

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**PROJETO APLICADO AO DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE
TELECONSULTA/ VÍDEO-CONSULTA EM START-UP DIGITAL DE SAÚDE**

Bernardo Miguel Freire da Rocha Sousa Figueiredo

Mestrado na área de especialização de Gestão

2022

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**PROJETO APLICADO AO DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE
TELECONSULTA/ VÍDEO-CONSULTA EM START-UP DIGITAL DE SAÚDE**

Bernardo Miguel Freire da Rocha Sousa Figueiredo

Mestrado na área de especialização de Gestão

**Trabalho de Projeto orientado pelo Professor Doutor José António Ferreira
Porfírio**

Março de 2022

PROJETO APLICADO AO DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE
TELECONSULTA/ VÍDEO-CONSULTA EM START-UP DIGITAL DE SAÚDE ©
2022 por Bernardo Figueiredo está licenciado sob [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer todo o apoio e motivação prestados pelo meu orientador, o Professor Doutor José António Porfírio ao longo de todo o processo que, em virtude da pandemia vivida, sofreu várias alterações. Obrigado, por ajudar-me a ver a luz onde tudo parecia muito negro.

Gostaria ainda de agradecer a disponibilidade do Dr. Miguel Morais em anuir à possibilidade de realizar este trabalho em referência ao projeto que se está a desenvolver em Portugal.

Ao Tio José Vaz Pires, pela constante preocupação e motivação para levar o cabo este trabalho.

À minha mulher e filhos pela paciência nos momentos de maior ansiedade.

DEDICATÓRIA

Para a minha Mãe, o grande farol da minha vida.

Para a Maria do Mar e para os nossos filhos, a força motriz da minha motivação.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

STATEMENT OF INTEGRITY

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação/tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer outra forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Regulamento Disciplinar da Universidade Aberta, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 215, de 6 de novembro de 2013.

I hereby declare having conducted my thesis with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of falsification of results in the process of the thesis elaboration.

I further declare that I have fully acknowledged Disciplinary Regulations of the Universidade Aberta (regulation published in the official journal Diário da República, 2.ª série, N.º 215, de 6 de novembro de 2013).

Universidade Aberta, 30 de Março de 2022

Nome completo/Full name: BERNARDO MIGUEL FREIRE DA ROCHA SOUSA FIGUEIREDO

Assinatura/Signature:



manuscrita ou digital / handwritten or digital

RESUMO

TÍTULO: PROJETO APLICADO AO DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE TELECONSULTA/ VÍDEO-CONSULTA EM START-UP DIGITAL DE SAÚDE

A Pandemia da Covid19¹ trouxe uma mudança de paradigma na entrega de serviços de saúde, nomeadamente, consultas em telemedicina. As restrições aplicadas e o medo de contágio levaram a um aumento do número de teleconsultas/ vídeo-consultas, realizadas em 2020 face a 2019 tendo esse número sido maior em 2021 (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Esta alteração de paradigma suscitou o interesse de uma empresa portuguesa de *e-health*, que dispõe de serviços de monitorização à distância de pessoas doentes, vulneráveis, ou que vivam sozinhas.

Pretendem agora aproveitar esta oportunidade para potenciar a sua oferta, complementando-a com serviços adicionais de telemedicina, nomeadamente teleconsultas/ vídeo-consultas.

Decorrente de um projeto de âmbito profissional surgiu a necessidade de realização de um levantamento prévio junto de profissionais de saúde e *e-patients* para compreender melhor as perceções destes em relação às teleconsultas/ vídeo-consultas. Nos casos dos que já recorreram a este tipo de serviço, recorrendo à métrica *Net Promoter Score* (Reichheld, 2003) foi pedido para avaliarem o serviço. Após a análise dos dados recolhidos foi realizado um exercício de reflexão estratégica, nomeadamente uma análise SWOT da empresa e desenho do modelo de negócio atual. Foi dada uma definição do modelo de negócio a adotar recorrendo à metodologia do *Business Model Canvas*, (Osterwalder & Pigneur, 2009, 2020) e realização do Mapa de Utilidade do Comprador (Kim & Mauborgne, 2018) para a implementação das teleconsultas/ vídeo-consultas e conseqüente avaliação de serviço.

PALAVRAS-CHAVE

E-health, *e-patients*, inovação, telemedicina, estratégia.

¹ *Corona Virus Disease*. Doença causada pelo vírus Sars Cov 2.

ABSTRACT

TITLE: APPLIED PROJECT TO THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF TELECONSULTATION/ VIDEO CONSULTATION IN A DIGITAL HEALTH START-UP

The Covid19² Pandemic has brought a paradigm shift in the delivery of health services, namely telemedicine consultations. The restrictions applied and the fear of infection led to an increase in the number of teleconsultations/ video consultations, carried out in 2020 compared to 2019, with this number having been higher in 2021 (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

This paradigm shift rose the interest of a Portuguese e-health company, which sells remote monitoring services for people who are sick, vulnerable or who live alone.

They now intend to take seize this opportunity to complement their offer, with additional telemedicine services, namely teleconsultations/ video consultations. As a result of a professional project, there was the need to carry out a preliminary survey to health professionals and *e-patients* to better understand their perceptions in relation to teleconsultations/ video consultations and, in the cases of those who have already resorted to this type of service, using the Net Promoter Score (Reichheld, 2003) metric, they were asked to rate it. After analysing the collected data, a strategic reflection exercise was carried out, namely a SWOT analysis of the company and design of the current business model. It was given a definition of the business model to be adopted using the Business Model Canvas methodology (Osterwalder & Pigneur, 2009) and the design of the Buyer's Utility Map (Kim & Mauborgne, 2018), for the implementation of teleconsultations/ video consultations and consequent service evaluation.

KEYWORDS

E-health, e-patients, innovation, telemedicine, strategy.

² Corona Virus Disease. Illness caused by the Sars Cov 2 virus.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Parte I – Suporte Teórico e Enquadramento do Projeto	3
1. Informação Conhecimento e Inovação.....	4
2. Transformação de Paradigma na Saúde	5
3. Neologismos da Saúde.....	6
3.1 <i>E-health</i>	6
3.2 <i>M-health</i>	8
3.3 <i>E-patients</i>	9
4. Instrumentos de Análise Estratégica	10
4.1 Análise SWOT.....	10
4.2 <i>Business Model Canvas</i>	12
4.3 <i>Blue Ocean Strategy</i>	15
4.4 <i>Net Promoter Score</i>	18
4.4.1 <i>Calcular o NPS</i>	19
Parte II - Opções Metodológicas.....	21
5. Desafio.....	22
6. Justificação	26
7. Metodologia e Identificação dos Dados Utilizados.....	27
Parte III – Apresentação e Discussão dos Resultados.....	29
8. Caracterização da Amostra.....	30
9. Apresentação e Discussão de Resultados.....	32
10. Outputs	48
10.1 Business Model Canvas	48
10.1.1 <i>Proposta de Valor</i>	48
10.1.2 <i>Segmento de Clientes</i>	50
10.1.3 <i>Parceiros Chave</i>	50
10.1.4 <i>Canais</i>	51
10.1.5 <i>Relações com Clientes</i>	51
10.1.6 <i>Fluxo de Rendimentos e Estrutura de Custos</i>	52
10.1.7 <i>Atividades Chave</i>	53
10.1.8 <i>Recursos Chave</i>	53
10.2 SWOT	55
10.3 <i>Blue Ocean Strategy</i>	56
10.4 Instrumento de Avaliação Interna e Externa - <i>Net Promoter Score</i>	57

11. Limitações	63
12. Conclusões e Sugestões	58
12.1 Respostas às Questões de Projeto	59
12.1.1 Qual o perfil de cliente com maior probabilidade de aderir ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta?	59
12.1.2 Que barreiras poderão existir na adesão ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta?	60
12.1.3 Qual a opinião dos clientes e profissionais de saúde no ativo que já utilizaram o serviço teleconsultas/ vídeo-consultas?	60
12.1.4 Como avaliam o serviço?	61
12.1.5 Como avaliar a satisfação e prever a probabilidade de continuidade de recurso à teleconsulta mesmo em cenário pós-pandémico?	63
Referências Bibliográficas	65
Bibliografia	72
ANEXO I – Grelha analítica de questionário	73
ANEXO II – Questionário	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2. 1. Evolução do número de Teleconsultas realizadas no SNS	5
Gráfico 8. 1. Distribuição geográfica do total de respostas validadas.....	30
Gráfico 8. 2. Profissionais de Saúde - Representação de sexo por geração	31
Gráfico 8. 3. E-patients - Representação de sexo por geração	32
Gráfico 9. 1. Como costuma aceder a plataformas digitais de saúde? (<i>e-patients</i>)	36
Gráfico 9. 2. Qual ou quais os meios de acesso utilizados? (<i>e-patients</i>).....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4. 1. Business Model Canvas	13
Figura 4. 2. As três categorias de não clientes	16
Figura 4. 3 Mapa de utilidade do comprador	18
Figura 5. 1. Modelo de sistema de vigilância biométrica.....	23
Figura 5. 2. Modelo que se pretende implementar.....	24
Figura 10. 1. <i>Business Model Canvas</i> do serviço de monitorização biométrica, serviço de telemedicina e avaliação de serviço.....	54
Figura 10. 2. Mapa de utilidade do comprador.....	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 8. 1. Frequências absoluta (FA) e relativa (FR) do tipo de Profissional de Saúde participante no inquérito.....	31
Tabela 8. 2. Nível de ensino do total dos <i>e-patients</i> participantes no inquérito	32
Tabela 9. 1. Qual/ Quais o(s) agente(s) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta.....	33
Tabela 9. 2. Proporção de indivíduos com idade entre 16 e 74 anos que utilizaram Internet nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por Grupo etário.....	34
Tabela 9. 3. Distribuição de respondentes por intervalo etário, geração e nativos digitais Vs. imigrantes digitais.....	35
Tabela 9. 4. <i>E-patients</i> que já recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta Vs. <i>E-patients</i> que ainda não recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta.	36
Tabela 9. 5. Qual a razão principal para ter preferido a teleconsulta/ vídeo-consulta em alternativa à consulta presencial? (<i>e-patients</i>).....	37
Tabela 9. 6. Qual a frequência aproximada de videoconsultas/ teleconsultas realizadas nos anos assinalados?	38
Tabela 9. 7. Quais os serviços digitais que usou nos últimos 3 anos? (<i>e-patients</i>)	39
Tabela 9. 8. Qual/ Quais o(s) fator(es) que, na sua opinião, promove(m) a utilização da teleconsulta/ vídeo-consulta.	40
Tabela 9. 9. Considera que, em relação à consulta presencial, a teleconsulta/ vídeo-consulta é:.....	42
Tabela 9. 10. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo-consulta para os utentes/ clientes?	43
Tabela 9. 11. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) do vídeo-consulta/ teleconsulta para as instituições de saúde?.....	44
Tabela 9. 12. Quais são, na sua opinião, os contextos onde a teleconsulta/ vídeo-consulta pode/deve ser aplicada?	45
Tabela 9. 13. Perceção dos Profissionais de Saúde e <i>e-patients</i> quanto ao impacto do recurso à internet e aplicações de saúde na vida das pessoas.....	46

Tabela 9. 14. Qual a probabilidade de recomendarem o serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta. Comparação do NPS dos profissionais de saúde e dos <i>e-patients</i>	47
Tabela 9. 15. NPS <i>e-patients</i> – Qual a probabilidade de voltar a recorrer à teleconsulta/ vídeo-consulta.....	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 4. 1. Exemplo de matriz SWOT	11
Quadro 4. 2. Estratégia do Oceano Vermelho Vs. Estratégia do Oceano Azul.....	16
Quadro 10. 1. Análise SWOT.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde I.P.)

App (Aplicação móvel)

B2C (*Business to Consumer*)

BMC (*Business Model Canvas*)

BOS (*Blue Ocean Strategy*)

CE (Comissão Europeia)

CoViD19 (*Coronavirus Disease 19*)

DGS (Direção Geral de Saúde)

HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*)

IA (Inteligência Artificial)

ITU (*International Telecommunications Unit*)

NPS (*Net Promoter Score*)

SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde)

SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*)

TIC (Tecnologias de informação e comunicação)

UE (União Europeia)

UI (*User Interface*)

UX (*User Experience*)

WHO (*World Health Organization*)

WoM (*Word of Mouth*)

INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica tem possibilitado a criação de novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) cada vez mais eficientes, permitindo a sua consequente aplicação aos mais diversos setores. No setor da saúde esta evolução tem-se verificado, sobretudo, ao nível da digitalização dos meios de diagnóstico e comunicação.

Como consequência, a União Europeia (UE) tem dado especial ênfase à transformação digital do setor da saúde (eHealth Network, 2019). As novas TIC também têm tido um contributo importante para diagnósticos mais rápidos e precisos e têm possibilitado a partilha transfronteiriça de informações de saúde entre estados e organizações de saúde do setor público e privado, que permitem uma melhor preparação destes em situações de pandemia, dos profissionais de saúde em casos de diagnóstico diferencial, etc. (Comissão Europeia, 2018; eHealth Network, 2019; European Commission, 2012; Michelsen et al., 2015).

A evolução e a massificação dos meios de comunicação móveis e a maior largura de banda nos serviços de *internet* móvel e fixa tem permitido uma oferta digital de serviços de saúde cada vez maior e mais abrangente. Como consequência, em linha com a estratégia de digitalização da saúde da UE, e mais recentemente, motivada pela pandemia da Covid19, uma das áreas da transformação digital na saúde que tem vindo a ser explorada em Portugal nos últimos anos tem sido, entre outras, a do alargamento dos serviços de telemedicina, (European Commission, 2012, 2022; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2016a, 2016b; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016).

É preciso compreender que a telemedicina é o recurso a tecnologias de voz e/ ou vídeo para a entrega de serviços de saúde à distância enquanto a *e-health* se constitui como o uso das TIC de forma segura e eficaz para suportar serviços relacionados com a saúde (Ashfaq et al., 2020; Voran, 2015; WHO Global Observatory for eHealth, 2016). Sendo a telemedicina um campo da *e-health*, é correto afirmar que esta estratégia está em linha com a estratégia nacional para o ecossistema de informação de saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2016b).

O presente projeto visa a criação de um modelo para o desenvolvimento do serviço de telemedicina (teleconsulta/ vídeo-consulta) para uma *start-up* digital³ de serviços de saúde, ou *e-health*, e a conseqüente definição de uma metodologia de avaliação para o mesmo serviço.

Para o efeito serão analisados os dados decorrentes de um inquérito *online* do tipo *snowball* (Parker et al., 2020) realizado a utilizadores e potenciais utilizadores de serviços de telemedicina, também considerados de *e-patients* (Ferguson, 2007), e a profissionais de saúde no ativo, com o objetivo de compreender as barreiras que podem existir à adesão a este tipo de serviço por ambos, profissionais de saúde na perspectiva de prestadores de cuidados de saúde à distância e *e-patients*.

Este trabalho de projeto aplicado encontra-se organizado da seguinte forma:

- a. Suporte teórico e enquadramento do projeto. Onde é feita uma abordagem ao suporte teórico do projeto com a apresentação de conceitos como *e-health*, *m-health*, *e-patient*⁴, *Business Model Canvas* (Osterwalder & Pigneur, 2009, 2020), análise SWOT e *Blue Ocean Strategy* (Kim & Mauborgne, 2010, 2018).
- b. Metodologia. Nesta parte do trabalho são abordadas as opções metodológicas adotadas na realização do presente trabalho.
- c. Na terceira parte deste projeto são apresentados e discutidos os resultados do inquérito bem como a apresentação dos *outputs* decorrentes dos inquéritos.
- d. No final apresentam-se as conclusões do projeto com a entrega de propostas para implementação que irão visar ultrapassar as barreiras eventualmente detetadas assim como a proposta de avaliação dos serviços disponibilizados. Também são feitas referências às limitações do projeto e sugestões de trabalho futuro a ser desenvolvido.

³ Por motivos de estratégia da própria empresa, foi solicitado que a sua designação se mantivesse sob sigilo.

⁴ Ao longo do processo de levantamento teórico detetou-se que os termos *e-health*, *m-health* e *e-patient* surgem escritos de formas diferentes, ou seja, a grafia destes termos é diferente de autor para autor diferindo também entre instituições podendo, para além das escritas em cima, apresentar as seguintes variantes: *ehealth*, *eHealth*, *e-Health*, *mhealth*, *mHealth*, *m-Health*, *epatient*, *ePatient* e *e-Patient*. Por uma questão de homogeneização dos termos ora apresentados foi decidido usar a primeira forma dos termos apresentada, ou seja, “e” seguido de hífen e a palavra.

Parte I – Suporte Teórico e Enquadramento do Projeto

1. Informação Conhecimento e Inovação

A informação é um conjunto de dados organizados que, quando interpretada por um grupo de pessoas, formam uma mensagem sobre determinado facto ou evento, transformando-se em conhecimento (Martins, 2010). Pode assim dizer-se que um conjunto de informações formam a base do conhecimento.

No entanto, apesar de ter origem na formatação da informação, o conhecimento e a sua aplicação também são geradores de informação (Martins, 2010). Esta interdependência, em que a informação gera conhecimento e o conhecimento gera informação, leva-nos a concluir que não é possível acontecer inovação sem conhecimento. É através de uma gestão cuidada da informação existente que se cria conhecimento e, por sua vez, é através da gestão dos conhecimentos adquiridos que se cria inovação. A informação existe à nossa volta, cada um pode contribuir para a criação de conhecimento, através da partilha de informações. As organizações têm de, sistematicamente, aproveitar os conhecimentos que vão adquirindo e geri-los de forma a transformarem-nos em inovações a fim de obterem vantagens competitivas, embora transitórias (McGrath, 2013). McGrath, (2013) refere que as vantagens competitivas são transitórias, porque os fatores diferenciadores que as proporcionam são-no no momento da análise da sua implementação, mas com o evoluir dos mercados e com as entradas de novos *players*, torna-se necessária uma constante atenção e revisão periódica dos pressupostos para a criação de novas vantagens ou inovações ao modelo de negócio existente. É possível então afirmar que *“a inovação é a maneira pela qual toda a empresa procura um diferencial competitivo frente ao mercado e o processo de inovação é o modo de atingir um lucro diferenciado (...)”* (Agostini et al., 2011, p.32), ou seja, a inovação diz respeito a mudanças no processo de produção que não alteram o produto ou serviço final, mas geram aumentos de produtividade e redução de custo tornando uma organização mais eficiente. Segundo Lopes et al. (2006), para Schumpeter, os exemplos de inovação são a introdução de novos bens no mercado, novas formas de produção, novas matérias-primas ou a alteração do tipo de mercado.

2. Transformação de Paradigma na Saúde

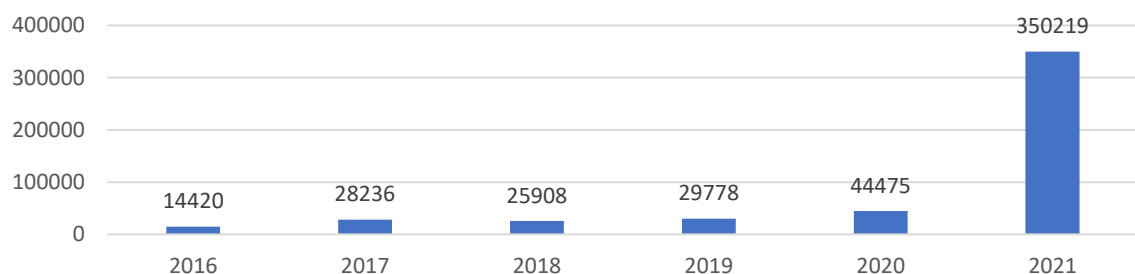
No mundo digital onde a competição é constante e não existem fronteiras geográficas, as empresas precisam de se adaptar a novas realidades (Tapscott, 2009). Na “*era do conhecimento em rede*” (Tapscott, 2012), onde as TIC assumem um papel central nas sociedades modernas e onde a inovação, o aumento do conhecimento e a troca de informação acontecem a um ritmo acelerado, os prestadores de cuidados de saúde precisam de se abrir ao mundo digital de forma a poderem superar os contantes desafios do mercado.

