 2009; Espanha, 2009).

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) assumem um papel crescentemente importante no âmbito dos sistemas de saúde pela potencial produção de benefícios para os cidadãos, para os profissionais e para as entidades prestadoras dos serviços ao promoverem modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes no domínio dos cuidados de saúde. O notório crescimento do recurso às TIC por parte dos cidadãos para pesquisar assuntos relacionados com a saúde é hoje evidente (Espanha, 2009; Andreassen, 2007; Fox, 2005). Também os cuidados de saúde têm colhido benefício dos constantes desenvolvimentos e inovações tecnológicas, nas ciências da vida e da saúde em geral, particularmente, nas ciências médicas (Garrido *et al.*, 2008). A introdução crescente das TIC nos sistemas de saúde traz novos desafios às instituições de saúde como aos seus profissionais, fruto das novas competências que exige e do investimento financeiro adicional a que obriga.

Este relatório exploratório realiza uma abordagem das diversas temáticas em torno da informação em saúde, através de um levantamento, tão sistemático quanto possível, de informação disponível, nacional e internacional, contextualizada, sobre a matéria em causa. Alguns exemplos de boas práticas ao nível internacional integram também o estudo. Partindo de diversas pesquisas nacionais e internacionais, este trabalho representa um esforço de síntese e levantamento dos diversos dados e estudos já realizados, não ambicionando representar conhecimento novo neste campo, mas apenas a sistematização do conhecimento já existente.

O objectivo principal é ajudar a estabelecer bases consistentes para a realização de uma pesquisa sistemática e orientada à acção sobre a importância e os modos de desenvolvimento em informação e comunicação em saúde, no contexto da sociedade portuguesa contemporânea, identificando as principais tendências e desafios que permitam a construção de uma agenda estratégica na área da informação em saúde.

A informação e a comunicação no campo da saúde são uma realidade que ganha novas dimensões nas sociedades ocidentais, decorrentes do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e da comunicação. A articulação entre estas duas esferas apresenta novos desafios de mudança aos cidadãos, aos profissionais e às instituições.

## 2. O Cidadão e a Informação em Saúde

As TIC oferecem hoje um variado leque de ferramentas ao dispor do profissional de saúde, tais como a telemedicina, bases de dados clínicas *on line*, comunicação por correio electrónico com pacientes, bibliotecas virtuais de informação médica, prescrição electrónica de receituário, etc. Oferecem também uma multiplicidade de serviços e informação ao utente/paciente, desde consulta de informação médica e/ou de saúde, marcação de consultas *on line*, etc., no seu relacionamento com as instituições e com profissionais e com uma diversidade de informação noutros meios e com outras formas de comunicação, nomeadamente a ficção, através da qual vão construindo as suas percepções.

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

Esta nova posição do paciente/utente perante os cuidados de saúde e informação médica e de saúde pode ser vista na óptica de um ganho de autonomia graças ao acesso às TIC, ou seja, na óptica de *empowerment* (Friedman, 1996). O acesso à informação inserido na dinâmica de autonomia implica necessariamente que os profissionais e instituições de saúde tenham de (re)definir a sua posição perante os utentes. O princípio de autonomia encontra-se, assim, reflectido no sistema de saúde, tornando-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde contemporâneos. O princípio implica que todos os que são afectados por uma decisão tenham a possibilidade de a influenciar e se a decisão só disser respeito a um indivíduo, ele deve decidir por si próprio (Collste, 2002). Segundo Collste, "quando aplicado aos cuidados de saúde, o princípio implica que o paciente deve ter o poder de desempenhar um papel mais activo nos seus próprios cuidados de saúde" (Collste, 2002:123) e uma forma de o fazer é criar a oportunidade ao paciente de dar o seu consentimento informado às decisões que dizem respeito ao seu próprio tratamento.

Castells (2003a) afirma ainda que as tecnologias de informação oferecem aos indivíduos possibilidades de resistência e de autonomia face às contradições inerentes das sociedades modernas. Os fluxos de informação permitem ao indivíduo aceder a todo um universo de informação bem como explorar activamente as potencialidades das redes. A confiança enquanto alicerce da relação entre o profissional da saúde (principalmente o médico) e o utente já não repousa numa atitude cegamente subservente do paciente: «"confiança cega" está a ser substituída por "confiança informada"» (Akerkar: 2004). A visão paternalista e funcionalista dessa relação tem vindo a ceder lugar a um "modelo informativo" (Friedwald, 2000). Naturalmente, estas considerações não se aplicam à totalidade dos cidadãos, em particular no caso português, como veremos mais adiante.

No campo da saúde, esta alteração na conquista de autonomia faz-se sentir de forma clara. A Internet e demais tecnologias de informação e comunicação, ao permitirem fluxos informacionais (imagens, sons, texto, vídeo, etc.), abrem constantemente novas possibilidades para a medicina e para os cuidados de saúde em geral, e ao fazê-lo "interpõem-se" entre



o utente e o profissional de saúde, mas também entre profissionais, e entre estes e as instituições de saúde.

Esse facto tem originado vários estudos com enfoque na relação dos profissionais de saúde e dos utentes com as TIC, e sobre o relacionamento entre o profissional de saúde e paciente mediado pelas novas tecnologias de informação e comunicação. A maioria assenta na análise deste “novo” relacionamento entre médico e paciente (Akerkar, 2004; Friedewald, 2000; Kivitz, 2004; Anderson, 2003). No relatório “Health Information on line de 2005”, de Susannah Fox, realizado pela Pew Internet, os dados do inquérito de Novembro de 2004 apontam uma percentagem de 79% entre os adultos utilizadores de Internet que procuraram informação sobre saúde on line (Fox, 2005). Ainda segundo o artigo “European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries”, em que se realizaram entrevistas por telefone a amostras de população da Noruega, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Polónia, Portugal e Letónia, aponta-se que 44% de toda a amostra e 71% dos utilizadores de Internet usaram a Internet para fins relacionados com a saúde. O uso da Internet para assuntos relacionados com a saúde apresenta uma maior taxa nos países do Norte (62% na Dinamarca e 59% na Noruega), seguindo-se a Alemanha (49%), enquanto os países do Sul apresentam menores taxas (30% em Portugal e 23% na Grécia) (Andreassen, 2007).

Proceder a pesquisas na Internet sobre temas de saúde pressupõe uma preocupação prévia ou, simplesmente, um estado de consciência do indivíduo relativo ao seu bem-estar e/ou ao seu corpo. Afinal, como Herzlich e Pierret (1984) referem, o ser-se saudável e a consequente escolha por aquilo que se entende como estilos de vida saudáveis traduzem um reforço de mecanismos de responsabilização e de atenção por parte dos indivíduos (Espanha *et al.*, 2011). Partindo dos dados disponíveis no Relatório do Projecto SER<sup>1</sup>, e sabendo que a proporção de indivíduos

---

<sup>1</sup> 1.º Relatório do projecto SER – A Saúde em Rede –, desenvolvido no Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (CIES – Instituto Universitário de Lisboa), com o financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian (Espanha, Mendes, Brito e Correia, 2011), disponível em: <http://ser.cies.iscte.pt/>.

que utiliza a Internet em Portugal foi situada nos 45%, a percentagem total de pessoas que já procurou ou pediu para procurar informações sobre saúde, estética e bem-estar situou-se nos 25,7% em Dezembro de 2010. Como seria de esperar, a grande maioria destas pesquisas são efectuadas por utilizadores de Internet (96,6% dos não utilizadores de Internet não fazem pesquisas sobre saúde, estética e bem-estar). De acordo com dados de 2006 do Inquérito Sociedade em Rede em Portugal (SR, 2006), este valor representa um aumento em cerca de 5% dessas consultas. Quanto à distribuição por sexo, identifica-se uma percentagem superior de mulheres que efectuam estas pesquisas comparativamente aos homens: 29,1% e 21,9%, diferença que também já se verificava em 2006 e que é semelhante na maioria dos países.

Apesar de tudo, a noção de "utente informado" começa a surgir nos diversos debates e a trazer a lume a questão do "desafio" à autoridade dos médicos pelos utentes, que cada vez se tornam mais informados e conhecedores da sua própria condição médica. As próprias campanhas de promoção na área da saúde pública reconhecem que a utilização dos *media* está a influenciar as atitudes das "audiências", as suas crenças e comportamentos face às questões de saúde (Kivits, 2004). A emergência da Internet como uma fonte de informação sobre saúde oferece-nos uma oportunidade particular para analisar o seu significado no quotidiano dos indivíduos.

Mas, em Portugal, e segundo os dados recolhidos no âmbito do projecto SER, esta imagem de cidadão ou utente informado é ainda muito ténue. Se não vejamos<sup>2</sup>:

A utilização da Internet pelos portugueses apresenta ainda grandes disparidades, pois, entre as pessoas que não sabem utilizar a Internet ou precisam de ajuda para o fazer, conta-se cerca de 50% da população residente em Portugal. À questão geracional associam-se outras, como os níveis educacionais, contextos profissionais e recursos financeiros. Aliás, é

---

<sup>2</sup> Estes dados reportam-se a um inquérito aplicado a uma amostra representativa da população residente em Portugal continental em Dezembro de 2010 (808 indivíduos), o qual visa perceber o papel das TIC (tecnologias de informação e comunicação) nas práticas, representações e relação da população com a saúde.

a partir das pessoas com 45 anos que se começam a registar os maiores níveis de info-exclusão. Ainda assim, no espaço de quatro anos (2006 a 2010), a percentagem de pessoas que já procurou ou pediu para procurar informações na Internet sobre temas relacionados com saúde, estética e bem-estar aumentou cerca de 5%, situando-se agora nos 25,7%. A utilização da Internet para estas pesquisas tende a ser sobre temas genéricos no campo da saúde, não derivando directamente de problemas de saúde que as pessoas tenham ou suspeitem ter. Os temas mais pesquisados respeitam a "boa forma e exercício físico", "nutrição e problemas alimentares", "beleza e bem-estar". Só depois aparecem pesquisas relacionadas com "doenças sexualmente transmissíveis", "métodos anticoncepcionais e gravidez" e "toxicodependências".

**Tabela n.º 1**

**Tipos de sítos consultados sobre saúde (valores médios)**

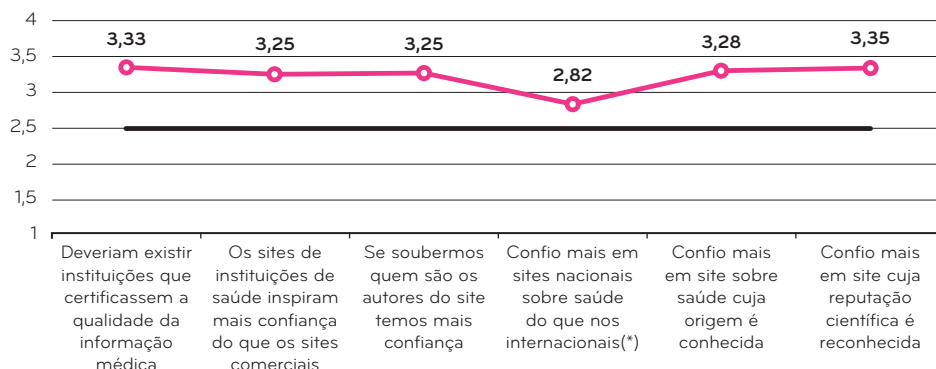
	VALORES MÉDIOS	DESVIO PADRÃO
Sites generalistas sobre saúde	2,34	0,76
Sites de informação sobre saúde pública	1,80	0,77
Sites de associações de doentes ou grupos de doentes com uma doença específica	1,54	0,75
Sites hospitalares	1,48	0,72
Sites de sistemas de seguros de saúde	1,47	0,74
Sites de jornais e publicações científicas <i>on line</i>	1,43	0,70
Sites governamentais	1,41	0,70
Sites de subsistemas de saúde	1,39	0,66
Sites de jornais e publicações não científicas <i>on line</i>	1,37	0,64
Sites de empresas farmacêuticas	1,31	0,62
Sites de organizações de profissionais de saúde	1,30	0,63
Casa de saúde ou outra instituição que preste cuidados de saúde	1,28	0,54
Sites de venda de medicamentos	1,25	0,57
Sites de organizações ligadas a medicinas alternativas	1,25	0,57
Lares ou residências de 3.ª idade	1,18	0,50

Fonte: Espanha, Mendes, Fonseca e Correia (2011)

Não há nenhum dado que aponte para que a Internet esteja a substituir os tradicionais canais de aprendizagem dominados pelos profissionais de saúde e pelos familiares/amigos mais próximos. Neste sentido, a sua utilização deve ser entendida como mais um recurso existente mas com um espaço ainda pouco relevante em relação a outras aprendizagens em saúde. Uma vez que as vantagens apontadas para a utilização da Internet no campo da saúde estão fundamentalmente expressas na "Gratuidade e Acesso" e as desvantagens na "Desconfiança nos Conteúdos e Informação Contraditória", deve-se, então, equacionar as potencialidades e os limites associados às pesquisas efectuadas na Internet. Se, por um lado, os portugueses consideram que é um espaço facilitado e gratuito onde se pode aceder a informações diversificadas e de forma anónima e confidencial, por outro, percebeu-se a influência de fortes restrições que não permitem considerar, pelo menos para já, um aumento da dependência neste recurso, por substituição dos restantes. Falta de confiança, ausência de controlo na informação disponibilizada e a existência de informações contraditórias são dos motivos mais apontados. Mesmo em relação a outras fontes de informação, como a rádio, a televisão, os jornais ou revistas, a confiança na Internet apresenta valores mais baixos sobre os conteúdos relacionados com saúde, estética e bem-estar.

Gráfico n.º 1

Grau de concordância relativa a elementos de confiança com a pesquisa na Internet (valores médios)<sup>3</sup>



Fonte: Espanha, Mendes, Fonseca e Correia (2011)

Contudo, existem algumas soluções tecnológicas que as pessoas não se importam de utilizar como forma de desconcentrar o fluxo aos prestadores de cuidados. Entre os que reúnem mais consenso destaca-se o atendimento médico/especializado por telefone e contactos por SMS (para avisar de consultas, tomas de medicamentos ou responder a dúvidas).

