

A stylized illustration of a tree where the foliage is made up of a dense field of small, simple line drawings of hands. The tree trunk is thick and textured, with roots spreading out on the ground. The background is a light blue wash representing a sky or water.

Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI

**Olhares
Interdisciplinares**

Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI

Olhares Interdisciplinares

Organização

Natália Ramos
Elisabete Mendes
Ana Isabel Silva
José Porfírio



**INSTITUTO
POLITÉCNICO
de PORTALEGRE**

Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI:
Olhares Interdisciplinares

Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor:

© 2012, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Educação

Organizadores: Natália Ramos, Elisabete Mendes, Ana Isabel Silva, José Porfírio

Capa e composição Lopo Pizarro

Maior de 2012

ISBN: 978-989-96701-3-6

Com o apoio de:



Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI Olhares Interdisciplinares

INDICE APRESENTAÇÃO		11
PARTE I FAMILIA(S), DESENVOLVIMENTO, SAÚDE E CULTURAS	Sociabilidade(s) indígena(s): representação, família e identidade José Francisco Serafim	17
	Família e maternidade em contexto migratório e intercultural Natália Ramos	21
	Programa de atenção integral à família – PAIF: uma proposta de inclusão social Odília Araújo	29
	Políticas sociais de enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes do PETI/Natal, Brasil Márcia Maria de Sá Rocha	35
	Gravidez na adolescência e família em contexto brasileiro Lyria Reis Natália Ramos	41
	Automutilação em adolescentes. Identidade e sofrimento à flor da pele Natália Ramos Leonia Teixeira	45
	Passos de nossos avós: uma ponte de afectos entre avós e netos Aida Baptista	53

PARTE II
COMPETÊNCIAS DA(S)
FAMÍLIA(S), QUALIDADE
DOS CONTEXTOS
EDUCATIVOS E FAMILIARES
E DESENVOLVIMENTO DA
CRIANÇA

Que competências parentais para os pais de crianças de idades baixas e que modelos de intervenção para as promover? (Resumo) **61**

Teresa Brandão

O Método de *Video Home Training* / *Video Interaction Guidance* em intervenção precoce pelo método VHT/ VIG **63**

Paula Santos

Capacitação das famílias no processo de inclusão **73**

Júlia Serpa Pimentel

Luísa Beltrão

Maria João Santos

A intervenção precoce na infância enquanto processo de inclusão e de desenvolvimento social **83**

Joaquim Gronita

Qualidade em contexto de creche e envolvimento de grupo **91**

Sílvia Barros

Ana Isabel Pinto

Teresa Leal

Envolvimento da criança em contextos de educação de infância inclusivos **99**

(Resumo)

Catarina Grande

Ana Isabel Pinto

Efeitos da qualidade dos contextos familiar e de educação de infância no desenvolvimento da linguagem e da comunicação (Resumo) **101**

Ana Isabel Pinto

Manuela Pessanha

Cecília Aguiar

Ambiente de literacia no pré-escolar: experiências e ideias (Resumo) **103**

Ana Madalena Gamelas

Teresa Leal

PARTE III
EDUCAÇÃO, INCLUSÃO,
DESENVOLVIMENTO SOCIAL
E CIDADANIA

- Leitura conjunta em contexto familiar:
do pré-escolar ao 1º ciclo** (Resumo) **105**
Carla Peixoto
Teresa Leal
- Interações professor-criança:
observações no 1º ciclo** (Resumo) **107**
Joana Cadima
Teresa Leal
- Gestão e políticas educacionais:
abordagens e perspectivas** **111**
Maria Tabita Almeida
Adelino Torres
- O papel do e-learning na inclusão
social de adultos** **117**
José António Porfírio
- Saúde electrónica e redes
sociais: potencialidades para o
desenvolvimento e a inclusão** **127**
Marc Jacquinet
José Porfírio
Tiago Carrilho
- Projectos locais para a formação de
adultos e para a promoção do emprego
e da integração social** **135**
Tiago Carrilho
- Educação Ambiental: a questão da
poluição acústica** **145**
Olívio Patrício
- Ambiente e responsabilidades
educativas** **153**
Maria Inês Oliveira Araújo

Saúde eletrónica e redes sociais: potencialidades para o desenvolvimento e a inclusão

JOSÉ ANTÓNIO PORFÍRIO

TIAGO CARRILHO

MARC JACQUINET

Resumo

O sistema de saúde, correspondendo aos interesses e às necessidades dos prestadores de serviços e dos utentes, tem vindo a introduzir sistematicamente e de maneira crescente as tecnologias da informação e da comunicação (TIC) no âmbito do funcionamento e da gestão do sistema nacional de saúde e das entidades que nele atuam.

A presente comunicação baseia-se no conceito de saúde eletrónica e no estudo de sites em que recolhemos os primeiros dados sobre o impacto das TIC e das redes virtuais no sector.