A transformação na saúde é algo que já decorre há décadas. A constante evolução e o aumento da oferta tecnológica existente, tem facilitado o desenvolvimento dos sistemas de comunicação e diagnóstico cada vez mais eficientes e baratos, possibilitando chegar, a mais pessoas.

Os sistemas de teleconsulta já existem em Portugal há cerca de 20 anos, todavia, até ao advento da pandemia da Covid19, eram sistemas locais e usados apenas em casos excecionais (Ferreira, 2020).

A Covid19 trouxe uma mudança de paradigma na entrega deste tipo de serviços de saúde. As restrições aplicadas e o medo de contágio contribuíram para uma aceleração no desenvolvimento de plataformas mais eficientes e para a criação de novas empresas de telemedicina com impacto no número de consultas em regime não presencial realizadas ao longo da pandemia (Entidade Reguladora da Saúde, 2020, 2021) conforme pode ser verificado no gráfico 2.1 (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Gráfico 2. 1. Evolução do número de Teleconsultas realizadas no SNS



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados recolhidos em sns.gov.pt, “Consultas em Telemedicina – Transparência”.

3. Neologismos da Saúde

À medida que o setor público e privado da saúde foi sofrendo evoluções, no sentido de aproveitar todas as vantagens que a tecnologia oferece, temo-nos habituado a ler e a escutar termos como *e-health*, *e-patient* ou até mesmo *m-health* cuja definição importa abordar.

3.1 *E-health*

Apesar de ser usado desde há cerca de vinte anos (Eysenbach, 2001; International Telecommunications Unit, 2008), o termo *e-health* continua sem ter uma definição universalmente aceite (Healthcare Information and Management Systems Society, 2003; Oh et al., 2005), todavia, profissionais de saúde, académicos, organizações políticas e de saúde têm, ao longo dos anos, apresentado possíveis definições que, no seu entender, caracterizam o significado deste termo.

Para Marconi (2002) (citada em Healthcare Information and Management Systems Society, 2003, p. 4) *e-health* é “(...) a aplicação da internet e outras tecnologias relacionadas na indústria dos cuidados de saúde por forma a melhorar o acesso, a eficiência, a efetividade e a qualidade dos processos clínicos e de negócio utilizados por organizações de saúde, profissionais, doentes e utentes, num esforço de melhorar o estado de saúde dos doentes.”⁵

Outra definição de *e-health* é a aplicação das TIC no setor da saúde (European Commission, 2022; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2016a; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016).

A Comissão Europeia (2018) (CE), também refere que *e-health* é o conjunto de serviços e ferramentas aplicados à saúde que fazem uso das TIC. Esta definição pode ser completada com a ideia de que o uso das TIC permite reforçar todos os meios de gestão e acompanhamento de cuidados de saúde, podendo beneficiar a

⁵ Tradução livre do autor. No original “*E-health is defined as the application of Internet and other related technologies in the healthcare industry to improve the access, efficiency, effectiveness, and quality of clinical and business processes utilized by healthcare organizations, practitioners, patients, and consumers in an effort to improve the health status of patients.*” Marconi (2002) referenciada em (Healthcare Information and Management Systems Society, 2003, p. 4)

comunidade, uma vez que reúne todas as condições para criar um setor da saúde mais inovador e eficiente (Comissão Europeia, 2018).

Ao nível da academia, Callens (2010, p.561), descreve *e-health* como “(...) a aplicação das tecnologias de informação e comunicação numa série de funções que afetam o setor dos cuidados de saúde”⁶. Existe ainda quem se refira a *e-health* apenas como o uso de informação digital na saúde (Della Mea, 2001).

Eysenbach, (2001, p.1), afirma que apesar de ser um “*campo emergente na interseção da informática médica*” como resultado do desenvolvimento tecnológico, o “e” de *e-health*, na sua opinião, não significa eletrónica. Com efeito, Eysenbach, (2001, p.1) identifica dez “e”⁷ para o termo *e-health*:

1. efficiency
2. enhancing quality
3. evidence based
4. empowerment
5. encouragement
6. education
7. enabling
8. extending
9. ethics
10. equity.

Na sua investigação, (Oh et al., 2005) encontraram algumas definições que caracterizam a *e-health* como o *e-business* do setor da saúde e como “(...) novos modelos de negócio que usam a tecnologia (...)”⁸ (Sternberg, 2004 referenciado em Oh et al., 2005, p. 7).

De forma resumida, com base nas definições dos diversos autores consultados, é seguro afirmar que a *e-health* são os meios para providenciar serviços ou informações de saúde com recurso às TIC.

⁶ Tradução livre do autor. No original “(...) the application of information and communication technologies across the whole range of functions that affect the health care sector.” (Callens, 2010, p.561)

⁷ Tradução livre do autor: eficiência, melhor qualidade, baseado na evidência, empoderamento, encorajamento, educação, possibilitar, abrangente, ética e equidade.

⁸ Tradução livre do autor. No original, “(...) new business models using technology” (Sternberg, 2004 referenciado em Oh et al., 2005, p. 7)

De acordo com a World Health Organization, (2005) a *e-health* é uma das principais motivadoras do desenvolvimento da saúde pública na medida em que a sua utilização permite contribuir para o usufruto dos direitos humanos fundamentais e da qualidade de vida e dos cuidados prestados.

3.2 *M-health*

Com a evolução das tecnologias móveis como os telemóveis, *tablets*, *smartwatches*, etc., das redes de comunicação como o 3G, o 4G, e agora o 5G, e com a redução dos preços destes dispositivos e dos dados móveis (Wilson & Asmundson, 2012), a grande maioria das pessoas dispõe, atualmente, de um *smartphone* (Taylor & Silver, 2019).

Esta alteração no paradigma das comunicações tornou possível que as tecnologias móveis e sem fios pudessem alcançar os objetivos da saúde (WHO Global Observatory for eHealth, 2011) surgindo assim a *m-health*.

Apesar de, também neste termo, não existir uma definição universal, a *m-health* pode ser caracterizada como sendo um serviço ou informação relacionada com a saúde suportada por dispositivos sem fios (WHO Global Observatory for eHealth, 2011, 2016; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016) e aplicações também conhecidas como aplicações móveis (European Commission, 2014). No seu *website*, a International Telecommunications Unit, (2016) (ITU), define a *m-health* como “(...) o uso da tecnologia móvel para fornecer apoio aos cuidados de saúde a doentes ou apoio técnico a fornecedores de cuidados de saúde de uma forma direta e de baixo custo”⁹.

A *m-health* é assumida como um componente da *e-health* que usa tecnologia móvel para serviços de saúde (WHO Global Observatory for eHealth, 2011, 2016; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016). Estes serviços podem ser na forma de cuidados, informação ou aplicações móveis (European Commission, 2014).

⁹ Tradução livre do autor. No original, “(...) the use of mobile technology to provide health care support to patients or technical support to health service providers in a direct, low-cost and engaging manner.” (International Telecommunications Unit, 2016)

3.3 *E-patients*

A ideia de que os profissionais de saúde são os únicos detentores de conhecimento médico está a ficar desatualizada (Ferguson, 2007).

Como se pode deduzir a *e-health* comporta, em certa medida, a mesma relação existente na medicina convencional. No mundo digital o binómio profissional de saúde/ doente é importante, uma vez que ao invés da medicina tradicional, onde o profissional de saúde é o único fornecedor de informação, na *e-health* a relação torna-se bilateral, ou seja, o doente adota uma postura mais ativa. O doente, também deixa de o ser obrigatoriamente; na era digital, o “doente” transforma-se no *e-patient*, um conjunto de pessoas que vão muito além dos tradicionais doentes. Neste sentido assume-se que o *e-patient* pode ser um doente, um familiar de um doente, um cuidador informal ou até mesmo um prestador de cuidados (Ferguson, 2007).

Com a redução dos custos das novas tecnologias de informação e comunicação, a massificação do uso da *internet*, as comunicações móveis etc., os seus utilizadores tornaram-se mais pró-ativos na busca de conhecimentos *online*. Atualmente, os *e-patients*, partilham as suas experiências, procuram ativamente informação *online* sobre prestação de cuidados de saúde, segundas opiniões de diagnóstico, tratamentos alternativos, informações adicionais sobre doenças específicas entre outras. Esta crescente proatividade tem permitido a criação de inúmeras plataformas *online* dedicadas, como por exemplo a “*myHealthTeams.com*”, e a utilização de outras plataformas genéricas como o *Facebook* ou a *Wikipedia*, onde é possível a partilha de informação mais pormenorizada através da colaboração de profissionais de saúde com os *e-patients*, entre *e-patients* e até mesmo de leigos com profissionais de saúde para, em alguns casos, ajudar no processo de diagnóstico (Miller, 2010).

Um exemplo de uma rede de interação entre profissionais de saúde e leigos, a nível global para o diagnóstico de casos aparentemente impossíveis de diagnosticar, é o do *New York Times*.

A Dra. Lisa Sanders, especialista em medicina interna e Professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Yale decidiu transformar a sua crónica quinzenal no *New York Times* numa ferramenta de interação com profissionais de saúde,

doentes e outros leigos a nível global para que possam colaborar e, em conjunto, poder diagnosticar patologias com quadros sintomáticos invulgares, e até à data não diagnosticadas (Gardiner, 2019).

Com as novas tecnologias que vão surgindo nos dias de hoje, tem-se verificado uma maior divulgação de conhecimentos em diversas áreas de estudo. O mesmo acontece na área de saúde, onde os hospitais procuram aproveitar as novas formas de comunicação para poder estreitar os relacionamentos com as pessoas e principalmente com os seus pacientes, atuando de forma ativa nas suas vidas. Com o advento e evolução da *internet* esse processo torna-se ainda mais flexível e viável, pois de acordo com Correa et al., (2008) a *internet* tem aproximado as pessoas, independentemente do local onde elas se encontram, verificando-se que a preocupação não provém apenas dos hospitais ou dos profissionais de saúde, mas, sobretudo, dos pacientes que estão cada dia mais ativos e mais preocupados com a sua saúde. É assim que se considera que surge o conceito de *e-patient*. Devido a essa evolução por parte dos pacientes, muitos estudos são realizados com vista a perceber a integração dos pacientes nessas novas formas de comunicação.

4. Instrumentos de Análise Estratégica

4.1 Análise SWOT

Não é certo qual a origem da análise SWOT. Da literatura consultada, algumas fontes atribuem a SWOT a Stanford (Fine, 2009), outras a Harvard (Santos, 2008; Sotomayor et al., 2014). No entanto, na sua aplicabilidade e finalidade, já se consegue ter consenso. Para Kotler & Keller, (2012, p.49), a SWOT surge da necessidade de: “(...) *monitorizar importantes forças macro ambientais económicas, demográficas, tecnológicas, político-legais e socioculturais) e significativos agentes microambientais (clientes, concorrentes, distribuidores e fornecedores) que afetam a sua capacidade de obter lucros.*”

Resumidamente, a análise SWOT pretende identificar e sintetizar as ameaças, oportunidades, os pontos fortes e fracos de uma empresa (Almeida & Pereira, 2014; Carvalho et al., 2014; Santos, 2008; Sotomayor et al., 2014), ou seja, a

importância deste modelo assenta na necessidade de identificar ameaças e oportunidades como premissa para poder caracterizar o negócio (Kotler & Keller, 2012).

A SWOT permite o alinhamento estratégico da organização com o meio, através da identificação dos recursos e competências internas de uma organização, comparando-os com os elementos que lhe são externos, podendo oferecer uma visão quanto ao seu posicionamento e limitações em relação aos seus concorrentes (Almeida & Pereira, 2014).

Uma matriz SWOT pode ser organizada da forma representada no quadro 4.1.

Quadro 4. 1. Exemplo de matriz SWOT

		Fatores Ambientais	
		Positivos	Negativos
Análise Ambiental	Interna	Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)
	Externa	Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)

Fonte: Elaboração do autor conforme Santos, (2008, p.209)

Para (Carvalho et al., 2014) os pontos fortes são vantagens em relação a outras organizações, que se traduzem na forma de características ímpares que devem ser exploradas pela empresa. Os pontos fracos são aquelas características que a organização deve corrigir ou minimizar. Por outro lado, as oportunidades são aspetos externos de que a empresa deve procurar tirar vantagem, sendo as ameaças a potencial origem dos maiores desafios da empresa.

Considera-se que o levantamento deste conjunto de informação é importante, de forma a permitir que a organização possa aproveitar os seus pontos fortes para potenciar as oportunidades detetadas, e para a definição de estratégias que possibilitem minimizar o impacto dos pontos fracos e das ameaças, ou que permitam transformá-las em oportunidades.

Apesar de ser uma ferramenta útil na análise estratégica, a análise SWOT, pode ser complementada com outros modelos ou ferramentas (Pereira et al., 2021; Popescu & Scarlat, 2015). A identificação de fatores críticos de sucesso são uma

parte importante do planeamento estratégico de qualquer organização, na medida em que evidenciam as atividades onde se devem focar (Almeida & Pereira, 2014). Para Popescu & Scarlat, (2015) a análise SWOT é o início do processo de planeamento estratégico e este deverá ser sempre complementado com outras ferramentas que consigam uma maior profundidade de análise, dado que o primeiro modelo (na sua forma mais elementar) só comporta aspetos definidos por pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades. Podemos assim assumir que a análise SWOT, *per si*, não é suficiente para realizar um planeamento estratégico que permita à empresa ter uma visão clara dos próximos passos a dar.

4.2 *Business Model Canvas*

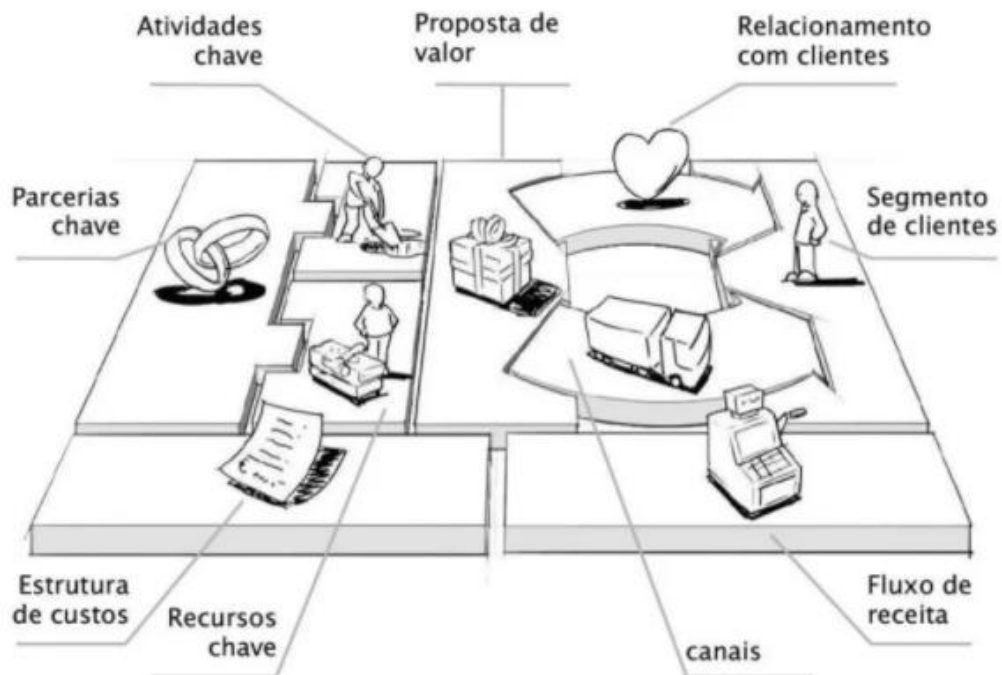
Uma ideia deve ser partilhada de forma clara e pragmática para que todos os intervenientes no debate possam discutir sobre a mesma questão.

Com o propósito de obter uma ferramenta complementar às existentes, que simplificasse as ideias sobre novos modelos de negócios surgiu o “*Business Model Canvas*” (Osterwalder & Pigneur, 2009).

O “*Business Model Canvas*” (BMC), é uma ferramenta que agrupa de forma simples o que Osterwalder & Pigneur (2020) consideram ser os 9 pilares de um modelo de negócios.

Estes 9 pilares são agrupados de forma a formarem um quadro simples que torne perceptível todas as componentes de negócio de uma empresa (figura 4.1).

Figura 4. 1. *Business Model Canvas*



Fonte: Osterwalder & Pigneur, (2020, p.18)

Existem diversos segmentos de clientes como o mercado segmentado, nicho de mercado, mercado de massas, entre outros. Para poder identificar qual ou quais os grupos de pessoas que a empresa quer alcançar precisa de perceber para quem está a criar valor e quem são os clientes mais importantes (Osterwalder & Pigneur, 2020).

A proposta de valor (PV) de uma empresa é o “(...) conjunto selecionado de produtos e ou serviços que satisfaz as necessidades (...)” (Osterwalder & Pigneur, 2020, p. 22) dos clientes-alvo. Permite suprir necessidades ou resolver problemas dos clientes (Osterwalder & Pigneur, 2020). Para a criação da PV, primeiro uma empresa precisa de perceber qual o valor que está a entregar aos clientes, que problemas ou desafios é que está a ajudar a resolver e que necessidades está a satisfazer. A PV deverá identificar as dores, *pains*, dos clientes e ajudar a eliminá-las oferecendo-lhes determinados ganhos, *gains*. “Algumas Propostas de Valor podem representar uma oferta nova ou disruptiva. Outras (...) podem ser similares a ofertas já existentes no mercado, mas com características ou atributos adicionais.” (Osterwalder & Pigneur, 2020, p. 22).

O bloco relativo aos canais diz respeito à forma como uma empresa comunica com os seus segmentos de clientes para dar a conhecer, entregar as suas propostas de valor. Existem dois tipos de canais, diretos, (ex.: força de vendas, lojas próprias físicas ou *online*) e indiretos, (ex.: lojas de parceiros) (Osterwalder & Pigneur, 2020).

Nas relações com clientes, uma organização precisa de definir as relações que pretende estabelecer com os vários segmentos de clientes e compreender como estas se integram no modelo de negócios. As relações podem ser do tipo assistência pessoal, *self-service*, entre outros (Osterwalder & Pigneur, 2020).

Os fluxos de receita dizem respeito ao dinheiro gerado pelos segmentos de clientes como resultado do consumo dos seus bens e serviços. Existem várias maneiras de gerar receitas. Estas podem ser pela aplicação de taxas de utilização, assinaturas, licenciamentos, etc. (Osterwalder & Pigneur, 2020).

A estrutura de custos de uma empresa deve representar todos os ativos que permitem o bom funcionamento do modelo de negócio, ou seja, a estrutura de custos dá a uma empresa a capacidade de poder entregar a sua proposta de valor, manter contacto com os seus clientes e parceiros-chave e ajudar no desenvolvimento das suas atividades-chave. A estrutura de custos é uma das componentes que deve ser considerada na fixação do preço de determinado produto ou serviço (Osterwalder & Pigneur, 2020).