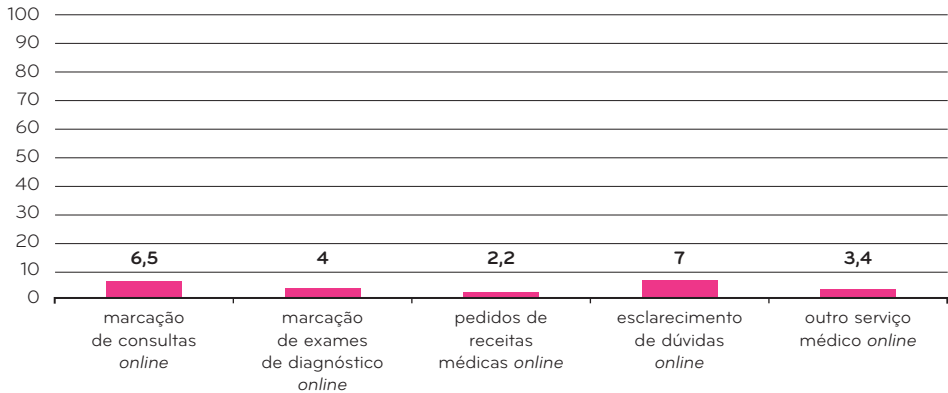
Independentemente da fonte de informação – Internet, rádio, revistas, televisão ou outras – parece clara a necessidade de uma aposta na formação da população sobre as informações a que acedem. Significa que não é suficiente pôr ao dispor das pessoas os recursos sem um investimento nas suas aprendizagens e formas de lidar criticamente com esses recursos.

Considerando a crescente dependência tecnológica, também na área da saúde, nomeadamente na aplicação das TIC na própria gestão da relação entre utente/instituição de saúde/profissionais de saúde, importa equacionar os seus efeitos na exclusão de uma franja alargada

<sup>3</sup> Valores médios apurados numa escala ordinal tratada como quantitativa, em que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 4 "concordo totalmente", em que o ponto 2,5 representa a posição intermédia.

de pessoas que, além de não terem acesso a estes recursos, têm níveis muito baixos de literacia.

**Gráfico n.º 2**  
**Serviços médicos *on line* já utilizados (%)**



Fonte: Espanha, Mendes, Fonseca e Correia (2011)

Os dados apresentados no gráfico n.º 2 mostram-nos que estes serviços não são considerados como necessários ou importantes em relação àquilo que sempre foram as práticas rotinizadas pelas pessoas. Ora, é aqui que reside um aspecto fundamental na tomada de decisão: se é verdade que a utilização destes serviços é mais cómoda e rápida do que a deslocação física aos serviços de saúde, por outro lado também é verdade que não é pela sua simples existência que as pessoas vão percepcionar tal como um ganho para a sua vida quotidiana. A falta de confiança, o desconhecimento sobre a existência desses recursos e o facto de estarem à disposição dos utentes apontam para a necessidade efectiva de programas de sensibilização e promoção destas soluções (ver tabela n.º 2).

**Tabela n.º 2****Motivo pela não utilização de serviços médicos on line (%)**

Não necessitei	29,6
Não sei usar a Internet	16,4
Não tenho confiança	15,4
Não faço ideia o que sejam essas coisas	12,5
Não sabia que existia	11,8
Não tenho Internet	9
Sei que não existe nos locais de prestação de cuidados de saúde	3,1
Falta de hábito	1,3
Outro motivo	0,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Espanha, Mendes, Fonseca e Correia (2011)

Segundo Katz, Rice e Acord (2006), no que diz respeito à apropriação das novas tecnologias no contexto da saúde, continuam por responder questões empíricas a diversos níveis, nomeadamente quanto à eficiência dos sistemas de informação sobre saúde, à forma como as pessoas de diferentes sectores sociodemográficos realmente os utilizam e quais os diferentes efeitos dessa utilização nos diversos sistemas, pois, à medida que as novas tecnologias de informação e comunicação se vão desenvolvendo, também são exploradas em novas utilizações de e-saúde (*e-health*). Os autores (Katz, Rice e Acord, 2006) salientam que os avanços em sistemas informacionais de saúde requerem não apenas dados empíricos sobre a recepção específica de cada sistema pelos seus utilizadores, mas também uma moldura mais alargada que entenda a lógica do interesse próprio e dos alicerces culturais que afectam cada sistema num contexto mais alargado. Nesta perspectiva, que os autores denominam *sintópica* (que rejeita as perspectivas *distópica* e *utópica* sobre as utilizações sociais e consequências da informação e da comunicação), enfatiza-se a forma como as pessoas, grupos, organizações e sociedades adoptam, utilizam e reinventam as tecnologias, para fazerem sentido para si próprios, por relação aos outros (Katz e Rice, 2002: 294).

Sejam quais forem os sistemas de informação e as tecnologias utilizadas, as aplicações de e-saúde descentralizadas e interactivas parecem estar a atingir um papel cada vez mais preeminente nos cuidados de saúde, adaptando-se à forma de utilização dominante da tecnologia da sociedade e cultura em que se insere.

A comunicação mediada está na base de (praticamente) todas as relações comunicativas das sociedades contemporâneas. O papel dos *media* neste contexto dá-nos uma nova perspectiva de pesquisa, que consiste em compreender os contextos quotidianos de recepção e percepção da informação sobre saúde, nos quais a presença dos *media* é predominante.

A comunicação em saúde e a comunicação sobre saúde faz-se, em grande medida, em situações mediatizadas, seja pela imprensa escrita, nem sempre especializada, seja pela Internet, como já se desenvolveu, ou ainda pela televisão, e nesse caso, de duas formas: ou pela via informativa (jornais e programas de informação, documentários e *talk shows*) ou, e cada vez mais, pela ficção (indirectamente, nas séries e telenovelas não centradas nas temáticas da saúde, mas que as atravessam em momentos específicos, e nas séries sobre médicos e hospitais).

A informação relacionada com saúde e doença na televisão tem um carácter sazonal, irregular na frequência com que aparece, que depende da importância que as "doenças" e a "saúde" vão tendo no panorama nacional e internacional, focando-se, frequentemente, nas responsabilidades políticas, nos problemas do serviço nacional de saúde, na prevenção, na investigação (apenas e quando essa divulgação remete para descobertas e avanços científicos que de alguma forma melhorem a qualidade de vida das pessoas), no valor que é atribuído à saúde e à doença nas nossas sociedades. Como a noticiabilidade da saúde nos dá a entrever, é notória, cada vez mais, a importância dada ao "bem-estar" físico, como sinal exterior de bem-estar social.

Com um carácter muito mais regular, aparece a ficção televisiva relacionada com a saúde. Se olharmos para a programação de ficção nos diversos canais televisivos, não apenas nos canais pagos mas também, e de forma quase permanente, nos canais em sinal aberto (e em toda



a Europa e Estados Unidos da América), é diversificada e constante a oferta de conteúdos ficcionados sobre saúde. *Dr. House, Anatomia de Grey, Hospital Central, Médicos e Estagiários, Clínica Privada*, etc., são muitas e variadas as ofertas de ficção relacionadas com saúde e medicina, praticamente sempre em torno da realidade hospitalar, médicos e pacientes, médicos e universo hospitalar, as suas relações com os seus pares e os seus pacientes, o médico-herói, a instituição que luta contra a falta de recursos ou que investe na investigação, etc.

A questão que se impõe necessariamente é a de saber qual a razão para estas séries terem tanto e tão continuado êxito entre os telespectadores. O que as coloca sempre entre as séries de culto e as mais visionadas?

As séries televisivas sobre saúde exibidas em Portugal são de origem estrangeira, maioritariamente anglo-saxónicas e espanholas, o que realça o facto de não existir produção nacional até ao momento de séries de ficção relacionadas com a saúde. As que mais próximas estão desse modelo denominam-se *Médico de Família* e *Pai à Força* e são *soap operas*, dirigidas ao público familiar, mas que incidem mais sobre a vida privada e familiar do "médico", personagem central das séries, do que propriamente sobre a sua vida profissional no seu contexto específico, consultório, hospital, etc. As séries internacionais aqui referidas, pelo contrário, são abordagens directas dos contextos profissionais de saúde, todas desenvolvem os seus argumentos em hospitais e centram-se na vida profissional de médicos e outros profissionais de saúde, sendo o enredo da sua vida pessoal uma espécie de acessório ou contextualização para compreensão das personagens. A vida pessoal destas personagens é mais destacada quando, de alguma forma, condiciona o desempenho profissional esperado. Encontramos ambientes que se vão tornando progressivamente familiares pois, apesar de se constituírem como ambientes profissionais, todos nós, em algum momento das nossas vidas, somos obrigados a relacionar-nos com esses locais. A perspectiva do médico-herói é tranquilizadora. O carácter novelístico de parte dessas séries leva à identificação dos telespectadores com algumas das personagens e ao "vício" do acompanhamento do enredo. O desenvolvimento de histórias/

experiências de vida quase reais, mas com finais (quase sempre) felizes. Todos estes factores que caracterizam estas séries são aspectos passíveis de responder ao porquê do seu êxito. Assim, poderia dizer-se que a razão do seu êxito parece residir em primeiro lugar no facto de a saúde (em todos os seus aspectos, da doença à prevenção, da beleza ao bem-estar) ser um aspecto central e de primeiro plano nas sociedades modernas.

Joseph Turow, que coordenou um estudo desenvolvido pela Kaiser Family Foundation (*As Seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas*), analisou as séries televisivas sobre saúde e em ambiente hospitalar, qualitativa e quantitativamente, em relação aos conteúdos que eram transmitidos. As principais conclusões do estudo apontam para aspectos muito específicos relativamente ao tipo de conteúdos difundidos. Ao que parece, os assuntos relacionados concretamente com políticas de saúde aparecem com frequência neste tipo de programas, reflectindo muitas vezes debates públicos relacionados ou com políticas de saúde ou com erros/negligência médica, e tenta-se criar um certo equilíbrio entre a defesa de políticas públicas de saúde e a sua crítica. Os criadores deste tipo de programas acabam por construir os argumentos com base em debates sobre políticas públicas, em curso no momento, envolvendo as diversas personagens nessas discussões.

Neste contexto, as séries sobre hospitais e seus enredos devem ser um tópico de discussão e análise, considerando a importância da televisão enquanto influenciadora do pensamento público sobre os mais diversos assuntos. Mas, acima de tudo, influenciadora da forma como cada um de nós, cidadãos, constrói as suas representações sobre a saúde, os serviços de saúde, os profissionais de saúde. Num debate televisivo transmitido no nosso serviço público de televisão, foi possível ouvir o então responsável pela reorganização dos serviços de urgências do SNS fazer o seguinte comentário: "Um dos principais problemas das nossas urgências é que elas não correspondem ao que os portugueses vêem nas séries de televisão..."<sup>4</sup> E esta percepção parece ser confirmada pelo estudo que a

---

<sup>4</sup> *Prós e Contras*, tema: encerramento de urgências hospitalares (2008).

Kaiser Family Foundation desenvolveu sobre o impacto dos conteúdos de saúde na televisão, utilizando a série *Serviço de Urgência* como estudo de caso (*The Impact of TV's Health Content: A Case Study of ER Viewers*). Nesse estudo, conclui-se que os espectadores da série adquirem maiores conhecimentos e informação sobre assuntos específicos, muitas vezes relacionados com prevenção e diminuição do risco, comparando com a que possuíam anteriormente ao visionamento de determinado episódio. O documento dá conta de que parte dos telespectadores aprendem de facto algo relacionado com temas de saúde a partir do visionamento de entretenimento para televisão, inclusivamente alguns sentem-se motivados a procurar informação adicional sobre saúde, debatem mais frequentemente esse assunto com familiares e conhecidos, e, muitas vezes, com os seus médicos. Para os autores do estudo, é evidente que a repetição das mensagens é a chave para incrementar a compreensão e a apreensão a longo prazo por parte das audiências.

Este aspecto tem implicações para todos aqueles que estão envolvidos em processos de divulgação de informação sobre saúde para o público em geral. Tratar cénica e dramaticamente assuntos de saúde em programas de entretenimento e ficção televisiva pode ser um mecanismo para informar o público sobre assuntos-chave sobre saúde. Por outro lado, este tipo de comunicação em saúde pode conduzir os telespectadores a receber informação incorrecta ou inadequada sem uma análise crítica relativamente a possíveis más interpretações sobre assuntos de saúde.

No caso português, sendo a ficção televisiva sobre saúde fundamentalmente originária dos EUA, com um sistema de saúde totalmente diferente do nacional e com representações sobre a saúde e a medicina necessariamente diferentes das que se configuram no referencial português, a possibilidade de más interpretações e a criação de falsas expectativas é um risco evidente. Contudo, e considerando o êxito e aceitação, interclassista e intergeracional, deste tipo de conteúdos televisivos, parece valer a pena investir em produzir conteúdos tão correctos e cientificamente comprovados quanto possível, e retirar assim vantagens significativas da oportunidade de divulgar mensagens sobre saúde

pública a partir de programas televisivos de entretenimento, com objetivos concretos de melhorar certos aspectos relacionados com saúde pública, nomeadamente questões de prevenção ou funcionamento dos serviços públicos de saúde.

Estas são as principais fontes de informação a partir das quais construímos as nossas percepções sobre saúde. São também, ao mesmo tempo, os principais meios a partir dos quais comunicamos e interagimos no campo da saúde. Amplificam os nossos conhecimentos, as nossas ideias e as nossas possibilidades de intervenção, mas também promovem, com frequência, percepções confusas, perspectivas erróneas e conhecimentos conflituais e dispersos, quando não, unicamente, superficiais. É na dualidade destas possibilidades que o tal "cidadão informado" se move e se transforma.

### 3. Importância e papel da Informação em Saúde em contexto individual e em contexto Institucional

#### Conceito de saúde e modelo prevalente

Os modelos que actualmente nos ajudam a definir os conceitos de saúde e doença são os que estão na base das definições oficiais, a partir das quais são construídas as estratégias e políticas de saúde pelas entidades nacionais e supranacionais, como já vimos no caso da Organização Mundial de Saúde. A União Europeia, em publicação de 2006 da European Foundation Centre (Kickbusch and Lister, 2006), defende que as questões da saúde devem ser vistas de forma global, sendo que o conceito de "saúde" que preconizam se baseia no reconhecimento de que "saúde" é algo que exige um processo activo que envolve indivíduos, comunidades e sociedades, para a criação e manutenção de bem-estar e das condições para cada um ser capaz de o atingir, envolvendo nesse processo diversos actores em todos os níveis da sociedade. Segundo os autores, saúde é um direito humano, uma dimensão fundamental da segurança e desenvolvimento humano, mas também um bem público global. Os autores apresentam os exemplos da SARS (do inglês *severe acute respiratory syndrome* – síndrome respiratória aguda grave, doença respiratória, que se tornou preocupante em 2003) e da gripe das aves para mostrar como a saúde global está directamente relacionada com o conceito de interdependência. Mas também salientam o facto de a saúde global não dizer respeito apenas a riscos de doenças

infecto-contagiosas, mas também a aspectos como a disseminação do problema da obesidade, que os autores consideram ser algo que depende da forma ou modo de vida ocidental e que se está a espalhar pelo mundo a partir dos *media*. Saúde global não é só combate à doença, é ser responsável por aquilo que determina a saúde em todas as suas formas. Esta é claramente uma visão ética e política do conceito de saúde, e que está ancorada na definição de cidadania. Neste relatório, também se realça a relação estreita entre saúde e pobreza, sendo que se exorta à responsabilização pela via da solidariedade, também no combate à doença e na melhoria das condições sanitárias, visão que decorre do conceito ético de saúde, especialmente quando a sustentabilidade da "saúde" é definida como algo que deve manter e preservar as necessidades ligadas à saúde sem comprometer a capacidade das gerações futuras de dar conta das suas próprias necessidades.