A globalização e a reestruturação dos processos de trabalho relacionam-se com esta mudança assim como os utentes e os profissionais do sector. Nesta comunicação propomos analisar os principais elementos da definição de saúde eletrónica e as traves mestras das transformações atuais. Centrais a esta nova realidade emergente estão as redes sociais virtuais ou online que constituem a pedra angular da saúde eletrónica e que potenciam o desenvolvimento e a inclusão através de uma prestação mais eficiente e eficaz de cuidados de saúde.

1 - Conceito de saúde eletrónica (e-Saúde)

O conceito de saúde eletrónica (e-Saúde) apresenta várias definições conforme o contexto, as despectivas e os objetivos com que é estudado e neste sentido é difícil enunciar uma definição universalmente aceite e aplicável. O objetivo deste ponto 1 não é chegar a uma definição-base de saúde eletrónica mas sim analisar os seus principais elementos.

Uma das definições de saúde eletrónica mais citadas é a de Eysenbach: "eHealth is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology." (Eysenbach, 2001: 4). Embora consideremos esta definição um bom ponto de partida, é necessário analisar os seus elementos-chave e clarificar outros que não estão referidos ou que estão de

forma menos explícita.

As definições de saúde eletrónica revelam a referência aos seguintes elementos-base: agentes envolvidos; instrumentos; tecnologias de informação e comunicação e características-base que decorrem das respetivas aplicações; processos e resultados; intervenções das políticas públicas, redes, iniciativa e projetos; internet e produção de cuidados de saúde; e comércio eletrónico.

São vários os agentes envolvidos na saúde eletrónica: pacientes, profissionais de saúde dos equipamentos primários, secundários e terciários, seguradoras, farmácias, serviços sociais, entre outros. Os diversos agentes têm a capacidade de influenciar a dinâmica dos serviços eletrónicos prestados: "stakeholder requirements are expressed in terms of the needs, wants, desires, expectations, and perceived constraints of identified stakeholders. The requirements are expressed in terms of a model that may be textual or formal, that concentrates on system purpose and behaviour, and that is described in the context of the operational environment and conditions ... It can be noticed that the stakeholders' needs and requirements for an eHealth platform can probably vary widely,

not only because of their interest and involvement in the care process, but also due to regulations and legal aspects.” (Karin et al, 2009: 84)

Os instrumentos da saúde eletrónica são também diversos e abrangem um leque vasto de aplicações: arquivos de saúde eletrónicos, telemedicina, sistemas e redes de informação de saúde, aparelhos de comunicação móveis, aplicações de e-learning, sistemas de apoio à decisão médica, comércio eletrónico, portais ou sites de informação sobre saúde, soluções de conectividade e comunicação inerentes a sistemas administrativos, serviços eletrónicos de cuidados de saúde, conhecimento e investigação sobre saúde, sistemas de comunicação entre diferentes profissionais de saúde, comunidades de saúde, entre outros instrumentos.

A noção de tecnologia como um instrumento é fundamental na definição de saúde eletrónica. A tecnologia é considerada um instrumento para desencadear um processo, uma função ou um serviço e, no caso específico desta temática, para a incorporação da saúde eletrónica - por exemplo um site na internet sobre saúde. A tecnologia é também considerada como um meio de expandir, desencadear ou assistir atividades humanas e não para substituí-las - por exemplo as tecnologias de comunicação inerentes à informação sobre saúde não pretendem substituir mas complementar a própria atividade médica presencial na prestação do mesmo serviço.

Assim, um dos elementos fundamentais da saúde eletrónica prende-se com as tecnologias de informação e comunicação. A gestão e provisão de cuidados de saúde são ‘facilitadas’ e dinamizadas através das aplicações das tecnologias de informação e comunicação. O estudo de cada aplicação permite sistematizar características-chave da saúde eletrónica.

A saúde eletrónica está diretamente ligada ao uso no sector da saúde das tecnologias de informação e comunicação: “the main purpose of using ICT-tools is to facilitate the process of providing care and health services between service providers (e.g. doctors and nurses) and service consumers (e.g. patients or other service providers, like clinics and hospitals). These services might have different purposes depending on the service consumer’s requirements and the context in which the service is invoked. For example, a service can be invoked to fulfil a functional requirement of access to decision-support information relevant in a certain context. However, the service might also be invoked to fulfil a non-functional requirement related to, e.g. safety, stress and vicinity.” (Karin et al, 2009: 82).

A saúde eletrónica não diz respeito apenas à aplicação de uma tecnologia específica (exemplo: telecomunicações) mas também ao uso das tecnologias de informação e comunicação em geral. O termo ‘tecnologias de infor-

mação e comunicação’ não dá ênfase somente à melhoria tecnológica mas também às melhorias inerentes a vários aspetos organizativos como a gestão de recursos humanos, a psicologia e sociologia organizacional, a gestão estratégica, entre outras vertentes.

Ao focar a atenção em processos e resultados, as definições de saúde eletrónica tendem a apresentar um carácter otimista: são utilizadas expressões como, ‘benéfica’, ‘melhoria’, ‘permitem’, ‘desencadeiam’, entre outras (Eysenbach, 2001 ; Oh et al., 2005 ; McGregor et al., 2009 ; Crean, 2010 ; Mars et al., 2010 ; Karin et al., 2009 ; Kirsch, 2002 ; Wysocki, 2001 ; Blaya et al., 2010 ; Wilson et al., 2004 ; Gerber et al., 2010). É necessário analisar cada definição no contexto e nos objectivos de investigação em que se insere(m) o(s) autor(es).

