

O lugar e papel da internet na saúde: contributos do caso português

Autores:
rita.espanha@iscite.pt

Rita Espanha Professora Auxiliar do ISCTE-IUL, Investigadora do CIES-IUL e do OberCom (Observatório de Comunicação).
Rita Veloso Mendes Investigadora do CIES-IUL e da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
Rui Brito Fonseca Docente do Instituto Superior de Ciências Educativas e Investigador do CIES-IUL.
Tiago Correia Professor Auxiliar Convitado ISCTE-IUL; Investigador do CIES-IUL e Universidade de Montreal.

Resumo:

Grande parte da discussão em torno do tema da sociedade de informação salienta o uso da internet na emancipação e *empowerment* de cidadãos tendencialmente mais esclarecidos. Neste artigo, presta-se uma atenção pormenorizada à sua utilização no domínio da saúde em Portugal. Interessa perceber até que ponto esse recurso tem permitido a reconfiguração das aprendizagens em saúde, sobretudo na relação com o saber pericial da bio-medicina. Na verdade, é ainda imprudente atribuir esse estatuto à internet, já que não se assume como um substituto dos profissionais de saúde e dos agentes socializadores mais próximos. Discute-se, por isso, as suas potencialidades e limites.

Com recurso a uma construção tipológica de perfis de utilizadores de internet em Portugal, abre-se espaço para a questão da dependência tecnológica no acesso a informações e cuidados de saúde poder estar a criar novas formas de desigualdade social, especialmente entre a população mais idosa e que mais depende desse acesso.

Apesar de central nos nossos dias, a utilização das tecnologias da informação e comunicação (TIC) em Portugal, encontra-se ainda associada a determinados grupos sociais, não estando totalmente disseminada entre a população. Estes dados dizem respeito a um inquérito aplicado a uma amostra representativa da população portuguesa, realizado no âmbito do Projecto SER – A Saúde em Rede, dedicado ao tema das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde.

Palavras-chave: Internet, saúde, *empowerment*, comunicação em saúde, desigualdades sociais.

1

Introdução

A atualidade é marcada por fortes diferenças, percecionadas em relação aos contextos típicos de modernidade do século XX. Uma diferença a apontar é que uma população, tendencialmente, mais escolarizada conduz a todo um conjunto de alterações, como o modo de entender o papel dos cidadãos, na relação com instituições sociais muito enraizadas, como é o caso da medicina ocidental moderna. Ainda que possa envolver controvérsia, aceita-se como premissa a relação entre escolaridade e consciência crítica, entendida enquanto capacidade individual de avaliação e de escolha ⁽¹⁾. Aliás, os tempos recentes têm sido profícuos em exemplos em que os indivíduos parecem estar a assumir uma verdadeira condição de *agência*, no qual as TIC, se constituem como o seu principal recurso ⁽²⁻⁶⁾.

Importa, apesar de tudo, ter cautela na interpretação de processos desta natureza, pois não estão numa esfera imune a normatividades definidas a um nível supra-individual, como o caso da punição ou da vigilância, amplamente discutidas por Foucault ⁽⁷⁻⁸⁾. Mecanismos de regulação bio-médica articulam-se, portanto, com uma crescente transferência de competências dos níveis sociais e políticos para a responsabilização individual ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Trata-se de uma relação aparentemente paradoxal – entre controlos normativos e crescentes liberdades individuais –, mas cuja articulação é possível e tem sido crescente no campo da saúde. ⁱ (no final ver secção 6) A pesquisa na internet sobre aspectos relacionados com a saúde, estética e bem-estar pode ser considerada

como um dos mais explícitos exemplos desta síntese de normatividades e liberdades.ⁱⁱ Aceder à internet com esse propósito pressupõe um estado prévio de atenção do indivíduo em relação ao seu bem-estar e/ou ao seu corpo, o que demonstra a existência de um processo, primeiro de interiorização normativa e de posterior produção leiga de racionalidades, sobre a saúde e doença.

Sabendo que parte crescente das interações sociais ocorrem no espaço virtual (2-6), este artigo aborda questões que emergem da utilização da internet no modo como os indivíduos se relacionam com a sua saúde e bem-estar, em particular na produção de conhecimento leigo sobre saúde, as aprendizagens em saúde e a relação com os profissionais. Por outro lado, sabendo das preocupações governamentais em torno das novas tecnologias (12), interessa perceber que consequências são produzidas ao nível de um aumento potencial de desigualdades no acesso à saúde.

2

Recolha de dados e amostra

Este artigo baseia-se em resultados obtidos pelo Projecto SERⁱⁱⁱ, através de um inquérito por questionário a uma amostra representativa da população residente em Portugal Continental, com idade igual ou superior a 15 anos (n=808), o que converge com a delimitação etária com outros estudos realizados sobre TIC (13). No sentido de se assegurar uma representatividade de utilizadores de internet tornou-se por base dados recentes que situam nos 45% a proporção de utilizadores em Portugal (14). A sua aplicação teve lugar entre Novembro e Dezembro de 2010 pela GfK Métris (15).