O bloco do BMC dos recursos-chave refere-se ao que é imprescindível para que a proposta de valor se concretize. Nesta secção do BMC é preciso identificar os ativos físicos, intelectuais, humanos e/ ou financeiros que são imprescindíveis ao bom funcionamento do modelo de negócio (Osterwalder & Pigneur, 2020).

As atividades-chave são todas as ações que a empresa precisa de realizar para que o modelo de negócios funcione. As atividades-chave podem ser caracterizadas por atividades de produção, resolução de problemas e/ ou atividades de plataforma/ rede (Osterwalder & Pigneur, 2020).

Nas parcerias-chave devem ser contabilizadas todo o conjunto de fornecedores e parceiros que são fundamentais ao modelo de negócio. Segundo Osterwalder & Pigneur, (2020), os principais motivadores para a criação de parcerias-chave são

a otimização e economias de escala, a redução de risco e a aquisição de recursos e serviços específicos.

A criação de um “*Business Model Canvas*” realiza-se em 5 fases (Osterwalder & Pigneur, 2020):

1. Mobilizar – preparação de todos os elementos necessários ao modelo de negócio.
2. Compreender – perceber todos os pormenores e recolher o máximo de informação necessária ao modelo de negócios.
3. Desenho – converter a informação recolhida em modelos de negócio que possam ser testados.
4. Implementar – execução do modelo de negócios.
5. Gerir – gestão do modelo de negócios de acordo com o *feedback* recebido.

4.3 *Blue Ocean Strategy*

A teoria do “*Blue Ocean Strategy*” (Kim & Mauborgne, 2010) assenta na premissa das empresas apostarem em “*red oceans*” ao invés de procurarem “*blue oceans*”, onde não existe concorrência. Nesta perspetiva, os mercados considerados de “*red oceans*” são todos aqueles em que a diferenciação das empresas que neles operam se apoia no *benchmarking* para ultrapassar os seus concorrentes e conseguir maior quota de mercado. Com a entrada de novos *players* o mercado vai-se tornando mais competitivo e, como consequência, o crescimento e respetivos proveitos vão sendo cada vez menores.

Por outro lado, os mercados considerados de “*blue oceans*” são aqueles que “(...) *ainda não existem.*” (Kim & Mauborgne, 2010, p. 32), ou seja, onde a concorrência é inexistente. Para melhor se compreender as diferenças entre estes conceitos o quadro 4.2 apresenta, resumidamente, as diferenças entre ambos os oceanos.

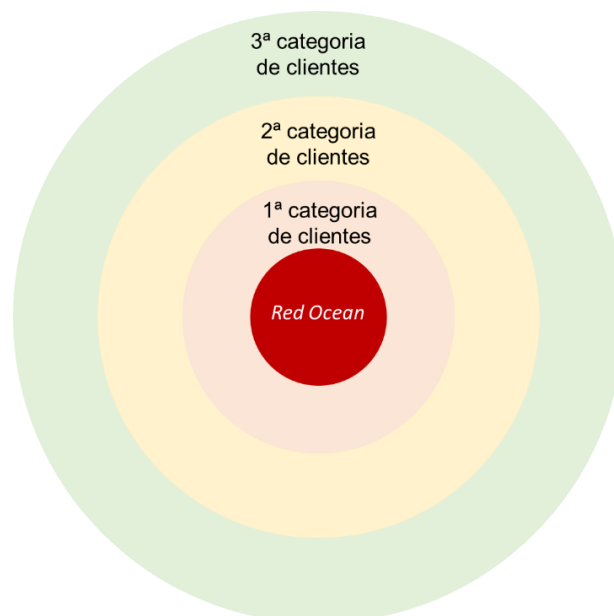
Quadro 4. 2. Estratégia do Oceano Vermelho Vs. Estratégia do Oceano Azul

Oceano Vermelho	Oceano Azul
Competir num espaço de mercado já existente	Criar um espaço de mercado incontestado
Vencer a concorrência	Tornar a concorrência irrelevante
Explorar a procura existente	Criar e captar nova procura
Atingir o trade-off entre valor e custo	Quebrar o trade-off entre valor e custo
Alinhar todo o sistema das atividades da empresa com a sua escolha estratégica de low cost ou diferenciação	Alinhar todo o sistema de atividades de uma empresa na procura de diferenciação e low cost

Fonte: Elaboração do autor a partir de (Kim & Mauborgne, 2010, p. 48)

Considerando que as empresas empreendem grandes esforços para se diferenciar da sua concorrência, para poderem conquistar franjas de mercado, Kim & Mauborgne, (2010) propõem uma estratégia alternativa focada no universo dos não clientes através da criação de um mercado, ou procura de uma oportunidade nos limites do mercado atual que ainda não tenha sido explorada (figura 4.2).

Figura 4. 2. As três categorias de não clientes



Fonte: Elaboração do autor a partir de Kim & Mauborgne, 2010, p. 149-159)

Na primeira categoria encontram-se os futuros não clientes. Aqueles que ainda são clientes, mas apenas por necessidade. Consomem quantidades muito reduzidas daquilo que o mercado tem para oferecer e estão constantemente à procura de uma alternativa melhor.

Na segunda categoria encontram-se os clientes que recusam o que o mercado tem para oferecer. Esta recusa pode ser por não gostarem daquilo que lhes é oferecido ou, simplesmente, por estar além das suas possibilidades. Todavia, estes não clientes têm necessidades que necessitam de ser supridas e que o mercado deve explorar.

Na terceira categoria de não clientes estão os inexplorados. Os inexplorados são todos os não clientes cujas necessidades ou gostos as empresas consideram pertencer a outro tipo de mercados e por consequência nem sequer os aborda ou considera para a sua oferta (Kim & Mauborgne, 2010, p. 149-159).

Para que uma empresa possa perceber onde o mercado está focado, Kim & Mauborgne (2018) criaram o mapa de utilidade do comprador (Figura 4.3).

O mapa de utilidade do comprador apresenta 6 alavancas de utilidade do comprador que cruzam com as 6 fases mais comuns correspondentes ao ciclo de experiência do comprador.

As 6 alavancas de utilidade do comprador dividem-se em

1. Produtividade do cliente – tudo o que ajude o cliente a ser mais eficiente ou que lhe dê alguma forma de poupança.
2. Simplicidade – tudo o que ajuda a tornar as coisas menos complexas para o cliente.
3. Conveniência – tudo o que seja conveniente para o cliente.
4. Redução de riscos – tudo aquilo que permite reduzir o risco do cliente.
5. Divertimento e imagem – tudo aquilo que dê ao cliente uma sensação de bem estar ao cliente ou que seja agradável de usar.
6. Respeito pelo ambiente – tudo que permita que o cliente seja, mesmo que indiretamente, amigo do meio ambiente.

Por seu turno o ciclo de experiência do comprador divide-se num ciclo de seis fases sequenciais começando na compra, entrega, a utilização, os suplementos

(produtos ou serviços necessários para que o produto ou serviço em questão resulte), manutenção e eliminação (Kim & Mauborgne, 2018, p. 170).

Figura 4. 3 Mapa de utilidade do comprador

		Ciclo da experiência do comprador					
		Compra	Entrega	Utilização	Suplementos	Manutenção	Eliminação
Avanços de utilidade	Produtividade do cliente						
	Simplicidade						
	Conveniência						
	Redução dos riscos						
	Divertimento e imagem						
	Respeito pelo ambiente						

Fonte: Elaboração do autor a partir de (Kim & Mauborgne, 2018, p.170)

O mapa de utilidade do comprador permite que as organizações consigam detetar bloqueios à utilidade do comprador e perceber onde o mercado está mais focado. Uma vez completo o mapa, será possível detetar áreas inexploradas que podem ser aproveitadas para a criação de um novo modelo de negócio potenciando a criação de *Blue Oceans* (Kim & Mauborgne, 2010).

Neste contexto é possível afirmar que a “*Blue Ocean Strategy*” passa, essencialmente, por descobrir um mercado inexplorado e usufruir de todas as oportunidades de crescimento e lucro que daí advêm.

4.4 *Net Promoter Score*

O *Net Promoter Score* é uma unidade de medida, criada por Reichheld (2003), para aferir a satisfação e lealdade dos clientes e colaboradores.

A lealdade de uma pessoa pode ser definida como a maior ou menor probabilidade dessa mesma pessoa estar predisposta a realizar algum tipo de investimento numa determinada organização (Reichheld, 2001).

A sustentabilidade e crescimento de uma empresa estão diretamente ligadas, não apenas à sua estratégia, mas também há forma como a organização se relaciona com as suas pessoas e clientes (Reichheld, 2001, 2003, 2006).

Na perspetiva das pessoas, referimo-nos ao comportamento dos líderes para com as suas pessoas (Reichheld, 2001). Muitas vezes, o comportamento dos líderes das organizações não se encontra alinhado com a missão e valores que esta anuncia, tendo impacto na motivação, alinhamento, bem-estar e lealdade das suas pessoas (Cardona & Rey, 2022; Porfírio & Figueiredo, 2018).

Na perspetiva dos clientes, a forma como a organização se relaciona com os diversos segmentos influencia a sua propensão para continuar a usufruir de determinado produto ou serviço, ou seja, a lealdade de um cliente está, segundo Reichheld (2006), diretamente ligada ao facto de a empresa criar valor ou capturar valor dos consumidores.

O *Net Promoter Score* (NPS), tem por base a seguinte questão: “Qual a probabilidade de recomendar a empresa X a um amigo ou colega?” (Reichheld, 2003, p.4).

A maior ou menor probabilidade de recomendação determina o NPS de determinada empresa ou serviço. Numa lógica de cliente interno, ou seja, de colaboradores da organização, o *Employee Net Promoter Score* (eNPS) dá informação sobre a motivação das pessoas permitindo estabelecer paralelismos com a performance organizacional, nível de melhoria de processos e inovação de produtos e serviços (Bain & Company, 2022b).

4.4.1 Calcular o NPS

A resposta à questão NPS é medida numa escala valorativa de 10 pontos. Esta escala, por sua vez, está dividida em três categorias de acordo com a pontuação que é atribuída à questão (Bain & Company, 2022a):

- i. 0 a 6: Os respondentes que são detratores
- ii. 7 e 8: os respondentes que são neutros
- iii. 9 e 10: os respondentes que são promotores.

Os respondentes detratores são aqueles que estão descontentes com a empresa ou serviço ou produto alvo da questão. Os detratores são aquelas pessoas que

não promovem a empresa e, tendo a oportunidade, poderão contribuir negativamente para a reputação da mesma, ou do produto ou serviço que se está a avaliar (Bain & Company, 2022a; Reichheld, 2003).

Os respondentes neutros, são aqueles que não promovem de forma ativa a empresa, produto ou serviço. São clientes que, apesar de satisfeitos com o que se está a questionar estão abertos a outras alternativas (Bain & Company, 2022a).

Em relação aos respondentes neutros é possível estabelecer um paralelismo com as três categorias de não clientes da *Blue Ocean Strategy* de Kim & Mauborgne, (2010). Sendo possível considerar os respondentes neutros como os “*futuros não clientes*” (Kim & Mauborgne, 2010, p.150).

Os respondentes promotores, por seu turno, são o contrário dos detratores. Estas pessoas estão extremamente satisfeitas com o objeto que se está a avaliar. São clientes leais e entusiásticos que, sempre que surge a oportunidade, referem a empresa, produto ou serviço a terceiros (Bain & Company, 2022a; Reichheld, 2003).

O NPS calcula-se recorrendo à seguinte fórmula:

$$\text{NPS} = (\Sigma \text{promotores} - \Sigma \text{detratores}) / \text{Total da amostra} \times 100$$

Fonte: Elaborada pelo autor baseado em Baehre et al., (2022)

Não existe, à partida, um resultado pré-determinado como ótimo de NPS. É possível assumir que todo o NPS acima de 0 é, tecnicamente, aceitável, todavia, como refere Reichheld, (2003) quanto mais alto for o NPS melhor, na medida em que indica melhores níveis de satisfação e lealdade em relação ao objeto avaliado.

Expresso num intervalo [-100; 100], o NPS permite, sobretudo, criar um *benchmark* sobre o que queremos avaliar sendo, para isso, necessário criar um histórico de avaliações periódicas que nos ajudem a determinar a sua evolução ajudando uma empresa a perceber o que poderá ter de melhorar e testar se os ajustes realizados tiveram impacto positivo ou negativo.

Parte II - Opções Metodológicas

5. Desafio

A Pandemia da Covid19 impôs um conjunto de medidas que tiveram, como consequência, uma mudança no comportamento dos consumidores. Estas limitações fizeram com que as organizações adotassem novas formas de trabalho e interação, de forma a minimizar o contacto físico (Board of Innovation, 2020; Bucaciuc et al., 2020) dando assim início à “*low touch economy*” (Board of Innovation, 2020).

Seguindo a tendência do mercado da “*low touch economy*” (Board of Innovation, 2020), os consumidores portugueses alteraram os seus hábitos de consumo (Grupo AGEAS Portugal & Eurogroup Consulting Portugal, 2020; Pires, 2021).

A saúde não foi exceção nessa matéria, sobretudo porque houve a necessidade, por um lado, da parte dos prestadores de cuidados limitarem o acesso às suas instalações por forma a minimizar o impacto do potencial contágio, e por outro lado, da parte dos utentes, do medo instalado de virem a contrair a doença causada pelo Coronavírus (Reis, 2020).

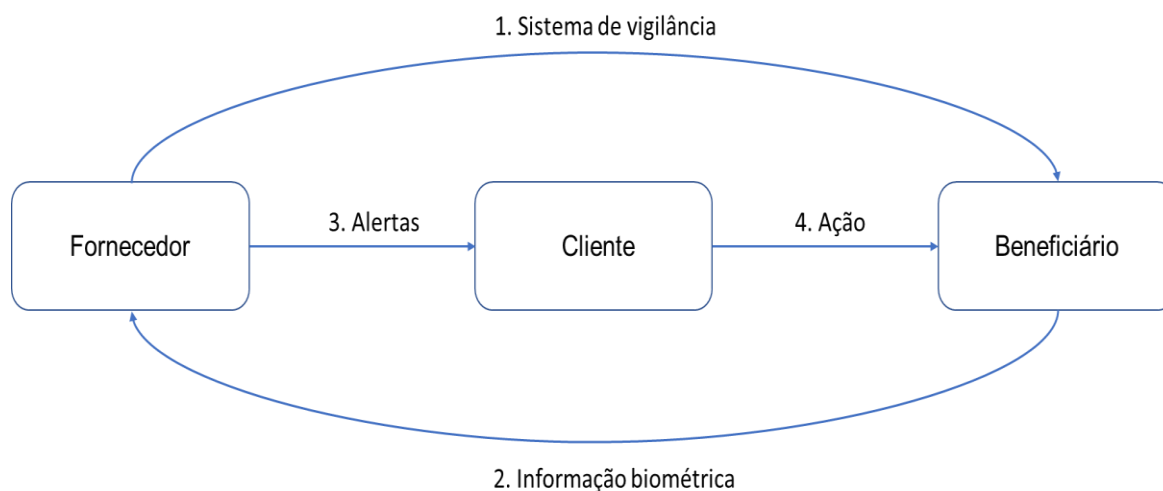
Esta alteração de paradigma suscitou a necessidade da criação de mecanismos alternativos de entrega de serviços de saúde, quando possível, à distância, por forma a minimizar o impacto da pandemia nas pessoas.

Decorrente desta necessidade, alguns prestadores de serviços da área da saúde desenvolveram mecanismos próprios de teleconsulta/ vídeo-consulta como a CUF, Luz Saúde, JCSaúde, etc., enquanto outros, principalmente intermediários de saúde como as seguradoras, optaram por recorrer a empresas de *e-health* já instaladas no mercado.

Em 2019, uma *start-up* portuguesa começou a comercializar em Portugal, um sistema de controlo biométrico de pessoas.

Este sistema, considerado pelos seus representantes de não invasivo, utiliza apenas sensores instalados, em locais considerados chave da casa onde os beneficiários residem, que monitorizam a atividade da pessoa, beneficiária do serviço, e conseguem, com recurso a um algoritmo preditivo, prever a probabilidade de o beneficiário poder vir a ter um episódio agudo de saúde. Atualmente esta empresa opera num modelo *business to consumer* (B2C) organizado da forma que se pode ver na figura 5.1.

Figura 5. 1. Modelo de sistema de vigilância biométrica



Fonte: Elaboração do autor a partir de informação cedida pela empresa em análise

O produto é constituído por um conjunto de sensores biométricos que, dependendo do pacote adquirido poderá vir completo com sensores para abertura de portas, movimento e cama. O cliente adquire o pacote desejado e instala os sensores em casa do beneficiário. Após a instalação e configuração, o cliente faz o download da aplicação móvel (App) e a partir daí ativa a sua assinatura de acordo com os serviços que pretende subscrever. Usualmente o cliente não é o beneficiário do serviço. Normalmente o beneficiário deste serviço é uma pessoa com algum tipo de limitação ou patologia, que mantém algum nível de autonomia e quer continuar a viver na sua casa, mas que, em virtude da sua condição de saúde, suscita preocupações por parte de terceiros, normalmente familiares, que optam por recorrer a este tipo de serviço para monitorizar à distância, e de forma não invasiva, o bem-estar dessas pessoas. Deste modo, o beneficiário mantém a sua autonomia e continua a viver no seu ambiente familiar, a sua casa. Este serviço permite adiar o internamento em lares ou outras instituições de saúde permitindo obter poupanças do ponto de vista financeiro. Neste momento, os produtos e serviço disponíveis apenas podem ser instalados diretamente em casa de particulares, onde apenas uma ou duas pessoas são monitorizadas.

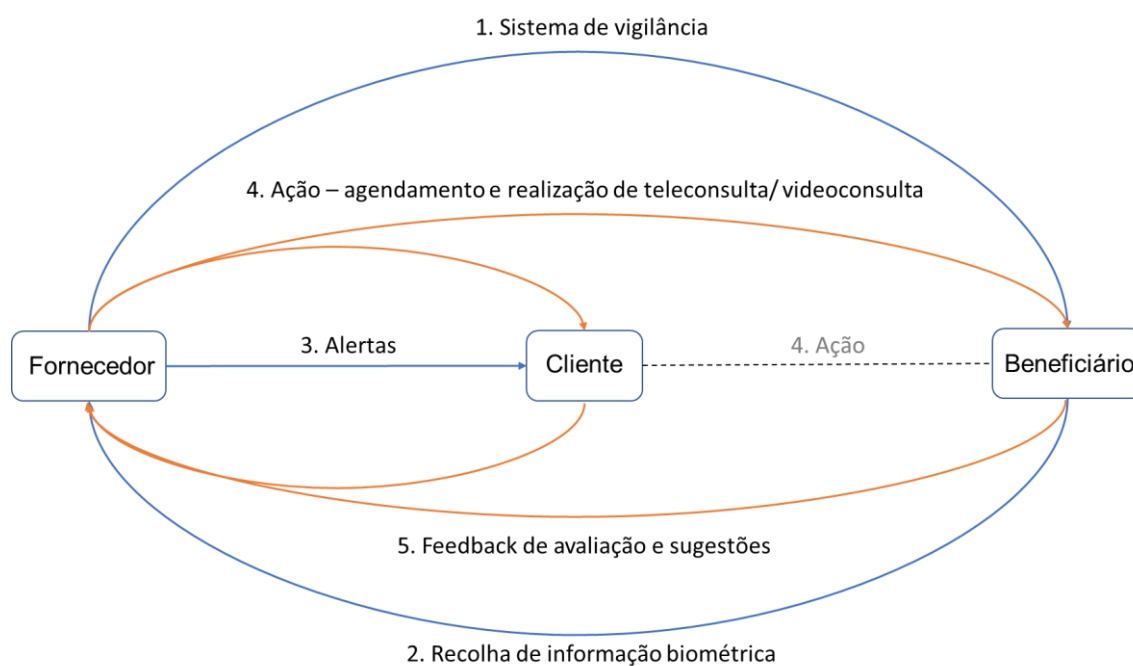
A ideia para esta empresa nasceu de um projeto europeu. No final desse projeto percebeu-se que seria possível abordar o mercado recorrendo a um produto já existente, sensores biométricos, mas que tivessem aliado um sistema de Inteligência Artificial (IA) que conseguisse antever eventos que pudessem pôr em causa a integridade física das pessoas beneficiárias.

