



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Consultas médicas por telefone e *e-mail*: Gestão da Informação nas Unidades de Saúde

Nuno Miguel Venceslau Correia dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Gonçalves Pinheiro

Covilhã, Janeiro de 2013

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Paulo Gonçalves Pinheiro orientador desta dissertação, agradeço a partilha de saber, o apoio e valiosas contribuições para a concretização deste trabalho.

Eterna gratidão a todos os meus familiares, especialmente à minha esposa Sofia e filha Carolina pelo incentivo, apoio, paciência e disponibilidade que sempre me providenciaram.

Por fim, o meu sincero agradecimento a todos os que directa ou indirectamente, colaboraram para a realização desta dissertação.

Resumo

A ineficiência conduz à iniquidade e aumento dos custos (Campos 2007). Estas exigências de eficácia são agravadas pelo aumento das listas de espera para consultas em Portugal, sistemas informáticos pouco desenvolvidos no campo da saúde e extensa burocracia para obter consulta médica (Campos, Saturno & Carneiro, 2010; Furtado & Pereira, 2010). Torna-se, portanto, cada vez mais necessária a adaptação das unidades de saúde às tecnologias da comunicação. O objectivo principal deste trabalho foi avaliar as atitudes da população portuguesa relativamente à obtenção do número e endereço de correio electrónico do médico. Adicionalmente, compararam-se as atitudes face ao *e-mail* e ao telefone, bem como a influência das variáveis sociodemográficas nestas atitudes.

Foi aplicado um questionário *online* traduzido e adaptado de Peleg e Nazarenko (2012). Este questionário foi difundido através de correio electrónico e das redes sociais Facebook® e LinkedIn®. Esta difusão foi realizada pela plataforma *encuestafacil*. Assim a população alvo consistiu em cibernautas cujo único requisito para responderem ao questionário era terem 18 ou mais anos, no total responderam 222 pessoas. Os dados foram tratados através do SPSS® realçando os itens mais cotados em relação às atitudes e procurando possíveis correlações entre variáveis demográficas e atitudes para com a consulta médica por telefone e *e-mail*. Os resultados evidenciam atitudes mais positivas face ao telefone, ainda que também se evidenciem alguns aspetos em que o acesso ao *e-mail* é percebido de forma mais positiva que ao telefone. O acesso ao telefone aumenta a sensação de segurança (mesmo que não o utilizem) e é visto como eficaz na resolução dos problemas. Contudo, consideram que o telefone pode interferir com a privacidade do médico, podendo ainda elevar a possibilidade de um erro de comunicação ou mal-entendido. As maiores vantagens do *e-mail* referidas pelos inquiridos foram o facto de não interromper o trabalho do médico, a possibilidade de diminuir o número de consultas e que aumentaria a sensação de segurança dos utentes, os inconvenientes do *e-mail* são semelhantes aos do telefone.

Conclui-se que apesar de existirem atitudes mais positivas em relação às consultas por telefone, são necessários mais estudos na população de forma a adaptar uma futura implementação à mesma. Sugere-se ainda em termos de gestão das unidades hospitalares que a implementação deste tipo de consultas não presenciais seja acompanhada de formação específica que incida em técnicas de comunicação, da fundação de unidades orgânicas com a função de orientar e regular estes sistemas de comunicação entre médico e utente e ainda da melhoria de bases dados para que estas consultas sejam completamente seguras e eficazes.

Palavras-chave

Gestão da informação, telefone, *e-mail*

Abstract

Inefficiency leads to inequity and increased expenditure (Correia de Campos, 2007). These demands of effectiveness are aggravated by the increment of waiting lists for medical appointments in Portugal, underdeveloped informatic systems used in health care and extensive bureaucracy to get a medical appointment (Campos, Saturno & Carneiro, 2010; Furtado & Pereira, 2010). Therefore, it becomes increasingly necessary to adapt the health care facilities to communication technologies. The main goal of this dissertation was to evaluate the attitudes of the Portuguese population towards the procurement of the physician phone number and e-mail address. Additionally, the attitudes concerning the phone number and e-mail were compared, as well as the influence of sociodemographic variables in these attitudes.