3

Métodos e discussão : a utilização da internet em Portugal - perfis reveladores

No sentido de obter maior rigor sobre o modo como a população portuguesa se relaciona com a internet, procedeu-se à definição tipológica de perfis com base num grupo de variáveis que, no seu conjunto, traduz lógicas de estratificação social.^{iv}

Está em causa a questão da diferenciação dos indivíduos no espaço social e relacional. Tema por excelência na reflexão sociológica, faz hoje parte do domínio científico que as desiguais posições que os indivíduos ocupam no acesso a determinados recursos são responsáveis por processos de estruturação e distinção no espaço social. Na construção dos perfis, utilizou-se a tipologia ACM, pela sua adequação às características da composição dos estratos sociais típicos da sociedade portuguesa, e pela sua ampla consolidação empírica (16-20).^v

Por outro lado, a idade constitui também um elemento explicativo da desigual detenção de recursos. Sabendo que as sociedades modernas são pautadas por uma crescente valorização das qualificações formais em detrimento da vulgarmente chamada “experiência de vida” (21), a idade deve ser tomada sob uma leitura mais profunda e complexa do que a sua condição biológica transmite. Aliás, como Costa (17) atenta, a idade não vale por si enquanto condição essencialista, dado estar impregnada de significados e atributos sociais, papéis e condições sobre os quais se definem lugares, comportamentos e representações (22).

Como se observa no *Gráfico 1*, foram definidos quatro perfis sociográficos reveladores quanto à utilização da internet.^{vi} O perfil “não relação com internet” (NRI) é o que apresenta maior dimensão (33,7%). É maioritariamente composto por indivíduos dos 45 aos 64 anos, indivíduos com baixos níveis de escolaridade, sem conhecimentos de línguas estrangeiras e com rendimentos entre os 501€ e os 1000€.

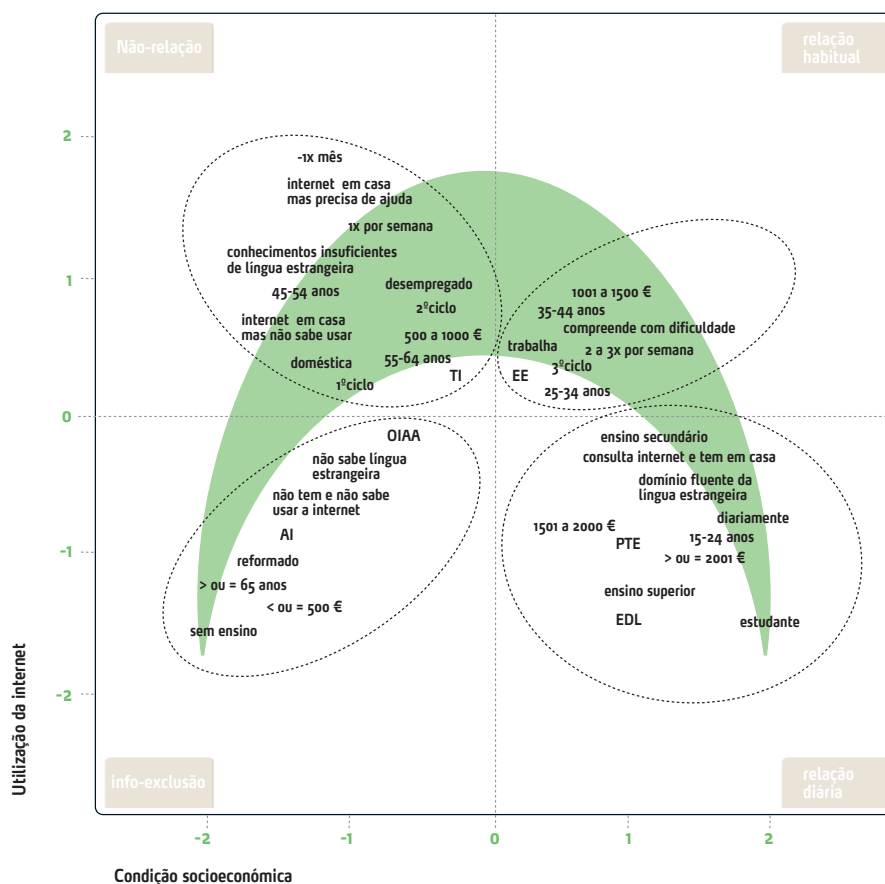
O segundo perfil com maior dimensão é a “relação habitual com internet” (RHI) (29,2%). Diz respeito a utilizadores que consultam a internet de duas a três vezes por semana, idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, pessoas que concluíram a escolaridade mínima obrigatória (3º ciclo) e com rendimentos do agregado familiar entre os 1001 e os 1500€.