Neste momento, tal como é possível ver na figura 5.1, o processo é passivo na medida em que não despoleta qualquer tipo de resposta ativa na prevenção do alerta detetado, ficando essa ação à responsabilidade do cliente que, tipicamente, será um cuidador ou familiar.

Neste momento, a empresa pretende expandir o seu negócio de duas maneiras. Primeiro, como complemento ao modelo B2C já implementado, adotar o modelo business to business (B2B), isto é, passar a ter, também como clientes, instituições que tenham algum regime de acolhimento ou internamento de pessoas como lares, centros de dia ou instituições de saúde.

Segundo, tornar o processo mais proativo de forma a ser ainda mais preventivo para o beneficiário e retirando a responsabilidade da tomada de ação ao cliente figura 5.2.

Figura 5. 2. Modelo que se pretende implementar



Fonte: Elaboração do autor a partir de informação cedida pela empresa em análise

Neste novo modelo o passo da ação deixa de estar sob a responsabilidade do cliente, particular ou coletivo, passando diretamente para a empresa fornecedora do serviço que, perante um alerta de previsão de evento de saúde, ou a alteração de alguns dos parâmetros de saúde, adotará as medidas necessárias para o agendamento de uma teleconsulta/ vídeo-consulta com o beneficiário ou o cliente, dependendo do nível de autonomia do primeiro.

Posteriormente, pretende-se que o beneficiário, na perspectiva de usufrutuário da teleconsulta/ vídeo-consulta possa avaliar a qualidade do serviço e o cliente possa, também, avaliar, mas numa perspectiva holística no que à empresa diz respeito.

O facto de vivermos na era digital (Tapscott, 2009), onde as TIC assumem um papel fundamental na sociedade e a troca de informação é constante, leva as empresas a precisar de procurar, constantemente, novas formas de inovar e de se abrirem ao mundo tecnológico para poderem sobreviver e crescer num meio cada vez mais digital.

Neste sentido, a introdução da teleconsulta/ vídeo-consulta é vista como uma evolução natural do processo de crescimento da organização. No entanto, tendo ainda uma pequena carteira de clientes, a empresa pretende expandir o negócio e alargar a oferta a um público mais alargado e não apenas disponibilizar o serviço a quem já tem o sistema de monitorização.

Apesar de já dispor de uma análise do impacto que a implementação do serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta terá na estrutura de custos e das alterações a efetuar ao nível de *pricing*, esta empresa pretende ter a resposta a um conjunto de questões que permitam ajudar na adaptação do modelo de negócio existente ao novo que se pretende implementar.

Paralelamente, também se pretende criar um sistema de monitorização e avaliação da satisfação e lealdade dos seus clientes e profissionais de saúde, que colaboram com a organização no sentido de acompanhar, medir e melhorar de forma contínua o serviço prestado.

Para se poder responder ao desafio em mãos colocaram-se, previamente, as seguintes questões, às quais se procura responder no presente projeto.

1. Qual o perfil de cliente com maior probabilidade de aderir ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta?
2. Que barreiras poderão existir na adesão ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta?
3. Qual a opinião dos clientes e profissionais de saúde no ativo que já utilizaram o serviço teleconsultas/ vídeo-consultas?
4. Como avaliam o serviço?
5. Como avaliar a satisfação e prever a probabilidade de continuidade de recurso à teleconsulta mesmo em cenário pós-pandémico?

Para poder avaliar os passos a tomar no caminho do novo modelo de negócio, optou-se por recorrer a três ferramentas de planeamento e gestão estratégica. Na primeira fase procedeu-se à análise SWOT da empresa, para perceber as suas vantagens e limitações e quais as oportunidades que pode aproveitar para concretizar o novo modelo de negócio e as ameaças que podem prejudicar essa mesma concretização. Na segunda fase do projeto, recorreu-se ao “*Business Model Canvas*” (Osterwalder & Pigneur, 2009, 2020) para desenhar o modelo de negócio atual e, partindo do mesmo, de maneira a complementar a análise SWOT, incluíram-se os pontos a adicionar ao novo modelo. Por fim, criou-se um mapa de utilidade do comprador (Kim & Mauborgne, 2018) para perceber se as ideias para o novo modelo de negócio se encaixam num nicho de mercado novo, “*Blue Ocean*” (Kim & Mauborgne, 2010, 2018) ou não.

6. Justificação

A essência da estratégia é, segundo Porter (1996), a possibilidade de poder optar por realizar um conjunto de atividades diferentes ou de maneira distinta, daquilo que a concorrência realiza. Uma outra abordagem ao termo estratégia é a obtenção e retenção de uma vantagem competitiva sustentável (Porter, 1996). Atualmente a estratégia empresarial é considerada fundamental para a competitividade das empresas (Kim & Mauborgne, 2018). Porém, o atributo da competitividade poderá ser limitado no tempo, isto é, uma empresa que seja atualmente competitiva não significa que o será no longo prazo (McGrath, 2013). É nesse sentido, que se considera pertinente obter informação sobre a perceção

dos diversos *stakeholders*, profissionais de saúde e clientes, sobre os contextos em que a teleconsulta/ vídeo-consulta poderá ser aplicada, e tentar perceber qual o perfil de cliente com maior probabilidade de adesão ao serviço em termos de faixa etária. Admite-se que esta informação é pertinente uma vez que, de acordo com os Censos 2021, mais de 82% da população portuguesa está acima dos 18 anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2021a) e por consequência, à partida, excetuando casos especiais, poderá recorrer de forma autónoma, ou seja, sem supervisão parental ou outra, a meios digitais. Também se considera o indicador etário importante, uma vez que se assume que os principais promotores deste tipo de serviço deverão ser os nativos digitais (Prensky, 2001; Tapscott, 2009, 2012, 2015), isto é, pessoas nascidas após 1980 (Prensky, 2001) e com idade superior a 18 anos, que correspondem a cerca de 30% da população Portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2021b), muitos dos quais com pessoas já idosas no seu seio familiar que, em contexto de pandemia como o que vivemos nos últimos 2 anos importa resguardar o mais possível no que a episódios de contágio concerne.

7. Metodologia e Identificação dos Dados Utilizados

Este projeto é de ordem dedutiva, baseado na realização de dois questionários quantitativos (Saunders et al., 2008). Um específico a profissionais de saúde e outro a cidadãos, potenciais clientes do serviço de teleconsulta/ vídeo-consultas, ou *e-patients* (Ferguson, 2007). Estes questionários tiveram como principal objetivo a recolha dados primários, metainformação que permitiu ajudar a responder a algumas das questões que se pretendia ver respondidas e que ajudaram a definir o modelo de negócio a adotar e a metodologia de avaliação de serviço.

Nos inquéritos realizados os respondentes foram solicitados a responder a um conjunto de questões de resposta fechada dispostas numa ordem pré-determinada (de Vaus, 2002).

Recorreu-se, em algumas das questões de escolha múltipla apresentadas, a uma escala valorativa de 10 pontos para posterior cálculo e aplicação da métrica “*Net*

Promoter Score” (NPS) com o objetivo de estabelecer a base do que se pretende, que seja a ferramenta de avaliação de satisfação e lealdade de serviço para a empresa em questão.

A razão para a realização de um questionário *online* autoadministrado prendeu-se com o facto de se pretender recolher opiniões diferentes da população, de forma totalmente aleatória. Para o efeito recorreu-se à divulgação em redes sociais e *mail lists* com o objetivo de, a partir de *seeds* iniciais poder aumentar a base de respostas, metodologia conhecida como método *snowball* (Parker et al., 2020). Este questionário esteve disponível entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022. Ao longo deste período foram realizadas várias ações de promoção do mesmo, como *reposts* nas redes sociais e diversos contactos diretos para aumentar a base de respondentes.

Parte III – Apresentação e Discussão dos Resultados

8. Caracterização da Amostra

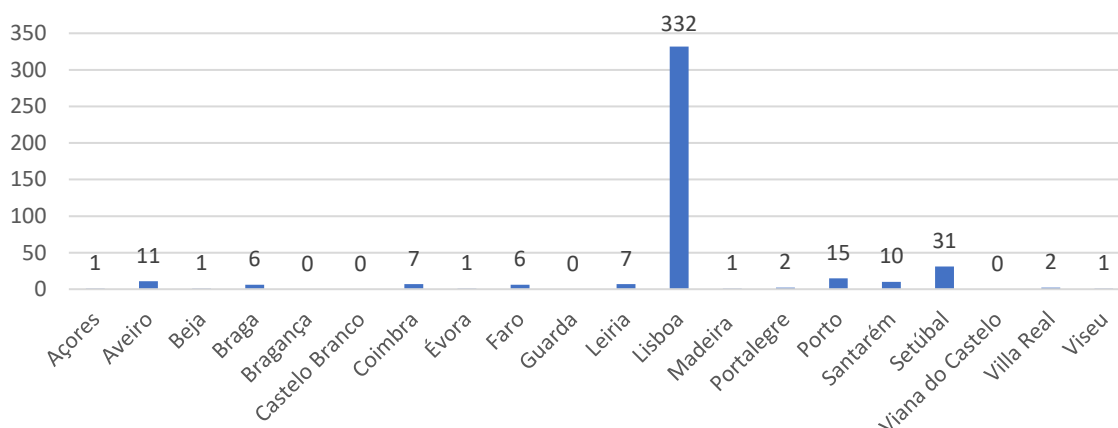
Por forma a tornar possível a distinção da opinião e visão de *e-patients* e de profissionais de saúde, criaram-se dois questionários, um específico para cada grupo.

Uma vez que diferentes gerações, apresentam níveis de proficiência diferentes de utilização das TIC, verificando-se o mesmo nos diferentes níveis de escolaridade, optou-se por dividir a amostra por geração e, no caso dos *e-patients*, também se considerou o nível de escolaridade completo.

No total foram recolhidos cerca de 557 questionários a nível nacional, no entanto apenas 434 foram validados *a posteriori* por estarem completos.

Apesar de ter tido carácter nacional, verificou-se um evidente destaque para o número de respostas no Distrito de Lisboa (gráfico 8.1).

Gráfico 8. 1. Distribuição geográfica do total de respostas validadas



Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Dos 434 inquéritos validados, 123 correspondem a profissionais de saúde, na sua maioria médicos (Tabela 8.1), do sexo feminino e *millenials* (gráfico 8.2), ou seja, pessoas nascidas entre 1996 e 1981 (Dimock, 2019)¹⁰.

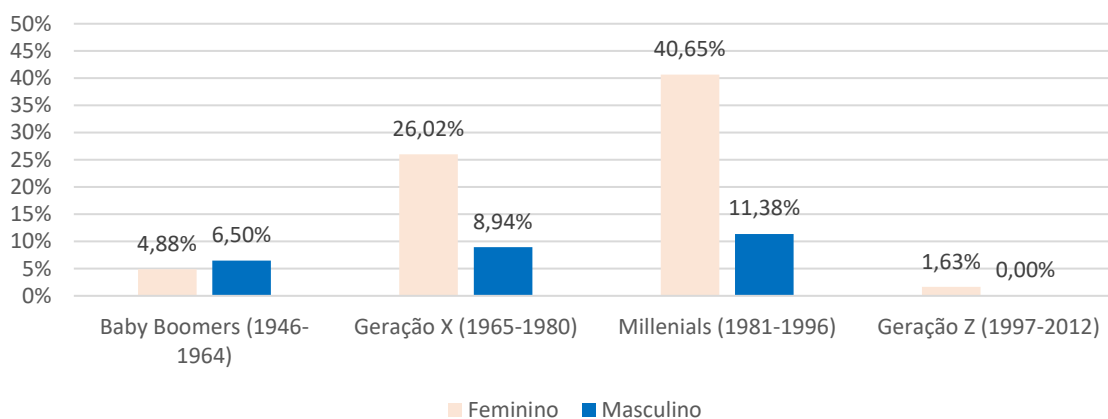
¹⁰ Apesar de não existir uma regra universal para a definição dos intervalos de anos das gerações, podendo os mesmos variar em 1 ou 2 anos dependendo da fonte, nota-se algum consenso nos intervalos comumente apresentados. Para este estudo recorreu-se à segmentação proposta por Dimock, (2019), ou seja, *Baby Boomers* 1946 – 1964, *Geração X* 1965 – 1980, *Millenials* 1981 – 1996 e *Geração Z* 1997 – 2012.

Tabela 8. 1. Frequências absoluta (FA) e relativa (FR) do tipo de Profissional de Saúde participante no inquérito.

Tipo de Profissional de Saúde	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Enfermeiros	28	22,76%
Médicos	78	63,41%
Técnicos	17	13,82%
TOTAL de Respondentes	123	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Gráfico 8. 2. Profissionais de Saúde - Representação de sexo por geração



Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

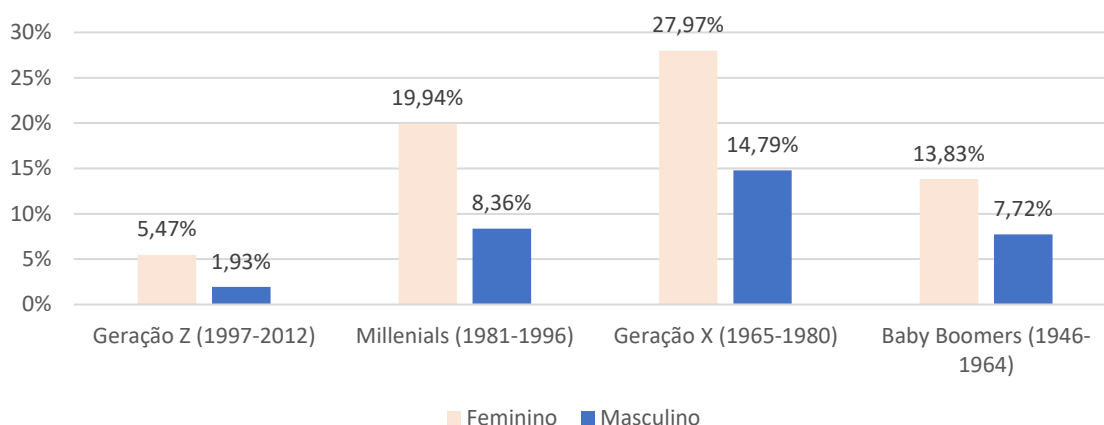
Os restantes 311 respondentes são *e-patients*. Na sua maioria pessoas com formação académica, sobretudo, de 1º ciclo, licenciatura e mestrado, (tabela 8.2), do sexo feminino, nascidas entre 1965 e 1980 pelo que, de acordo com Dimock, (2019), pertencem à geração X (gráfico 8.5).

Tabela 8. 2. Nível de ensino do total dos *e-patients* participantes no inquérito

Nível de ensino	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Ensino Básico	2	0,64%
Ensino Secundário	58	18,65%
Ensino Superior (licenciatura/ mestrado)	231	74,28%
Ensino Superior (doutoramento/ superior)	20	6,43%
TOTAL de Respondentes	311	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Gráfico 8. 3. *E-patients* - Representação de sexo por geração



Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

9. Apresentação e Discussão de Resultados

Decorrido o período de tempo acordado para a recolha de respostas, 3 meses, realizou-se uma análise comparativa entre as respostas oferecidas pelos profissionais de saúde e *e-patients* com o objetivo de compreender, não apenas as opiniões e experiência de cada um dos grupos, mas as diferenças de perceção sobre o serviço de telemedicina.

Os *players* da indústria, o financiamento, as políticas públicas (Estado), a tecnologia, os clientes e a responsabilização são fontes de inovação na saúde, todavia, para que possam contribuir para essa inovação, precisam de ser reconhecidas e geridas como tal (Herzlinger, 2006).

Os *e-patients*, doentes e seus familiares e/ ou cuidadores são, de acordo com (Herzlinger, 2006), os maiores *drivers* de inovação na saúde. São estes que motivam a criação de novos sistemas digitais de saúde à distância pela adesão pró-ativa a este tipo de serviços, sejam teleconsultas ou outras formas ou ferramentas de saúde *online* (Cordina et al., 2022).

No inquérito aplicado, em resposta à questão “Qual/ Quais o(s) agente(s) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta” a maioria dos respondentes, de ambos os grupos, é de opinião semelhante, ou seja, considera que os agentes que mais promovem o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta são o setor privado de cuidados de saúde e os profissionais de saúde (tabela 9.1).

Tabela 9. 1. Qual/ Quais o(s) agente(s) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta.

	Profissionais de Saúde		<i>e-patients</i>		Acumulado	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Profissionais de saúde	62	50,41%	120	38,59%	182	41,94%
Setor privado de cuidados de saúde	74	60,16%	196	63,02%	270	62,21%
Setor público de cuidados de Saúde	41	33,33%	85	27,33%	126	29,03%
Academia	2	1,63%	8	2,57%	10	2,30%
Estado (Ministério da Saúde/ DGS/ ACSS/ SPMS)	35	28,46%	63	20,26%	98	22,58%
Utentes/ clientes	27	21,95%	51	16,40%	78	17,97%
Outro	2	1,63%	1	0,32%	3	0,69%
TOTAL de Respondentes	123		311		434	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Esta opinião contradiz a literatura consultada (Cordina et al., 2022; Herzlinger, 2006) na medida em que apenas 16,40% dos *e-patients* respondentes consideram que os utentes/ clientes promovem a teleconsulta/ vídeo-consulta e apenas 21,95% dos profissionais de saúde são dessa opinião.

Uma possível explicação para este facto pode estar relacionada com a idade dos respondentes aos questionários. Nos vários estudos existentes e disponíveis a nível global, uma importante variável que é sempre considerada é a faixa etária. A tendência é sempre a mesma, à medida que se vai subindo nos intervalos etários a frequência de uso das TIC é menor (Instituto Nacional de Estatística, 2021b) conforme a tabela 9.2. Essa diferença entre as pessoas mais jovens e os mais velhos torna-se ainda maior quando se fala na utilização das novas TIC para a pesquisa de informação de saúde (European Commission, 2014).

Tabela 9. 2. Proporção de indivíduos com idade entre 16 e 74 anos que utilizaram Internet nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por Grupo etário.