An on-line quiz translated and adapted from Peleg and Nazarenko (2012) was applied. This quiz was diffused throughout e-mail and social network, such as *Facebook*® and *LinkedIn*®. This diffusion was made by the *encuestafacil* platform. Thus, the target population consisted in cybernauts which the sole requirement to answer the quiz was having 18 or more years old, with a total of 222 respondents. The data was processed by SPSS®, emphasizing the topics more quoted respecting the attitudes and searching the possible correlations between demographic variables and attitudes regarding the medical appointments via telephone and e-mail. The results showed more positive attitudes facing telephone, even though they also proved that in some aspects e-mail is viewed as being more useful than the telephone. The access to the telephone increases the feeling of safety (even if it's never used for the purpose) and it is seen as an effective tool in problem solving. Nevertheless, they consider that it may interfere with the physician's privacy and it can as well raise the possibility of a communication error or a misunderstanding. The biggest advantages of e-mail referred by the respondents were the fact that it does not interrupt the physician's current practice, the possibility of diminish the number of medical appointments and elevate the patients' feeling of safety; e-mail inconvenients are conterminous to the telephone.

We can conclude, thereby, that beside existing more positive attitudes concerning the appointments by telephone, it's necessary more extensive studies in the population with the view to adapt a future implementation to the selected population. It's still suggested that in terms of hospital management this kind of non-presential appointments be followed of specific schooling that focuses especially in communication techniques, establishing units with the sole role to guide and control these communication systems between the physician and the patient and furthermore the improvement of the data-base that makes these medical appointments completely safe and effective.

Keywords

Information management, telephone, *e-mail*

Índice

	Página
Lista de gráficos	
Lista de tabelas	
Lista de acrónimos	
1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico - Gestão da Informação em Saúde	5
2.1. Comunicação e informação	6
2.2. Necessidade de eficiência e eficácia	7
2.3. Vantagens consulta por <i>e-mail</i> e telefone	8
2.4. Regulamentação e obstáculos das consultas por <i>e-mail</i> e telefone	10
3. Metodologia	13
3.1. Questões de investigação e hipótese	13
3.2. População e amostra	14
3.2.1 Caracterização geral da amostra	14
3.3. Instrumentos utilizados para colheita de dados e estudo de fidelidade	17
3.3.1 Atitudes sobre a consulta médica por telefone e e-mail	17
3.3.2 Fontes de informação sobre o funcionamento das unidades de saúde	17
3.3.3 Características sociodemográficas e de saúde	18
3.3.4 Características laborais	18
3.3.5 Estudo de fidelidade	18
3.4. Procedimento de colheita de dados	19
3.5. Tratamento estatístico dos dados	19
3.6. Princípios éticos	20
4. Apresentação e análise dos resultados	22
5. Discussão dos resultados	33
6. Conclusão	39
Referências Bibliográficas	
Anexos	
Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados	

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 - Tem <i>e-mail</i> e com que frequência o usa	25
Gráfico 2 - Opinião sobre o acesso ao número de telemóvel ou endereço de <i>e-mail</i> do médico	26
Gráfico 3 - Horas para o contacto com o médico	26
Gráfico 4 - Circunstâncias para contactar o médico	27
Gráfico 5 - Já pediu o contacto ao seu médico	27
Gráfico 6 - Possui o número de telemóvel ou o endereço de <i>e-mail</i> do seu médico	28
Gráfico 7 - Fontes de informação sobre as unidades de saúde	28