Em terceiro lugar, surge o perfil designado por “info-exclusão” (IEX) (21,6%). São as pessoas mais velhas, consequentemente reformadas, que não frequentaram nenhum nível de ensino e apresentam os menores rendimentos do agregados familiares com menores rendimentos.

Por último, o perfil “relação diária com internet” (RDI) (15,5%). De um modo semelhante ao perfil anterior, encontra-se uma correspondência quase linear entre os vários indicadores de caracterização sociodemográficos, o que traduz o carácter cumulativo entre a posse, ou não, de determinados recursos. Neste caso, o perfil é definido pelas classes sociais mais elevadas, com os níveis mais elevados de recursos financeiros e de escolaridade, bem como pelas pessoas mais jovens.

gráfico:

① Espaço topológico e tipologias em relação à utilização da internet, em Portugal



Atualmente parece inquestionável o papel das tecnologias na produção e acesso à informação. Castells (23) designa esta dependência das sociedades ocidentais modernas na difusão e circulação de informação por “sociedade em rede”. Não é somente uma transformação tecnológica, mas uma alteração das estruturas sociais decorrente dessa transformação.

Também em Portugal o acesso à informação e utilização da internet tornou-se massificado. Avanços tecnológicos, a que se associa uma conjuntura política favorável às novas tecnologias, por forma a torná-las mais acessíveis aos cidadãos, permitiram melhorias na cobertura nacional no acesso à internet, além da diminuição de custos, apesar de algumas resistências (24-28).

4

Referenciação em saúde e internet

Relativamente a dados de 2006 (27), a utilização da internet para a pesquisa de temas relacionados com saúde, estética e bem-estar aumentou cerca de 5%, situando-se agora nos 25,7%.

As pessoas com uma relação mais próxima com a internet tendem a efectuar pesquisas sobre doenças em geral, as pessoas que não têm relação com internet ou estão em situação de info-exclusão tendem a solicitar ajuda a terceiros para pesquisar sobre doenças diagnosticadas.

Seguindo a terminologia de Giddens (1), o avanço das novas tecnologias trouxe o emergir de toda uma discussão sobre o papel do saber leigo na relação tradicionalmente assimétrica de poder com os profissionais de saúde. É nesse enquadramento que se situam debates recentes sobre a construção de um utente cada vez mais informado e autónomo (28) e, possuidor de uma autonomia individual emancipadora (29).

Como se observa no **quadro 1**, especialmente médicos, mas os profissionais de saúde em geral, constituem a principal base de referenciação em saúde para os portugueses^{vii}, seguidos pelos familiares e amigos. Esta dupla relação de aprendizagens em saúde, entre saberes leigos e saberes periciais, traduz a complexidade envolta nas práticas e representações dos indivíduos sobre a sua saúde e doença (30).

Embora estes resultados demonstrem que a televisão se mantém como principal meio de difusão massificada de informação (31), não é possível ignorar o lugar que a internet assume.

Destaca-se também o lugar dos terapeutas de medicinas alternativas, as redes sociais e as associações de doentes, os quais aparecem com um lugar residual como fonte de referenciação em saúde. Não obstante vivermos um contexto social marcado por um cepticismo crescente dos saberes leigos em relação à medicina (32-33), comparativamente às restantes fontes de informação, a medicina não deixa de reproduzir a dependência no seu saber (34). Em segundo lugar, reforça também a ideia que a partilha de conhecimento por intermédio das novas tecnologias tem um peso pouco relevante.^{viii}

Apesar dos profissionais de saúde e amigos/familiares constituírem as principais fontes de referenciação em saúde, a sua confiança tende a estar sobre-representada para as pessoas mais velhas e que menos utilizam internet (perfis NRI e IEX) e sub-representada para a população mais jovem, escolarizada e mais próxima às novas tecnologias (perfis RDI e RHI).

No **quadro 2**, apresentam-se valores médios globais sobre o objectivo das pesquisas efectuadas sobre saúde, estética e bem-estar. A maioria das pesquisas efetuadas têm por base a obtenção de informações especializadas sobre problemas de saúde ou para aumentar conhecimentos gerais sobre saúde.