Grupo etário	2017	2018	2019	2020	2021
15 - 24 anos	99,70%	99,40%	99,50%	99,50%	99,70%
25 - 34 anos	98,50%	98,30%	98,20%	98,20%	98,60%
35 - 44 anos	94%	93,10%	95,20%	96,90%	96,90%
45 - 54 anos	76,90%	79,60%	79,60%	84,10%	89,20%
55 - 64 anos	56,40%	54,50%	59,30%	67,60%	71,50%
65 - 74 anos	32,60%	34,20%	34,10%	40,40%	49,20%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística, (2021b)

Conforme se verifica na tabela 9.3, a maioria das respostas obtidas, aproximadamente, 59%, pertence à geração X, pessoas nascidas entre 1980 e 1965, e *Babyboomers*, pessoas nascidas entre 1964 e 1946 (Dimock, 2019). As pessoas destas duas gerações são também conhecidas como os “*digital immigrants*” (Tapscott, 2012), imigrantes digitais, gerações anteriores à “*net generation*” (Tapscott, 2009, p.2), geração *net*, que tiveram de aprender a utilizar a *internet* e os computadores.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, (2021b), nestas faixas etárias, a utilização média de *internet* é de 70% em 2021, era de 58% em 2019, período pré pandémico, por oposição aos cerca de 98% da geração Z, pessoas nascidas entre 2012 e 2017, e *Millenials*, pessoas nascidas entre 1996 e 1981 (Dimock, 2019).

Tabela 9. 3. Distribuição de respondentes por intervalo etário, geração e nativos digitais Vs. imigrantes digitais.

Geração	Idade	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (%) (FR)	FR por geração	FR nativos digitais Vs. imigrantes digitais
Geração Z	<25	25	5,76%	5,76%	40,78%
Millenials	25-32	65	14,98%	35,02%	
	33-40	87	20,05%		
Geração X	41-48	111	25,58%	40,55%	59,22%
	49-56	65	14,98%		
Babyboomers	57-64	51	11,75%	18,66%	
	<64	30	6,91%		
TOTAL de Respondentes		434	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Esta ideia é reforçada se analisarmos os *e-patients* que já recorreram à teleconsulta pelo menos uma vez nos últimos três anos e os que ainda não recorreram (tabela 9.4).

Tabela 9. 4. *E-patients* que já recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta Vs. *E-patients* que ainda não recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta.

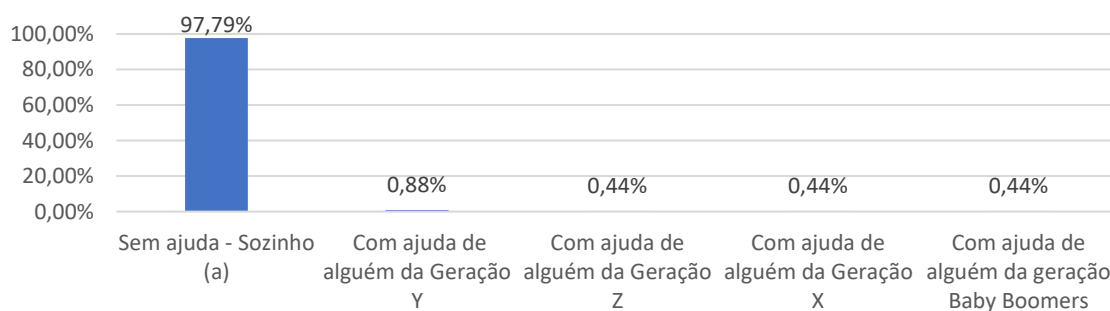
Geração	<i>E-patients</i> que já recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta		<i>E-patients</i> que ainda não recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Geração Z	4	3,81%	19	9,22%
Geração Y	30	28,57%	58	28,16%
Geração X	48	45,71%	85	41,26%
<i>Baby Boomers</i>	23	21,90%	44	21,36%
TOTAL de Respondentes	105	100,00%	206	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Admite-se também que esta questão possa estar relacionada com o facto de, durante o período de pandemia, muitas organizações, nomeadamente privadas, do setor da saúde recomendaram aos seus clientes a teleconsulta/ vídeo-consulta como serviço preferencial enquanto outras referiam ser o único meio de realização de consulta médica.

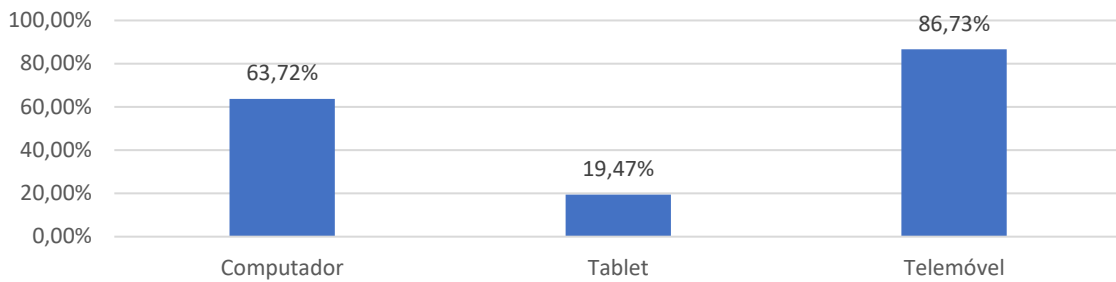
De notar ainda, que dos 226 *e-patients* que assumem aceder a plataformas digitais de saúde, 97,79% das pessoas fazem-no de forma autónoma (gráfico 9.1). Quando questionados sobre o/ os meios de acesso preferenciais, o telemóvel é referido como o mais usado (gráfico 9.2). Esta autonomia também facilita, na nossa perspetiva, o uso de serviços como o de telemedicina.

Gráfico 9. 1. Como costuma aceder a plataformas digitais de saúde? (*e-patients*)



Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Gráfico 9. 2. Qual ou quais os meios de acesso utilizados? (*e-patients*)



Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Dos 226 *e-patients* que recorrem a plataformas digitais de saúde, 53,98% assumem já ter recorrido ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta, pelo menos uma vez, no período compreendido entre 2019 e 2021. Na tabela 9.5, as justificações oferecidas à resposta “outro”, foram “Era o único meio disponível” e “Recomendação médica”. Estes argumentos, considera-se, ajudam a confirmar a assunção acima descrita.

Tabela 9. 5. Qual a razão principal para ter preferido a teleconsulta/ vídeo-consulta em alternativa à consulta presencial? (*e-patients*)

	FA	FR (%)
Conveniência/ Rapidez	49	40,16%
Medo de infeção por Covid-19	34	27,87%
Recomendação de familiares/ amigos	3	2,46%
Preço	2	1,64%
Outro	34	27,87%
TOTAL de Respondentes	122	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Realça-se a resposta de “Medo por infeção por Covid-19” que vai ao encontro do estudo desenvolvido pela Universidade Católica que refere que as pessoas deixaram de ir às unidades de saúde por medo de contágio da doença (Reis, 2020). Estas razões levaram a um aumento das teleconsultas/ vídeo-consultas como referido anteriormente e confirmado pelos inquiridos de ambos os grupos (tabelas 9.6 e 9.7).

Tabela 9. 6. Qual a frequência aproximada de videoconsultas/ teleconsultas realizadas nos anos assinalados? (Profissionais de Saúde)

N.º de teleconsultas/ vídeo-consultas realizadas	2019		2020		2021	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Nenhuma	76	61,79%	32	26,02%	32	26,02%
Apenas 1 por ano	10	8,13%	4	3,25%	3	2,44%
Até 5 por ano	16	13,00%	8	6,50%	8	6,50%
Entre 6 e 12 por ano	9	7,32%	8	6,50%	15	12,20%
Entre 13 e 24 por ano	7	5,69%	13	10,57%	9	7,32%
Mais de 25 por ano	5	4,07%	58	47,15%	56	45,53%
TOTAL de Respondentes	123	100,00%	123	100,00%	123	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Tabela 9. 7. Quais os serviços digitais que usou nos últimos 3 anos? (*e-patients*)

Tipo de serviços digitais	2019		2020		2021	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Teleconsultas/ Vídeoconsultas	10	3,48%	56	11,07%	74	10,72%
Consultar resultados de exames	86	29,97%	131	25,89%	183	26,52%
Download de receitas médicas	72	25,09%	132	26,09%	188	27,25%
Consulta de terapêutica	11	3,83%	29	5,73%	55	7,97%
Agendamentos	108	37,63%	158	31,23%	190	27,54%
TOTAL de respostas	287	100,00%	506	100,00%	690	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Além dos agentes que influenciam o recurso à teleconsulta/ vídeo-consulta, também se considerou importante conhecer a opinião dos grupos relativamente aos fatores que promovem o uso deste tipo de serviços (tabela 9.8).

Tabela 9. 8. Qual/ Quais o(s) fator(es) que, na sua opinião, promove(m) a utilização da teleconsulta/ vídeo-consulta.

Fatores	Profissionais de Saúde		<i>e-patients</i>	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Custo	48	39,02%	97	31,19%
Fiabilidade	12	9,76%	17	5,47%
Acessibilidade	96	78,05%	185	59,49%
Usabilidade	23	18,70%	52	16,72%
Confiança	12	9,76%	26	8,36%
Cobertura de seguros de saúde	14	11,38%	37	11,90%
Capacidade de diagnóstico à distância	25	20,33%	78	25,08%
Condições adversas de saúde pública (Covid-19)	89	72,36%	194	62,38%
Proteção de dados/ Privacidade	3	2,44%	8	2,57%
Inovação tecnológica	56	45,53%	128	41,16%
Literacia digital	45	36,59%	64	20,58%
Outro	2	1,63%	1	0,32%
TOTAL de Respondentes	123		311	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Verifica-se que os fatores considerados como mais importantes na promoção do uso da teleconsulta/ vídeo-consulta, para ambos os grupos, são a acessibilidade às plataformas e condições adversas de saúde pública. A inovação tecnológica que contribui para melhores acessos e dispositivos para acesso à *internet* também é referida como um fator importante. Contudo, considera-se importante referir que a inovação tecnológica pode também constituir algumas barreiras, nomeadamente na eventual necessidade de ter de alterar de plataforma e/ ou dispositivo para um mais moderno e/ ou adequado para a realização de teleconsultas/ vídeo-consultas. Também, do lado dos *e-patients* esta questão se coloca, principalmente se nos estivermos a referir ao nível dos dispositivos móveis.

No que respeita às justificações dadas para a resposta “outro”, prenderam-se todas com a questão da comodidade que este tipo de serviço oferece.

Apesar de, não ser dos mais referidos, o custo também surge como um dos fatores que promove as teleconsultas/ vídeo-consultas. Considera-se que neste aspeto os respondentes terão interpretado o custo como preço a pagar por uma teleconsulta/ vídeo-consulta, no entanto, este fator implica todos os custos diretos e indiretos para todas as partes envolvidas como referido por Blasco et al. (2012). Como fatores que menos contribuem para o uso de teleconsultas/ vídeo-consultas, ou seja, que podem representar barreiras à sua utilização surgem, por ambos os grupos, a privacidade/ proteção de dados que, atualmente é uma preocupação das organizações devido às sanções previstas no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), a fiabilidade e a usabilidade das plataformas, pois os respondentes consideram que as plataformas atualmente existentes não oferecem a segurança necessária e não são de utilização fácil. A capacidade de diagnóstico à distância também é considerada, por ambos os grupos, como uma barreira no que respeita à capacidade de diagnóstico à distância, barreira já detetada por algumas organizações de saúde. Quando questionados, ambos os grupos de respondentes são unânimes a considerar a teleconsulta/ vídeo-consulta como um meio complementar de cuidados de saúde (tabela 9.9). Contudo, enquanto os profissionais de saúde admitem que a teleconsulta/ vídeo-consulta terá um papel importante no futuro da prestação de cuidados e saúde (30,08%), 24,03% dos *e-patients* respondentes refere que este tipo de serviço é um mal necessário e que deve apenas ser realizado em contextos específicos como o de pandemia.

Tabela 9. 9. Considera que, em relação à consulta presencial, a teleconsulta/ vídeo-consulta é:

	Profissionais de Saúde		<i>e-patients</i>	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Um meio complementar de cuidados de saúde	63	51,22%	167	54,22%
Um meio substituto de cuidados de saúde	2	1,63%	18	5,84%
Um mal necessário, a realizar apenas em contextos específicos (ex. pandemia)	20	16,26%	74	24,03%
Importante no futuro da prestação de cuidados de saúde	37	30,08%	41	13,31%
Outro (necessária no acompanhamento de determinados tratamentos)	1	0,81%	8	2,60%
TOTAL de Respondentes	123	100,00%	308	100,00%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

No que respeita aos benefícios dos serviços de telemedicina para os *e-patients*, o grupo de profissionais de saúde realça a rapidez e conveniência do serviço, o impacto positivo que tem na conciliação da vida pessoal, familiar e profissional, a redução de risco de contágio e a ausência de tempo de espera em contexto hospitalar. Os *e-patients*, por seu turno, apesar de considerarem, na sua maioria, os mesmos benefícios que o grupo de profissionais de saúde atribuem mais importância à ausência de tempo de espera em contexto hospitalar (tabela 9.10).

Tabela 9. 10. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo-consulta para os utentes/ clientes?

Benefícios	Profissionais de Saúde		<i>e-patients</i>	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Custo	43	34,96%	72	23,15%
Redução do risco de contágio	76	61,79%	184	59,16%
Ausência do tempo de espera em contexto hospitalar	70	56,91%	198	63,67%
Conciliação da vida profissional, pessoal e familiar	76	61,79%	152	48,87%
Rapidez/ conveniência	82	66,67%	183	58,84%
Outro (Comodidade)	2	1,63%	3	0,96%
Limitação das agendas dos Profissionais de Saúde	N/a	N/a	86	27,65%
TOTAL de Respondentes	123		311	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Em relação às respostas “outro”, as justificações oferecidas são “*não há*”, acrescentando a esta justificação, a maioria destes respondentes, que o preço é o mesmo.

Também se procurou perceber quais os benefícios que ambos os grupos consideraram a teleconsulta/ vídeo-consulta traz às instituições de saúde (tabela 9.11).

Tabela 9. 11. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da vídeo-consulta/ teleconsulta para as instituições de saúde?

Benefícios	Profissionais de Saúde		<i>e-patients</i>	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Racionalização de custos	63	51,22%	177	56,91%
Diminuição do risco de contágio	87	70,73%	204	65,59%
Redução do número de pessoas em contexto hospitalar (em espera)	91	73,98%	245	78,78%
Captação de novos utentes	16	13,01%	55	17,68%
Otimização da gestão de internamentos	22	17,89%	65	20,90%
Outro	5	4,07%	5	1,61%
TOTAL de Respondentes	123		311	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Mais uma vez, os dois universos de respondentes apresentam uma tendência idêntica quanto às respostas. Ambos consideram que os principais benefícios de um serviço de telemedicina de teleconsulta/ vídeo-consulta são a diminuição do risco de contágio e a redução do número de pessoas em contexto hospitalar, isto é, em fila de espera.

Nas justificações à opção “outro”, as respostas dadas prendem-se com o aumento das receitas, como consequência da possibilidade da realização de mais consultas em menos tempo, a otimização das agendas dos profissionais de saúde e a hipótese de realização de uma triagem mais rápida.

Para se poder adequar a oferta de um serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta de forma a criar valor para os *e-patients*, importa ainda perceber quais são os contextos da teleconsulta/ vídeo-consulta onde a sua aplicação é mais valorizada. (tabela 9.12).

Tabela 9. 12. Quais são, na sua opinião, os contextos onde a teleconsulta/ vídeo-consulta pode/deve ser aplicada?

	Profissionais de Saúde		<i>e-patients</i>	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Triagem	44	35,77%	144	46,30%
Em qualquer circunstância desde que sirva o interesse / necessidade do utente	73	59,35%	192	61,74%
Apenas 1ª consulta	1	0,81%	6	1,93%
Apenas consultas subsequentes	67	54,47%	51	16,40%
Em nenhum contexto	0	0,00%	14	4,50%
Outro	0	0,00%	14	4,50%
TOTAL de Respondentes	123		311	

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Do lado dos profissionais de saúde nota-se uma preocupação em ir ao encontro das necessidades dos *e-patients*, no entanto também referem que a teleconsulta/ vídeo-consulta pode/ deve ser aplicada em contexto de triagem e em consultas subsequentes. Já os *e-patients* respondentes consideram que a teleconsulta/ vídeo-consulta se pode/ deve aplicar, sobretudo em contexto de necessidade do utente e triagem.

Os *e-patients*, ou seja, os doentes e seus cuidadores são pessoas que recorrem à *internet*, a fóruns, sites ou aplicações médicas para procurar informação, trocar informação e experiências com clínicos ou outros *e-patients* (Ferguson, 2007). Este conhecimento adquirido por fontes alternativas de saber, faz com que os *e-patients* comuniquem com os profissionais de saúde com um conhecimento que antes não possuíam *a priori*, o que faz com que as organizações e profissionais de saúde, se quiserem inovar os seus serviços, tenham, na opinião de Ferguson (2007) e Herzlinger (2006), de reconhecer a nova realidade do poder da informação dos *e-patients*, pois de acordo com o segundo este comportamento tem impacto nos três tipos de inovação da saúde.

Assumindo esta preocupação, considerou-se importante então perceber o ponto de vista dos *e-patients* e profissionais de saúde inquiridos no que respeita ao desenvolvimento tecnológico e à possibilidade que este oferece aos *e-patients* de obterem um conjunto de informação, que poderá ser relevante e ter impacto na

sua saúde particular ou das pessoas ao seu cuidado. Desta forma, solicitou-se que de três frases apresentadas no inquérito os respondentes a classificassem quanto ao seu grau de concordância num intervalo de 1 a 10, sendo 1 discordavam em absoluto e 10 concordavam em absoluto (tabela 9.13).

Tabela 9. 13. Percepção dos Profissionais de Saúde e *e-patients* quanto ao impacto do recurso à internet e aplicações de saúde na vida das pessoas.

	Profissionais de Saúde	<i>E-patients</i>
O desenvolvimento tecnológico permite que os utentes consigam obter mais informação <i>online</i> , tornando-os mais exigentes com os profissionais de saúde.	7,26	6,7
Os utentes/ clientes que consultam informações médicas e terapêuticas <i>online</i> desempenham um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.	5,61	5,91
As aplicações móveis de saúde são benéficas, na medida em que tornam as pessoas mais atentas às decisões que impactam a sua saúde pessoal.	6,84	6,69

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Ambos os grupos de respondentes consideram que o desenvolvimento tecnológico tem influência na forma como os *e-patients* abordam as questões relacionadas com a saúde. Todavia, importa realçar o reconhecimento dos profissionais de saúde da maior exigência por parte dos *e-patients* como consequência do desenvolvimento tecnológico. Este reconhecimento é considerado pela literatura, uma atitude positiva em relação às aplicações médicas que envolvem os doentes e os tornam mais responsáveis e motivados em relação à sua saúde (Zumstein & Träger, 2017).

No que respeita às questões de avaliação da teleconsulta, que se pretende sirvam de base para a avaliação do serviço, as respostas colhidas na pontuação NPS obtidas foram as seguintes:

Tabela 9. 14. Qual a probabilidade de recomendarem o serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta. Comparação do NPS dos profissionais de saúde e dos *e-patients*

	Profissionais de saúde que já experimentaram teleconsulta/ vídeo-consulta	Profissionais de saúde que ainda não experimentaram teleconsulta/ vídeo-consulta	<i>e-patients</i> que já experimentaram teleconsulta/ vídeo-consulta	<i>e-patients</i> que ainda não experimentaram teleconsulta/ vídeo-consulta
	FA	FA	FA	FA
Promotores	11	2	26	26
Passivos	22	6	33	58
Detratores	14	17	46	122
NPS	-6,38	-60,00	-19,05	-46,60

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Tabela 9. 15. NPS *e-patients* – Qual a probabilidade de voltar a recorrer à teleconsulta/ vídeo-consulta.