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Valores descritivos da variável Idade e número de filhos dos inquiridos	15
Tabela 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características sociodemográficas	15
Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características laborais	16
Tabela 4 - Consistência interna das escalas TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	18
Tabela 5 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correcção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade das escalas TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	19
Tabela 6 - Resultados descritivos da pontuação total da escala TELEFONE	22
Tabela 7 - Resultados descritivos dos itens da escala TELEFONE	23
Tabela 8 - Resultados descritivos da pontuação total da escala <i>E-MAIL</i>	24
Tabela 9 - Resultados descritivos dos itens da escala <i>E-MAIL</i>	24
Tabela 10 - Correlação entre as atitudes e práticas da população para a obtenção do número de telemóvel e endereço de <i>e-mail</i> dos médicos	29
Tabela 11 - Correlação da variável “Idade” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	30
Tabela 12 - Comparação da variável “Doença crónica” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	30
Tabela 13 - Comparação da variável “Familiar ou conhecido com doença crónica” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	30
Tabela 14 - Comparação da variável “Género” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	31
Tabela 15 - Comparação da variável “Escolaridade” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	31
Tabela 16 - Comparação da variável “Profissional de saúde” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	31
Tabela 17 - Comparação da variável “Profissional de informática” com as escalas de TELEFONE e <i>E-MAIL</i>	31

Lista de Acrónimos

CNPD	Comissão Nacional de Protecção de Dados
EUA	Estados Unidos da América
GRP	Gabinete de Relações Públicas
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior

Capítulo 1

1. Introdução

A gestão consiste num conjunto de processos que visam garantir a alocação eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização de forma a atingir as metas pré-estabelecidas (Spínola & Pessoa *apud* Pinochet, 2011). Neste estudo em particular importa-nos a gestão de um dos recursos mais importantes de qualquer organização, a informação.

O problema que levou à temática deste trabalho de investigação prende-se com os seguintes aspectos presentes nos sistemas de saúde em Portugal: o aumento das listas de espera para os utentes, a burocracia demorada para conseguir marcação de consulta e o baixo desenvolvimento de sistemas informáticos nas unidades de saúde (Campos, Saturno & Carneiro, 2010; Furtado & Pereira, 2010).

Todas estas problemáticas apresentam um ponto em comum trazem ineficácia evitável ao sistema de saúde e prejudicam a organização do tempo dos seus utilizadores ou seja os utentes (Furtado & Pereira, 2010; Portugal, 2011).

Com o aumento do acesso às mais recentes tecnologias da comunicação e a conhecida a importância da informação na eficácia do trabalho torna-se importante perspectivar o papel das referidas tecnologias em relação à gestão da informação na área da saúde (Correia de Campos, 2007).

Com a utilização de tecnologias de comunicação poderia acabar-se com um dos maiores desperdícios em saúde, o tempo perdido (Pinnock, Mckenzie, Price & Sheikh 2005; CNPD, 2002)

Estas novas vias de comunicação surgem como uma das possíveis soluções: as consultas por *e-mail* e telefone. Este recurso tem a potencialidade de aumentar a qualidade dos serviços de saúde e melhorar o acesso à informação sem aumentar os recursos utilizados (Pinnock, Mckenzie, Price & Sheikh, 2005). Dessa forma esta investigação debruça-se sobre o tema das novas tecnologias na gestão da informação entre utentes e profissionais de saúde.

Para tal é crucial avaliar as perspectivas e atitudes da população à implementação deste tipo de sistemas actualmente. Estamos em crer que o factor cultural será uma grande influência nas atitudes da população a este tópico daí a importância deste trabalho em particular abrindo caminho a próximos que o possam melhorar e complementar.

O objectivo principal será então avaliar as atitudes da população portuguesa relativamente à obtenção do número de telefone e endereço de correio electrónico do médico para realização de consultas. Pretende-se ainda comparar se as pessoas tem atitudes mais positivas em relação ao telefone e ao *e-mail*, ou seja comparar estas atitudes. Por fim, pretende-se ainda analisar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, habilitações literárias) nessas atitudes, bem como a influência do facto de ser profissional de saúde/informático ou de ter doença crónica.

Para a recolha de dados aplicou-se um inquérito *online* difundido através de correio electrónico e das redes sociais Facebook® e LinkedIn®, aberto a toda a população.