Isto significa que a utilização da internet está longe de traduzir um sinal de emancipação dos saberes leigos. Num outro prisma, sendo inegável a presença crescente de áreas de conhecimento na gestão quotidiana da saúde e da doença fora do tradicional domínio bio-médico, como são os exemplos da acupunctura ou da homeopatia (35), comprova-se que continuam a ter pesquisas residuais na internet comparativamente à bio-medicina.

quadro

1 Fontes de Informação em saúde (média)

Médicos (*)	3,1
Farmacêuticos	2,58
Familiares e amigos (**)	2,45
Enfermeiros (*)	2,34
Televisão (**)	1,93
Livros (**)	1,59
Sites (**)	1,56
Rádio	1,55
Revistas (**)	1,54
Jornais (**)	1,52
Terapeutas/profissionais de medicinas alternativas (**)	1,32
Redes sociais (**)	1,29
Associações de doentes (**)	1,23
(*) <0,05 (Anova)	
(**) <0,05 (Kruskal-Wallis)	

quadro:

2 Objectivo de pesquisa na internet (%)

Obter informações especializadas sobre um problema de saúde	86,1
Aumentar conhecimento geral sobre saúde	82,7
Partilhar experiências sobre problemas de saúde	41,7
Procurar tratamento de saúde	33,7
Procurar um profissional de saúde	30,0
Auto-diagnosticar	23,2
Comparar preços de medicamentos	19,0
Comparar preços de produtos de beleza e bem-estar	16,4
Procurar outras pessoas sem serem profissionais de saúde	16,6
Procurar um outro profissional/terapeuta	14,9
Comprar produtos relacionados com saúde, estética e bem-estar	5,8

Estes dados respeitam à generalidade dos casos em que os indivíduos sentiram necessidade de aceder a fontes de informação em saúde. Importa, por isso, perceber se a gravidade percebida dos sintomas introduz alterações substanciais nos comportamentos dos indivíduos.

Em todo o caso, estatisticamente, não há qualquer relevância entre os perfis de utilização da internet e os recursos procurados em situações consideradas não urgentes (V de Cramer = 0,165) e urgentes (V de Cramer = 0,114). Em caso de situações consideradas não urgentes, o principal recurso tende a ser o médico de família do SNS. Embora transversal, esta tendência é mais acentuada para o perfil das pessoas mais velhas e menos escolarizadas, dado que os restantes acabam por ter ligeiros aumentos noutras fontes de informação.

quadro:

3 Motivos para se tomar determinada decisão sobre recursos de saúde a utilizar

Em caso de não urgência		Em caso de urgência	
Porque sempre me habituei a isso	51,4	Porque sempre me habituei a isso	45,0
Porque das últimas vezes que o fiz fiquei satisfeito(a) com o resultado	9,3	Porque das últimas vezes que o fiz fiquei satisfeito(a) com o resultado	9,2
Porque um familiar/amigo disse para fazê-lo	1,4	Porque um familiar/amigo disse para fazê-lo	1,0
Porque tenho mais confiança	29,5	Porque tenho mais confiança	38,4
Porque é mais rápido/Prático/Próximo	4,1	Porque é mais rápido/Prático/Próximo	3,4
Por uma questão de dinheiro	0,8	Por uma questão de dinheiro	0,8
Porque não é um problema de saúde grave	0,5	Porque é sempre atendido	0,9
É o procedimento mais correcto	1,3	Outro motivo ^{ix}	1,3
Outro motivo ^x	1,7		
Total	100,0	Total	100,0

^{ix} Motivos como: não haver outra alternativa perto, ter os melhores equipamentos, ter que ser seguido pelo médico da empresa.

^x Motivos como: ter uma relação privilegiada com profissionais de saúde, os serviços médicos pertencem à empresa, porque é onde o seguro tem acordos.

É o caso dos farmacêuticos, das pessoas com idades entre os 25 e os 44 anos, níveis médios de escolaridade e pessoas que trabalham como empregados executantes, como também entre as pessoas entre os 45 e 64 anos, as domésticas e desempregados; e o caso dos amigos/familiares e a utilização de serviços de saúde privados entre as pessoas mais jovens e com capitais mais elevados.

Por outro lado, em situações de doença considerada urgente, volta a haver uma convergência, neste caso em torno da utilização da urgência hospitalar pública e dos serviços de atendimento permanente dos centros de saúde. Das principais *nuances*, a que ganha maior expressão é entre as pessoas com mais recursos haver um ligeiro aumento na utilização de serviços de urgência privados.

Sobre os motivos que explicam essas escolhas, observe-se a informação da *quadro 3*. Percebe-se que a repetição das escolhas, decorre principalmente de aprendizagens que se vão rotinizando. Estes dados são reveladores, quanto ao peso efectivo que as influências sociais assumem nas escolhas individuais em saúde.

Também importa salientar a confiança que a população manifesta nos profissionais de saúde das instituições públicas, o que converge com dados internacionais sobre a relação com os sistemas de saúde ⁽³⁶⁾.