	FA
Promotores	30
Passivos	34
Detratores	41
NPS	-10,48

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados recolhidos pelos inquéritos realizados

Apesar de não termos um *benchmark* para podermos dizer se tem havido uma evolução no sentido positivo, ou não, é possível verificar que, de ambos os grupos, quem já utilizou a teleconsulta/ vídeo-consulta apresenta uma NPS melhor do que o de quem ainda não utilizou. De salientar que esta diferença é particularmente acentuada nos profissionais de saúde.

Durante a pesquisa efetuada encontraram-se algumas referências do recurso ao NPS para avaliar o serviço de telemedicina. Num estudo realizado por Serper et al. (2020) o NPS das consultas de hepatologia foi de 92, pontuação indicativa de uma excelente experiência de cliente e elevada probabilidade de voltar a recorrer ao serviço e divulgar o mesmo a terceiros contribuindo desta forma para a sua disseminação.

Ainda como referência de NPS aplicado à telemedicina, encontrou-se na pesquisa o NPS de uma empresa americana de serviço de telemedicina que também presta serviços em Portugal. A Teladoc apresenta um NPS em fevereiro de 2022 de 46. Embora não se saiba se este NPS é referente à empresa como um todo ou apenas à geografia americana, é importante referir que é uma pontuação NPS média. No último ano esta empresa apresenta um NPS médio de 49 (Comparibly, 2022).

10. Outputs

Considera-se que a informação recolhida junto dos Profissionais de saúde e *e-patients*, juntamente com a informação da empresa recolhida de forma prévia, permite realizar uma reflexão estratégica sobre a proposta de modelo de negócio a adotar para o serviço de telemedicina.

10.1 Business Model Canvas

Com o objetivo de podermos construir um novo *Business Model Canvas* (BMC) (Osterwalder & Pigneur, 2009, 2020) é necessário, primeiro, respondermos às questões que surgem em cada setor do BMC para o que existe atualmente e para o que se pretende implementar.

10.1.1 *Proposta de Valor*

Os beneficiários deste tipo de serviço são pessoas que vivem sozinhas e ainda possuem algumas das suas faculdades físicas e psicológicas, e que não querendo perder a sua autonomia, preferem continuar nas suas casas ao invés de serem internadas num lar ou instituição de saúde. Normalmente, estas pessoas têm familiares que apesar de poderem prestar algum auxílio não têm a possibilidade de serem cuidadores a tempo inteiro ou terem uma terceira pessoa a desempenhar essa função. As pessoas com estas características são os clientes da empresa em análise.

Por se ter detetado esta situação, e beneficiando de uma tecnologia patenteada, criou-se o serviço de monitorização biométrica que, além de ter um custo inferior ao de internamento num lar ou instituição de saúde, oferece aos clientes (familiares/ cuidadores) um serviço de vigilância não invasivo 24 horas por dia. Alguns dos *outcomes* deste serviço são o adiamento do internamento em instituições em aproximadamente 12 meses, redução de 80% em lesões causadas por quedas¹¹, alertas de frequência de alimentação, ritmos e padrões de sono, frequência de micção chamando a atenção para possíveis problemas de saúde como consequência do uso do algoritmo preditivo.

Neste momento os alertas feitos aos clientes (cuidadores/ familiares) não despoletam qualquer tipo de ação pró-ativa, ficando essa responsabilidade do lado do cliente.

De futuro, pretende-se oferecer a possibilidade de retirar essa responsabilidade ao cliente, alargando as funcionalidades do produto através da criação de um serviço 24/7 de telemedicina de urgência e preventiva, através do agendamento teleconsulta/ vídeo-consulta ao beneficiário com notificação prévia do cliente.

Também, se possibilita a inclusão de um serviço de telemedicina de acompanhamento para, por exemplo, emissão de receitas médicas, ajuste de medicação, etc.

Uma vez que o serviço passará a contar com um processo de avaliação periódica por parte dos clientes e beneficiários, deverá ser incluído no modelo de negócio o facto de o serviço estar assente na melhoria contínua, na medida em que esta avaliação servirá para se perceber a satisfação e lealdade dos clientes em relação à empresa como um todo e dos beneficiários em relação à qualidade do serviço prestado. Uma vez que o processo de melhoria contínua deve considerar sempre os dois lados, também serão incluídos, periodicamente, os colaboradores da empresa, de forma a poder envolver e criar maior compromisso em todos estes intervenientes.

¹¹ Dados cedidos pelo coordenador da empresa em Portugal.

10.1.2 *Segmento de Clientes*

Atualmente os clientes desta empresa são familiares com pessoas que vivem sozinhas, vulneráveis e com necessidade de algum apoio ou vigilância.

De futuro, com o aumento das funcionalidades do serviço pretende-se alargar a base de clientes a instituições que tenham pessoas internadas, (ex.: lares e instituições de saúde).

Considera-se que o mercado dos lares e instituições deve ser explorado na medida em que existem estudos que demonstram que o padrão de sono em situações de internamento é deficitário devido a estímulos exógenos como o barulho natural das infraestruturas, as rondas noturnas, entre outros, que têm impacto na saúde das pessoas (Colten et al., 2006; Committee on Sleep Medicine and Research, 2006; Stewart & Arora, 2018). A aplicação deste tipo de serviço permite que as pessoas, com algum nível de autonomia e em casos que o permitam, possam convalescer em sua casa, com impactos ao nível dos custos para o cliente e o prestador de cuidados e ainda a redução da probabilidade de infeção hospitalar e na recuperação do doente.

10.1.3 *Parceiros-chave*

Este serviço tem uma patente associada pelo que o parceiro chave é, e será sempre, a empresa detentora da patente como fornecedora primária do serviço e do produto.

No entanto, sendo Portugal um mercado diferente do neerlandês temos também como fornecedora chave a empresa que desenvolve e mantém a *App* de forma a permitir algum nível de customização do serviço à realidade portuguesa.

Uma vez que se detetou nos inquéritos que ambos os grupos inquiridos consideram que as instituições privadas de saúde são os principais promotores da telemedicina, no modelo a adotar deverão constar como parceiros-chave, grupos privados de saúde. Não deverá ser descartado o setor público, todavia considera-se prudente, primeiro, entrar no segmento privado onde existem menos barreiras à entrada pela simplificação à contratação de novos serviços e parcerias.

Também para chegar a mais clientes particulares, inclui-se como parceiros-chave

a grande distribuição de forma a aumentar os pontos de venda. Sugere-se ainda a inclusão dos profissionais de saúde, que serão um parceiro-chave na promoção do serviço.

Outras das limitações detetada na fase de inquéritos foram a cobertura dos seguros de saúde e a usabilidade. Para se poder minimizar esta potencial ameaça, sugere-se também estabelecer parcerias com seguradoras ou organizações que tenham algum tipo de proteção à saúde (ex.: Cruz Vermelha Portuguesa, Automóvel Clube de Portugal) de maneira a não apenas poderem comercializar o serviço, mas também a advogarem a favor da inclusão nos serviços compartilhados pelos seus seguros.

10.1.4 *Canais*

Atualmente, este serviço está disponível em Portugal apenas através de *word of mouth* (WoM), ou referência, não tendo ainda uma estratégia de marketing e vendas definida.

No novo modelo a implementar deverão ser incluídas as lojas de retalho físicas e *online*, e as instituições de saúde dos parceiros chave. Como referido nos parceiros-chave, os profissionais de saúde também poderão servir de canal de venda indireta através da recomendação. Este canal não se caracteriza por WoM na medida em que o profissional de saúde, à partida, não será consumidor do serviço (Brown et al., 2007; Litvin et al., 2008).

Também, porque se considera que, cada vez mais, as pessoas procuram informação *online* sobre determinado produto e serviço antes de o adquirirem, considera-se fundamental a criação de um site da empresa para Portugal e ter presença nas redes sociais, potenciando esta presença através de *influencers* digitais (Brown et al., 2007; Gupta & Harris, 2010; Lee et al., 2011; Yang, 2017). Esta ação permitirá alcançar um maior número de potenciais clientes.

10.1.5 *Relações com Clientes*

No modelo atual, as relações com os clientes são, exclusivamente através de serviços automatizados, ou seja, os clientes têm acesso a um conjunto de opções

de acordo com o perfil de serviço. Todavia, o sistema monitoriza o beneficiário, mesmo para os serviços não subscritos espoletando sugestões para assinatura das restantes opções caso surjam alertas em *background*.

No que respeita a resolução de problemas existe um *call centre* internacional disponível, mas apenas em inglês o que poderá ser uma barreira em alguns casos. Para ultrapassar esta questão, foi criado um *troubleshoot* automático em português. Sugere-se a criação de um *call centre* local com atendimento em português para esclarecimento de dúvidas, ajuda na resolução de problemas na instalação e configuração do serviço, etc.

10.1.6 *Fluxo de Rendimentos e Estrutura de Custos*

Os custos e receitas do serviço não foram alvo deste projeto, não tendo sido possível, por questões de sigilo, a partilha dos valores envolvidos. Todavia, apesar de não fazer parte do âmbito do projeto, considera-se necessário considerar estes dois blocos, mesmo de forma abstrata, na análise e definição do novo BMC. Assim sendo, assume-se, que no presente modelo, a principal fonte de rendimento é a comissão de intermediação pela venda do produto e pela assinatura do serviço. A empresa em Portugal gere o negócio, mas tem de entregar as receitas à “empresa-mãe” retendo uma percentagem referente à comissão de venda e de assinaturas de serviço. Entende-se que o fluxo de rendimentos deverá ser diversificado e, no seguimento da criação deste serviço de telemedicina, exclusivo em Portugal, deverá ser criada uma assinatura tendo também disponível uma taxa de utilização para quem não quiser ficar comprometido com um valor fixo mensal. Desta forma será possível diluir o risco na medida em que a empresa diversificará as suas fontes de rendimento. Sendo relativamente recente, e estando a operação logística centrada no estrangeiro, em Portugal a estrutura e custos é baixa por não possuir ainda um espaço físico, e ter apenas um colaborador. Atualmente os custos com a operação logística e a importação do produto são suportados pelo exportador, ou seja, o custo do armazenamento, embalamento e de transporte do produto é suportado pela empresa-mãe, sendo esta ressarcida semestralmente, após a entrega do valor de venda final subtraído da comissão a reter por Portugal.

No modelo a adotar, como já referido anteriormente, a estrutura de custos passará a contar com o custo variável das teleconsultas/ vídeo-consultas na medida em que cada profissional de saúde deverá ter um valor convencionado pelo tipo e número de teleconsultas/ vídeo-consultas realizadas por mês. Também deverá ser contabilizado o custo com as pessoas a integrarem o *call centre* e a área de marketing e comunicação para gestão das redes sociais e eventuais iniciativas com *influencers*.

10.1.7 *Atividades-chave*

Atualmente as atividades chave da empresa são a divulgação do produto junto de grupos de *stakeholders* e a participação na manutenção da plataforma informática e aplicação móvel em português com sugestões de melhoria e tradução de conceitos chave.

Uma vez que no futuro próximo criar-se-á o serviço de telemedicina, a empresa passará a ter, também, como atividades chave o desenvolvimento e a manutenção da plataforma de telemedicina e *call centre*, e do site da empresa, assim como a sua interoperabilidade.

10.1.8 *Recursos-chave*

Para que toda a operação possa ser concretizável, a empresa apresenta como recursos pilares à sua atividade o algoritmo que serve de base ao serviço, e a sua patente, os sensores biométricos e a aplicação que serve de ligação de todos estes sistemas e que se constitui como o *front end* do serviço.

Para a nova etapa, a empresa necessitará de obter mais dois recursos chave, um software de telemedicina que deverá ser *compliant* com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), isto é, cumprir com todos os requisitos previstos no RGPD e a infraestrutura de *call center*.

Na figura 10.1 é possível comparar o BMC atual, caixas amarelas, com o novo BMC, caixas verdes, considerando as componentes necessárias para a implementação do serviço de telemedicina e avaliação de satisfação dos clientes.

Figura 10. 1. *Business Model Canvas* do serviço de monitorização biométrica, serviço de telemedicina e avaliação de serviço.



Fonte: Elaboração do autor baseado em Osterwalder & Pigneur (2009, 2020)

10.2 SWOT

A análise SWOT, *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, conforme já explicado, pretende realizar uma análise dos fatores internos da empresa forças (*strengths*) e fraquezas (*weaknesses*) e do ambiente externo que poderá afetar a empresa, oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*).

No quadro 10.1, é possível consultar a análise SWOT realizada para a empresa.

Quadro 10. 1. Análise SWOT

		Fatores Ambientais	
		Positivos	Negativos
Análise Ambiental	Interna	Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none"> ➤ Preocupação pela melhoria contínua ➤ Serviço baseado em patente detida pela “empresa-mãe” ➤ Serviço inovador com a integração de monitorização biométrica e predição de eventos agudos de saúde 	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausência de canais de divulgação e comunicação com o mercado ➤ Ausência de canais de venda indiretos ➤ Modelo em Portugal assente na lógica “<i>one man show</i>”
	Externa	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> ➤ Crescente utilização de ferramentas tecnológicas ➤ Desenvolvimento tecnológico ➤ Crescente sensibilidade dos <i>stakeholders</i> do setor da saúde para a telemedicina (ex.: grupos de saúde, Estado) ➤ Crescente procura dos serviços de telemedicina em virtude da pandemia Covid19 ➤ Apoios à transformação digital 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> ➤ Crescente concorrência na área da telemedicina ➤ Baixa pretensão em voltar a recorrer a serviços de telemedicina ➤ Ceticismo em relação ao serviço de telemedicina ➤ Crescente exigência na segurança da informação (ex.: RGPD)

Fonte: Elaboração do autor baseada em Santos, (2008, p.209)

10.3 Blue Ocean Strategy

No âmbito deste projeto, a abordagem da BOS foi realizada através da elaboração do mapa de utilidade do comprador (Kim & Mauborgne, 2018). O mapa de utilidade do comprador foi realizado com o objetivo de tentar perceber onde o mercado está focado por forma a tentar compreender se a ideia do novo modelo de negócio se encaixa num “Blue Ocean” ou num “Red Ocean” (Kim & Mauborgne, 2018), (figura 10.2).

Figura 10. 2. Mapa de utilidade do comprador

		Ciclo da experiência do comprador					
		Compra	Entrega	Instalação	Utilização	Suplementos	Eliminação
Alavancas de utilidade	Produtividade do cliente	1				a	
	Simplicidade			2	b		
	Conveniência		c			d	
	Redução dos riscos				3		
	Divertimento e imagem						
	Respeito pelo ambiente						e

Fonte: Elaboração do autor baseada em (Kim & Mauborgne, 2018, p.170)

Resultado da criação do mapa de utilidade do comprador conseguiu-se perceber que, atualmente, o foco do mercado das empresas que comercializam o serviço de monitorização está centrado nos seguintes pontos:

1. Venda direta através de lojas próprias online.
2. Produto de instalação simples (*do it yourself* – DIY).
3. Segurança da informação como consequência da crescente exigência legal (RGPD)

Apesar de serem aspetos que devem ser considerados, a empresa não conseguirá criar um “Blue Ocean” (Kim & Mauborgne, 2010, 2018) se o foco for apenas nestes pontos.

Ao inserir as ideias que constituem o novo modelo de negócio, percebeu-se que as mesmas se encontram em espaços inexplorados pelo mercado.

- a. Agendamentos e realização de teleconsulta/ vídeo da responsabilidade do fornecedor do serviço.
- b. Todos os serviços centrados numa só *app* (monitorização, alertas e teleconsulta/ vídeo-consulta).
- c. Todos os serviços são online e de iniciativa do fornecedor do serviço.
- d. Serviço de monitorização complementado por teleconsulta/ vídeo-consulta.
- e. No cancelamento do serviço existe, possibilidade de devolução do equipamento para reciclagem com possível devolução parcial do valor pago inicialmente.

É possível afirmar que, ao passar a ter disponível teleconsultas/ vídeo-consultas, apesar deste serviço de telemedicina já se poder considerar um oceano vermelho (Entidade Reguladora da Saúde, 2021), a empresa estará a aproveitar um nicho ainda inexplorado, ausente de concorrência, o de aliar um serviço que se pretende preventivo, das consultas à distância, com um serviço biométrico de monitorização e preditivo de episódios agudos de saúde, pretendendo prolongar assim a qualidade de vida dos seus beneficiários e clientes.

Esta valência permitirá reduzir custos no novo segmento de clientes, clientes institucionais, podendo desta forma otimizar a relação entre o valor do produto e o seu custo real no que ao fluxo de receitas diz respeito. Ao adaptar a estratégia de comunicação e abordagem de mercado a esta nova linha de oferta, considera-se que esta empresa também irá captar nova procura, não apenas nos novos segmentos a criar, mas também no segmento de clientes atual.

10.4 Instrumento de Avaliação Interna e Externa - *Net Promoter Score*

Apesar de sozinho não dar resposta ao porquê das coisas, o *Net Promoter Score* (NPS) permite perceber o impacto na lealdade, motivação, satisfação, de alterações que uma empresa implementa, tanto ao nível dos clientes como dos colaboradores.

Uma vez que o NPS se baseia numa única questão (Reichheld, 2003), torna-se necessário manter um histórico do que se avalia para que sirva de *benchmark*. O NPS é dinâmico e, portanto, é necessário avaliá-lo considerando fatores externos, oportunidades e ameaças, e internos, forças e fraquezas, de forma a poder contextualizar melhor o número.

No caso em questão, recorreu-se à métrica NPS para avaliar o serviço de telemedicina disponível no mercado e não da empresa em estudo, ainda assim, pelos resultados obtidos, tanto do lado dos profissionais de saúde como dos utentes, podemos deduzir que quem quebra a barreira do ceticismo em relação à telemedicina fica satisfeito. Esta dedução também só é possível por podermos comparar com o NPS de quem nunca usou este tipo de serviço de telemedicina. Isto apesar desta métrica não dever ser aplicada a quem nunca experimentou determinado tipo de serviço e/ ou produto. Apesar dos resultados apresentados nas tabelas 9.13 e 9.14 serem díspares dos resultados encontrados nas referências consultadas, é preciso considerar que o NPS varia de acordo com o mercado onde está a ser aplicado e com a população-alvo, pelo que não é possível tirar conclusões acerca dos resultados obtidos para o mercado português.

No que respeita à avaliação do cliente interno, ou seja, dos colaboradores, também se considera uma ferramenta extremamente útil na medida em que, tal como permite a uma empresa perceber os níveis de satisfação e lealdade dos seus clientes, isto é, se promovem a empresa de forma pró-ativa, também permitirá aferir a lealdade das suas pessoas (Reichheld, 2001).

11. Conclusões e Sugestões

Considera-se que o trabalho desenvolvido permitiu responder às questões de projeto. Com os dados recolhidos, a empresa em estudo ficou com um *overview* da perceção do serviço de teleconsultas/ vídeo-consultas, tanto do lado dos profissionais de saúde como do lado dos *e-patients*, e também com uma avaliação sobre os passos que deverão ser dados para a implementação dos serviços pretendidos, explorando os seus pontos fortes e aproveitando as oportunidades atualmente existentes no mercado. No que respeita às ameaças,

considera-se que a empresa deverá aproveitá-las a seu favor de forma a torná-las em pontos fortes (ex.: crescente exigência na segurança das plataformas – aquisição de hardware e licença de software *compliant* com o RGDP e que ofereça segurança contra potenciais ataques informáticos que tenha garantia de acompanhamento das necessidades impostas pelos reguladores).