O inquérito foi constituído por duas partes; uma parte de avaliação das características sociodemográficas, profissionais, de saúde e utilização da internet. A segunda parte para avaliar as atitudes e as práticas relativamente à consulta médica por telefone e *e-mail*, baseada na tradução do inquérito realizado por Peleg e Nazarenko (2012). Foram ainda adicionados tópicos, pelo autor do trabalho, acerca do local onde os utentes obtêm informação sobre o funcionamento das unidades de saúde se foi através dos médicos, enfermeiros, amigos/familiares, publicidade governamental, *sites* na internet, redes sociais ou pessoal administrativo. Este inquérito é composto por 31 questões, com resposta tipo *likert* (discordo totalmente a concordo totalmente) e respostas dicotómicas (concordo e não concordo, por exemplo).

O tratamento estatístico foi realizado com o programa SPSS®, colocando-se em evidência as percentagens e frequências de cada resposta, bem como a correlação estatística entre as características sociodemográficas e as atitudes e práticas relativamente à obtenção do número de telefone e endereço de correio electrónico do médico para realização de consultas.

Tendo em conta os crescentes desafios postos pelo aumento da parafernália de tecnologias que se encontram à disposição das unidades de saúde para aumentar a eficácia das mesmas, espera-se, com este trabalho, contribuir para a implementação destas estratégias em termos de gestão dos serviços de saúde.

Em termos estruturais, este trabalho académico inclui 6 capítulos incluindo a introdução e a conclusão. No primeiro encontra-se a introdução, no segundo apresenta-se o enquadramento teórico, onde são definidos os conceitos essenciais para a abordagem que se pretende fazer da problemática. O enquadramento teórico inclui 4 subcapítulos abordando a importância da comunicação e a sua relação com a informação, a necessidade de eficiência e eficácia como sendo uma das problemáticas que levou à concretização deste trabalho, os benefícios de efectuar consultas médicas por *e-mail* e telefone e por fim a regulamentação existente e os obstáculos às consultas através destes meios de comunicação. No segundo capítulo, é descrita a metodologia utilizada para a revisão da literatura, onde se inclui o método de pesquisa. O

capítulo seguinte apresenta os resultados do inquérito aplicado e todas as correlações estudadas tendo em vista a consecução dos objectivos do trabalho. No quinto capítulo, é feita a análise e discussão desses resultados, através de uma reflexão crítica e cuidadosa e, por fim, no sexto, são identificadas as principais implicações dos resultados encontrados para a gestão nas Unidades de Saúde.

Capítulo 2 - Enquadramento teórico

2. Gestão da informação em Saúde

Um pouco por toda a Europa tem sido focada a importância da eficiência dos sistemas de saúde. São realizadas análises de eficiência com base na relação entre a produção e os recursos utilizados, concretizando, no caso da saúde, a produção corresponderá aos ganhos em saúde e os recursos a tudo o que é gasto para alcançar esses ganhos.

Segundo o ex-Ministro da saúde Correia de Campos (2007) a eficiência impõe-se não só como um factor de importância económica mas também de importância ética. O mesmo autor explica que a ineficiência do sistema nacional de saúde implica que não exista aumento de ganhos de saúde levando a uma situação de iniquidade com elevados custos sociais. É neste contexto que se impõem formas de rentabilizar o tempo e os recursos económicos (limitados) investidos nos profissionais de saúde que providenciam os cuidados sem prejudicar a qualidade dos mesmos (Peleg & Nazarenko, 2012). Este desafio imposto actualmente leva ao aumento do apelo dos sistemas de comunicação uma vez que o desempenho dos hospitais é intrínseco ao nível de organização e acesso da informação clínica.

Daqui depreendemos que o potencial em saúde dos sistemas de comunicação prende-se com a necessidade de existir um constante fluxo de informação entre os diversos intervenientes do sistema de saúde. Do ponto de vista desta investigação em particular interessa a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes apenas no que toca a questões de saúde, excluem-se questões administrativas ou técnicas.