Seguindo ainda uma outra leitura, percebe-se os efeitos da existência de uma prestação de cuidados geral e universal de base *beveridgiana*^{xi}, ao comprovar-se o peso marginal que a posse de recursos financeiros representa no acesso aos serviços de saúde, o facto de se ser ou não atendido ou a rapidez, comodidade e proximidade dos serviços.^{xii}

Assim, as práticas dos indivíduos na gestão da sua condição de doença evidenciam o lugar periférico assumido pelas novas tecnologias. Os profissionais de saúde e os serviços públicos constituem-se como os recursos preferenciais, numa sociedade que num curto espaço de tempo construiu uma relação de confiança, com esses prestadores.

Além dos trabalhos já existentes onde se discute os actuais desafios que se colocam ao sistema de saúde português, nomeadamente em termos da maior abertura que tem vindo a ser conferida aos prestadores privados em nome do sector público (37-39), escasseiam ainda conclusões sobre as implicações futuras desta intensa relação público-privada para o sistema de saúde português.

5

O papel da internet na saúde

De forma consistente entre os perfis de utilizadores de internet, o modo de pesquisa efectuado ocorre preferencialmente por intermédio de “motores de pesquisa”^{xiii}, revelando uma natureza tendencialmente aberta e contingencial da pesquisa na internet.

quadro:

4

Temas pesquisados na internet sobre saúde, estética e bem-estar^{xiv}

	Valores médios	Desvio padrão
boa forma e exercício físico	2,08	1,003
nutrição e problemas alimentares	1,83	0,998
beleza e bem-estar	1,65	0,897
doenças sexualmente transmissíveis	1,54	0,778
métodos anticoncepcionais	1,53	0,810
fertilidade e gravidez	1,47	0,811
toxicodependências	1,42	0,747
desempenho e performance sexual	1,31	0,672

Em convergência com outras análises, a internet assume-se como uma fonte de poucas barreiras, físicas e temporais, no acesso a informações generalistas e/ou especializadas sobre boa forma e exercício físico, nutrição, beleza e bem-estar. De facto, é possível afirmar que os portugueses estão hoje mais preocupados com a sua saúde, mas como processo social mais abrangente associada à secularização das sociedades (40-41), e com uma relação menos directa com a internet.^{xv}

A internet representa assim, mais uma fonte de acesso a informações sobre saúde, com potencialidades e limites definidos. Por um lado, envolve uma interacção verbal e/ou escrita que permite deixar na invisibilidade a fonte de descrédito em que um potencial estigma social se baseia (42). Por outro lado, é precisamente aí que reside a limitação da internet, sobretudo nos temas de saúde, estética e bem-estar.

Especificamente, respeitante a níveis mais baixos de confiança na internet que noutros meios de informação, importa referir que um dos aspectos a que foi dada maior relevância entre os inquiridos foi à existência de instituições que certifiquem a qualidade da informação disponível, além de haver alguma preocupação com o facto de se procurar informações em *sites* cuja reputação científica é conhecida.

Sendo a questão da qualidade da informação disponibilizada na internet um problema indiscutível, em paralelo, há que considerar o modo como as pesquisas são efectuadas. Referiu-se anteriormente que é praticamente inexistente uma pesquisa por intermédio de *sites* de natureza institucional, sendo o principal recurso os motores de busca para aceder a *sites* genéricos sobre saúde. Ora, é precisamente nos *sites* que os portugueses menos consultam que mais se pode garantir as preocupações manifestadas sobre qualidade dos conteúdos e conhecimento das fontes. Deste ponto de vista, pode estar em causa a necessidade de uma aprendizagem crítica no acesso e filtragem aos recursos existentes.

6

Conclusão

O primeiro dado a salientar é que parte significativa da população portuguesa continua a não ter acesso às TIC, ou a não saber lidar com as suas potencialidades.

Sociologicamente, é relevante perceber que não são apenas os mais velhos, iletrados e com recursos financeiros mais baixos que estão alheados do acesso às TIC.

Neste sentido, e considerando que a internet tem vindo a assumir uma progressiva centralidade na vida em sociedade, torna-se visível a produção de mais uma forma de desigualdade social.

Outra conclusão diz respeito à função e alcance da internet sobre a relação das pessoas com a sua saúde, estética e bem-estar. Pela primeira vez, em Portugal, mede-se o conteúdo e implicações dos usos da internet, percebendo-se, por um lado, que a pesquisa *online* assume uma natureza contingencial, pouco estruturada e sobre temas diversificados, e, por outro, que apesar da sua crescente visibilidade nas interações sociais, as aprendizagens em saúde continuam a ser configuradas por intermédio de fontes já instituídas: saber pericial dos profissionais de saúde e agentes próximos de socialização. Esta conclusão é transversal à população e permite discutir problemas associados à consulta na internet. Entre os mais significativos, destacam-se: a falta de uma literacia tecnológica que permita pesquisas em fontes mais fidedignas; e a própria natureza privada que o tema da saúde envolve, dificultando formas de interação social sem a presença física do interlocutor.