Assim, aparentemente, ao nível da saúde individual, e segundo Ferreira da Silva (2006 e 2008), o discurso oficial sobre saúde foca os modos de vida do próprio indivíduo, tornando a saúde uma actividade cívica que se estende ao conjunto da população e abarca todos os comportamentos humanos, numa generalização do pensamento de saúde ao corpo social. A autora refere ainda que "na sua implementação por via dos sistemas de saúde subordinados à medicina, a ideologia de promoção da saúde está hoje no centro de uma nova moralidade em que ter um corpo saudável é elevado à categoria de virtude" (Ferreira da Silva, 2006: 166), ou seja, todos os contextos são menosprezados e a responsabilidade individual é exponenciada, sendo retirada a causalidade ambiental ou social. O indivíduo, na sociedade de risco<sup>5</sup> (Beck, 1998), tem a responsabilidade da avaliação da informação e das escolhas. Assim, a saúde é também, em grande medida, algo que cabe dentro das definições do que é "vida saudável", em cuja noção se entendem diversas representações e atitudes

---

<sup>5</sup> Para Beck, nesta fase de desenvolvimento da sociedade moderna os riscos sociais, políticos, económicos e industriais tomam proporções cada vez maiores, escapando da alçada das instituições de controlo e protecção da sociedade industrial, e acabando por definir eles próprios a sociedades pós-industriais.

e que são balizadas pela forma como conceitos e práticas se relacionam, naquilo que são as racionalidades presentes na vivência da saúde.

### **Os sistemas de Informação em Saúde no Serviço Nacional de Saúde**

Segundo o relatório *Health Care Systems in Transition*, na situação portuguesa actual "a agenda reformista desde 2002 tem como objectivo melhorar o acesso a cuidados de saúde, gestão hospitalar, fortalecimento de parcerias público-privadas e cuidados de saúde primários"<sup>6</sup>. Se a tais desafios adicionarmos as tecnologias de informação e comunicação, perante que realidade do sector da saúde nos encontramos? Ou, lembrando a definição de sociedade em rede de Castells<sup>7</sup> (2002), qual o seu papel numa sociedade em transição?

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

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

---

<sup>6</sup> In *Health Care Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 7, disponível em <http://www.euro.who.int/document/E82937sum.pdf>, tradução do autor.

<sup>7</sup> A sociedade em rede para Castells pressupõe uma sociedade onde as relações sociais se desenvolvem num cenário mediado pelas novas tecnologias de informação e comunicação - TIC - e como estas interferem nas estruturas sociais.

Qual é, então, o contexto de introdução das TIC no nosso sistema de saúde? O progressivo envelhecimento da população e a pressão económica da sustentabilidade, que implica a melhoria da eficácia, e, em determinadas reconfigurações institucionais, modelos alternativos de gestão (reduzindo custos, otimizando, racionalizando recursos financeiros e humanos, etc.). Paralelamente identifica-se, em algumas faixas da população, o crescente *empowerment* de cidadãos mais autónomos e informados, suscitado quer pela diversidade de meios de comunicação quer pelo incremento de informação nos *media*.

No caso português, a entrada dos sistemas de informação nos hospitais, e por consequência no campo da saúde em geral, deu-se, em grande medida, por via da contabilização da produtividade (etapa inaugurada em 1994, com o SONHO – Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares –, na gestão de altas e doentes). Outra via para a chegada e aplicação das TIC foi também a aposta pontual na articulação e continuidade da prestação de cuidados aos utentes (Simões, 2004: 121), materializada em experiências como a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Rede Telemática da Saúde (RTS) em Aveiro ou o projecto das Unidades de Saúde Familiar<sup>8</sup>. Além do mais, o caminho de empresarialização percorrido pelas estruturas de saúde tem introduzido no sistema mecanismos que garantem o planeamento e avaliação dos recursos disponíveis, uma mais vincada agilidade e autonomia dos processos, a produção e o acesso a informação de suporte à gestão hospitalar.

Também no plano discursivo se encontram presentes directrizes que favorecem a difusão das TIC no âmbito hospitalar. Hoje em dia, independentemente do país, os principais desígnios das políticas de saúde balizam-se entre um sistema baseado nos beneficiários (e não

---

<sup>8</sup> No sentido de verificar como a nova forma de organização dos cuidados primários (virada para a comunidade, atendendo mais e melhor os utentes, dando melhores condições de trabalho aos profissionais que lá exercem), requer um conjunto mínimo de atributos funcionais, leia-se *Requisitos funcionais mínimos para aplicações informáticas*, IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Lisboa, disponível em [www.igif.min-saude.pt](http://www.igif.min-saude.pt).



nas instituições), provido de memória (evitando, por exemplo, a repetição de exames, a duplicação desnecessária de informação...), e a exigência de rentabilização e sustentabilidade. Mas até onde na prática tal utilização efectiva das TIC vai de facto? Do lado governativo, o retrato torna praticamente óbvia a inadequação entre discursos e prática: Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares (SONHO), Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) e cartão de utente desajustados do ponto de vista funcional e tecnológico, apresentando fragilidades relativas nomeadamente aos dados destinados à gestão; a inexistência de um *datacenter* agregador, de uma política de normalização e estruturação de certos conteúdos nas vertentes nacional e regional, o subdesenvolvimento das aplicações de telemedicina e do limitado e descoordenado acesso do cidadão à informação (iniciativas durante muito tempo desgarradas, como a Linha Gripe ou a Saúde 24, mostram a ausência de uma estratégia pública bem pensada para as TIC na saúde)<sup>9</sup>.

Com a chegada do Plano Tecnológico, assumem-se as tecnologias de informação e telecomunicações como imperativo estratégico para que exista *e-health*<sup>10</sup> em Portugal. O Plano Tecnológico pressupunha que na saúde houvesse uma área polarizadora de mudança, de inovação – se ela intui a desmaterialização dos processos, de igual modo nos recorda a impossibilidade da sua aplicação à luz dos antigos modelos de fun-

---

<sup>9</sup> Ver relatório sobre TIC e Instituições de Saúde do Projecto "A Saúde na Era da Informação", disponível em: <http://sei.iscte.pt>.

<sup>10</sup> "E-Health tools or solutions include products, systems and services that go beyond simply Internet-based applications. They include tools for both health authorities and professionals as well as personalised health systems for patients and citizens. Examples include health information networks, electronic health records, telemedicine services, personal wearable and portable communicable systems, health portals, and many other information and communication technology-based tools assisting prevention, diagnosis, treatment, health monitoring, and lifestyle management. When combined with organisational changes and the development of new skills, e-Health can help to deliver better care for less money within citizen-centred health delivery systems. It thus responds to the major challenges that the health sector – which employs 9% of Europe's workforce – is currently facing", in *E-health – making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health area*, Bruxelas, 2004: 4, disponível em: [http://europa.eu.int/information\\_society/doc/qualif/health/COM\\_2004\\_0356\\_F\\_EN\\_ACTE.pdf](http://europa.eu.int/information_society/doc/qualif/health/COM_2004_0356_F_EN_ACTE.pdf).

cionamento dos hospitais –, ou o programa Simplex, a modernização administrativa contida na medida (330) que pôs os centros de saúde a marcar pela Internet consultas nos hospitais, além da especificidade de uma modalidade à distância entretanto estabelecida pelo ministério através da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho – a assistência sem a presença física do doente passa a ser reconhecida legalmente, sendo o médico obrigado a registá-la no processo clínico. Estamos, assim, num contexto em que só da conjugação de interesses poderá surgir inovação. A inovação na saúde por via das TIC pressupõe uma dimensão organizacional muito impulsionada pelo Estado e pelas instituições de *know how* tecnológico a par da adopção social da tecnologia pelos vários grupos profissionais. Aspecto, aliás, claramente assumido no documento assinado entre o Estado português e a *troika*<sup>11</sup>.

Contudo, o contexto da aplicação das TIC no sistema de saúde português carrega uma história. O mundo da saúde, intensivo no recurso à informação, pode e deve ter nas TIC a função catalisadora e modificadora dos processos: ao facultarem informação integrada e fiável aos profissionais, e apoiando as decisões de gestores e entidades reguladoras, permitem criar saúde e bem-estar nos utentes (Katz, Rice e Acord, 2006: 175). Aliás, numa abordagem organizacional e operacional, desempenham um papel relevante no que diz respeito ao aumento da eficiência e eficácia dos prestadores de cuidados. Afinal de contas, a exigência inerente à lógica de mercado traduz a capacidade de as instituições utilizarem racionalmente os seus recursos, o permanente emagrecimento dos custos e o fornecimento de serviços de elevada qualidade. É na década de 1990 que a entrada das TIC ganha alguma ênfase em Portugal<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Disponível no sítio do Ministério das Finanças em Setembro de 2011: <http://www.min-financas.pt/informacao-economica/1a-avaliacao-regular-do-programa-de-assistencia-economica-e-financeira/memorandum-of-understanding-on-specific-economic-policy-conditionality-1st-update/view>.

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

À data, a estratégia do IGIF<sup>13</sup> (organismo, entretanto, extinto tutelado pelo Ministério da Saúde) começava a desenhar-se no sentido de conceber um sistema de informação básico e estruturante que proporcionasse a gestão e controlo do fluxo de utentes e, a aditar a isso, a normalização de uma série de dados clínico-administrativos viabilizando a facturação e elaboração de estatísticas, a comunicação entre hospitais e centros de saúde. Na óptica interinstitucional, é também na década de 1990 que surge o grande investimento na transferência electrónica de dados. É o momento em que aparece o *software* operativo criado pelo IGIF, o SONHO<sup>14</sup> (acordo INESC), o SINUS<sup>15</sup> (com as primeiras instalações a ocorrerem em 1996/97), o cartão de utente do SNS, tornado de uso obrigatório em 2000. Em termos infra-estruturais, o realce vai para a Rede de Informação da Saúde (RIS, 1992), rede privada multimédia do ministério, gerida pelo IGIF, a interligar a multiplicidade de redes locais existentes que, por seu turno, conectam os computadores de qualquer instituição<sup>16</sup>.

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

---

<sup>13</sup> Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

<sup>14</sup> SONHO – Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares.

<sup>15</sup> SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde.

<sup>16</sup> Que em 2010 é alvo de um processo de migração

(ver <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Not%C3%ADcias%20SI%20CSP%207%20ABR%202011.pdf>, as palavras de Fernando Mota, vice-presidente da ACSS: "... os objectivos parecem ter sido alcançados! Com efeito, a presença dos parceiros tecnológicos compromete-os com o exigente plano de migração; os engenheiros compreenderam o âmbito da transformação tecnológica e as acções necessárias para a sua preparação; as administrações ficaram conscientes das tarefas acometidas às suas instituições, e a responsabilidade que isso representa na execução do calendário do plano de migração; finalmente, os profissionais de saúde perceberam como vão ser afectados pela migração e quais os benefícios a que irão ter acesso".

comunitários para as TIC, a tecnologia utilizada no SONHO e SINUS encontrava-se obsoleta, permanecendo as instituições ainda com ilhas de informação dentro de portas, sem redes locais estruturadas e globais. É também neste período que ministerialmente se procura modernizar tecnológica e funcionalmente ambas as aplicações construindo uma única plataforma que incluía a maior parte das suas funcionalidades, harmonizável a futuras iniciativas clínicas e a um eventual processo/registo clínico electrónico. Ao que parece, tais trabalhos pararam na intenção. Paradoxalmente ou não, muitos hospitais ainda solicitavam nos finais da década de 1990 a instalação do SONHO. Até final de 2001, a opção de recurso constou na configuração de uma camada de *software* em tecnologia *web*, sobre o SINUS e o SONHO, estimulando a evolução para sistemas de informação em que, de imediato, os médicos registavam (gestão da agenda, escrita de relatórios, etc.), não esquecendo as prescrições electrónicas de medicamentos e baixas médicas que o ministério aí entendera incorporar. O resultado foi o SAM e o SAPE<sup>17</sup>, testados em alguns estabelecimentos a partir de 2002.

Em meados de 2001, a ministra da Saúde de então havia já procedido à exposição pública da prescrição electrónica de medicamentos e lançado um piloto em cinco hospitais e cinco centros de saúde. Um ano mais tarde, são efectuados alguns *workshops* a cargo do IGIF e das ARS divulgando o SAM e o SAPE aos profissionais de saúde, o concurso público do módulo clínico para os cuidados primários conhece a derradeira etapa, são cativadas verbas no Programa Saúde XXI para um *datacenter* global. No entanto, com a indefinição estratégica, derivada das alternâncias políticas de 2002 e 2005, suspende-se o concurso público do módulo clínico e abortam-se alguns planos de introdução do SAM e SAPE, apesar dos grandes investimentos em equipamento para os gabinetes médicos. Além do mais, o IGIF tinha indicações para não manter evolutivamente aqueles sistemas de informação. Numa entrevista dada em 2004, recuperando o diagnóstico dos 31 hospitais SA, João

---

<sup>17</sup> SAM – Sistema de Apoio ao Médico; SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

Picoto, assessor da área de projectos transversais da Unidade de Missão Hospitais SA, declarava que "a política central seguida pelo Estado não demonstrava coerência nos investimentos realizados, nem o grau de atenção necessário para uma rápida e atempada resolução dos problemas em cada hospital. Deparámo-nos com hospitais dotados de sistemas obsoletos, com fraca interactividade com os utilizadores e sem a necessária capacidade de resposta. Para além do grau de obsolescência, existia uma verdadeira teia de sistemas a funcionar de forma isolada ou com fraca integração. Na área do hardware a situação não era melhor. O reduzido número de equipamentos, o elevado nível de obsolescência e a existência de redes internas em cada hospital não respondiam à crescente complexidade dos sistemas e ao aumento do número de utilizadores"<sup>18</sup>.

Pressionando mais a gestão da rede SA – resultado da conversão, em Dezembro de 2002, de 34 hospitais do denominado sector público administrativo em 31 sociedades anónimas –, a componente empresarial, de controlo e monitorização determinada pela Unidade de Missão gerou "a necessidade de informação com qualidade, disponível on-line, e de se encontrarem caminhos de melhoria contínua, de forma a manter as empresas economicamente viáveis". Com a prioridade na esfera que engloba a contabilidade, facturação, tesouraria e informação de controlo ou na da farmácia/aprovisionamentos, onde o volume e valor associados justificam que se assegure uma superior revisão das compras e consumos dos hospitais (um bom exemplo é o caso do Hospital Pulido Valente em Lisboa)<sup>19</sup>.