Segundo Bunn, Byrne e Kendall (2005) uma das causas para recorrer à consulta através de telefone prende-se com o objectivo de reduzir a carga de trabalho do médico de família e dos serviços de emergência. Os mesmos autores referem que estima-se que mais de metade das chamadas para a linha de emergência fora das horas de expediente poderia ser facilmente resolvida com aconselhamento via telefone.

Em 2007 a Internet foi considerada pelos portugueses a mais importante fonte de informação em saúde pelos Portugueses (Santana, 2009). De acordo com este estudo a percentagem de portugueses que usa a Internet por razões de saúde aumentou 9,1% entre 2005 e 2007, sendo que já em 2005 30% da população inquirida já tinha recorrido à Internet para pesquisa de informações relacionadas com saúde. Santana (2009) notou algumas tendências no estudo que levou a cabo sobre as tendências na utilização da internet em Portugal no que toca a

questões de saúde e doença, entre elas: o recurso à internet é mais acentuado nas mulheres entre os 15 a 34 anos e nas pessoas com formação superior - no ano de 2007, 60% dos Portugueses com formação no ensino superior relataram ter utilizado a Internet por razões de saúde ou doença.

2.1 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Cohn (1996), a informação é exterior ao indivíduo, sendo transmitida sob a forma de comunicação impressa ou verbal. A comunicação, seja ela de que tipo for é o veículo de transporte da informação. Esta diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante (Teixeira, 1996).

Mudando o tipo de comunicação muda também o nível de informação transmitido, ou seja, se passamos de um tipo de comunicação directa entre utente e médico para uma comunicação indirecta, através de *e-mail*, perde-se alguma informação pois o médico deixa de poder ler a linguagem corporal do doente. O mesmo se passa com a comunicação através do telefone. Consideramos ainda que o contacto por telefone apresenta uma ligeira diferença, através do telefone o médico pode interpretar as diferentes entoações, hesitações e ritmos na voz do doente e ainda facilmente perceber a respiração, pois pequenas alterações do ritmo respiratório são facilmente audíveis ao telefone. Tudo isto se inclui na comunicação não-verbal, um conceito chave para qualquer profissional de saúde interpretar o utente na sua totalidade (Rosário, 2009).

Também há que ter em consideração que já deve existir uma relação bem consolidada entre o utente e o médico, como se passa com os doentes crónicos que são acompanhados regularmente pelo seu médico habitual que está familiarizado com o seu historial médico e com o seu processo clínico. Esta ideia é reforçada por Elswick (2003) num artigo que elaborou sobre visitas médicas através do telefone e *e-mail*, a autora referiu que os médicos que utilizavam este sistema de consultas não presenciais só o faziam com utentes cujo historial já era conhecido e já tinham tido consultas.

Nas últimas décadas, o telefone teve um importante papel para a saúde principalmente na educação e prevenção (Mevisen, Eiling, Bos, Tempert, Mientjes & Schaalma, 2012). As preocupações com a informação fornecida pelo telefone incluem qualidade e segurança dos conselhos providenciados (Bunn, Byrne & Kendall, 2005). No entanto, segundo estes autores,

existem já pesquisas que consideram esta via de comunicação para a transmissão de informação em saúde segura e eficaz. O uso de comunicação electrónica pode aumentar a comunicação entre o sistema de cuidados de saúde e os utentes em geral (Virji, Yarnall, Krause, Pollak, Scanell, & Gradison *et al.* 2006). É também uma oportunidade de melhorar tanto a qualidade dos cuidados de saúde como a eficácia do uso do tempo clínico (*idem*).

2.2 NECESSIDADE DE EFICIÊNCIA E EFICÁCIA

O conceito de eficiência prende-se com a relação entre a produção de outputs dado um determinado input (Rocha, 2010). A área da saúde talvez seja das mais complexas para aplicar o conceito em questão pela indefinição do produto final ou output. Neste caso os recursos utilizados, ou inputs, correspondem à rede hospitalar, centros de saúde, médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, despesas com meios auxiliares de diagnóstico, medicamentos, etc. e os outputs correspondem a prevenção e remissão de doença, bem-estar do utente, aprendizagem efectiva de comportamentos saudáveis, etc.