ⁱ Exemplos como o tipo de alimentação, a preocupação com o corpo ou a adoção de estilos de vida saudáveis, demonstram em que sentido a pressão social para conceções de saúde cada vez mais restritivas, coexiste com o espaço crescente à liberdade e consequente responsabilização individual. Assim pode-se explicar o envolvimento dos indivíduos na promoção da sua saúde, os quais são chamados a fazer uma utilização correta dos serviços de saúde, a ceder informações corretas e precisas aos profissionais de saúde e a fazer uma correta gestão quotidiana, da sua saúde e doença.

ⁱⁱ A opção por uma categoria de saúde tão ampla, incluindo os domínios da estética e do bem-estar não foi fortuita. Tendo presente a complexidade envolta nos significados que os indivíduos atribuem à saúde e doença ⁽³⁰⁻⁴³⁾, o objetivo foi introduzir a menor filtragem possível nestes entendimentos no decorrer da aplicação dos instrumentos de recolha de informação.

ⁱⁱⁱ O Projeto SER - A Saúde em Rede é fruto de uma parceria entre o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL) e a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), sendo financiado por esta última. Este projeto de investigação, tem como objetivo central compreender os principais traços que caracterizam as tecnologias da informação e comunicação, no campo da saúde em Portugal, a sua utilização, as suas potencialidades e os desafios que colocam à sociedade portuguesa.

Sinteticamente, o Projeto SER visa contribuir para uma melhor compreensão dos principais desafios que se colocam à sociedade portuguesa, em resultado da progressiva e global implementação dos sistemas de informação na área da saúde e da divulgação e proliferação da informação sobre saúde, disponível em novos instrumentos de comunicação, ponderando as suas potencialidades, riscos, limitações, consequências e respetivos impactos nas políticas de saúde.

^{iv} As variáveis incluídas na análise foram: (I) condição perante o trabalho; (II) domínio de língua estrangeira; (III) frequência de utilização da internet; (IV) idade; (V) indicador socioprofissional; (VI) nível de instrução concluído; (VII) relação com o uso da internet; (VIII) rendimento mensal líquido do agregado familiar. O elemento técnico usado foi a aplicação de *clusters* após a identificação das correspondências múltiplas entre as variáveis (*Homals*, ou análise de homogeneidade) ⁽⁴⁴⁾. A solução final dos perfis selecionados foi consistentemente obtida por intermédio de dois métodos estatísticos distintos (método *ward* e método *furthest neighbor*). As categorias das variáveis sofreram as recodificações necessárias, para aumentar a qualidade da técnica estatística. De referir que a não inclusão da variável sexo resulta de uma quase total ausência de relação com as restantes variáveis analisadas.

^v Um dos argumentos que legitima a sua utilização diz respeito ao facto de articular duas dimensões fulcrais na estruturação do espaço social: situação na profissão e profissão. Enquanto o primeiro permite aferir a relação com os meios de produção (sinteticamente, sobre a sua posse ou não posse), o segundo permite incluir os recursos escolares e o *status* envolvido num desempenho de uma determinada profissão. Para um debate mais aprofundado vd. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

^{vi} De referir que o posicionamento relativo das categorias no plano descreve de forma praticamente linear o efeito de Guttman ⁽⁴⁵⁾, o qual traduz uma sequência ordenada e a uma distância relativamente próxima entre as categorias. Os extremos da distribuição encontram-se nos quadrantes 3 e 4, enquanto as associações privilegiadas entre as categorias dos quadrantes 1 e 2 traduzem situações intermédias. Efeito semelhante foi já identificado por Mauritti ⁽²²⁾.

^{vii} Valores médios apurados numa escala ordinal tratada como quantitativa, em que 1 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”.

^{viii} Os grupos de autoajuda remetem para um debate mais amplo sobre o envolvimento dos indivíduos na participação institucional ⁽⁴⁶⁾, por intermédio dos conceitos de governância ou empowerment dos indivíduos ⁽⁴⁷⁾. Para uma revisão de literatura sobre esta questão propõe-se a leitura do texto de Serapioni e Sesma ⁽⁴⁸⁾. Estes podem ser interpretados como manifestações de novos movimentos sociais ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾ que visam criar alternativas às crescentes fragilidades sentidas na prestação de cuidados institucionalizada, sentida devido a uma atividade pública cada vez mais assente em imperativos de ordem financeira ⁽⁵¹⁻⁵²⁾, sabendo, por outro lado, que a atividade liberal privada não se assume como seu substituto. No caso das medicinas alternativas, e partindo da reflexão de Clamote ⁽⁵³⁾, importa considerar a heterodoxia das configurações de pluralismo médico no mundo globalizado. Sem entrar em profundidade no debate, a própria categorização “alternativa” tem por base uma referência à regulação social decorrente da medicina bio-médica cujos seus referenciais não coincidem com o de outras formas de medicina.