Os ganhos associados à simples possibilidade de aceder a informação no *point of care* são *a priori* indiscutíveis: minimização dos erros clínicos, maximização da disponibilidade dos prestadores, controlo de custos, tempos e tarefas. Uma visão que em 1998 conduziu um grupo de profissionais de saúde e das TIC a fundar a Associação para o Desenvolvimento da Telemedicina (ADT), querendo contribuir para que ela seja

---

<sup>18</sup> Entrevista em <http://semanainformatica.xl.pt/693/esp/200.shtml>.

<sup>19</sup> Ver relatório sobre TIC e instituições de saúde do projecto "A Saúde na Era da Informação", disponível em: <http://sei.iscte.pt>.

“uma ferramenta indispensável e de rotina no quotidiano dos cidadãos, dos profissionais e das organizações de saúde, fazendo de Portugal uma referência internacional nesta área”<sup>20</sup>. A evolução aquém das expectativas no que respeita à cobertura geográfica e especialidades médicas abrangidas, descuidando o melhor da prestação de cuidados e o aproveitamento racionalizado dos escassos recursos humanos e materiais, explica a redacção do supramencionado manifesto. Mas se o contexto é ilustrativo de lacunas, há também exemplos de inovação e experimentação. Por exemplo, a empresa Médicos na Internet, sediada no Porto, surgiu em 1999. Estando inteiramente dedicada à construção de *software* clínico, sítios dinâmicos/portais e na dispensa do papel em meio hospitalar. O ALERT é um dos seus produtos: a informação é processada electronicamente, cruzam-se automaticamente os vários departamentos, acede-se ao histórico do doente em tempo real (nos hospitais distritais de Faro e Chaves, na sinergia Hospital de Beja/Centro de Saúde de Serpa, na abolição do papel e das películas na urgência do Hospital dos Covões foi esse o suporte aplicacional accionado).

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

A expressão *e-saúde*, tradução literal do termo *e-health*, define esta realidade. “Trata-se de um espectro alargado de aplicações informáticas para facilitar a gestão e a prestação de cuidados de saúde, incluindo a disseminação de informações relacionadas com a saúde, o armazenamento e troca de dados clínicos, a comunicação interprofissional, a interacção

---

<sup>20</sup> In Manifesto – Telemedicina em Portugal, Lisboa, 24 de Junho de 2005, disponível em [http://www.adt.pt/MISSAO\\_V21.pdf](http://www.adt.pt/MISSAO_V21.pdf).

doente-prestador suportada pelo computador, a educação, as redes de saúde e a telemedicina" (Drury, 2005:38-40). O conceito de *e-saúde* refere-se a uma realidade muito ampla, que compreende uma variedade de aplicações utilizadas pelos utentes e prestadores de cuidados médicos, e que não se esgota na telemedicina. Porque tem impacto ao nível da eficiência, efectividade, acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados e dos serviços prestados, a *e-saúde* permite obter ganhos e reduzir custos. A existência de informação com acuidade, fiável, pertinente e precisa, estruturada oportunamente onde é necessária permite aos profissionais (cidadão interno) e ao cidadão em geral (cidadão externo) tomar decisões informadas e céleres. A qualidade dos dados, da informação e a decorrente diminuição de erros, o aumento do conhecimento e a poupança de tempo são variáveis-chave para medir os seus benefícios.

Isto é válido para os profissionais, que procuram informação que necessitam para a prestação de cuidados médicos ou para a gestão dos serviços de saúde e a investigação do percurso de doenças. É válido também para o cidadão, que pretende saber como promover a saúde e prevenir a doença, como proceder em situação de doença crónica ou aguda ou quais os serviços disponíveis e como contactá-los, reforçando a sua responsabilidade e autonomia na promoção da saúde e bem-estar. O *empowerment* dos cidadãos por via da Internet em relação ao tema da saúde decorre do acesso ao conhecimento, poupando deslocações desnecessárias: onde encontrar um determinado tipo de especialista? Em que estabelecimento de saúde fazem este tipo de intervenção?

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

Contudo, e olhando para o panorama nacional, é possível verificar a crescente utilização das tecnologias de informação e comunicação aplicadas

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

É também de realçar a existência de diferentes graus de apropriação, adesão e utilização das tecnologias de informação e comunicação nos profissionais da saúde, podendo mesmo distinguir os diferentes indivíduos em função dos grupos etários e da pertença a um grupo profissional, lembre-se a este propósito que são os médicos, e dentro destes os mais idosos, os que mais resistem à aplicação e utilização das tecnologias de informação e comunicação. No seguimento da identificação de diferentes tipos de apropriações e momentos de adesão aos sistemas e tecnologias de informação, Stanberry (2003), ao analisar a passagem das tecnologias aplicadas à saúde de um domínio mais reservado para a sua expansão global<sup>21</sup> e o ciclo de vida de um processo de adaptação à tecnologia, desenvolveu uma tipologia que assenta em cinco categorias: "*innovators*", "*early adopters*", "*early majority*", "*late majority*" e "*laggards*". Os primeiros (*innovators*) correspondem aos técnicos que concebem tecnologicamente uma ferramenta tecnológica ainda que possam não lhe reconhecer uma aplicabilidade real. Os segundos são os visionários que em função da existência de uma possibilidade técnica conceptualizam os seus impactos na execução de determinada tarefa. Os dois primeiros grupos correspondem a um reduzido número de pessoas, uma vez que

---

<sup>21</sup> Passagem que, segundo o autor em causa, se faz em função de um hiato (fosso) existente entre dois pólos metaforicamente representados por duas montanhas e que é necessário unir através da tecnologia.



só com no terceiro grupo da tipologia se amplia a utilização ou reconhecimento de uma tecnologia de informação e comunicação.

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

De modo geral, em Portugal tem vindo a ser feito um investimento na tecnologia de informação e comunicação aplicada à saúde, uma tendência resultante da necessidade crescente de aplicações e sistemas de informação que optimizem os processos de cuidados prestados à comunidade, sejam eles de ordem clínica ou administrativa, tendência esta, aliás, promovida por todos os governos desde 2000. No entanto, se por um lado as instituições de saúde vão assumindo um investimento crescente em sistemas e tecnologias de informação, por outro, este investimento parece não assumir o mesmo modelo operacional em cada instituição, incorrendo-se no risco de criar pequenas ilhas com desenvolvimentos e capacidades díspares incapazes de comunicar entre si e criar sinergias e economias de escala e de uso. Identifica-se assim a falta de directrizes transversais, unas e objectivas, bem como de indicadores que transmitam o que é prioritário e a que é necessário dar resposta ou conhecer na saúde nos sistemas de informação a nível nacional.

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

e não os de carácter exclusivamente institucional, podendo assim criar a cultura e o conceito de rede de informação da saúde.

A existência de uma rede que permita a comunicação entre instituições de saúde poderá ainda servir outros propósitos, beneficiando duplamente as instituições de saúde, pois ao permitir<sup>22</sup> aos profissionais da saúde a utilização das ferramentas que envolvam tecnologias de informação, permitem que estes mantenham activa uma troca informal de experiências enriquecedora das estruturas da organização bem como os seus objectivos. Na realidade, a emergente tendência de adesão às tecnologias de informação e comunicação na saúde não é acompanhada pela criação de mecanismos de avaliação de processos e suas respectivas aplicações. Este acompanhamento e avaliação, além de controlar a qualidade das aplicações e aferir resultados, possibilitaria agilizar procedimentos e formas de actuação recorrendo à partilha de experiências para uniformizar os processos. Identifica-se ainda a existência de descontinuidades na aplicação dos processos. Estas descontinuidades assumem também grandes impactos nas instituições que analisámos, deixando supor que esta é uma tendência nacional. Desta forma, as mudanças de linhas governativas, ministeriais ou de conselhos de administração conduzem ao abandono, a paragens prolongadas ou à descontinuação de projectos e programas que trazem não só instabilidade estrutural mas também organizacional e até cultural.

Parece ser consensual a necessidade de haver um reconhecimento da funcionalidade e da confiança de uma tecnologia de informação e comunicação para que a aplicação e a adesão sejam bem-sucedidas. Numa altura em que vivemos num contexto de criação/afirmação de uma cultura empresarial na saúde<sup>23</sup>, ainda que com características e especificidades próprias, importa também analisar a importância das

---

<sup>22</sup> Não só bastará permitir ou disponibilizar, mas também os funcionários aderirem e integrarem a sua utilização nas suas práticas profissionais quotidianas, como se pôde observar antes no ponto relativo às formas de comunicação.

<sup>23</sup> Facilmente perceptível pelas alterações das definições jurídicas que os hospitais têm vindo a sofrer e as obrigações de promover a sustentabilidade do sistema.

tecnologias de informação e comunicação na prossecução da melhoria de resultados quer na prestação dos cuidados prestados à comunidade quer financeiros, uma vez que a contenção de gastos e se possível a criação de lucros estão inerentes a um hospital seja ele público, privado ou semipúblico. (Simões, 2004). Mas, independentemente de perceber se as mudanças de estatuto jurídico implicam diferentes tomadas de decisão ou uma maior ou menor aplicação de tecnologias relacionadas com a informação e a comunicação<sup>24</sup>, importa perceber o intuito e a natureza da sua utilização para melhor identificar a instrumentalização e operacionalização destas ferramentas na gestão ou administração de um hospital ou instituição de saúde. Só desta forma se poderia perceber como o Serviço Nacional de Saúde se posiciona na promoção dos seus princípios básicos, sobretudo os da universalidade – responsabilização do Estado por todos os cidadãos – e o da igualdade de acesso – todos os cidadãos têm direito a uma acessibilidade idêntica.

Para completar esta contextualização, atentemos nos dados recentes sobre a penetração das tecnologias de informação nos hospitais, em particular, e no Sistema Nacional de Saúde em geral, em Portugal.

Quanto à penetração das TIC nos hospitais, consideremos os dados do *Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais*<sup>25</sup>. Este inquérito, da responsabilidade do INE – Instituto Nacional de Estatística e da UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, foi iniciado em 2004 e tem uma periodicidade bienal. Como principais resultados, de 2010, destacam-se:

- 99% dos hospitais têm ligações à Internet, quase sempre em banda larga (95%); em 2008, 59% dos hospitais tinham ligações com larguras de banda maiores ou iguais a 2 Mbit/s (1,6 vezes a percentagem de 2006 e mais do séptuplo da percentagem de 2004).

---

<sup>24</sup> A origem das iniciativas pode ser, como já vimos, externa à instituição ou provir de profissionais e não dos conselhos de administração propriamente ditos.

<sup>25</sup> [http://www.unic.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3034&Itemid=408](http://www.unic.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=3034&Itemid=408).

- As infra-estruturas de redes electrónicas dos hospitais melhoraram consideravelmente, em particular WAN (*wide area networks*), que existem agora em 59% dos hospitais, 1,6 vezes a percentagem de 2004 (era 37%), e redes locais sem fios que agora existem em 62% dos hospitais, muito mais do triplo da percentagem de 2004 (era 17%). Também há uma utilização muito maior de VPN (redes privadas virtuais), que agora são utilizadas em 52% dos hospitais, muito mais do dobro de 2006 (era 21%).
- Nas actividades realizadas em hospitais na Internet, as expansões principais de 2004 para 2010 foram: formação de recursos humanos (agora 44% dos hospitais, uma percentagem 1,6 vezes a de 2004), troca de ficheiros com outros hospitais (agora 85% dos hospitais, 1,6 vezes a percentagem de 2004), comunicação interna entre serviços hospitalares (agora 63% dos hospitais, 1,5 vezes a percentagem de 2004), comunicação externa com outras unidades de saúde (agora 81% dos hospitais, 1,3 vezes a percentagem de 2004). Verificou-se um considerável aumento da comunicação electrónica entre diferentes entidades hospitalares e de saúde, internas e externas.
- 88% dos hospitais têm presença na Internet, mais do dobro de 2004 (era 40%).
- Nas funcionalidades disponibilizadas nos sítios dos hospitais na Internet, as maiores expansões de 2004 para 2010 foram em: indicações sobre procedimentos em caso de emergência médica (agora em 31% dos hospitais, mais do quádruplo de 2004, quando era 7%), disponibilização de informação sobre prevenção e cuidados de saúde (agora em 61% dos hospitais, mais do dobro da percentagem de 2004, que era 23%).
- De acordo com as declarações recebidas, a percentagem dos hospitais cuja presença na Internet respeita princípios de acessibilidade para cidadãos com necessidades especiais quase triplicou de 2006 para 2010 (agora 20% dos hospitais).
- 35% dos hospitais fazem encomendas através da Internet.

- 27% dos hospitais disponibilizam acesso à Internet aos doentes internados, 1,7 vezes a percentagem de 2006; 12% dos hospitais disponibilizam acesso à Internet a visitantes, acompanhantes e familiares dos doentes internados, o dobro da percentagem de 2006.
- 21% dos hospitais tem actividades de telemedicina, principalmente telerradiologia (17%) e teleconsulta (11%).

Quanto aos dados fornecidos pela ACSS, em 2010 também, podemos acrescentar a informação seguinte, tornada pública no relatório sobre tecnologias de informação e comunicação para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016<sup>26</sup>:

**Tabela n.º 3**

**Taxas de penetração do software nos centros de saúde**

ARS	N.º ACES	N.º CS	SAM	MEDICINE ONE	VITACARE	ALERT!	N/A*
Norte	26	104	104	0	0	0	0
Centro	17	86	83	2	1	0	0
LVTejo	22	88	80	5	0	0	3
Alentejo	5	48	48	0	0	0	0
Algarve	3	16	12	0	0	2	2**
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>342</b>	<b>327</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
			95,6%	2,0%	0,3%	0,6%	1,5%

\* Não aplicável (não está informatizado)

\*\* Informatização já em fase de implementação

Fonte: ACSS, 2010

<sup>26</sup> Espanha, Rita e Rui Brito Fonseca, Relatório "Tecnologias de Comunicação e Informação", para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/areas-tematicas/analises-especializadas/>).