Os outputs correspondem na verdade a tudo o que se possa definir como ganhos em saúde, algo extremamente subjectivo. As consultas por telefone e *e-mail* destacam-se por, depois do investimento inicial de fundos e tempo, se tornarem mais rentáveis em particular para doentes crónicos (diabetes, doenças cardiovasculares e reumáticas) ou na saúde materna e infantil (Furtado & Pereira, 2010; OMS, 2012).

Santana (2009, p.6) reforça esta ideia referindo “a Internet (...) é não só meio de informação unidireccional em grande escala mas também um meio de comunicação multifacetado, de qualidade, muito eficiente e de grande alcance”. Ferguson e Kelly (1999) relatam que muitos utilizadores da internet afirmam que recebem informação *on-line* mais útil e completa sobre saúde do que a informação normalmente providenciada pelos seus próprios médicos.

No que concerne a estudos concretos nesta área existe pouca informação em relação à eficácia dos serviços de saúde através de *e-mail* ou em relação à satisfação dos clientes (Mevisen, Eiling, Bos, Tempert, Mientjes & Schaalma, 2012). No entanto o uso de *e-mail* para fins de apoio na saúde é bastante promissor (*idem*).

Esta eficiência e eficácia é particularmente relevante no que concerne as doenças crónicas. O impacto das doenças crónicas é substancial, estima-se que 60% das mortes em todo mundo são causadas por doenças crónicas. Existem quatro doenças crónicas - doença cardiovascular, cancro, doença respiratória crónica e diabetes - que foram responsáveis por 29 milhões de mortes só no ano de 2002 (Fischer, Moore, Ginosar, Davidson, Rice-Peterson, & Durfee *et al.*, 2012).

É necessário que os utentes controlem a sua doença crónica mas de forma diária. No entanto, ainda não existem sistemas de saúde estruturalmente preparados para apoiar esse controlo em grandes populações de doentes crónicos (Fischer *et al.*, 2012; Peleg, Avdalimov & Freud, 2011). Num estudo sobre doentes com insuficiência cardíaca crónica considerou-se que as necessidades desta população com doença crónica levam a desenvolver modelos alternativos de cuidados que implicam auto-monitorização e educação para a saúde através de telefone ou tecnologia de telemonitorização (Inglis, Clark, McAllister, Ball, Lewinter, & Cullington *et al.* 2010).

Tecnologias da informação na saúde têm-se demonstrado bastante úteis no que toca a ajudar os doentes crónicos a gerir a sua doença fora do contexto hospitalar (Fischer *et al.*, 2012; Inglis *et al.* 2010). Concluiu-se que o apoio estruturado através do telefone e de tecnologias *online* para doentes com insuficiência cardíaca crónica: reduz o risco de mortalidade em 12%; reduz o risco de hospitalização em mais de 20% e tem um impacto significativo no aumento da qualidade de vida diária dos doentes (Inglis *et al.* 2010).

2.3 VANTAGENS CONSULTA MÉDICA POR *E-MAIL* E TELEFONE

De acordo com Bradley, Hendrey, Lock, Whiting e Parr (2011) o *e-mail* é utilizado pelo seu baixo custo, pela rapidez que lhe é inerente e pela sua eficiência, sendo que desde 1971 que o *e-mail* é referenciado por estas grandes vantagens. No mesmo artigo é referenciado que no ano de 2009 por dia eram enviados, aproximadamente, 210 biliões de *e-mails*.

Inicialmente este tipo de comunicação foi rapidamente adoptado pelas comunidades de negócios mas rapidamente se expandiu para outras áreas. Em 2008 num inquérito realizado por Madden e Jones *apud* Bradley, Hendrey, Lock, Whiting e Parr (2011) concluíram que 81% das pessoas que responderam utilizavam o *e-mail* para o trabalho e em casa.