ix Motivos como: não haver outra alternativa perto, ter os melhores equipamentos, ter que ser seguido pelo médico da empresa.

x Motivos como: ter uma relação privilegiada com profissionais de saúde, os serviços médicos pertencem à empresa, porque é onde o seguro tem acordos.

xi Os sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge, são aqueles que dependem, predominantemente, dos impostos cobrados pelo Estado, caracterizando-se por sistemas de financiamento bem estabelecidos (54).

xii A pertinência destes últimos indicadores prende-se com as conhecidas dificuldades no acesso aos serviços de urgência, quer em centros de saúde, quer em hospitais. Portanto, mesmo sabendo os problemas que as pessoas irão encontrar, a opção continua a ser recorrerem a esses prestadores porque confiam e sempre o aprenderam a fazer.

xiii Com base em valores médios apurados numa escala ordinal tratada como quantitativa, em que 1 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”.

xiv Valores médios apurados numa escala ordinal tratada como quantitativa, em que 1 corresponde a “nunca” e 4 “frequentemente”.

xv Com o recurso ao procedimento TwoStep Cluster (combinando as variáveis: “as questões médicas são hoje mais importantes do que no passado”; “tenho hoje em dia uma preocupação com a minha saúde”; “tenho hoje em dia uma maior preocupação com a minha aparência”), foram definidos 3 perfis quanto à preocupação das pessoas relativamente à saúde, estética e bem-estar: “posição altamente preocupada” (26,7%) e “posição de tendencial preocupação” (28,2%) e “posição altamente despreocupada” (32,3%). No seu conjunto, estes três perfis englobam 87,3% do total de variância explicada.

Conflito de interesses

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

7

Bibliography

- (1) Giddens, A. *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta Editora. 1990
- (2) Al-Hammadany, Firas H. e Heshmati, Almas. Determinants of Internet Use in Iraq. *International Journal of Communication*, 5 2011:1967-1989
- (3) Hall, Wendy. The Ever Evolving Web: The Power of Networks. *International Journal of Communication*, 5. 2011: 651– 664
- (4) Harlow, Summer e Johnson, Thomas J. Overthrowing the Protest Paradigm? How *The New York Times*, Global Voices and Twitter Covered the Egyptian Revolution. *International Journal of Communication*, 5. 2011: 1359–1374
- (5) Hofheinz, Albrecht. Nextopia? Beyond Revolution 2.0. *International Journal of Communication*, 5. 2011 : 1417–1434
- (6) Eitantawy, Nahed e Wiest, Julie B. Social Media in the Egyptian Revolution: Reconsidering Resource Mobilization Theory. *International Journal of Communication*, 5. 2011: 1207–1224.
- (7) Foucault, M. *Histoire de la Sexualité 1, La Volonté de Savoir*. Paris : Gallimard. 1976
- (8) Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1979
- (9) Herzlich, C e Pierret, J. *Malades d'hier, maladies d'aujourd'hui*. Paris: Payot. 1984
- (10) Petersen, A. Risk, governance and the new public health. in A. Petersen e R. Bunton. *Foucault – health and medicine*. London: Routledge, 1997: 188-206
- (11) Rosa, R.; Alves, F.; Silva, L.F. Protagonismos alternativos em saúde – contexto teórico de uma pesquisa compreensiva. *RECIIS*, 5(4). 2011: 24-31
- (12) Espanha, Rita (Coord.) e Fonseca, Rui Brito. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Tecnologias da Informação e Comunicação*, Lisboa, ACS (Relatório). 2010
- (13) Espanha, R. *Saúde e comunicação numa sociedade em rede. O caso português*. Lisboa: Monitor. 2009
- (14) LINI, UMIC Agência para a Sociedade do Conhecimento. A Utilização de Internet em Portugal, World Internet Project. 2010
- (15) Espanha, R. (coord.), Mendes, R.V., Fonseca, R.B., Correia, T. A Relação entre TIC, Utentes, Profissionais e Redes Tecnológicas de Gestão de Informação em Saúde. Lisboa: CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian (relatório final). 2011
- (16) Almeida, J.F.; Costa, A.F.; Machado, F.L. “Famílias, estudantes e universidade – painéis de observação sociográfica”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 4. 1988: 12 – 44
- (17) Costa, A.F. *Sociedade de Bairro*. Oeiras: Celta Editora. 1999
- (18) Costa, A.F., et al. “Classes Sociais na Europa”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 34, 2000: 9 – 43
- (19) Nunes, N.; Carmo, R.M. Condições de Classe e ação colectiva na Europa, in R.M. Carmo (org.). *Desigualdades Sociais. Estudos e indicadores*. Lisboa: Editora Mundos Sociais. 2010: 119-126
- (20) Antunes, R. Classes Sociais e a desigualdade na saúde, in R.M. Carmo (org.). *Desigualdades Sociais. Estudos e indicadores*. Lisboa: Editora Mundos Sociais. 2010 : 127 – 134
- (21) Riley, M.; Riley, J. Vieillesse et changement des rôles sociaux, *Gérontologie et société*, 56. 1991: 6-13
- (22) Mauritti, R. Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, Vol. XXXIX, n.º 171. 2004: 339-363
- (23) Castells, M. *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – A Sociedade em Rede*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2002
- (24) ANACOM. Situação das Comunicações 2009. disponível em <http://www.anacom.pt/render.jsp?categoryId=336825>. 2009
- (25) OberCom. *Anuário da Comunicação 2008-2009*, Lisboa: OberCom (disponível em: www.obercom.pt/client/?newsId=28&fileName=anuario_08_09.pdf). 2009
- (26) Alves, N. Pobreza e Participação no mercado de trabalho em Portugal, in R.M. Carmo (org.). *Desigualdades Sociais. Estudos e indicadores*. Lisboa: Editora Mundos Sociais. 2010: 101 – 110
- (27) Cardoso, G.; Espanha, R.; Gomes, C. Inquérito Sociedade em Rede em Portugal em 2006. Lisboa: CIES-ISCTE. 2006
- (28) Santos, B.S. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23. 1987: 13-74
- (29) Kivits, Joëlle. Researching the ‘informed patient’: the case of Online Health Information Seekers. *Information, Communication & Society*. UK: Routledge. 2004
- (30) Singly, F. *Le soi dénué. Essai sur l'individualisme contemporain. Collectif, Un Corps pour soi*. Pris: PUF. 2005
- (31) Harding, G.; Nettleton, S.; Taylor, K. Lay Health Beliefs and ‘Help Seeking’ Behaviour. in *Sociology for Pharmacists*. London: Macmillan, 1990: 27-35
- (32) Lupton, D. Doctors in the news media: lay and medical audiences’ responses. *Journal of Sociology*, 34 (1). 1998: 35-48
- (33) Webster, A. Innovative Health Technologies and the Social: redefining Health, Medicine and the Body. *Current Sociology*, 50 (3). 2002: 443-457
- (34) Kuhlmann, E. Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology* 54(4). 2006: 607 – 620