**Tabela n.º 4**

**Taxas de penetração do software nas unidades de saúde familiar**

ARS	N.º USF	SAM	MEDICINE ONE	VITACARE	ALERT!
Norte	116	116	0	0	0
Centro	27	19	5	3	0
LVTejo	79	40	21	18	0
Alentejo	5	5	0	0	0
Algarve	9	4	2	2	1
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>184</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>1</b>
		78,0%	11,9%	9,7%	0,4%

Fonte: ACSS, 2010

**Tabela n.º 5**

**Dados relativos às aplicações dos hospitais, SAM, SAPE, Multibanco e Sistema de Triage – 2010**

ARS	N.º HOS-PITAIS	SUBS SAM HOSP.	SONHO	%	SAM HH	%	SAPE HH	%	MULTIBANCO	%	TRIAGEM	%
Norte	30	8	36	94,74	36	94,74	26	68,42	11	28,95	20	52,63
Centro	26		23	88,46	20	76,92	20	76,92	7	26,92	4	15,38
LV Tejo	29		23	79,31	23	79,31	22	75,86	11	37,93	11	37,93
Alentejo	5		5	100	5	100	5	100	3	60,00	0	0
Algarve	3		3	100	3	100	3	100	1	33,33	0	0
Horta	1		1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>8</b>	<b>91</b>		<b>88</b>		<b>77</b>		<b>34</b>		<b>36</b>	
			89,22%		86,27%		75,49%		33,33%		35,29%	

Fonte: ACSS, 2010

Tanto quanto é do conhecimento público, não está disponível informação específica e actualizada dos projectos de introdução de sistemas de informação e comunicação na área da saúde que entretanto foram

postos em prática e cujos resultados e acompanhamento não são ainda conhecidos, nem foram avaliados ou estudados. Da informação que foi possível recolher junto dos serviços da ACSS (Administração Central de Saúde), podemos acrescentar, contudo, que desde 2006 tem vindo a ser feito um esforço considerável de informatização global de centros de saúde e unidades de saúde familiar, como se pode concluir a partir dos dados apresentados. Podemos verificar que em 2010 apenas cinco centros de saúde no conjunto das ARS não estão informatizados e dois desses já estão em fase de concretização. No caso das unidades de saúde familiar, elas estão informatizadas na totalidade. Além dos dados apresentados nas tabelas n.ºs 3, 4 e 5, convém ainda acrescentar que segundo informação da ACSS, o SINUS existe em 100% dos CS, pois acompanhou a obrigatoriedade de aplicação do cartão de utente. O SONHO está em funcionamento em todos os hospitais públicos, com excepção de sete (CHLN – Santa Maria e Pulido Valente; Hospital Fernando da Fonseca; HUC – Hospitais Universitários de Coimbra; Hospital de Leiria; IPO Lisboa, Coimbra e Porto).

Mas não há nenhum departamento específico que acompanhe a utilização e, segundo a ACSS, apenas em 2010 se iniciou a sistematização da análise da utilização das aplicações por intermédio de funcionalidades específicas (um exemplo apresentado é que cerca de 70% da prescrição de medicamentos é efectuada recorrendo a ferramentas electrónicas, mas fundamentalmente nas instituições públicas, não nas privadas). Encontra-se em fase de concretização um processo de transformação do SIS (Sistema de Informação da Saúde) que terá impacto na organização dos serviços da própria ACSS<sup>27</sup> e que afectará a relação com as instituições e as diversas aplicações informáticas em funcionamento, podendo também constituir-se como sistemas de suporte à decisão clínica.

Verifica-se que em termos tecnológicos os avanços são concretos e rápidos. A aplicação progressiva cobre quase o conjunto do sistema.

---

<sup>27</sup> Ver: <http://www.acss.minsaude.pt/DownloadsePublica%20A7%20B5es/Sistemas-deInforma%20A7%20A3o/ProgdeTransforma%20A7%20A3o/tabid/140/lan-guage/pt-PT/Default.aspx>.

Os problemas que persistem são as questões da interoperabilidade entre os sistemas de informação, a falta de directrizes claras sobre o uso a dar à informação que existe e a forma de a cruzar e os problemas decorrentes dos usos, institucionais, profissionais e pessoais das tecnologias, da informação que gera e que é necessário gerir e do potencial dessas utilizações para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e, simultaneamente, uma gestão do sistema que permita manter ou aumentar a qualidade dos serviços prestados, diminuindo custos.



## 4. Potencialidades e Desafios

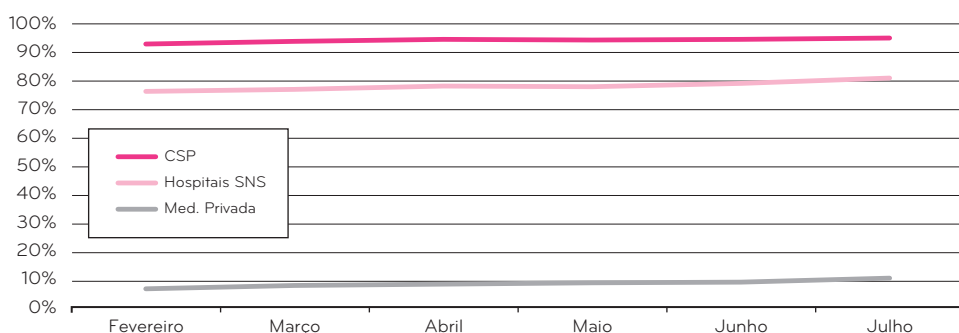
Os capítulos anteriores permitem-nos assim avançar a convicção de que a utilização das TIC no campo da saúde permite aumentar a eficiência do Sistema Nacional de Saúde (tal como o ponto 5, que se dedica a boas práticas e experiências noutros países), apesar dos constrangimentos contextuais.

Tal aspecto é, mais uma vez, publicamente assumido como um objectivo no documento assinado com a *troika* (MoU), em concreto na medida 3.56, que refere explicitamente a obrigatoriedade da prescrição electrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de participação pública, para todos os médicos (tanto do sector público, como do sector privado), reforçada pela medida 3.57, onde se preconiza um melhoramento do sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico, com o objectivo de pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico (promovendo a possibilidade de comparar em relação tanto às normas em vigor como à actuação dos seus pares). A medida tem sido contestada, em particular nos casos de consultórios privados e consultas domiciliárias, pelos profissionais de saúde. Para os cidadãos, surge como uma medida fundamentalmente administrativa, sem evidentes consequências na prestação concreta dos cuidados de saúde.

Sendo a prescrição electrónica de medicamentos uma medida já prevista e reiteradamente de aplicação tentada e, em alguns casos (ver

ponto 3), conseguida, foi efectivamente posta em prática, por despacho de generalização obrigatória, em Julho de 2011, com efeitos a dia 1 de Agosto desse ano. O Ministério da Saúde decidiu proceder à monitorização desde já, a partir de dados existentes até Julho de 2011, o que permite ter uma visão concreta sobre a evolução da prescrição electrónica<sup>28</sup> em Portugal.

**Gráfico n.º 3**  
**Evolução da percentagem (%) de Receitas Electrónicas sobre Total**



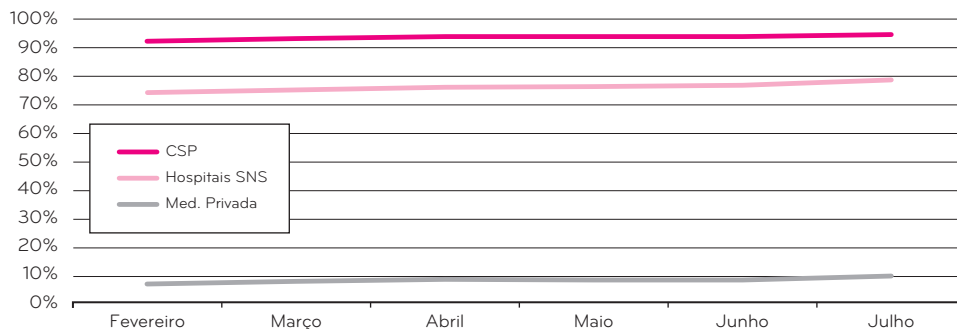
Fonte: Ministério da Saúde, *Monitorização da Prescrição de Medicamentos*  
– Indicadores Nacionais – Setembro 2011

No período considerado no gráfico n.º 3, a percentagem de receitas electrónicas em relação ao total de receitas aceites no Centro de Conferência de Facturas (electrónicas + manuais) registou uma tendência crescente nos cuidados de saúde primários (CSP), nos hospitais do SNS e também na medicina privada. Contudo, verifica-se ainda uma elevada diferenciação na adesão da prescrição electrónica nos diferentes sectores. É nos CSP que se verifica uma maior prescrição por via electrónica, seguindo-se os hospitais do SNS e por fim a medicina privada (média dos 6 meses: 94%, 78% e 9%, respectivamente).

<sup>28</sup> Ministério da Saúde, *Monitorização da Prescrição de Medicamentos – Indicadores Nacionais – Setembro 2011*.

#### Gráfico n.º 4

#### Evolução da percentagem (%) do valor (€) participado pelo SNS com receitas electrónicas sobre o total



Fonte: Ministério da Saúde, *Monitorização da Prescrição de Medicamentos*  
- Indicadores Nacionais - Setembro 2011

Entre Fevereiro e Julho de 2011, a percentagem do valor participado pelo SNS com receitas electrónicas aumentou de 91,8% para 94,1% nos CSP, de 74,1% para 78,6% nos hospitais do SNS e de 6,8% para 9,7% na medicina privada. Assim, nos três sectores considerados, houve um decréscimo muito expressivo no valor gasto com participação SNS com medicamentos entre os meses de Fevereiro a Julho de 2011, comparativamente ao período homólogo.

É possível relacionar directamente este indicador com a introdução da prescrição electrónica? À primeira vista, sim. O controlo efectivo que se tem vindo a realizar e ao qual podemos acrescentar a criação da estrutura Centro de Conferência de Facturas (CCF), que iniciou a sua actividade em Março de 2010, tem vindo a revelar-se fundamental para a agilização dos processos mas também para a minimização da ocorrência de fraude e risco de pagamentos indevidos.

Outro dos aspectos destacados no MoU é a medida 3.76, que tem como objectivo assegurar a interoperabilidade dos sistemas e tecnologias de informação nos hospitais, de modo que a ACSS recolha informação em tempo real sobre as actividades hospitalares e possa produzir relatórios. Esta medida transcreve preocupações já presentes em anteriores

documentos da ACSS e também patentes no relatório sobre TIC dos Planos Nacionais de Saúde (tanto o de 2004-2010, como o que está em curso, 2011-2016). Dos dados disponíveis até ao momento, foram vários os projectos postos em prática pela ACSS para a promoção desta intenção:

- **e-Agenda** – possibilita a marcação de consultas no médico de família, por meios não presenciais, com recurso a plataformas tecnológicas multicanal (Internet, telefone, SMS, etc.), envolvendo os serviços de saúde dos cuidados primários (centros de saúde, unidades de saúde familiares – USF).
- **e-SIGIC** – permite que utentes inscritos para cirurgia consultem a sua situação através da Internet, ou seja, é possível a qualquer pessoa em lista de espera para cirurgia saber da sua situação na respectiva lista através da Internet.
- **RSE** – a criação de um registo de saúde electrónico dos cidadãos, que permite aos profissionais de saúde o acesso à informação clínica relevante para a prestação de serviços, independentemente do momento e local da sua prestação, poderá contribuir de modo significativo para a qualidade e celeridade da prestação do serviço ao utente.
- **WEBSIG** – plataforma *web* assente num sistema de informação geográfica, que disponibiliza os indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) sob a forma de mapas e tabelas.

Não existem dados disponíveis para se fazer uma avaliação concreta da aplicação destes projectos do ponto de vista do seu impacto na prestação de cuidados de saúde. Tal implicaria um estudo que não se limitasse à “contagem” das utilizações, mas que compreendesse a forma como os cidadãos os utilizam e o impacto real na realização de actos médicos e consequências desses actos médicos.

Noutros casos, como o RSE, não é ainda uma realidade. A finalização do processo de concretização do RSE é também uma medida do MoU (3.82), o que, no contexto actual, reforça grandemente a necessidade de acelerar a sua concretização. Está previsto que até final de 2012

seja possível reunir já um conjunto mínimo de dados para cada doente, nomeadamente diagnósticos, prescrição, alergias e vacinas. O Registo de Saúde Electrónico pretende ser um serviço informático que terá a informação de saúde essencial de cada cidadão, tornando-a acessível sempre que seja necessário. O que se mantém em curso, e que não está totalmente ainda definido, é não só a plataforma informática em que vai assentar, como exactamente que dados é possível desde já registar e aceder (que de facto já existem em outros registos electrónicos oficiais, como o cartão de utente e o cartão de cidadão) e ainda em aberto está também a questão da protecção de dados pessoais. Este último aspecto diz respeito não apenas a que dados devem e podem estar acessíveis e quem pode e deve aceder aos mesmos, inclusivamente o cidadão em causa.

Segundo Luís Campos, antigo coordenador do projecto, em entrevista ao jornal *Oje* em Janeiro de 2011, "este é um investimento 'útil' nesta fase da economia portuguesa porque contribui para reduzir a despesa dos serviços de saúde e estimula o sector das empresas dos sistemas de informação"<sup>29</sup>. Essa redução de despesas será realizada fundamentalmente através da não repetição desnecessária de exames médicos. Além do mais é um projecto que envolve todo o Sistema Nacional de Saúde, incluindo o sector privado. Numa primeira fase, até final de 2012, pretende conseguir-se dar acesso a um conjunto mínimo de dados sobre cada cidadão, mas o projecto vai expandir-se até 2015 e será necessário lançar concursos públicos para a criação de uma plataforma tecnológica. Este modelo implica, necessariamente, a possibilidade de interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde em utilização nas diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Mas novas alterações surgiram, em finais de 2011, com a extinção da equipa de RSE e a criação da Comissão para Informatização Clínica (CIC). Alguns dos compromissos assumidos por essa comissão são a

---

<sup>29</sup> Disponível em: <http://www.oje.pt//noticias/nacional/portugueses-vaio-ter-dados-clinicos-informatizados-em-2012>.

criação dos portais do Profissional de Saúde e do Utente de Saúde e a concretização de um projecto de melhoria da documentação e circulação de informação clínica dos serviços de saúde. Coordenada por Henrique Manuel Gil Martins, esta comissão pretende criar uma plataforma de dados de saúde que dê resposta, segundo o próprio<sup>30</sup>, à necessidade de documentar mais e melhor em sistemas de informação e, simultaneamente, ultrapassar algumas condicionantes ao nível dos dados que se têm vindo a documentar em certos sistemas de informação. São sistemas muito heterogéneos, quer na sua base instalada, quer nas tecnologias que utilizam, quer na sua capacidade de se interligarem entre si através de *web services* e partilharem dados. Ou seja, é necessário fomentar, por um lado, a produção da informação e, por outro lado, a partilha dessa informação. Essa plataforma de dados de saúde tem de ser capaz de apresentar a cada pessoa aquilo que ela mais precisa de saber sobre aquele utente, e fazê-lo com total respeito pela protecção de dados.

Segundo informação do Ministério da Saúde<sup>31</sup>, as plataformas, tanto dos utentes como dos profissionais de saúde, deverão estar prontas e acessíveis no final do primeiro semestre de 2012.

### **As Tecnologias de Informação e Comunicação e o Exercício da Prática Profissional**

Um dos aspectos que importa perceber no contexto da aplicação das TIC na saúde é a opinião dos médicos, enquanto agentes-chave no SNS, em relação a alguns aspectos entre as tecnologias de informação e comunicação e a prática profissional de medicina. Uma vez que as potencialidades das TIC, e principalmente da Internet, para a prática profissional são reconhecidas, torna-se necessário conhecer mais de perto as

---

<sup>30</sup> Ver entrevista disponível em: <http://www.i-gov.org/index.php?article=17489&visual=21&subject=332>.