Por exemplo, na definição de saúde eletrónica Blaya et al. referem-se a benefícios reais e potenciais e à melhoria dos resultados com os pacientes (Blaya et al., 2010: 244). No entanto, no mesmo artigo os autores chamam a atenção para as limitações dos estudos de avaliação sobre a aplicação específica em países em desenvolvimento das tecnologias inerentes à saúde eletrónica, salientando a necessidade de colocar a questão em aberto e de aprofundar e intensificar este tipo de estudos, que estão ainda numa fase embrionária (idem: 247-248).

Numa linha semelhante, na definição de saúde eletrónica Wilson et al. referem-se à promoção dos cuidados de saúde em termos de crescimento, diminuição de custos e melhoria no processo (Wilson et al, 2004: 241). No entanto, no mesmo artigo, no inquérito realizado a 440 organizações de cuidados de saúde, a aceitação por parte dos pacientes dos serviços de saúde eletrónica apresenta resultados diversificados: “patients who are satisfied with their current medical care, those who prefer to seek information about their health care, and those who are already dependent on the internet tend to accept e-health. ... However, research has shown that some of the e-health components that designers have the highest hopes for and expend the most funds to produce are used only infrequently by patients.” (idem: 246)

A definição de saúde eletrónica integra também as intervenções inerentes às políticas públicas e às redes, iniciativas e projetos às escalas internacional, nacional, regional e local. Das políticas públicas internacionais destaca-se, entre outras, o plano de ação de saúde eletrónica da União Europeia em 2004 no qual merece referência o programa ‘Road Map for Interoperability of E-health Systems’. Ainda no caso europeu observa-se que as políticas nacionais de saúde eletrónica apresentam-se de forma isolada, ou de forma mais específica (ex: política de telemedicina) ou também ‘escondidas’ em políticas mais gerais de políticas de ‘e-government’, de saúde, de segurança social, entre outras (Mars et al., 2010: 238-239). Por seu lado, organizações internacionais têm dado

origem a redes de intervenção em inúmeros países. Em 2008 a Fundação Rockfeller organizou uma conferência denominada 'Making the e-health connection: global partnership, local solutions' que teve como um dos seus principais resultados diretos a fundação da 'Mhealth Alliance', uma organização intersectorial para incentivar os agentes públicos e privados a aumentar a escala e o impacto da utilização das tecnologias móveis aplicadas à saúde, sobretudo em países em desenvolvimento. Com base numa parceria entre o Instituto da Terra da Universidade de Columbia, a Organização das Nações Unidas, uma NGO e vários governos nacionais da África Sub-Sahariana, o projecto internacional 'Aldeias do Milénio' criou e implementou a rede 'Millenium Global Village Network' que identifica conceitos (como sintomas, testes, tratamento) e integra códigos comuns (por exemplo, sobre doenças) para serem partilhados pelos diferentes profissionais de saúde no terreno: "having interoperable data allows workers in the field to share data with health care providers in clinics, for example identifying patients with specific health needs (such as pregnancy) who require attention from clinic-based health care providers" (Tierney et al., 2010: 270). Um outro exemplo prende-se com a iniciativa 'Sharing E-health Intellectual Property for Development' que, com base em parcerias lideradas pela Organização Mundial de Saúde, tem dado origem a várias aplicações, das quais se destaca o 'Mapa da medicina' para ajudar os profissionais de saúde a planearem o tratamento mais apropriado a pacientes com condições mais graves de saúde (Patel, 2008).

A definição de saúde eletrónica incorpora também um desenvolvimento analítico com base em inquéritos, para estudar as diversas formas como a internet facilita ou não a dinamização de vertentes-chave na produção de cuidados de saúde. Duas linhas de investigação se destacam: primeira, a gestão de aplicações das tecnologias de informação e comunicação à saúde eletrónica; segunda, o conhecimento sobre as perceções e motivações dos consumidores sobre saúde eletrónica.

A primeira linha de investigação podemos exemplificar com cinco trabalhos. O uso limitado de sistemas de saúde electrónicos específicos é exemplificado com o caso de EUA: "... adoption of electronic health records (EHRs) is low: only 4 percent of providers have fully functional EHRs with decision supports and order-entry management, and 13 percent have more basic systems. Smaller practices (1-3 physicians) have even lower rates of adoption of fully functional (2 percent) or basic (7 percent) EHR systems. Key barriers to EHR adoption reported include financial concerns (for example, the amount of capital needed, return on investment, productivity loss during implementation); difficulty finding a system that meets stated needs; and lack of technical capacity to select, contract, install, and implement such a

system." (Mostashari et al., 2009: 345)