- (35) Almeida, J. (no prelo), The Differential Incorporation of CAM into the Medical Establishment: the Case of Acupuncture and Homeopathy in Portugal, *Health Sociology Review*.
- (36) Van der Zee J.; Kroneman M. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research* 7. 2007: :94
- (37) Simões, Jorge. *Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina. 2004
- (38) Campos, A.C. *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra: Almedina. 2008
- (39) Correia, T. New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading. *Sociologia ONLINE*, 2. 2011
- (40) Giddens, A. *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta Editora. 1991
- (41) Turner, B.S. *Medical Power and Social Knowledge*, Londres: Sage Publications. 1995
- (42) Goffman, E. *O estigma e identidade social*. in Estigma. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1980: 11-28.
- (43) Calnan, M.; Williams, S. Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances. *Sociology of Health and Illness*, 13(4). 1991: 506 – 529.
- (44) Carvalho, H. *Análise Multivariada de Dados Qualitativos*. Lisboa: Edições Sílabo. 2004
- (45) Oliveira, L.; Carvalho, H. A segmentação do espaço de inovação na indústria portuguesa. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39. 2002: 39-56.
- (46) Mozzicafreddo, J. *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta Editora. 2002
- (47) Friedman, J. *Empowerment*. Oeiras: Celta Editora. 1996
- (48) Serapioni, M.; Sesma, D. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo". Full Papers of the ESA 27 Research Network Mid-term Conference, Cascais, ESA/APS. 2010
- (49) Kelleher, D. New social movements in the health domain, in G. Scambler (org.). *Habermas, Critical Theory and Health*. Londres: Routledge. 2001:119-142.
- (50) Tejerina, B. Movimientos sociales, espacio público y ciudadanía. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 72. 2005: 67-97.
- (51) Mechanic, D.; Rochefort, D. Comparative Medical Systems. *Annual Review of Sociology*, 22. 1996: 239 – 270.
- (52) Peck, J.; Tickell, A. Neoliberalizing Space. *Antipode*, 34(3). 2002: 380 – 404.
- (53) Clamote, T. *Pluralismo médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais*. in G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página. 2006: 197 – 240.
- (54) Barros, Pedro Pita e Gomes, Jean-Pierre. *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa 2002 (disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/re_l_auditoria/2003/re_l047-2003-estudo_externo-final.pdf)