Segundo uma revisão da literatura levada a cabo por Atherton, Car e Majeed *et al.* (2012) há poucos estudos que investiguem aprofundadamente o uso do *e-mail* na prevenção da doença e promoção da saúde e os que existem são na sua maioria inconclusivos. Os mesmos autores indicam que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os cuidados de saúde prestados pessoalmente e através de *e-mail* para o resultado primário: estado de saúde do doente e bem-estar. Não existiram dados relativos a danos para os Profissionais de Saúde.

Zhou, Garrido, Chin, Wiesenthal e Liang (2011) investigaram a implementação de um programa de mensagens seguras que permite a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes através de uma plataforma protegida por *password*.

Neste estudo concluiu-se que existiu um decréscimo de 10,3% das visitas ao médico de família comparando com o grupo de controlo que não utilizava esta plataforma. No mesmo estudo também foi possível verificar que 86% dos utilizadores da plataforma caracterizaram o seu nível de satisfação com a mesma a nível 8 ou 9 numa escala de 0 a 9 (Baer, 2011). É de salientar que antes da implementação deste sistema os médicos receberam formação específica sobre comunicação através desta plataforma (Baer, 2011).

As vantagens que salientaram do uso desta plataforma foram a frequente monitorização dos problemas de saúde, o evitamento de inconvenientes para os utentes como o trânsito, o estacionamento e a perda de dias de trabalho e ainda o facto de providenciar “conselhos” médicos escritos que poderiam ser esquecidos ou mal-entendidos se ditos apenas verbalmente em contexto de consulta médica (Baer, 2011).

De 2005 a 2007 a percentagem de portugueses que utilizou a Internet para contactar um profissional de saúde conhecido (por exemplo o médico de família) aumentou de 0.5% para 1.1%, um valor extremamente baixo segundo Santana (2009). Uma das vantagens de manter um sistema de informação entre médico e utente, seja através de telefone ou *e-mail* é a consequente diminuição da taxa de pessoas (16,5% em 2007), em Portugal, que recorre à Internet para “comunicar com um profissional de saúde que nunca conheceu cara a cara”.

Quanto ao uso de telefone para realização de consultas, torna-as mais curtas e consequentemente mais eficientes nas doenças crónicas, poupa tempo e deslocações morosas aos utentes pois pode implicar *feedback* imediato, maior facilidade em conseguir a informação desejada, possibilidade de reformular as questões colocadas, em 83.1% das chamadas realizadas para o médico o problema ficou resolvido apenas por telefone e 58.2% fizeram acompanhamento apenas através de telefone (Elnicki, Odgen, Flannery, Hannis & Cykert, 2000).

O telefone tem também a vantagem de ser um meio, em relação ao *e-mail*, mais persuasivo quando se trata de mostrar ao utente o que é melhor para o próprio e que demonstra mais apoio do que a informação escrita. No geral, os utilizadores dos serviços de saúde via telefone estão satisfeitos com a informação e o aconselhamento dado (Mevissen, Eiling, Bos, Tempert, Mientjes & Schaalma, 2012). Em relação ao *e-mail* apesar de ser um meio de comunicação mais lento, é mais fácil de acompanhar, que providencia a oportunidade de reler o feedback do profissional de saúde, mais confortável para discutir tópicos sensíveis e mais barato (Bradley, Hendrey e Lock, Whiting & Parr, 2011; Cook, 2011; Mevissen, Eiling, Bos, Tempert, Mientjes & Schaalma, 2012).

2.4 REGULAMENTAÇÃO E OBSTÁCULOS

Nos diferentes artigos analisados encontram-se em comum alguns receios da parte médica em relação à concretização das consultas por telefone e *e-mail* que se prendem com a privacidade do utente, o risco de litígio por negligência e o tipo de informação que deve ou não ser abordada através destes meios.

A nível Europeu a Convenção Europeia dos Direitos do Homem determina que “qualquer pessoa tem direito à sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência” (CNPD, 2002, p.12) atestando legalmente desta forma a importância de manter a privacidade do utente. As recomendações e regulamentos europeus existentes de forma a preservar a informação médica pessoal de cada utente, têm como intuito garantir que o acesso a este tipo de informação aconteça apenas num contexto específico, de forma fundamentada e convenientemente aprovada (Conseil de L’Europe, Comité de Ministres, 2004; Conseil de L’Europe, Comité de Ministres, 1997). No entanto, pela forma genérica com que foram elaboradas tornam-se de difícil aplicação à prática clínica.