Tripathi et al (2009) e Mostashari et al. (2009) estudam sistemas de 'health information exchange' com base em casos específicos e centrando a atenção nas seguintes dimensões: processo de decisão colaborativa, privacidade e consentimento, partilha de dados, 'recrutamento' de pacientes para integração no sistema, abordagens de marketing recomendadas, desenvolvimento do sistema focado na qualidade, redesenho do sistema, esquemas de pagamentos aos profissionais de saúde baseados em indicadores de qualidade, efeitos na diminuição dos custos e critérios para escolha do software de base (Tripathi et al., 2009 ; Mostashari et al., 2009). A complexidade da tomada de decisão colaborativa é exemplificada por este tipo de sistemas: "Massachusetts eHealth Collaborative (MAeHC) designed and orchestrated a decision-making approach that involved participants from each community, experts from state-wide organizations, and MAeHCs board of directors. The hallmarks of this approach were (1) identification by MAeHC of key decision areas; (2) solicitation of input from community stakeholders on these decision areas; and (3) reconciliation and alignment of decisions across communities. To facilitate local input on governance, MAeHC helped organize community steering committees, jointly led by a local leader and project leader from MAeHC. The committees also included physicians, hospital leaders, and other health care professionals. Dedicated councils were also established in each community for key constituencies (consumers and physicians) and issues (privacy and security). Each community recruited members for the steering committee and each council." (Tripathi et al., 2009: 437)

Eze et al. estudam e avaliam os requisitos-chave da gestão da informação para monitorização de processos de saúde eletrónica em ambiente B2B (Eze et al., 2010: 67-68). Ball et al. centram a atenção nos efeitos dos sistemas computadorizados farmacêuticos na redução dos erros na prescrição (Ball et al., 2001: 5) e nos diferentes graus de integração da saúde eletrónica nas organizações (ibidem: 7).

Ure et al. estudam sistemas electrónicos de saúde analisando a tensão entre, por um lado, o ideal estável e interoperativo das infraestruturas para a partilha e reutilização dos dados e, por outro, o conhecimento sobre a realidade local e social inerente a cada projeto: "for example, differences in resting heart rate between two populations in one of the projects was initially thought to reflect higher rates of blood pressure between samples in different cities, but information gleaned from research nurses led to the discovery that, due to the fact that the lift in one hospital had broken, one group of patients had been tested for resting heart rate after climbing several flights of stairs. Again, this was an accidental discovery arising from an anomaly being discussed while one of

the nurses was present and able to draw on this knowledge of the local context.” (Ure et al., 2009: 418). Estes autores exemplificam ainda as dificuldades dos projetos na partilha de informação: “the EU HealthAgents project⁷ focuses on the diagnosis and prognosis of brain tumors using magnetic resonance imaging (MRI) and spectroscopy (MRS) data, with MRI/MRS records located in different hospital and clinical centres in Europe and Asia. Here, the challenge was not only to manage data from different makes and versions of MRI scanners, but also to manage the substantially different regulatory infrastructures governing the use of that data, since partners were obliged to comply with the different regional and national governance frameworks relevant to the confidentiality of patient records in the source and target countries.” (idem: 420)

Na segunda linha de investigação - o conhecimento sobre as perceções e motivações dos consumidores sobre saúde eletrónica - podemos referir três trabalhos a título de exemplo. Bodkin et al. estudam as perceções sobre saúde eletrónica dos consumidores online com base nas seguintes dimensões: processo de pesquisa da informação, conteúdo dos sites, perceção da qualidade dos sites, preferências, questões éticas e compra online de produtos e serviços (Bodkin et al., 2007: 33-36). Dart et al. analisam as motivações das comunidades para desenvolver e aplicar estratégias de informação de saúde online com base nas seguintes dimensões: perceção pela comunidade da utilidade dos sites sobre saúde, ‘conforto’ da comunidade com os sites, pontos de acesso e tipos de informação sobre saúde mais importantes (Dart et al.: 468-471). Ball et al. centram a atenção na informação procurada por pacientes com doenças crónicas e nos efeitos em termos de diminuição de custos (Ball et al.: 3-4) e também no grau de adequabilidade dos sites em relação à confiança dos pacientes e às formas de interação com os profissionais de saúde (idem: 06).

Por último de referir que a definição de saúde eletrónica integra o estudo empírico das formas como a tecnologia permite atingir objetivos de negócio inerentes a segurança, credibilidade, simplicidade e capacidade de gestão. São centrais as preocupações ligadas à eficiência e à eficácia dos produtos e serviços prestados, em particular – entre outras vertentes – do acesso a respostas médicas adequadas e em tempo útil.

Secção 2 – Redes sociais virtuais e comunidades online no sector da saúde

Num processo paralelo ao da saúde eletrónica, emergiu uma nova dinâmica de interação social no sector na base de criação de redes sociais online, de portais interativos e de comunidades sociais virtuais. Até há pouco tempo, quando se falava de redes sociais no domínio da

saúde, só se falava do contexto social direto, físico dos doentes e dos profissionais da saúde. Um aspeto muito estudado era a importância do capital social e das redes sociais na envolvente de um doente de um tipo de doença (e. g., a sida). Esta rede era geograficamente limitada ao espaço onde viviam e trabalhavam os indivíduos em questão. É neste quadro que podemos interpretar um texto de sociologia da saúde muito recente que faz a síntese da literatura anglo-saxónica sobre redes sociais e saúde (Smith and Christakis, 2008). Os autores consideram que a saúde dos indivíduos é interdependente; as doenças e as atitudes perante a doença são fortemente ligadas às redes que frequentam. As redes são os veículos que transportam as doenças e determinam os recursos e contactos aos quais os doentes ou utentes podem ter acesso.