Relativamente aos pontos fracos que a organização apresenta neste momento, considera-se que os mesmos serão minimizados/ eliminados com a implementação do novo modelo de negócio. Todavia, alerta-se para o facto de ser necessária a realização periódica deste tipo de reflexão estratégica, na medida em que novos pontos fracos poderão surgir no futuro.

11.1 Respostas às Questões de Projeto

11.1.1 *Qual o perfil de cliente com maior probabilidade de aderir ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta?*

De acordo com as respostas obtidas do grupo dos profissionais de saúde, o perfil de profissionais de saúde com maior probabilidade de promover/ aderir o serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta corresponde a médicas com idades compreendidas entre os 25 e os 48 anos, ou seja, pertencentes às gerações X, *Millenials* e Z.

No que concerne às respostas do grupo dos *e-patients*, o perfil daqueles com maior probabilidade de voltar a recorrer/ promover o serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta corresponde a mulheres, com idades compreendidas entre os 33 e os 56 anos, ou seja, pertencentes à geração X e *Millenials*, cujo último ciclo de estudos completo está ao nível de licenciatura/ mestrado e que, preferencialmente, recorrem ao telemóvel como meio de acesso à internet para consulta e/ ou uso de informações/ serviços de saúde.

11.1.2 *Que barreiras poderão existir na adesão ao serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta?*

No que respeita a potenciais barreiras identificadas nos questionários, ambos os grupos são da mesma opinião. A proteção de dados/ privacidade dos utentes é uma barreira considerável que obriga a constantes revisões de segurança. Esta questão acaba por ter influência nos seguintes fatores, também apontados pelos grupos, a fiabilidade e a confiança do serviço. Também o facto dos serviços de teleconsulta/ vídeo-consulta, à data do questionário não serem participados pela maioria dos seguros de saúde é apontado como uma barreira na adesão ao serviço.

Para poder ultrapassar estas barreiras, sugere-se um conjunto de ações, já previstas no BMC, nomeadamente a otimização de *User Experience* (UX) e *User Interface* (UI) das plataformas móveis para melhorar a acessibilidade e a usabilidade dos utilizadores. Na perspetiva de segurança da informação, a empresa deverá, na escolha da plataforma, ter em atenção um software que ofereça garantias para a salvaguarda dos dados dos *e-patients* e da própria empresa. No que à barreira do preço diz respeito, uma vez que não temos informação sobre os fluxos de receita atuais e a estrutura de custos, não nos é possível, nesta fase, apresentar qualquer sugestão.

11.1.3 *Qual a opinião dos clientes e profissionais de saúde no ativo que já utilizaram o serviço teleconsultas/ vídeo-consultas?*

As opiniões de ambos os grupos são semelhantes em relação aos serviços de teleconsulta/ vídeo-consulta. Este facto não era esperado na medida em que, de acordo com alguma da literatura consultada, os profissionais de saúde tendem a ser mais céticos em relação aos benefícios deste tipo de serviço de telemedicina. Tanto os profissionais de saúde como os *e-patients* consideram que os principais promotores do uso dos serviços de teleconsulta/ vídeo-consulta são o setor privado dos cuidados de saúde e os profissionais de saúde. De notar que apesar

de ter tido algumas respostas nesse sentido o Estado (Ministério da Saúde, DGS, ACSS, SPMS) fica de fora do grupo dos maiores promotores deste tipo de serviço. Os fatores mais considerados como promotores da teleconsulta/ vídeo-consulta são a acessibilidade ao serviço, condições adversas de saúde pública e a inovação tecnológica. Em relação a esta, os respondentes de ambos os grupos consideram que *“o desenvolvimento tecnológico permite que os utentes consigam obter mais informação online, tornando-os mais exigentes com os profissionais de saúde”*.

No que respeita aos contextos em que a teleconsulta/ vídeo-consulta se aplica, a opinião também não é divergente considerando, ambos os grupos, que este tipo de serviço é um meio complementar de saúde que deverá ser aplicado em qualquer circunstância desde que sirva o interesse do utente e em situações de triagem.

No que respeita aos *gains* que a teleconsulta/ vídeo-consulta traz aos *e-patients* e organizações de saúde ambos os grupos assumem que para os utentes os maiores benefícios são a rapidez e a conveniência do serviço, ausência do tempo de espera em contexto hospitalar, redução do risco de contágio e a possibilidade de uma melhor conciliação da vida pessoal, familiar e profissional. Em relação aos benefícios para as organizações de saúde são considerados por ambos os grupos a redução do número de pessoas em espera, diminuição do risco de contágio e uma maior racionalização de custos.

11.1.4 *Como avaliam o serviço?*

Quando questionados sobre a probabilidade de recomendar a teleconsulta/ vídeo-consulta a um utente/ cliente, o grupo dos profissionais de saúde que durante o período compreendido entre 2019 e 2021 realizaram, pelo menos, 1 consulta nesta modalidade obteve uma classificação NPS de -6,38. Embora cerca de 45% dos detratores do grupo dos profissionais de Saúde seja da geração X, considera-se necessário alertar para o facto inesperado de, aproximadamente 30% dos detratores ser da geração Z, que, de acordo com a literatura consultada são pessoas mais recetivas às TIC.

Sugere-se a realização de *focus groups*, ou entrevistas para perceber o porquê desta elevada percentagem de profissionais de saúde nativos digitais não promover a teleconsulta/ vídeo-consulta.

Aos *e-patients* foram colocadas duas questões diferentes de NPS. Apesar de se poder considerar que ambas avaliam a satisfação do serviço, conforme nos diz a literatura, na prática, é possível aplicar mais que uma questão NPS para avaliar questões diferentes. Neste caso questionou-se aos *e-patients* que, no período compreendido entre 2019 e 2021 recorreram a teleconsulta/ vídeo-consulta, qual a probabilidade de voltar a recorrer a este serviço. E a todos os *e-patients* respondentes perguntou-se qual a probabilidade de recomendar a teleconsulta/ vídeo-consulta a um amigo ou familiar.

Em relação à primeira questão, obteve-se um NPS de -10,48. Este valor deve-se bastante à ligeira vantagem por parte do ponderador “detratores” e existirem bastantes “neutros”. A explicação para este resultado considera-se que está relacionado com o número de respondentes por geração. Isto porque a maioria dos detratores corresponde à faixa etária dos 49-56 anos segunda metade da geração X, dos neutros 41-48 anos, primeira metade da geração X e dos promotores 33-40 anos, *Millenials*.

No que respeita à segunda questão colocada aos *e-patients*, o NPS obtido, para aqueles que no período de tempo decorrido entre 2019 e 2021 recorreu à teleconsulta/ vídeo-consulta pelo menos uma vez foi -19,05. Nesta questão, a tendência etária esperada mantém-se com a maioria dos detratores a pertencerem à faixa etária dos 49-56 anos, segunda metade da geração X. Por outro lado, a maioria dos neutros e os promotores são da faixa etária dos 33-40 anos, *Millenials*.

Num levantamento futuro dever-se-á balizar o número de respondentes por geração ou faixa etária por forma a termos uma distribuição uniforme para comparação das respostas.

11.1.5 *Como avaliar a satisfação e prever a probabilidade de continuidade de recurso à teleconsulta mesmo em cenário pós-pandémico?*

Em relação à avaliação do serviço, considera-se que o NPS é a metodologia mais adequada na medida em que, pela sua simplicidade, terá um elevado *engagement*. Esta questão permitirá, desta forma, começar, de já a criar um *benchmark* para futuras avaliações e reflexões estratégicas.

O facto de ser composto por uma questão, para o que se pretende avaliar, permite realizar uma consulta mais frequente aos clientes dando uma perspetiva mais correta da evolução do nível de serviço.

12. Limitações

O período de pandemia e todas as restrições associadas representaram a maior limitação durante o período em que o trabalho foi desenvolvido. Esta realidade tornou impossível a realização de entrevistas pessoais, o que teria sido benéfico para a recolha dos dados, na medida em que permitiria complementar as respostas dos inquéritos. O facto de ter uma amostra reduzida também se considera limitativo para o trabalho em questão na medida em que, apesar de nos permitir responder às questões de projeto, as mesmas, provavelmente, não serão representativas do universo existente.

Este trabalho representa uma fotografia da empresa e, como tal, representa uma análise num dado momento. Esta visão estática da empresa pode ser considerada uma limitação, pois não nos oferece uma perspetiva evolutiva. Entende-se que, para a realização de um processo de reflexão estratégica rigoroso, é necessário um acompanhamento longitudinal para poder acompanhar, gerir e adaptar a estratégia de acordo com o feedback recebido dos intervenientes (Osterwalder & Pigneur, 2020). Esta questão tem especial relevância no que ao BMC diz respeito, principalmente atendendo ao facto da empresa estar, neste momento, a entrar na fase de implementação do mesmo.

Outra limitação que se detetou foi a inexistência de um *benchmark* de avaliação do serviço na organização, mesmo ao nível da “empresa-mãe”.

Apesar de ter como ponto forte o facto de ser composto apenas por uma questão, esta característica do NPS poderá, ao mesmo tempo, considerar-se uma limitação natural da metodologia, na medida em que não oferece informação qualitativa, deixando um vazio para a dedução sobre o que poderá ter impacto na variação do NPS.

Também o facto de ao nível do modelo de negócio ter sido impossível aceder a informação financeira, tornou impossível uma reflexão rigorosa do ponto de vista financeiro, nomeadamente ao nível da estrutura de custos atual e futura e fluxos de receitas atuais e futuros. Esta questão teria sido benéfica na análise que se desenvolveu, na medida em que ter-nos-ia fornecido os dados necessários para realizarmos uma análise de “inovação com valor” da “*Blue Ocean Strategy*” (Kim & Mauborgne, 2010), potenciando o BMC que desenhou.

Referências Bibliográficas

- Agostini, M., Ventura Da Motta, M., Teles, E., Dorion, E., Camargo, M., & Agostini, J. (2011). *Estudo das Etapas do Processo de Inovação na Empresa Sul Corte Ltda.* www.revistageintec.net
- Almeida, M., & Pereira, J. (2014). *Marketing de Serviços (1ª)*. Sílabo.
- Ashfaq, A., Memon, S. F., Zehra, A., Barry, S., Jawed, H., Akhtar, M., Kirmani, W., Malik, F., Khawaja, A. W., Barry, H., Saiyid, H., Farooqui, N., Khalid, S., Abbasi, K., & Siddiqi, R. (2020). Knowledge and Attitude Regarding Telemedicine Among Doctors in Karachi. *Cureus*.
<https://doi.org/10.7759/cureus.6927>
- Baehre, S., O'Dwyer, M., O'Malley, L., & Lee, N. (2022). The use of Net Promoter Score (NPS) to predict sales growth: insights from an empirical investigation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 50(1), 67–84.
<https://doi.org/10.1007/s11747-021-00790-2>
- Bain & Company. (2022a). *Measuring Your Net Promoter Score*.
<https://www.netpromotersystem.com/about/measuring-your-net-promoter-score/>
- Bain & Company. (2022b). *The Employee Net Promoter System*.
<https://www.netpromotersystem.com/about/employee-nps/>
- Blasco, A., Carmona, M., Fernández-Lozano, I., Salvador, C. H., Pascual, M., Sagredo, P. G., Somolinos, R., Muñoz, A., García-López, F., Escudier, J. M., Mingo, S., Toquero, J., Moñivas, V., González, M. A., Fragua, J. A., López-Rodríguez, F., Monteagudo, J. L., & Alonso-Pulpón, L. (2012). Evaluation of a Telemedicine Service for the Secondary Prevention of Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 32(1), 25–31. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e3182343aa7>
- Board of Innovation. (2020). *The winners of the Low Touch Economy How companies can recover and grow in the new normal*.
www.boardofinnovation.com/client-cases/
- Brown, J., Broderick, A. J., & Lee, N. (2007). Word of mouth communication within online communities: Conceptualizing the online social network. *Journal of Interactive Marketing*, 21(3), 2–20. <https://doi.org/10.1002/dir.20082>
- Bucaciuc, A., Prelicean, G., & Chașovschi, C. (2020). *Low Touch Economy and Social Economy in Rural Heritage Rich Communities Impacted by COVID-19 Crisis*. 398–409. <https://doi.org/10.18662/lumproc/ncoe4.0.2020/36>
- Callens, S. (2010). The EU legal framework on e-health. In E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, & T. K. Hervey (Eds.), *Health Systems Governance in*

- Europe* (pp. 561–588). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511750496.014>
- Cardona, P., & Rey, C. (2022). *Management by Missions Connecting People to Strategy through Purpose* (2nd ed.). Palgrave MacMillan.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-83780-8>
- Carvalho, L., Bernardo, M., Sousa, I., & Negas, M. (2014). *Gestão das Organizações Uma Abordagem Integrada e Prospetiva* (2ª). Sílabo.
- Colten, H. R., Altevogt, B. M., & Institute of Medicine (U.S.). Committee on Sleep Medicine and Research. (2006). *Sleep disorders and sleep deprivation : an unmet public health problem*. Institute of Medicine.
- Comissão Europeia. (2018). *COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES sobre a viabilização da transformação digital dos serviços de saúde e de prestação de cuidados no Mercado Único Digital, a capacitação dos cidadãos e a construção de uma sociedade mais saudável*. <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>;
- Committee on Sleep Medicine and Research. (2006). Extent and Health Consequences of Chronic Sleep Loss and Sleep Disorders. In H. Colten & B. Altevogt (Eds.), *Sleep Disorders and Sleep Deprivation* (pp. 55–107). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11617>
- Comparibly. (2022). *Teladoc NPS*. Comparibly.
<https://www.comparably.com/brands/teladoc#nps>
- Cordina, J., Fowkes, J., Malani, R., & Medford-Davis, L. (2022). *Patients love telehealth—physicians are not so sure*. McKinsey & Company.
<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/patients-love-telehealth-physicians-are-not-so-sure>
- Correa, K., Arreguy, E., & Santos, N. (2008). Telemedicina: novos caminhos para os serviços de saúde. *VII Esocite - Jornadas Latinoamericanas de Estudos Sociais Das Ciências e Das Tecnologias*.
<http://next.ensp.fiocruz.br/repositorio/content/28>
- de Vaus, D. (2002). *Surveys in Social Research* (5th ed.). Social Research Today.
- Della Mea, V. (2001). What is e-Health (2): The death of telemedicine? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e22. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e22>
- Dimock, M. (2019). *Defining generations: Where Millennials end and Generation Z begins*. Pew Research Center.

- eHealth Network. (2019). *eHealth Network Guidelines to the EU Member States and the European Commission on an interoperable eco-system for digital health and investment programmes for a new/updated generation of digital infrastructure in Europe*. https://ncez.mzcr.cz/sites/default/files/media-documents/Guidelines_on_interoperable_eco-system_for_digital_health_12062019.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2020). *INFORMAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Dia Mundial da Saúde*. ERS. <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/noticias/lista-de-noticias/dia-mundial-da-saude/>
- European Commission. (2012). *eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century*. http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/ehtask_force/index_en.htm
- European Commission. (2014). *GREEN PAPER on mobile Health (“mHealth”)*. <http://ec.europa.eu/justice/data->
- European Commission. (2022). *Shaping Europe’s digital future eHealth*. EC. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth>
- European Commission. (2014). *Flash Eurobarometer 404 EUROPEAN CITIZENS’ DIGITAL HEALTH LITERACY*. <https://doi.org/10.2759/86596>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Ferguson, T. (2007). *e-patients: how they can help us heal healthcare*. <http://www.e-patients.net>.
- Ferreira, D. (2020). Papel da Telesaúde em Tempos de Pandemia COVID-19: Para Grandes Males, Grandes Remédios. *Revista SPMI*. <https://doi.org/10.24950/rspm/COVID19/D>
- Fine, L. (2009). *The SWOT Analysis: Using your Strength to overcome Weaknesses, Using Opportunities to overcome Threats*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Gardiner, A. (2019). For ‘Diagnosis’ Show, Dr. Lisa Sanders Lets Times Readers Around the World Join in the Detective Work. *New York Times*.
- Grupo AGEAS Portugal, & Eurogroup Consulting Portugal. (2020). *45% dos portugueses alteraram os seus hábitos de consumo durante a pandemia*.

- https://www.grupoageas.pt/media/3522/2020-11-03_45-dos-portugueses-alteraram-os-seus-habitos-de-consumo-durante-a-pandemia.pdf
- Gupta, P., & Harris, J. (2010). How e-WOM recommendations influence product consideration and quality of choice: A motivation to process information perspective. *Journal of Business Research*, 63(9–10), 1041–1049. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.01.015>
- Healthcare Information and Management Systems Society. (2003). *E-health defined. HIMSS E-health SIG White Paper*. <https://www.longwoods.com/content/20034>
- Herzlinger, R. (2006). Why Innovation in Health Care is so Hard . *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2006/05/why-innovation-in-health-care-is-so-hard>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021a). *População residente (N.º) por Local de residência (Resultados provisórios) e Grupo etário; Decenal*. INE. População residente (N.º) por Local de residência (Resultados provisórios) e Grupo etário; Decenal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Proporção de indivíduos com idade entre 16 e 74 anos que utilizaram Internet nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por Grupo etário*. . INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009990&contexto=bd&selTab=tab2
- International Telecommunications Unit. (2008). *Implementing e-Health in Developing Countries*. www.itu.int/ITU-D/cyb/
- International Telecommunications Unit. (2016). *What is mHealth, what does it do & how does it benefit Countries?* ITU. https://www.itu.int/en/ITU-D/ICT-Applications/eHEALTH/Be_healthy/Pages/guide-01.aspx
- Kim, W., & Mauborgne, R. (2010). *A Estratégia do Oceano Azul* (2ª). Actual.
- Kim, W., & Mauborgne, R. (2018). *A mudança Oceano Azul*. Actual.
- Kotler, P., & Keller, K. (2012). *Administração de Marketing* (14th ed.). Pearson.
- Lee, M. K. O., Shi, N., Cheung, C. M. K., Lim, K. H., & Sia, C. L. (2011). Consumer's decision to shop online: The moderating role of positive informational social influence. *Information & Management*, 48(6), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.im.2010.08.005>
- Litvin, S. W., Goldsmith, R. E., & Pan, B. (2008). Electronic word-of-mouth in hospitality and tourism management. *Tourism Management*, 29(3), 458–468. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2007.05.011>