<sup>31</sup> Jornal *Público*, 6 de Janeiro de 2012, em: <http://www.publico.pt/Sociedade/plataforma-com-dados-para-profissionais-e-utentes-disponivel-ate-fim-do-primeiro-semester-15279>.

representações que se jogam sobre a aplicação das TIC no contexto do sistema de saúde, e neste caso, pelos médicos.

Segundo dados do projecto SEI (dados recolhidos em 2006 e que portanto comportam o ónus de serem datados)<sup>32</sup>, a maior parte dos médicos concorda com a existência de dados informatizados que permitam acompanhar a evolução do estado clínico à distância é muito útil para a prática clínica (47,4% concordam totalmente e 43,5% concordam em parte). Maior proporção concorda ainda com o facto de que, actualmente, as tecnologias de informação e comunicação possuem uma importância acrescida na tomada de decisões clínicas do que em relação há dez anos. Neste âmbito, 57,6% concordam totalmente e 37,5% concordam em parte.

No que diz respeito à criação de um registo informático único por paciente e que seja acessível através da Internet ao prestador de cuidados médicos, independentemente do local onde se encontra, 53% concordam totalmente com essa medida, sendo que 33,2% concordam em parte. A afirmação de que o uso massificado das tecnologias de informação e comunicação permite um maior controlo do erro médico, encontramos 55,5% de médicos que concordam parcialmente e 22,4% que concordam totalmente. Quanto à afirmação de que a utilização das tecnologias de informação e comunicação facilita a aplicação e integração de novas estratégias na saúde, encontramos 48,3% de médicos que concordam parcialmente com a mesma e cerca de 46% concordam totalmente. A afirmação de que "a minha prática clínica diz-me que é tão importante inovar nas questões organizacionais dos serviços e instituições como investir em novas práticas através do uso das tecnologias de informação e comunicação" encontra total concordância em 55,6% dos médicos, sendo que cerca de 39% concordam em parte.

Por sua vez, a afirmação de que a informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na

---

<sup>32</sup> Ver relatório sobre TIC e profissionais de saúde do projecto "A Saúde na Era da Informação", disponível em: <http://sei.iscte.pt>.

maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica é objecto de discordância pela maior parte dos médicos (44,9% discordam na totalidade e 32,6% discordam parcialmente).

**Tabela n.º 6**

**Os médicos e o grau de concordância com as afirmações (%)**

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO EM PARTE	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO	TOTAL
Actualmente as tecnologias de informação e comunicação possuem uma importância acrescida na tomada de decisões clínicas do que em relação há dez anos	57,6	37,5	3,2	1,7	100,0 (n=985)
A minha prática clínica diz-me que é tão importante inovar nas questões organizacionais dos serviços e instituições como investir em novas práticas através do uso das tecnologias de informação e comunicação	55,6	38,9	4,0	1,4	100,0 (n=974)
Sou a favor da criação de um registo informático único por paciente e que seja acessível através da Internet ao prestador de cuidados médicos, independentemente do local onde se encontra	53,0	33,2	7,7	6,1	100,0 (n=973)
A existência de dados informatizados de doentes que permitam acompanhar a evolução do seu estado clínico à distância é muito útil para a prática clínica	47,4	43,5	5,5	3,7	100,0 (n=982)
A utilização das tecnologias de informação e comunicação facilita a aplicação e integração de novas estratégias na saúde	45,9	48,3	4,2	1,6	100,0 (n=978)
O uso massificado das tecnologias de informação e comunicação permite um maior controlo do erro médico	22,4	55,5	15,0	7,1	100,0 (n=982)
A informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica.	5,2	17,3	32,6	44,9	100,0 (n=979)

Fonte: Inquérito aos Médicos, Projecto SEI, CIES-ISCTE, 2006



Verifica-se ainda que os médicos com idades entre 25 e 35 anos foram os que mais concordaram (concordo totalmente e concordo em parte) com o facto de que a existência de dados informatizados que permitam acompanhar a evolução do seu estado clínico à distância é muito útil para a prática clínica (96,1%). Por sua vez, os mais idosos (mais de 55 anos) são os que mais concordam com a afirmação de que a informatização e utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde são, na maior parte dos casos, indutoras de maior burocracia e têm fraca influência na melhoria da prática clínica, diminuindo a taxa de concordância com a descida na pirâmide etária.

Dos dados apresentados, e estudos já realizados, verifica-se que uma maior longevidade de uso de Internet para a prática profissional está associada a um maior reconhecimento da sua utilidade para a prática profissional, o que é mostra de que o uso continuado ao longo dos anos da Internet por parte dos profissionais de saúde nas suas práticas profissionais não tem decepcionado no que se refere à sua utilidade, antes garantindo crescentes índices de utilização.

De qualquer modo, o uso das TIC no campo da saúde está longe de ser prática difundida nos seus vários âmbitos, como mostra o baixo índice de utilização pelos médicos do correio electrónico para comunicar com os pacientes, ou de desenvolvimento da telemedicina. No entanto, factores estruturais poderão estar envolvidos, bem como dificuldades de algumas franjas de profissionais de saúde perante a rápida evolução das mudanças tecnológicas, desenhando-se fechamentos em relação ao uso de ferramentas providenciadas pelas TIC, em favor da manutenção de ferramentas já estabelecidas e tradicionais no sistema de saúde.

Em suma, na análise geral, ressalta que a maioria dos profissionais de saúde utiliza a Internet de modo regular, e destes a maioria utiliza-a na prática profissional e reconhece utilidade nesse âmbito. Em geral, os índices de valorização das TIC nos vários domínios da prática profissional são bastante positivos, deixando a expectativa de que os valores poderão de futuro revelar-se ainda mais expressivos e que, progressivamente, a adesão aos novos sistemas poderá desencadear menos resistência formal e informal.

Na perspectiva dos médicos, as tecnologias de comunicação e informação apresentam-se como meios contraditórios nas utilizações que desenvolvem pessoalmente, por um lado, e nas utilizações que podem ser realizadas pelos pacientes, por outro. Para os profissionais de saúde, as TIC são ferramentas poderosas no seu desempenho profissional, a todos os níveis, da sua própria informação e formação e também no tipo e qualidade da prestação de cuidados de saúde que podem realizar. Mas são também aspectos de difícil gestão quando se fala em autonomia profissional ou representações da população relativamente ao "saber" médico e conseqüente "lugar social".

## 5. As Boas Práticas e as Experiências Internacionais

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

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

Por outro lado, e considerando a realidade norte-americana, o estudo "Health information Online", levado a cabo pela Pew Internet (2005),

permitiu concluir que oito em cada dez utilizadores da Internet procurou informação sobre saúde na Internet, com especial interesse em assuntos ligados ao bem-estar físico tais como dietas, tratamentos experimentais, medicamentos. Essa percentagem é superior à registada na Europa, apesar de a maioria das temáticas procuradas ser similar às do Velho Continente. Não obstante a percentagem de pessoas que utiliza as TIC no âmbito da saúde ser superior nos Estados Unidos, o relatório "Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey" (Baker, Wagner, Singer e Bundorf, 2003) realça que, apesar de muitas pessoas nos Estados Unidos utilizarem a Internet para assuntos relacionados com a saúde, o seu uso neste âmbito não é tão alargado como é por vezes afirmado, nem os seus impactos implicam, pelo menos no estado actual, uma mudança de paradigma de funcionamento do sector da saúde.

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

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

Na Suécia, o investimento nas TIC em saúde é encarado como um elemento essencial para a capacitação dos cidadãos, a redução das barreiras administrativas e das distâncias geográficas, assim como para a facilitação de ferramentas informáticas melhores e mais *user-friendly* e para uma maior eficiência da gestão dos recursos humanos e dos serviços de saúde.

Neste sentido, foi estabelecido um conjunto de áreas prioritárias de actuação. Em primeiro lugar, a adequação do edifício legislativo às novas questões trazidas pela utilização das TIC em saúde. Depois, há a necessidade de criação de uma estrutura técnica e informacional comum, que seja interoperacional. Por fim, a facilitação do acesso à informação através das organizações, tornando também a informação e os serviços acessíveis aos cidadãos. Para a execução deste objectivos a cooperação intersectorial e a gestão, coordenação e cooperação a nível nacional são essenciais.

Na Austrália, verifica-se a abordagem de uma estratégia potenciadora do desenvolvimento de soluções de e-saúde orientadas para o mercado, centradas nos portais com conteúdos sobre saúde (diferenciados para utentes e prestadores de cuidados de saúde) e na prescrição electrónica. A estratégia australiana aponta para a necessidade de campanhas de esclarecimento, formação e apoio financeiro, no sentido de melhor introduzir a mudança. Estabelece também a necessidade de avaliação, passados dez anos, com a participação de todos os grupos intervenientes no processo. Desta forma, os australianos tencionam melhorar a qualidade e a segurança do seu sistema de saúde, promovendo a autonomia dos utentes, reduzindo o desperdício e os erros médicos, tornando assim o sistema mais acessível, eficiente e equitativo.

Na senda das práticas já enunciadas, também em Inglaterra e na Irlanda, as TIC são encaradas como um elemento central na reforma dos serviços de saúde, contribuindo decisivamente para a elevação dos padrões de qualidade dos serviços, para a autonomia e envolvimento dos cidadãos nos processos que envolvem a sua saúde e para a redução de custos no sistema.

## **A convergência com a Europa nas Políticas de Saúde<sup>33</sup>**

A relevância do papel a desempenhar pela Comunidade Europeia no âmbito da política de saúde foi reafirmada no Tratado Reformador, aprovado pelos chefes de Estado e de Governo, em Lisboa, a 19 de Outubro de 2007, que propõe reforçar a importância política da saúde. Concretamente, prevê-se um novo objectivo geral de promoção do bem-estar dos cidadãos, bem como o fomento da cooperação entre os Estados-membros em matéria de saúde e serviços de saúde.

O trabalho no domínio da saúde realizado a nível comunitário confere valor acrescentado à acção dos Estados-membros, designadamente em matéria de prevenção de doenças (incluindo o trabalho relativo à segurança dos alimentos e à nutrição), segurança dos medicamentos, tabagismo, legislação relativa ao sangue, tecidos, células e órgãos e qualidade da água e do ar, bem como no âmbito do lançamento de várias agências activas no domínio da saúde.

No entanto, surgem desafios (alguns exemplos: envelhecimento da população e suas consequências, epidemias globais, crises ambientais, "novas" doenças como a obesidade e suas consequências, o reconhecimento das doenças mentais como um problema de saúde pública, etc.) cada vez mais prementes em termos de saúde das populações, os quais requerem uma nova abordagem estratégica. Para enfrentar estes desafios e responder às aspirações das partes interessadas, impõe-se adoptar uma abordagem a longo prazo. Para tanto foram traçados três importantes objectivos estratégicos:

1. Promover a saúde numa Europa em envelhecimento: o envelhecimento da população, resultante das baixas taxas de natalidade e do aumento da longevidade, é um fenómeno já bem conhecido. Até 2050, o número de pessoas com 65 anos ou mais aumentará 70% na UE. O grupo etário dos 80, ou mais anos, aumentará 170%.

---

<sup>33</sup> Em Junho de 2006, o Conselho adoptou uma declaração sobre os valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia (esta síntese encontra-se já realizada num texto realizado para o GT sobre interoperabilidade dos Sistemas de Saúde da APD-SI, da autoria de Ribeiro e Espanha, 2010).

2. Proteger os cidadãos das ameaças para a saúde: o trabalho a nível comunitário inclui a avaliação científica dos riscos, a preparação e resposta às epidemias e ao bioterrorismo, a definição de estratégias perante os riscos decorrentes de doenças e afecções específicas, a acção no domínio dos acidentes e lesões, a melhoria da segurança dos trabalhadores e acções no domínio da segurança dos alimentos e da defesa dos consumidores.
3. Promover sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias: as novas tecnologias, em sentido lato, podem revolucionar os cuidados de saúde e os sistemas de saúde e contribuir para a sua sustentabilidade futura. A saúde *on line* (e-saúde), a genómica e as biotecnologias podem melhorar a prevenção e o tratamento das doenças, além de permitirem pôr a tónica na prevenção e nos cuidados primários em detrimento dos cuidados em meio hospitalar.

Nesse contexto, as tecnologias da informação e comunicação (TIC) podem assumir um papel determinante no futuro, inscrevendo-se no objectivo estratégico geral de prosperidade visado pela Comissão, de forma que garanta um futuro competitivo e sustentável para a Europa. Um dos valores centrais será a capacitação dos cidadãos. Os cuidados de saúde são cada vez mais focados no doente e individualizados, e o doente torna-se um sujeito activo em vez de apenas receptor passivo de cuidados de saúde. O que nos remete, necessariamente, para uma valorização crescente da autonomia do sujeito, o que implica maiores literacias funcionais, tanto no campo da saúde como no campo da tecnologia.

Com base no trabalho realizado no âmbito da Agenda para os Cidadãos<sup>34</sup>, a política de saúde comunitária deve tomar como principal ponto de partida os direitos dos cidadãos e dos doentes. Tais direitos englobam, designadamente, o de participar e influir nos processos de decisão, bem como o de adquirir as competências necessárias ao bem-estar, incluindo a «literacia em saúde», em consonância com o quadro europeu de com-

---

<sup>34</sup> Disponível em: [http://ec.europa.eu/citizens\\_agenda/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/citizens_agenda/index_pt.htm).

petências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida, por exemplo, através de programas escolares ou de programas *on line*.

A Carta dos Direitos Fundamentais reconhece aos cidadãos o direito de acesso à prevenção em matéria de saúde, bem como o direito de beneficiar de cuidados médicos. Várias declarações internacionais reconhecem direitos fundamentais relacionados com a saúde.

Em consequência, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) desempenharão um papel privilegiado ao ajudar a centrar os sistemas de saúde no cidadão, dando-lhes a informação, o acesso e os meios de partilha que lhe permitirão a troca e a transacção de informação que terão impacto na qualidade da sua vida futura.



## 6. Mais e melhor informação, mais e melhor saúde?

Informação, gestão da informação, controlo e capacitação. Palavras-chave para a autonomia do sujeito, em particular no campo da saúde.

Desde 2005, no âmbito de diversos projectos de investigação desenvolvidos na área da comunicação e saúde, tem sido possível desenvolver uma argumentação quanto à construção de projectos de autonomia em saúde. De facto, os dados recolhidos ao longo do tempo e em diferentes contextos, e a respectiva análise, permitem chegar a duas conclusões mais evidentes. A primeira é que a mediação afecta as práticas e representações da saúde e, a segunda, que os meios de comunicação social têm um papel central na construção de projectos de autonomia individual no campo da saúde. Transformando as nossas percepções e modos de pensar e agir, no contexto da sociedade em rede.