A saúde eletrónica e as redes virtuais ou online são uma nova maneira de encarar as redes sociais. A ligação com a difusão de doenças não é tão simples ou até existem garantias que online não apanham as doenças contagiosas.

Agora, as redes online ou virtuais na internet, também revelam este aspeto de interdependência e de interação entre os indivíduos ou grupos de indivíduos, mas aqui não há diretamente os efeitos de contaminação de doenças. Internet permite a interação entre indivíduo, durante até largas horas, sem que haja contacto físico mesmo distante e desta maneira permite evitar a difusão de micróbios, germes e doenças que numa rede tradicional não seria tão facilmente evitável.

No surto da gripe A em 2009, a utilização de internet foi uma das ferramentas de socialização utilizada pelos indivíduos contaminados ou pelos seus familiares ou amigos para manter o contacto e continuar as interações online como se de nada fosse.

Seria importante ainda sublinhar que o fenómeno das redes virtuais e das comunidades online é recente em Portugal e no mundo. Há iniciativas públicas que vão no sentido das políticas de e-governo, uma prioridade do atual governo. Depois da telemedicina, a prática médica está a utilizar a interação online não só para marcar consultas ou dar informações, mas também para a formação, para debater perceções que os diferentes participantes têm em relação a um determinado problema de saúde ou uma doença particular. Mas estas interações mais avançadas ainda estão numa fase muito incipiente, deixando entrever grandes transformações num tempo relativamente breve.

Os médicos, dentro dos profissionais de saúde são entre os que mais investem tempo nas interações online, nomeadamente com o cliente ou paciente. A presença online é percebida por estes profissionais como importante, nomeadamente para fins de publicidade e infor-

mação relativas a variadíssimos aspetos como a descrição de que tipos de atos médicos eles podem praticar e que problemas ou limitações podem ajudar a resolver ou minimizar.

São meios complementas aos existentes, mas são cada vez mais comuns os pacientes que vão a um médico específico depois de consultar informações sobre ele e corroborá-las com outras fontes mais tradicionais. A informação online e certos grupos de discussão ou comunidades podem até despertar o interesse para que se vá mais longe do que saber um pouco mais sobre uma doença e resulta em marcação de consulta e tomadas de decisão relativamente a determinados tratamentos. Mais ainda, as imagens podem ser recolhida num lugar e analisadas em outro – a milhares de quilómetros – e o relatório final com o diagnóstico ainda pode ser elaborado ou finalizado num terceiro lugar. Se que todos estes espaços são virtualmente conectados uns aos outros, criando um sistema de interação online.

Passamos de uma saúde em que as redes eram presenciais, geograficamente concentradas para uma saúde em que estas mesmas redes são globais ou regionais, mas com a forte probabilidade de não ser de proximidade física. No entanto a interação é ainda reduzida. Para fazermos um paralelo passamos das redes de saúde físicas para a e-saúde 1.0 sem grande interação entre todos os intervenientes. E neste justo momento, passamos para a e-saúde 2.0 de forma ainda muito dispersada e parcelar, preenchendo nichos de mercado ou áreas restritas sem ainda termos diante de nós um sistema de interação que movimenta a larga maioria dos utilizadores. Não é um “mercado” ou fenómeno de massa. A inovação é ainda muito recente e as práticas muito dispersas e incipientes.

Secção 3 - Contributos para a análise do Impacto das TIC no sector da Saúde

A saúde pode ser considerada um dos fatores mais determinantes em matéria de desenvolvimento económico. Populações mais saudáveis tornam-se mais produtivas e, assim, permitem tornar os países mais ricos. Neste sentido, o acesso a mais e melhores cuidados de saúde, e a informação de prevenção, que as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) potenciam, torna-se fundamental para apoiar o crescimento económico e o desenvolvimento dos países.

A e-Saúde – aqui considerada de uma maneira lata, como a prestação dos cuidados e serviços de saúde, com recurso às TIC – apresenta o potencial para melhorar significativamente a eficiência dos serviços de saúde, expandindo a prestação dos cuidados de saúde (...) e melhorando os resultados ao nível dos pacientes (Edworthy, 2001, Blaya et al., 2010).

As TIC no sector da saúde, podem englobar tecnologias tão diversificadas como o rádio, a televisão, os telefones (fixos e móveis), ou o vídeo – vulgarmente referidos como “velhas tecnologias” – ou as tecnologias mais recentes como é o caso dos computadores, e a internet (seja a web 1.0 ou a mais recente web 2.0), email, websites, Personal Digital Assistants (PDAs), Global Information Systems (GIS) (Davies, 2006), devem ser encaradas, fundamentalmente, quer como instrumentos facilitadores dos processos naturais de comunicação nesta área; quer ainda como preciosos auxiliares do processamento de dados e transmissão de informação por via eletrónica.