- Lopes, J., Codonho, A., Pierre, F., Delago, F., Lins, M., & Terra, M. (2006). *Joseph Schumpeter: Inovação e Desenvolvimento Tecnológico. Monografia*.
<https://pt.slideshare.net/julianamarialop/joseph-schumpeter-inovao-e-desenvolvimento-tecnolgico>
- Martins, J. (2010). *Gestão do Conhecimento (1ª)*. Sílabo.
- McGrath, R. (2013). *The End of Competitive Advantage*. Harvard Business School.
- Michelsen, K., Brand, H., Achterberg, P., & Wilkinson, J. (2015). *Promoting better integration of health information systems: best practices and challenges HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT*.
- Miller, C. (2010). Social Networks a Lifeline for the Chronically Ill. *New York Times*.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., Jadad, A., Powell, J., & Pagliari, C. (2005). What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1>
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2009). *Business model generation : a handbook for visionaries, game changers, and challengers*.
<https://assets.strategyzer.com/assets/resources/business-model-generation-book-preview-2010.pdf>
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2020). *Criar Modelos de Negócios (8ª)*. Dom Quixote.
- Parker, C., Scott, S., & Geddes, A. (2020). Snowball Sampling. In *SAGE Research Methods Foundations*. SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781526421036831710>
- Pereira, L., Pinto, M., da Costa, R. L., Dias, Á., & Gonçalves, R. (2021). The new swot for a sustainable world. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 7(1), 1–31. <https://doi.org/10.3390/joitmc7010018>
- Pires, S. I. V. (2021). *E-Commerce e Pandemia: Comportamento de compra online antes e durante a Pandemia Covid-19*.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/129344/1/TGI0496A.pdf>
- Popescu, F., & Scarlat, C. (2015). Limits of SWOT Analysis and Their Impact on Decisions in Early Warning Systems. *SEA - Practical Application of Science*.
https://seaopenresearch.eu/Journals/articles/SPAS_7_67.pdf
- Porfírio, J., & Figueiredo, B. (2018). Strategy and Mission: Start to Open a Management Black Box for Portuguese Companies. *Proceedings of the III*

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2016a). *Estratégia de eHealth em Portugal*. SPMS. <https://www.sgeconomia.gov.pt/ficheiros-externos-ciclo-de-workshops-externos/workshop-me-02-15-setembro-henrique-martins-pdf.aspx>.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2016b). *Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde - ENESIS 2020*. SPMS.
- Sotomayor, A., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2014). *Princípios de Gestão das Organizações (2ª)*. Livros Rei.
- Stewart, N. H., & Arora, V. M. (2018). Sleep in Hospitalized Older Adults. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.012>
- Tapscott, D. (2009). *Grown Up Digital - How the Net Generation Is Changing Your World*. [http://socium.ge/downloads/komunikacisteoria/eng/Grown_Up_Digital_-_How_the_Net_Generation_Is_Changing_Your_World_\(Don_Tapscott\).pdf](http://socium.ge/downloads/komunikacisteoria/eng/Grown_Up_Digital_-_How_the_Net_Generation_Is_Changing_Your_World_(Don_Tapscott).pdf)
- Tapscott, D. (2012). *Four Principles for the Open World*. TED Global. https://www.ted.com/talks/don_tapscott_four_principles_for_the_open_world_1#t-828778
- Tapscott, D. (2015). *The Digital Economy – 20th Anniversary Edition – Rethinking Promise and Peril in The Age of Networked Intelligence*. McGraw-Hill.
- Taylor, K., & Silver, L. (2019). *Smartphone Ownership Is Growing Rapidly Around the World, but Not Always Equally (Vol. 5)*. www.pewresearch.org.
- Voran, D. (2015). *Telemedicine and Beyond Telemedicine: Definitions and Hype*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6170053/pdf/ms112_p0129.pdf
- WHO Global Observatory for eHealth. (2011). *MHealth : new horizons for health through mobile technologies*. World Health Organization.
- WHO Global Observatory for eHealth. (2016). *Global diffusion of eHealth : making universal health coverage achievable : report of the third global survey on eHealth*.
- Wilson, S., & Asmundson, P. (2012). mHealth: The Next Frontier For Mobile Service Growth. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/ciocentral/2012/05/15/mhealth-the-next-frontier-for-mobile-service-growth/?sh=7135d83a3502>
- World Health Organization. (2005). *eHealth Report*. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_21-en.pdf

- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). *From innovation to implementation : eHealth in the WHO European region*.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf
- Yang, F. X. (2017). Effects of Restaurant Satisfaction and Knowledge Sharing Motivation on eWOM Intentions. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 41(1), 93–127. <https://doi.org/10.1177/1096348013515918>
- Zumstein, D., & Träger, C. (2017). Mobile Medical Apps: Empirical Findings on the B2B and B2C E-Health Industry. *15th International Conference on E-Society*.
<https://www.researchgate.net/publication/316170894>

Bibliografia

- Gupta, A. (2020). Five Healthcare Trends That Have Been Accelerated In 2020. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/forbesbusinesscouncil/2020/07/02/five-healthcare-trends-that-have-been-accelerated-in-2020/?sh=4b3050785d6a>
- Universidade Aberta. (2020). APA 7th Diretrizes para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas.
<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9889/10/NormaAPA7W.pdf>
- Universidade Aberta. (2022). Normas de apresentação de trabalhos académicos, a defender em provas públicas como requisito para obtenção do grau de Doutor ou de Mestre na Universidade Aberta. https://portal.uab.pt/dsd/wp-content/uploads/sites/19/2022/02/Normas-Teses-Dissertacoes_2022.pdf
- Villines, Z. (2020). *Telemedicine benefits: For patients and professionals*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits>

ANEXO I – Grelha analítica de questionário

Para algumas das questões presentes no questionário realizado foi necessário criar uma grelha analítica que permitisse a recolha e condensação da informação de suporte.

Objetivo final	Objetivos específicos	Questão	Autor e Referências bibliográficas
Definição demográfica da amostra para ajudar na definição do perfil de cliente com maior probabilidade de aderir ao serviço de teleconsulta/ vídeo consulta.	Perceber as diferenças geracionais.	Idade; ≤24 anos, entre 25 e 32 anos, entre 33 e 40 anos, entre 41 e 48 anos, entre 49 e 56 anos, entre 57 e 64 anos e ≥65 anos	Dimock, M. (2019). <i>Defining generations: Where Millennials end and Generation Z begins</i> ; Instituto Nacional de Estatística. (2021). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009990&contexto=bd&selTab=tab2
Perceber que barreiras poderão existir na adesão ao serviço de teleconsulta/ vídeo consulta.	Comparar a percepção dos respondentes com o perfil de respondentes que já utilizou o serviço anteriormente e é considerado, segundo as métricas NPS, um promotor do serviço.	Qual/ Quais o(s) agente(s) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo consulta	Herzlinger, R. (2006). https://hbr.org/2006/05/why-innovation-in-health-care-is-so-hard ; Villines, Z. (2020). https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits
	Obter feedback sobre a percepção dos respondentes em relação aos fatores que podem representar uma barreira à utilização de teleconsulta/ vídeo consulta.	Qual/ Quais o(s) fator(es) que, na sua opinião, promove(m) a utilização da teleconsulta/ vídeo consulta.	Villines, Z. (2020). https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits ; Reis, R. (2020). COVID-19 e os Portugueses –A vida em tempo de quarentena –Edição MAIO. In Católica Lisbon. Católica Lisbon.
	Perceber se os e-patients são, ou não uma barreira, partida, do serviço de teleconsulta/ vídeo consulta.	O desenvolvimento tecnológico permite que os utentes consigam obter mais informação online, tornando-os mais exigentes com os profissionais de saúde. (condordância 1-10)	Correa, K., Arreguy, E., & Santos, N. (2008). http://next.ensp.fiocruz.br/repositorio/content/28
Obter a opinião dos clientes e profissionais de saúde no ativo sobre o serviço de teleconsultas/ vídeo consultas.	Percepção dos respondentes em relação à aplicação e ao posicionamento da telemedicina, no caso concreto o serviço de teleconsulta/ vídeo consulta.	Os utentes/ clientes que consultam informações médicas e terapêuticas online desempenham um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. (condordância 1-10)	Ferguson, T. (2007). http://www.e-patients.net .
		As aplicações móveis de saúde são benéficas, na medida em que tornam as pessoas mais atentas às decisões que impactam a sua saúde pessoal. (condordância 1-10)	Zumstein, D., & Träger, C. (2017). https://www.researchgate.net/publication/316170894 ; Ferguson, T. (2007). http://www.e-patients.net ; Herzlinger, R. (2006). https://hbr.org/2006/05/why-innovation-in-health-care-is-so-hard
	Obter a percepção dos respondentes dos gains que este serviço de telemedicina permite aos e-patients e instituições de saúde	Quais são, na sua opinião, os contextos onde a teleconsulta/ vídeo consulta pode/deve ser aplicada?	Gardiner, A. (2019). For 'Diagnosis' Show, Dr. Lisa Sanders Lets Times Readers Around the World Join in the Detective Work; Gupta, A. (2020). https://www.forbes.com/sites/forbesbusinesscouncil/2020/07/02/five-healthcare-trends-that-have-been-accelerated-in-2020/?sh=4b3050785d6a ; Villines, Z. (2020). https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits
Avaliar o serviço. Estabelecer bases para a criação de sistema de avaliação futuro.	Obter a valorização NPS sobre o serviço de teleconsulta/ vídeo consulta na perspetiva do profissional de saúde e e-patient	Considera que, em relação à consulta presencial, a telemedicina é: meio complementar, substituto, mal necessário ou importante na prestação de cuidados de saúde?	Villines, Z. (2020). https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits
		Quais os benefícios para os utentes na telemedicina?	Villines, Z. (2020). https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits
		Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo consulta para as instituições de saúde?	Villines, Z. (2020). https://www.medicalnewstoday.com/articles/telemedicine-benefits
Obter a valorização NPS sobre o serviço de teleconsulta/ vídeo consulta na perspetiva do profissional de saúde e e-patient	Obter a valorização NPS sobre o serviço de teleconsulta/ vídeo consulta na perspetiva do profissional de saúde e e-patient	Qual a probabilidade de recomendar a teleconsulta/ vídeo consulta a um utente/ cliente? (1-10, menor maior probabilidade)	Reichheld, F. (2001). <i>Loyalty Rules!</i> ; Reichheld, F. (2003). https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow ; Reichheld, F. (2006). https://www.bain.com/insights/the-ultimate-question-driving-good-profits-and-true-growth/ ; Bain & Company. (2022a). https://www.netpromotersystem.com/about/measuring-your-net-promoter-score/ ;
		Qual a probabilidade de voltar a recorrer à teleconsulta/ vídeo consulta? (1-10, menor maior probabilidade)	Bain & Company. (2022b). https://www.netpromotersystem.com/about/employee-nps/
		Recomendaria uma teleconsulta/ vídeo consulta a um amigo/ familiar seu? (1-10, menor maior probabilidade)	Bain & Company. (2022b). https://www.netpromotersystem.com/about/employee-nps/

ANEXO II – Questionário

1. Idade

1. ≤24 anos
2. Entre 25 e 32 anos
3. Entre 33 e 40 anos
4. Entre 41 e 48 anos
5. Entre 49 e 56 anos
6. Entre 57 e 64 anos
7. ≥65 anos

2. Sexo

1. Feminino
2. Masculino

3. Assinale a frase que melhor se adequa ao seu perfil

1. Sou profissional de saúde em funções - **A**
2. Sou utente/ cliente de serviços de saúde (privados e/ ou públicos) - **B**

A – Questionário específico de Profissionais de Saúde

1. Função

1. Técnico (a) de saúde
2. Enfermeiro (a)
3. Médico (a)

2. Qual/ Quais o(s) agente(s) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta.

1. Profissionais de saúde
2. Setor privado de cuidados de saúde
3. Setor público de cuidados de Saúde
4. Academia
5. Estado (Ministério da Saúde/ DGS/ ACSS/ SPMS)

6. Utentes/ clientes

7. Outro

3. Qual/ Quais o(s) fator(es) que, na sua opinião, promove(m) a utilização da teleconsulta/ vídeo-consulta.

1. Custo

2. Fiabilidade

3. Acessibilidade

4. Usabilidade

5. Confiança

6. Cobertura de seguros de saúde

7. Capacidade de diagnóstico à distância

8. Condições adversas de saúde pública (Covid-19)

9. Proteção de dados/ Privacidade

10. Inovação tecnológica

11. Literacia digital

12. Outro

4. Qual o nível de concordância com as seguintes afirmações?

Classifique de 1-10, sendo 1 não concordo e 10 concordo totalmente.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O desenvolvimento tecnológico permite que os utentes consigam obter mais informação <i>online</i> , tornando-os mais exigentes com os profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os utentes/ clientes que consultam informações médicas e terapêuticas <i>online</i> desempenham um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As aplicações móveis de saúde são	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

benéficas, na medida em que tornam as pessoas mais atentas às decisões que impactam a sua saúde pessoal													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Qual a frequência aproximada de videoconsultas/ teleconsultas realizadas nos anos assinalados?

	0	Apenas 1 por ano	Até 5 por ano	Entre 6 e 12 por ano	Entre 13 e 24 por ano	Mais de 25 por ano
2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2021	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Selecione a opção que mais se adequa à sua circunstância.

1. Apenas os médicos têm o serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta disponível
2. Apesar de ter esse serviço disponível nunca tive um utente/ cliente a solicitar uma Teleconsulta/ vídeo-consulta
3. Não tenho o serviço de teleconsulta/ vídeo-consulta disponível nas minhas consultas por opção própria
4. A organização na qual colaboro não dispõe do serviço de videconsulta/ teleconsulta

7. Como classifica a organização a que se refere na questão anterior?

1. Consultório particular
2. Clínica privada (não pertencente a nenhum grupo de saúde)
3. Grupo de saúde
4. Serviço Nacional de Saúde

8. Quais são, na sua opinião, os contextos onde a teleconsulta/ vídeo-consulta pode/deve ser aplicada?

1. Triagem

2. Em qualquer circunstância desde que sirva o interesse/ necessidade do utente
3. Apenas em 1ª consulta
4. Apenas consultas subsequentes
5. Em nenhum contexto

9. Considera que, em relação à consulta presencial, a teleconsulta/ vídeo-consulta é:

1. Um meio complementar de cuidados de saúde
2. Um meio substituto de cuidados de saúde
3. um mal necessário, a realizar apenas em contextos específicos (ex. pandemia)
4. Importante no futuro da prestação de cuidados de saúde
5. Outro

10. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo-consulta para os utentes/ clientes?

1. Custo
2. Redução do risco de contágio
3. Ausência do tempo de espera em contexto hospitalar
4. Conciliação da vida profissional, pessoal e familiar
5. Rapidez/ conveniência
6. Outro

11. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo-consulta para as instituições de saúde?

1. Racionalização de custos
2. Diminuição do risco de contágio
3. Redução do número de pessoas em contexto hospitalar (em espera)
4. Captação de novos utentes
5. Otimização da gestão de internamentos
6. Outro

12. Qual a probabilidade de recomendar a teleconsulta/ vídeo-consulta a um utente/ cliente? Selecione a opção que mais se ajustar à sua realidade sendo 1 nada provável e 10 muito provável.

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
6. 6
7. 7
8. 8
9. 9
10. 10

B – Questionário específico para *e-patients*

1. Qual o último nível de escolaridade concluído?

1. Ensino Básico
2. Ensino Secundário
3. Ensino Superior (licenciatura/ mestrado)
4. Ensino Superior (doutoramento ou superior)

2. Costuma aceder a plataformas digitais de saúde? (ex. MyCUF, Lusíadas Saúde, MySNS, etc.)

1. Sim
2. Não

3. Qual ou quais os meios de acesso utilizados?

1. Computador
2. Tablet
3. Telemóvel

4. Como costuma acessar a plataformas digitais de saúde? (Selecione a opção que mais se adequa)

1. Sozinho (a)
2. Com ajuda de terceiro (a) com idade igual ou inferior a 24 anos
3. Com ajuda de terceiro (a) com idade compreendida entre os 25 e 32 anos
4. Com ajuda de terceiro (a) com idade compreendida entre os 33 e 40 anos
5. Com ajuda de terceiro (a) com idade compreendida entre os 41 e 48 anos
6. Com ajuda de terceiro (a) com idade compreendida entre os 49 e 56 anos
7. Com ajuda de terceiro (a) com idade compreendida entre os 57 e 64 anos
8. Com ajuda de terceiro (a) com idade igual ou superior a 65 anos

5. Dos serviços abaixo discriminados, assinale apenas aqueles que se recorda utilizar no período de tempo assinalado.

	2019	2020	2021	Não me recordo/ Não utilizei
Teleconsulta/ vídeo-consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar resultados de exames em plataforma digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Download de receitas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagamento de atos médicos através de plataforma digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de terapêutica em plataforma digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agendamento de consultas/ exames através de plataforma digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Qual a razão principal para ter preferido a teleconsulta/ vídeo-consulta em alternativa à consulta presencial?

1. Conveniência/ Rapidez
2. Medo de infecção por Covid-19
3. Recomendação de familiares/ amigos

4. Preço
5. Outro

7. Qual a probabilidade de voltar a recorrer à teleconsulta/ vídeo-consulta? Selecione a opção que mais se ajustar à sua realidade sendo 1 nada provável e 10 muito provável.

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
6. 6
7. 7
8. 8
9. 9
10. 10

8. Qual/ Quais o(s) agente(s) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta.

1. Profissionais de saúde
2. Setor privado de cuidados de saúde
3. Setor público de cuidados de Saúde
4. Academia
5. Estado (Ministério da Saúde/ DGS/ ACSS/ SPMS)
6. Utentes
7. Outro

9. Qual/ Quais o(s) fator(es) que, na sua opinião, promove(m) o uso da teleconsulta/ vídeo-consulta. Selecione a opção que mais se ajustar à sua realidade sendo 1 nada provável e 10 muito provável.

1. Custo
2. Fiabilidade

3. Acessibilidade
4. Usabilidade
5. Confiança
6. Cobertura de seguros de saúde
7. Capacidade de diagnóstico à distância
8. Condições adversas de saúde pública (Covid-19)
9. Proteção de dados / Privacidade
10. Inovação tecnológica
11. Literacia digital
12. Outro

10. Qual o nível de concordância com as seguintes afirmações:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O desenvolvimento tecnológico permite que os clientes consigam obter mais informação <i>online</i> , tornando-os mais exigentes com os profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os clientes que consultam informações médicas e terapêuticas <i>online</i> desempenham um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As aplicações móveis de saúde são	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

benéficas, na medida em que tornam as pessoas mais atentas às decisões que impactam a sua saúde pessoal										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) contexto(s) onde a teleconsulta/ vídeo-consulta pode ser aplicada?

1. Triagem
2. Em qualquer circunstância desde que sirva o interesse/ necessidade do cliente
3. Apenas em 1ª consulta
4. Apenas consultas subsequentes
5. Em nenhum contexto
6. Outro
7. Não sabe/ Não responde

12. Considera que, em relação à consulta presencial, a teleconsulta/ vídeo-consulta é:

1. Um meio complementar de cuidados de saúde
2. Um meio substituto de cuidados de saúde
3. Um mal necessário, a realizar apenas em contextos específicos (ex. pandemia)
4. Importante no futuro da prestação de cuidados de saúde
5. Um meio fundamental de cuidados de saúde
6. Não sabe/ Não responde

13. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo-consulta para os utentes/clientes?

1. Custo
2. Redução do risco de contágio

3. Ausência do tempo de espera em contexto hospitalar
4. Conciliação da vida profissional, pessoal e familiar
5. Rapidez/ conveniência
6. Limitação das agendas nos hospitais/ clínicas
7. Outro

14. Qual é/ Quais são, na sua opinião, o(s) benefício(s) da teleconsulta/ vídeo-consulta para as instituições de saúde?

1. Racionalização de custos
2. Redução do risco de contágio
3. Redução do número de pessoas em contexto hospitalar (em espera)
4. Captação de novos utentes
5. Otimização da gestão de internamentos
6. Outro

15. Recomendaria uma teleconsulta/ vídeo-consulta a um amigo/ familiar seu? Selecione a opção que mais se ajustar à sua realidade sendo 1 nada provável e 10 muito provável.

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4
6. 5
7. 6
8. 7
9. 8
10. 9
11. 10