As tecnologias da informação e comunicação são hoje uma realidade incontornável nas sociedades ocidentais. Pelas TIC passam os fluxos de imagens, sons, de riqueza e de poder que dinamizam e estão na base dos fluxos de informação e conhecimento, provocando a emergência de um novo modelo de sociedade, onde a geração, o processamento e a transmissão de informação se tornam fontes fundamentais de produtividade e poder. As TIC e as redes que elas geram expressam as tendências do processo de globalização e a reconfiguração do tempo e do espaço. Através da Internet vivemos a experiência de poder circular num espaço-tempo virtual, que nos permite conhecer novas maneiras de fazer, de ser e viver

no mundo actual, provocando alterações de fundo em todas as esferas da acção humana. Para Van Dijk (1999), a sociedade moderna está, assim, a transformar-se numa sociedade em rede, numa forma de sociedade que cada vez mais organiza as suas relações em redes mediáticas, substituindo ou complementando de forma gradual as redes sociais de comunicação face-a-face. A sociedade estruturada em rede contrasta com a sociedade de massas organizada em torno de um centro e de periferias, pois apresenta inúmeros círculos de comunicação que se podem sobrepor, nos planos horizontal e vertical. Estas mudanças incluem fenómenos tais como o aumento da quantidade de canais de comunicação, ou o incremento da procura por parte dos indivíduos por informação de qualidade. A expansão dos canais de comunicação potenciada pelo surgimento das tecnologias de informação e comunicação, assim como dos temas de saúde na agenda pública concorrem cada vez mais entre si no seio da atenção e do tempo do utente; paralelamente, os indivíduos têm mais oportunidades para seleccionar a informação e inteirarem-se da sua própria condição física.

Os projectos desenvolvidos nestes últimos anos, nomeadamente em contexto nacional, demonstram que em Portugal a Internet começa a surgir, ainda que de modo discreto, como uma alternativa a métodos mais tradicionais de obtenção de informação sobre saúde.

Em Dezembro de 2008, dados da Comissão Europeia<sup>35</sup> dizem-nos que os portugueses que acedem à Internet a nível particular fazem-no também em busca de informação sobre saúde. A análise das actividades efectuadas na Internet com fins privados demonstra que 22% dos utilizadores portugueses procuram informações sobre saúde, sendo o segundo tópico de maior interesse a consulta de edições *on line* e jornais e revistas (20%), seguindo-se contactos com serviços públicos (18%).

Dados do OberCom de 2011<sup>36</sup> dão-nos uma informação mais realista das consultas sobre saúde entre os utilizadores de Internet em Portugal.

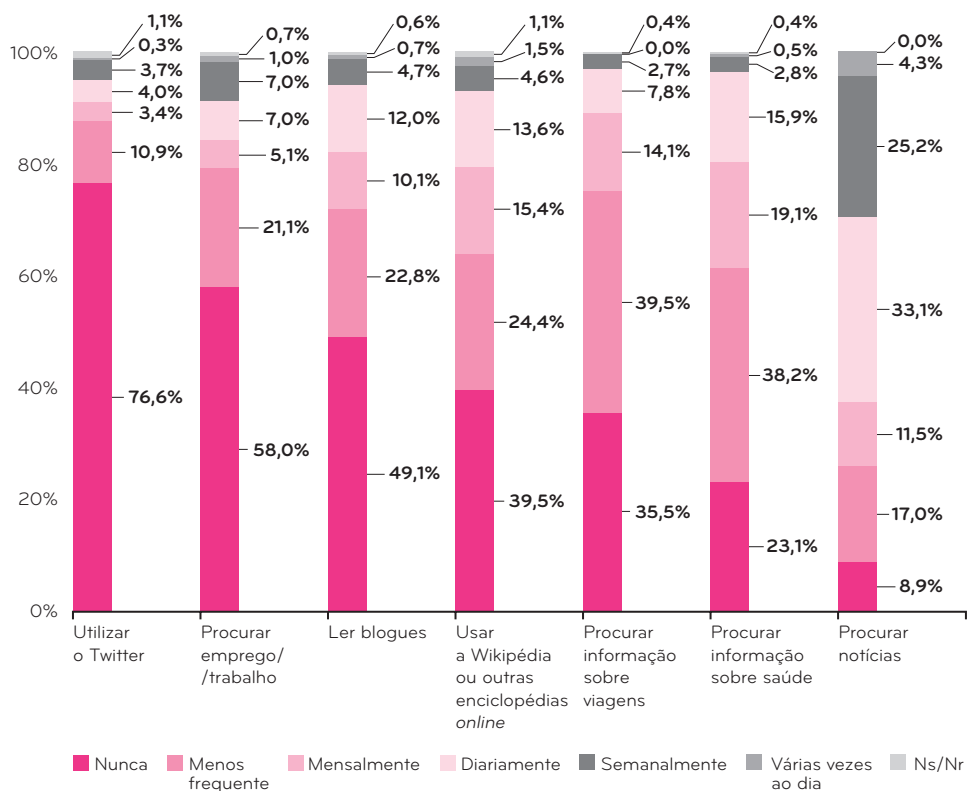
---

<sup>35</sup><http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/173&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=fr>.

<sup>36</sup> Relatório a Internet em Portugal 2011, OberCom, disponível em: <http://www.obercom.pt/client/?newsId=790&fileName=internet2012.pdf>

Gráfico n.º 5

Frequência de utilização da Internet com o objectivo: Informação diversa (%)



Fonte: OberCom. Inquérito Sociedade em Rede 2011

A pesquisa de informação sobre saúde em Portugal aparece em 6.º lugar nas actividades semanais na Internet, depois dos *downloads* de música e filmes, jogos, *Wikipedia*, blogues e sítios humorísticos.

Ainda assim, estes dados reforçam a ideia de que é possível, e útil, pensar no potencial da Internet como meio de interacção e organização social no âmbito da saúde, através da combinação entre processos de comunicação e informação, estando esse potencial ainda por desenvolver de forma plena.

Assiste-se, também, a uma confiança generalizada nas práticas médicas e no tratamento que elas oferecem, mas também a um

aumento da necessidade de informação relativa à medicina científica e, muitas vezes, a uma certa desilusão com a medicina científica tradicional (patente na enorme procura de informação sobre medicinas alternativas *on line*). O objectivo de acesso à informação actualizada e de confiança sobre saúde e cuidados de saúde pode ser partilhado por políticos, profissionais de saúde e grupos de cidadãos com intervenção na área da saúde, mas também o é, em grande medida, pelo cidadão individual, em processo de autonomização, se considerarmos a noção de "utente informado" avançada por Kivits (2004). Simultaneamente, toda a aposta que os diversos Estados têm vindo a realizar na concretização de sistemas de informação em saúde implicam o reconhecimento da necessidade de garantir um ambiente seguro e inovador de troca de informação entre as diferentes geografias e as diferentes entidades e agentes que compõem o sistema de saúde. Implicam um compromisso crescente entre os diversos actores do sistema e esses são, na verdade o conjunto da população, pois todos somos em algum momento actores no contexto da saúde, se considerarmos a definição ampla do termo.

Essa deverá ser a essência da filosofia da rede de partilha de informação, não no sentido tecnológico de rede mas como um conjunto de *standards*, serviços e políticas que suportem uma troca segura de informação, ao longo e através de todos os agentes sociais envolvidos no sistema de saúde, sempre com o objectivo de melhorar a qualidade da saúde e dos cuidados prestados à população.

A liderança do Estado, através de qualquer agência criada para o efeito, aberta a outros participantes, será essencial para garantir a criação das capacidades e mobilizar competências que respondam à necessidade de gerar um elevado nível de interoperabilidade nas trocas de informação de saúde, evitando as abordagens localizadas que acabarão por tornar reféns parte dos seus operadores.

Para habilitar uma alargada e variada rede de prestadores a partilhar informação de saúde como decorrerá da concretização do Registo de Saúde Electrónico, é necessário desenvolver uma visão de longo prazo e criar um caminho vigoroso de apoio a todos os operadores para a

construção das melhores regras e processos que assegurem uma progressiva e plena interoperabilidade dos sistemas que integram o sistema de saúde. Essa será a garantia da sua sustentabilidade futura, seja na protecção dos investimentos, seja na redução dos custos de ineficiência decorrentes de um pobre ambiente tecnológico de partilha de informação entre operadores do sistema, o que tem acarretado maior consumo de recursos (humanos e financeiros), e muito baixos níveis de serviço.

A sustentabilidade futura também deriva dos ganhos de uma aposta estratégica que Portugal poderá estar em condições de fazer na criação de um contexto tecnológico inovador no sector da saúde que poderá ter impacto em toda a sociedade, atingindo positivamente em primeiro lugar os seus principais destinatários: os utilizadores do sistema de saúde (Ribeiro, 2009). A rápida inovação nas tecnologias de saúde exige um processo aberto, transparente e colaborativo por parte de toda a comunidade tecnológica na discussão e adopção de especificações técnicas que permitam um ambiente de interoperabilidade aceite e partilhado por todos. Cada parceiro e cada operador tomarão as suas decisões e farão os seus investimentos de adaptação, em prazo razoável, em sintonia com as novas orientações e os novos *standards*, beneficiando da economia e da escala de uma "rede" partilhada de capacidades que protegerá melhor os seus investimentos e a obsolescência dos seus equipamentos e capacidades. Esse será também o primeiro passo para impulsionar uma política de qualidade, transversal a todo o sistema, fomentando a procura de mais elevados níveis de serviço e tempos de resposta mais exigentes.

Quanto maior o envolvimento e o grau de pró-actividade e interacção, maior será o potencial de desenvolvimento de pacientes informados, capazes de gerar processos de autonomia em relação às instituições e às figuras tradicionais. Por outro lado, verifica-se que os utentes mais activos e interessados por temáticas ligadas à saúde, ou seja, os indivíduos com maior grau de *empowerment*, fazem um maior uso das TIC, assim como dos meios de comunicação tradicionais, como fontes de informação. Neste sentido, também são os que recorrem com maior frequência à Internet.

Estas considerações levam-nos, tal como sugerido por Kivits (2004), a repensar o conceito de "paciente informado": existe uma necessidade de inserir o conceito de paciente informado no seio de uma mudança social mais vasta, relacionada com a apropriação das TIC e com o aumento dos fluxos de informação. O papel das TIC na saúde, no que diz respeito ao utente, seria apenas mais uma das vertentes de uma mudança global à qual o quotidiano do utente tem tido de se adaptar ao longo dos últimos anos. As potencialidades oferecidas pelas TIC no seio da saúde só poderão ser aproveitadas de forma plena quando cada indivíduo as conseguir integrar nas suas práticas diárias. Assim, em vez da existência de "pacientes" mais ou menos "informados", a tendência apontaria para o desenvolvimento de "cidadãos informados" (*well-informed citizen*), de acordo com o conceito proposto por Schutz (1973), retrabalhado e adaptado ao contexto específico da saúde por Amanda Henderson (2006), e dá conta desta mudança global que as TIC proporcionaram, não só nos sector da saúde, mas em todas as esferas da actividade humana.

A principal alteração introduzida pela mediação no contexto da saúde é facto de se abandonar uma relação construída essencialmente a partir da interacção paciente-profissional de saúde, para uma relação construída a partir de múltiplas interacções, face a face e mediadas, com múltiplas tecnologias e que facilitam o acesso a profissionais da área da saúde ou a conteúdos relacionados com saúde. Ao que assistimos, no quadro da sociedade em rede e da profusão da mediação, é ao surgir de um contexto de autonomia que abarca todas as áreas de acção dos cidadãos, daí que de paciente informado passemos a cidadãos informados. A saúde, tal como outras áreas do nosso dia-a-dia, deixou de ser imune ao contexto social da Era da Informação e da sociedade em rede (Espanha, 2009).

No relatório da ERS (Entidade Reguladora da Saúde) sobre a "Carta dos Direitos dos Utentes"<sup>37</sup>, é possível reflectir acerca da importância dos processos comunicativos e informativos para que se consubstan-

---

<sup>37</sup> Disponível em: [http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio\\_Carta\\_Direitos\\_Utentes.pdf](http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio_Carta_Direitos_Utentes.pdf).

cie ao direito à decisão. Essa depende, naturalmente, da possibilidade de acesso à informação, nas suas várias vertentes de onde resulta a “liberdade de escolha, bem como o consentimento ao tratamento proposto pelo prestador só podem ser efectivamente garantidos se for transmitida ao utente, completa e atempadamente, toda a informação relevante para a sua decisão” (p. 126). No mesmo relatório é ainda possível ler, em caixa destacada:

*“A informação de saúde inclui os dados clínicos, os resultados de análises, e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos registados no seu processo clínico. O processo clínico é propriedade exclusiva do utente, embora incumba aos prestadores de cuidados de saúde proceder à sua guarda, mantendo-o actualizado e conservado em arquivo. [...] Os utentes dos serviços de saúde têm direito a tomar conhecimento de todo o seu processo clínico, bem como o direito à protecção da confidencialidade da informação ali contida”*

*(Relatório ERS, Carta dos Direitos dos Utentes, p. 139. Maio de 2011)*

A afirmação anterior está dependente da criação do Registo de Saúde Electrónico, da forma como é concretizado e da filosofia subjacente à sua utilização. Como defende Ribeiro (2009), “é um tema que depende menos da tecnologia e mais dos aspectos processuais relacionados com o tipo de informação que se pretende registar e da política de protecção dos dados pessoais [...]. É legítima a expectativa de que será possível fazer poupanças significativas com a adopção do processo clínico electrónico, uma vez que o acesso a este tornará desnecessária a execução de muitos exames que são repetidos por não estarem acessíveis ao médico no momento do episódio” (Ribeiro, 2009: 242). A esta afirmação acrescenta-se, porque inevitável, a importância do acesso à informação, pelo próprio cidadão, como princípio básico, que lhe confere autonomia e liberdade.

Podemos, então, afirmar que a construção desses projectos de autonomia no campo da saúde, apoiados na possibilidade de encontrar e

adquirir informação e conhecimento, mas também interagir com outros cidadãos, especialistas ou não, e produzir informação baseada na experiência neste contexto, através e graças aos meios de comunicação social, é uma das características da relação que os cidadãos (e não apenas enquanto pacientes/doentes) desenvolvem com a área da saúde na sociedade portuguesa contemporânea.

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

As aplicações informáticas são maioritariamente utilizadas para controlar situações de natureza burocrática e administrativa – de que a gestão informática de doentes e a marcação de consultas são bons exemplos –, podendo ainda servir directamente os fins da gestão ao permitir um maior controlo das compras de material, da gestão de *stocks* e dos custos inerentes, como se pôde observar com a criação do circuito do medicamento no Hospital Pulido Valente<sup>38</sup>. Indirectamente, o recurso às tecnologias de informação e comunicação pode ainda auxiliar os conselhos de administração a alcançar um maior controlo das práticas e horários dos profissionais de saúde.