De acordo com a tecnologia escolhida (ou a combinação de tecnologias considerada), poderemos ainda ter em conta diferentes meios possíveis onde analisar o impacto das mesmas no sector da saúde: seja na área da telemedicina; da comunicação em saúde; no nível de informação disponível (sejam registos médicos ou mesmo sistemas de monitorização e vigilância de determinadas doenças) e usada (geralmente disponível nas redes virtuais ou blogs, e usada pelos cidadãos/pacientes); do desenvolvimento da pesquisa nesta área; ou ainda na melhor gestão dos diferentes processos de saúde.

De igual forma, qualquer análise do impacto das TIC no sector da saúde pode ser feito a um nível mais macro (agregador da política de saúde para um país como, por exemplo, constam dos objetivos de desenvolvimento do milénio, das Nações Unidas), ou ao nível micro (seja da análise do impacto numa população específica de um país ou região como, por exemplo, a população afetada por uma doença específica; ao nível de uma política específica de saúde, como seja, por exemplo, o cancro do intestino; ou, ainda, ao nível da performance de uma unidade de saúde, sejam clínicas, hospitais, ou centros de saúde).

Qualquer impacto pode ser ainda analisado quanto ao processo em si mesmo, ou ao resultado final junto dos pacientes, utentes, ou destinatários dos processos sobre os quais as tecnologias incidem (aqueles que prestam os cuidados de saúde ou os organismos oficiais que os gerem).

Ainda que se pense que, objetivamente, qualquer impacto deva sempre ser medido relativamente ao resultado obtido junto do destinatário último (utente/paciente/cidadão), sabe-se que em matéria de saúde, a quantidade de fatores que a influenciam é tão diversificada, que dificilmente se conseguirá a relação causa-efeito desejável entre a tecnologia, ou o processo de saúde onde a tecnologia é aplicada, e o nível de saúde alcançado por esse fato. Em última instância, pode afirmar-se que por melhor que seja a tecnologia, se não tivermos populações capazes de a utilizar devidamente, ou dela tirar o melhor partido ou, ainda, se não existirem as infraestruturas adequadas para o seu desempenho, os resultados

obtidos serão sempre limitados por fatores exógenos ao próprio processo associado a essas TIC na saúde.

Centrando-nos no processo de prestação dos cuidados de saúde/prevenção em si mesmo, será possível avaliar o impacto das TIC no sector da saúde relativamente ao crescimento dos serviços de saúde disponibilizados (ou ao número de pessoas que passaram a ter acesso a cuidados de saúde, de forma mais assídua, como resultado da alteração dos processos); à variação dos custos associados ao processo; a eventuais alterações no que concerne à eficácia dos processos; à sua segurança, credibilidade e simplicidade; e, ainda, às alterações verificadas na própria capacidade de gestão dos processos de saúde.

A complexidade na análise destes impactos pode ainda aumentar se pensarmos que o resultado do uso das TIC no sector da saúde tanto pode ser direto como indireto, ou seja, pode manifestar-se diretamente no comportamento de qualquer cidadão que, por exemplo, melhorando, evita determinados comportamentos de risco; ou pode simplesmente aumentar as competências dos profissionais de saúde (por exemplo, disponibilizando-lhes o acesso a publicações científicas com informações relevantes na sua área de atuação, ou melhorando a sua capacidade de pesquisa) que, por essa via, conseguem melhorar o nível geral de saúde de uma determinada população.

O desenvolvimento das TIC e, em particular, o desenvolvimento da internet (com o desenvolvimento da web 1.0 para a web 2.0) fez surgir o conceito de Saúde 2.0 (Jessen (2007)). Este conceito preconiza que todos os envolvidos no domínio da saúde (pacientes, médicos, fornecedores de serviços de saúde e as entidades que suportam os custos da saúde) se devem focar no valor efetivo dos cuidados de saúde – dado pelo ratio resultados/preço – funcionando a competição ao nível da condição médica e em todo o ciclo de cuidados de saúde, como catalisador para a melhoria da segurança, da eficiência e da qualidade dos cuidados de saúde.

O conceito de Saúde 2.0 é claramente potenciado pelo desenvolvimento da web 2.0, na medida em que as ferramentas desenvolvidas com a web 2.0 (blogs, redes sociais online, instante messaging, RSS feeds, etc.) cimentam a primazia do utilizador – seja na geração de conteúdos, seja na partilha de informação – embora não preconize uma interação direta do utilizador com o fundamental do respetivo Sistema de Saúde (Jessen, 2007).

Complementarmente às diferentes dimensões de análise que uma verificação cuidadosa dos impactos das TIC no sector da saúde podem abranger, cf. Davies (2006), qualquer análise do impacto (resultado) das TIC no sector da saúde deve ser feito, depois de se ter muito clara a resposta a duas questões essenciais relacionados com as mesmas:

- Qual o tipo de TIC escolhida e o que faz?;
- Qual o uso que é dado a essa tecnologia (como tem sido usada)?