As organizações necessitam de funcionar cada vez mais em rede, o que quer dizer serem mais flexíveis e adaptáveis às mudanças. Cabendo à gestão desencadear as mudanças organizativas que o possam promover, por um lado, e aos profissionais de saúde, aprofundar culturas de rede que mais não são que culturas organizacionais e profissionais em que se promove a inovação, acessibilidade à informação, partilha de conhecimento com os cidadãos, sejam ou não seus pares. Quanto aos processos e fluxos de informação que, muitas vezes por se confundir

---

<sup>38</sup> Ver relatório sobre TIC e instituições de saúde do projecto "A Saúde na Era da Informação", disponível em: <http://sei.iscte.pt>.



tecnologia com impactos, são apresentados como o elemento central da execução dos sistemas de informação, para esses o elemento tecnológico é condição necessária, mas não suficiente para o êxito. É então possível dizer que, embora nem tudo dependa, como vimos, da administração e gestão das unidades de saúde, as suas decisões e a inspiração de que se souber fazer acompanhar ditarão parcialmente o êxito da aplicação de tecnologias de comunicação e informação na área da saúde.

Da síntese aqui apresentada e a partir dos diversos estudos entretanto realizados, e respectivos posicionamentos, mais ou menos ideológicos, parece possível avançar com algumas ideias essenciais:

- Em Portugal, como noutros países, encontramos um contexto onde a informação, sob diversas formas, e no campo da saúde, é abundante e acessível;
- O chamado "cidadão informado" é uma realidade, ainda que não generalizada, também em Portugal;
- A Internet, e outras plataformas interactivas de comunicação tornam-se progressivamente, também no nosso país, fontes privilegiadas de informação médica e de saúde;
- Parece claro, dos diversos estudos já realizados, e publicamente reconhecido, que cidadãos mais e melhor informados no campo da saúde fazem uma utilização mais racional dos serviços de saúde que lhes são prestados, tanto pela racionalidade dos usos que fazem dos serviços, como nos aspectos relacionados com a prevenção;
- A aplicação de TIC nas instituições de saúde, por diversos motivos – técnicos, administrativos e científicos – estão também a tornar-se generalizados (ainda que não necessariamente eficazes), assim como a sua utilização tanto por profissionais de saúde como pelos cidadãos (utentes ou não do SNS);
- O esforço de aplicação desses diversos sistemas de informação no campo da saúde, quando pensados para melhorar o serviço aos diversos níveis, o que em última instância deverá implicar a melhoria da prestação de cuidados de saúde, nem sempre corresponde a uma efectivação dessa melhoria;

- O facto de não se ter conseguido ainda pôr em prática o Registo de Saúde Electrónico, ou o seu substituto, pode ser um dos principais constrangimentos para uma gestão racional da informação em saúde e que promova claros ganhos em saúde e também do ponto de vista da poupança de recursos;
- A interoperabilidade entre sistemas, tanto do SNS como da oferta privada de cuidados de saúde, é outro aspecto fundamental, para que os ganhos sejam efectivos;
- O esforço de aplicação da prescrição electrónica de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) pode representar um avanço significativo ao nível do controlo e monitorização dos gastos em saúde e também da actividade médica;
- Os profissionais de saúde, e em particular os médicos, ainda que sejam utilizadores intensivos de tecnologia, vêem na aplicação destes sistemas uma ameaça à sua autonomia e autodeterminação, tanto do ponto de vista institucional, como do ponto de vista do questionamento do chamado saber pericial, ainda que geracionalmente se vão atenuando as resistências;
- A simplificação dos processos parece ser o caminho a seguir, assim como o aproveitamento de estruturas e processos já existentes. O cartão de utente é um instrumento poderoso (pois permite um ponto de partida na identificação e recolha de informação para cada utente) que não tem vindo a ser efectivamente aproveitado. Pode ser uma base para a concretização da informatização clínica, assim como o cartão de cidadão e a informação que já contém. Tanto para o cidadão como para o profissional de saúde, pois a possibilidade de utilização da assinatura electrónica pode ser aproveitada para identificar o profissional de saúde quando quer certificar qualquer documento digital. O RSE pode ser posto em prática sem incluir, numa fase inicial, toda a informação passível de ser partilhada electronicamente, mas pode ser pensado na possibilidade de ir acrescentando pouco a pouco novos campos, o que permitiria, ao mesmo tempo, ir testando o sistema;

- Parece também claro que é necessário intensificar, melhorar e aumentar as literacias da população tanto no campo da saúde como no da tecnologia. A autonomia preconizada no conceito de "cidadão informado" só é possível quando se atingem níveis de literacia tais que permitam a utilização concreta das tecnologias e uma compreensão clara da informação de saúde. A utilização racional dos *media*, globalmente, para este fim, pode ser um dos caminhos.



## Referências Bibliográficas

- Akerkar, S. M., e L. S. Bichile (2004), "Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age", *Postgrad Med* [serial on line]; 50:120-122, <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2004/50/2/120/8252>.
- Ammenwerth, Elske, Iller, Carola e Mahler, Cornélia (2006), "IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study", in *BMC Medical Informatics and Decision Making*.
- Anderson, James G. *et al.*, (2003) "The Impact of CyberHealthcare on the Physician-Patient Relationship", *Journal of Medical Systems*, Vol 27, n.º1, February, <http://yi.com/home/EysenbachGunther/publications/2003/andersoneysenbach2003-jmedsyst-cyberhealthcare.pdf>.
- Andreassen, Hege K., *et al.* (2007), "European citizens' use of E-health services: A study of seven countries", *BioMed Central Ltd.* (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/53>).
- Baker, Laurence, Wagner, Todd, Singer, Sara e Bundorf, M. (2003), "Use of the Internet and E-mail for Health Care Information – results from a national survey", in *Journal of the American Medical Association*, volume 289, n.º 18.
- Beck, Ulrich (1998), *World Risk Society*. Cambridge: Polity Press.
- Calnan, Michael; Williams, Simon (1991), "Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances", in *Sociology of Health and Illness*, 13(4), pp. 506–529.
- Cardoso, Gustavo e Carvalho, Graça (2006), "A sociedade de informação" in Cardoso, Gustavo (org.), *20 Ideias para 2020 – Inovar Portugal*, Porto: Campo das Letras.

- Castells, Manuel (2002) *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – A Sociedade em Rede*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Castells, Manuel (2003) *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – O Poder da Identidade*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Castells, Manuel (2005), "A sociedade em rede", in Cardoso, Gustavo, Costa, António Firmino da, Conceição, Cristina Palma e Gomes, Maria do Carmo, *A Sociedade em Rede em Portugal*, Porto: Campo das Letras.
- Collste, Göran (2002), "The Internet doctor and medical ethics Ethical implications of the introduction of the Internet into medical encounters", *Med Health Care Philos.* 2002;5(2):121-5. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12168987&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12168987&dopt=Abstract).
- Drury, J., & Reicher, S. (2005). Explaining enduring empowerment: A comparative study of collective action and psychological outcomes. *European Journal of Social Psychology*, 35, 35-58.
- Espanha, Mendes, Brito e Correia (2011), "A Relação entre TIC, Utentes, Profissionais e Redes Tecnológicas de Gestão de Informação em Saúde (1.º Relatório Científico do Projecto SER – A Saúde em Rede)", CIES-IUL e Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Espanha, Rita (2009), *Saúde e comunicação numa sociedade em rede. O caso português*, Lisboa: Monitor.
- Espanha, Rita e Rui Brito Fonseca, Relatório "Tecnologias de Comunicação e Informação", para o *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* (disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/areas-tematicas/analises-especializadas/>).
- Ferreira da Silva, Luísa (2006), "A Saúde e o Saudável nas Racionalidades Leigas: O Caso da Alimentação", in Carapinheiro, Graça (org.) (2006), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Porto: Pé de Página.
- Ferreira da Silva, Luísa (2008), *Saber Prático de Saúde – As Lógicas do Saudável no Quotidiano*, Ed. Afrontamento.
- Fox, Susannah, (2005) "Health Information on line, Pew Internet and American Life Project". Disponível em [http://www.pewInternet.org/PPF/r/156/report\\_display.asp](http://www.pewInternet.org/PPF/r/156/report_display.asp).
- Friedmann, J. (1996), *Empowerment*, Oeiras, Celta.

- Friedwald, Vicent E. Jr., (2000) "The Internet's Influence on the doctor-Patient Relationship – Internet/Web/Online Service Information", *Health Management Technology*, Acessível em [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_moDUD/is\\_11\\_21/ai\\_67373716](http://findarticles.com/p/articles/mi_moDUD/is_11_21/ai_67373716).
- Garrido, Marcial Velasco, Kristensen, Finn Børllum, Nielsen, Camilla Palmhøj e Busse, Reinhard (2008), *Health technology assessment and health policy-making in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No 14, World Health Organization.
- Giddens, Anthony (2006), *Sociology*, Cambridge, Polity Press.
- Haux, Reinhold (1999), "Health and medical informatics education: perspectives for the next decade", *International Journal of Medical Informatics*", Vol. 50, n.º 1-3, pp. 7-19.
- Haux, Reinhold (2006) "Health information systems – past, present, future", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 75, n.º 3-4.
- Haux, Reinhold; Ammenwerth, Elske; Herzog, Werner; Knaup Petra (2002), "Health care in the information society. A prognosis for the year 2013", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 66, n. .º 1-3.
- Hellman, Cecil (1984), *Culture, Health and Illness*, Oxford: Butterworth Heinemann.
- Henderson, Amanda (2006), "Boundaries Around the 'Well-Informed' Patient: The Contribution of Schutz to Inform Nurses' Interactions", in *Journal of Clinical Nursing* 15(1):4.
- Herzlich, Claudine; Pierret, Janine (1984), *Malades d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- Inquérito *Sociedade em Rede em Portugal* (SR 2003 e 2006), CIES/ISCTE, Lisboa.
- Kaiser Family Foundation (2002), *The Impact of TV's Health Content: A Case Study of ER Viewers*, Survey Snapshot, A Kaiser Family Foundation Survey, California.
- Katz, James E. e Ronald E. Rice (2002), *Social Consequences of Internet Use: access, involvement, and interaction*, Cambridge, MIT Press.
- Katz, James, Ronald Rice and Sophia Acord (2006), "E-Health Networks and Social Transformations", in CASTELLS, Manuel (2004), *The Network Society – A Cross-Cultural Perspective*, Massachusetts, Edward Elgar Publishing, Inc.

- Kickbusch, I. and Lister, G. (Eds.) (2006), *European Perspectives on Global Health – A Policy Glossary*, EFC: Brussels.
- Kivits, Joëlle (2004), "Researching the 'informed patient': The Case of Online Health Information Seekers", in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge.
- Lupiáñez-Villanueva, Francisco (2009), *Internet, Salud y Sociedad: Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya*, Tesis Doctoral, Universitat Oberta de Catalunya.
- Mckee, Martin, Edwards, Nigel e Wyatt, Sylvia (2004), "Transforming today's hospital to meet tomorrow's needs", in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa.
- Murray, E. *et al.* (2003), "The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient relationship: patient perceptions", *Journal of Medical Internet Research*, disponível em <http://www.jmir.org/2003/3/e17>.
- Nettleton, Sarah (2004), "Health e-types? An analysis of everyday use of the Internet for health" in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge.
- OberCom (2012), *A Utilização de Internet em Portugal 2011*. Disponível em <http://www.obercom.pt/client/?newsId=790&fileName=internet2012.pdf>
- Ribeiro, José Mendes (2009), *Saúde – A Liberdade de Escolher*, Ed. Gradiva, Lisboa.
- Rovost, et all (2003), "Opinions and e-Health Behaviours of Patients and Health Professionals in the U.S.A. and Europe", *Annual Meeting of the Medical Informatics Europe*, St. Malo, disponível em [http://www.hon.ch/Survey/Spring2002/Tables1-6\\_Professionals\\_Patients-USAvsEurope.html](http://www.hon.ch/Survey/Spring2002/Tables1-6_Professionals_Patients-USAvsEurope.html).
- Schutz A (1973) *Collected Papers Volume 1: The Problem of Social Reality*. Martinus Nijhoff, The Hague, Netherlands.
- Senior, Michael and Bruce Viveash (1998), *Health and Illness*, London: Palgrave.
- Simões, Jorge (2004a), *Retrato Político da Saúde – Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra, Almedina.
- Southon, Frank *et al.* (1997), "Information Technology in Complex Health Services: Organizational Impediments to Successful Technology Transfer and Diffusion", in *Journal of the American Medical Informatics Association*, n.º 4.



- Stanberry, Benedict (2003), eHealth in Europe. Getting ready to cross the chasm, European Health Telematics Association, apresentação na conferência da EISCO (European Information Society Conference) in: [http://www.eisco2003.org/en/proceedings/session\\_2\\_-\\_ehealth.htm](http://www.eisco2003.org/en/proceedings/session_2_-_ehealth.htm).
- Turow, Joseph (2002) *As Seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas*, Kaiser Family Foundation Report, University of Pennsylvania
- Van Dijk, Ian (1999), *The Network Society. Social Aspects of New Media*, London: SAGE.



## **Fundação Francisco Manuel dos Santos**

Coordenador do Programa Saúde: José Mendes Ribeiro

### **Outros estudos da Fundação**

#### **Desigualdade Económica em Portugal**

Coordenador: Carlos Farinha Rodrigues

2012

#### **Avaliações de Impacto Legislativo: Droga e Propinas**

Coordenador: Ricardo Gonçalves

2012

Publicado em duas versões: estudo completo e versão resumida

#### **Justiça Económica em Portugal**

Coordenadores: Mariana França Gouveia; Nuno Garoupa e Pedro Magalhães

2013

#### **Segredo de Justiça**

Autor: Fernando Gascón Inchausti

2013

#### **Informação e Saúde**

Autor: Rita Espanha

2013

#### **O Cadastro e a Propriedade Rústica em Portugal**

Coordenador: Rodrigo Sarmiento de Beires

2013

#### **Escolas para o séc. XXI**

Autor: Alexandre Homem Cristo

2013

#### **Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida**

Coordenador: Manuel Villaverde Cabral

2013

Director de Publicações: António Araújo

Conheça todos os projectos da Fundação em [www.ffms.pt](http://www.ffms.pt)

A importância e a centralidade que o tema da saúde conquistou no contexto das sociedades modernas amplificam a dimensão social das intervenções em saúde, criando novos modelos sociais de relacionamento, novos comportamentos e percepções diferentes. A informação e a comunicação no campo da saúde ganham novas dimensões, decorrentes do desenvolvimento tecnológico tanto na área da saúde como da comunicação. A articulação entre estas duas esferas apresenta novos desafios de mudança aos cidadãos, aos profissionais e às instituições. Este documento apresenta uma abordagem das diversas temáticas em torno da informação e comunicação em saúde, através de um levantamento, tão sistemático quanto possível, de informação disponível, nacional e internacional, contextualizada, sobre a matéria em causa.