Apesar da aparente vantagem, mas atendendo à complexidade do tema, a análise das implicações do uso das TIC no sector da saúde pode considerar-se ainda numa fase muito embrionária e incipiente, não obstante serem visíveis resultados concretos desta utilização, como sejam a alteração efetiva da relação entre os pacientes e os profissionais do sector da saúde, principalmente os médicos (Dedding et al., 2010; Davies, 2006).

Avaliar o impacto da e-Saúde nos pacientes é uma tarefa extremamente difícil pelo que, apesar do aumento do número de avaliações destes impactos nos anos mais recentes, cf. Blaya et al. (2010) existem ainda poucos estudos a nível mundial a este respeito e os que existem são “pequenos, focados essencialmente em indicadores dos processos em vez dos resultados nos pacientes ou nas atitudes dos utilizadores e pacientes” (Blaya et al, 2010: 249). De igual modo, mesmo a nível macroeconómico pode falar-se também de uma escassez de estudos que permitem avaliar os impactos da e-Saúde (Davies, 2006: 2).

Não obstante, os estudos existentes centram-se fundamentalmente nos Países em Desenvolvimento, onde, por iniciativa da OMS, se tem procurado dinamizar, de forma muito significativa, o desenvolvimento da e-Saúde (OMS, 2007), o que leva os financiadores a procurar avaliar os seus impactos de forma mais precisa.

Conclusões

Como vimos, o sector da saúde está no centro de uma transformação crucial que liga as tecnologias da informação e da comunicação com a saúde eletrónica. Vimos os traços mais importantes da e-Saúde e relacionamos esta com as redes sociais virtuais. Procedemos a uma primeira avaliação do impacto das TIC no sector da saúde, nomeadamente na prestação dos cuidados de saúde e na prevenção. A este respeito, surgiu o conceito de Saúde 2.0 que integra a noção de Web 2.0 para o sector dos cuidados de saúde e a sua relevância para os profissionais e as organizações do sector.

Referências bibliográficas

- Anderson, Terry L. (2004): “Teaching in an online learning context,” in *Theory and Practice of Online Learning*, ed. by T. L. Anderson and F. Elloumi. Athabasca: Athabasca University, 273-94.
- Arbaugh, JB (2000): “How Classroom Environment and Student Engagement Affect Learning in Internet-based MBA Courses,” *Business Communication Quarterly*,

63 (4), pp. 9.

Arbaugh, JB (2004): "Learning to learn online: A study of perceptual changes between multiple online course experiences," *Internet and Higher Education*, 7 (3), pp. 169–82.

Bates, T (2000): *Managing Technological Change: Strategies for College and University Leaders*. Jossey-Bass

Berman, Pamela (Coord.) (2006). *E-learning concepts and techniques*, Bloomsburg University of Pennsylvania – Department of Instructional Technology, USA, available online at: iit.bloomu.edu/spring2006_ebook_files/ebook_spring2006.pdf.

Collins, A. and Halverson, R. (2010). *The second educational revolution: rethinking education in the age of technology*, *Journal of Computer Assisted Learning* (2010), 26, 18–27, Blackwell Publishing Ltd

Davis, Fred D. (1989): "Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology," *MIS Quarterly*, 13 (3), Sep., pp. 319-40.

Davis, Fred D., Richard P. Bagozzi and Paul R. Warshaw (1989): "User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models," *Management Science*, 35 (8), Aug., pp. 982-1003.

De Vries, Jennifer & Bersin, Josh. & (2004, November). *Rapid e-learning: What works*. Retrieved February 2006 from: http://www.macromedia.com/software/breeze/whitepapers/bersin_e-learning_study.pdf

Diane Newton, Allan Ellis, (2005) "Effective implementation of e-learning: a case study of the Australian Army", *Journal of Workplace Learning*, Vol. 17 Iss: 5/6, pp.385 – 397

Fry, Heather, Steve Ketteridge and Stephanie Marshall (2003): "Understanding student learning," in *A Handbook for Teaching and Learning in Higher Education*, ed. by H.Fry, S. Ketteridge and S. Marshall. London: Koan Page.

Garrison, DR, T Anderson and W Archer (2000): "Critical inquiry in a text-based environment: Computer conferencing in higher education," *The Internet and Higher Education*, 2 (2-3), pp. 87-105.

Gong, M., Y. Xu and Y. Yu (2004): "An enhanced Technology Acceptance Model for Web-Based Learning," *Journal of Information Systems Education*, 15 (4), pp. 365-74.

Harasim, Linda M. and L Teles (1995): *Learning Networks: A Field Guide to Teaching and Learning Online*. Cambridge MA: MIT Press

Hasan, Abrar (Chair), Bielschowsky, Carlos, Laaser, Wolfram, Mason, (Late) Robin, and Sangra (2009). *Reforming Distance Learning Higher Education in*

Portugal, Panel Report, Prepared for Ministry of Science, Technology and Higher Education in Portugal, July.

Holmberg, B. (1992): *Theory and Practise of Distance Education*. London: Routledge
Hostler, R., V. Yoon and T. Guimaraes (2005): "Assessing the Impact of Internet Agent on End Users' Performance," *Decision Support Systems*, 41 (1), pp. 313-23.

Keaster, R (2005): "Distance Education and the Academic Department: The Change Process," *Educause Quarterly*, 2005 (3), pp. 48-55.

Moore, M. (1989): "Three Types of Interaction," *American Journal of Distance Education*, 3 (2), pp.

Moore, M. (1990): "Editorial: distance education theory," *The American Journal of Distance Education*, 5 (3), pp. 1-6.

Oblinger, G (2000) *The Nature and Purpose of Distance Education Commentary*, The Technology Source Archives, University of North Carolina March/April, at: http://technologysource.org/article/nature_and_purpose_of_distance_education/, consultado em 08 de Junho de 2011

Pereira, A., et al. (2004): "Instrumentos de Apoio ao Ensino Online: Guia do Professor/Tutor e Guia do Estudante Online," *Revista Discursos - Série Perspectivas em Educação*, n.º 2, pp. 195-221.

Pereira, A.; Mendes, A. Q.; Morgado, L.; Amante, L.; Bidarra, J. (2007) *Modelo Pedagógico da Universidade Aberta – Para uma Universidade do Futuro*, Available-online at: <http://en.wikipedia.org/wiki/E-learning>, on February, 02, 2011.

Pereira, Alda, et al. (2007b): "A Universidade Aberta em qualquer lugar do mundo: Um modelo pedagógico para a educação a distância," Lisboa: Universidade Aberta, Unpublished working paper

Peters, Otto (2000): "The transformation of the university into an institution of independent learning," in *Changing University Teaching: Reflections on Creating Educational Technologies*, ed. by T. Evans and D. Nation. London: Routledge, 10-23.

Russell, T. L. (1999). *The no significant difference phenomenon*. Montgomery, AL:International Distance Education Certification Center.

Säljö, R. (2010). "Digital Tools and Challenges to institutional tradition of learning: technologies, social memory and the performative nature of learning," *Journal of Computer Assisted Learning* (2010), 26, 53-64

UNCTAD (2004). *Strategy for Implementing a Distance Learning (DL) process in UNCTAD for strengthening training capacities in international trade in developing countries*, United Nations Conference on Trade and Development, Geneva, revised January 2004

Usman, Rana M. at:

http://wiki.answers.com/Q/What_are_Pros_and_cons_of_e_learning, consultado em 02 Fevereiro 2011

Wedemeyer, C. A. (1971): "Independent study," in *Encyclopedia of Education IV*, ed. by R. Deighton. New York: McMillan, 548-57.

Wikipedia (2011). E-learning, at: <http://en.wikipedia.org/wiki/E-learning> on February 02, 2011.

José António Porfírio

Professor Auxiliar da Universidade Aberta, onde exerce, desde Janeiro de 2008, o cargo de Diretor do Departamento de Ciências Sociais e de Gestão.. Membro efetivo do CIEO – Centro de Investigação sobre Espaço e Organizações da Universidade do Algarve. É licenciado, desde 1990, em Organização e Gestão de Empresas e, em 1993 obteve o grau de Mestre em Matemática Aplicada à Economia e à Gestão, também no ISEG. Em 2005 doutorou-se em Gestão, na Especialidade de Estratégia, pela Universidade Aberta. Tendo lecionado várias disciplinas da área da Gestão Financeira, da Gestão Estratégica e da Integração Europeia, desde 2005 é responsável pelas disciplinas da área de Estratégia do Mestrado em Gestão/MBA, Mestrado de que foi coordenador até Outubro de 2009. Para além da atividade docente, tem desenvolvido investigação na área da Estratégia, dos Sistemas de Informação e do Desenvolvimento Regional, com várias publicações sobre estes assuntos.

Até 2008 exerceu várias funções como consultor e quadro em empresas do sector financeiro, industrial, imobiliário e de formação, sendo consultor das Nações Unidas no programa TrainForTrade, da UNCTAD, para formação em comércio Internacional.

E-mail: jporfirio@univ-ab.pt

Tiago Carrilho

Professor Auxiliar da Universidade Aberta. Doutoramento em Economia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Membro efetivo do CIEO – Centro de Investigação sobre Espaço e Organizações da Universidade do Algarve. Áreas de investigação: distrito agrícola e desenvolvimento rural; políticas de emprego e projetos de economia social.

Email: tcarrilho@univ-ab.pt

Marc Jacquinet

Professor Auxiliar da Universidade Aberta e Investigador do CIEO, Centro de Investigação Espaço e Organização, Universidade do Algarve. Doutoramento em Economia pelo ISEG. Desenvolve investigação e tem pu-

blicações nas áreas da economia da inovação, mudança tecnológica, desenvolvimento regional, e-learning, economia da saúde e economia e gestão do conhecimento.

E-mail: mjacquinet@univ-ab.pt