Em Portugal a regulamentação existente para este tipo de consulta via telefone e *e-mail* encontra-se principalmente na legislação Portuguesa e na Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD). A CNPD estabeleceu alguns aspectos relativos à segurança no tratamento de dados nas centrais telefónicas e no controlo de *e-mail* e internet mas que, da mesma forma que as orientações europeias, não estão directamente adaptados à área da saúde que possui bastantes particularidades práticas.

Em relação à privacidade dos dados a CNPD afirma que muitas das dúvidas relacionadas com a segurança destas vias de comunicação são, na sua maioria infundadas, desde que a entidade empregadora adopte, como é de esperar, os mecanismos de segurança adequados. É de referir que é a CNPD que controla, analisa e verifica se este tipo de questões está em falha no sistema adoptado pela unidade de saúde. Ou seja, qualquer tecnologia da informação para uso hospitalar e para gestão de informação em saúde passa por esta comissão que verifica a sua fiabilidade e segurança.

A definição de informação em saúde foi recentemente - 26 de Janeiro de 2005 - legislada em decreto-lei. Segundo o Artigo 2.º da Lei número 12/2005 a informação de saúde diz respeito a “todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” (Lisboa, 2005, p. 607). No mesmo decreto-lei é ainda possível ler que qualquer cidadão pode ter acesso ao seu processo clínico, tomando conhecimento do mesmo e de tudo o que lhe está associado (exames, prescrições, diagnósticos, etc.) sendo o proprietário do referido processo - a unidade de saúde funciona como depositário desta informação. No entanto, o acesso do cidadão a estas informações é realizado através de um médico habilitado (Lisboa, 2005).

Quanto ao acesso, não autorizado, por parte de terceiros tanto aos processos clínicos como aos sistemas informáticos cujo conteúdo consiste em informação de saúde, são as unidades de saúde as responsáveis por impedir este tipo de violações (*idem*). Houston, Sands, Nash e Ford (2003) indicaram que o uso de *e-mail* entre médico e utente é fortemente influenciado por aspectos legais e médicos. Eysenbach (2000) referiu que um dos problemas encontrados pelo médico na comunicação através de *e-mail* foi o facto de estes receberem correio electrónico não solicitado o que interferia com a triagem e selecção de *e-mails* a serem respondidos.

No nosso entender, o aumento das taxas para o cidadão no acesso aos serviços tradicionais de saúde ou a diminuição da disponibilidade dos mesmos a nível geográfico pode levar o aumento do recurso a estes serviços de saúde via electrónicos.

Não foram encontrados efeitos adversos para os pacientes com a consulta via telefone e os mesmos declararam estar satisfeitos com as consultas (Bunn, Byrne & Kendall 2009). As consultas médicas realizadas por telefone, neste caso em doentes que sofriam de asma, mostrou não ter custos adicionais para o serviço de saúde. Aumentando até o acesso aos cuidados de saúde pela sua facilidade (Pinnock, Mckenzie, Price & Sheikh 2005). Ainda relativamente aos custos, ficou evidenciado num estudo realizado com doentes crónicos que a utilização do telefone e programas de telemonitorização *online* reduzem significativamente os custos em saúde (Inglis *et al.* 2010) mesmo que a sua implementação seja acompanhada de um custo significativo adicional.

Capítulo 3

3. Metodologia

Hoje em dia já é possível por todo o mundo e, inclusive em alguns contextos de Portugal, que os utentes dos serviços de saúde tenham acesso a consultas com o seu médico ou enfermeiro através do telefone ou *e-mail*. Estes meios de comunicação aumentam a qualidade dos serviços médicos e a satisfação dos doentes. Contudo, estes podem consumir demasiado tempo aos profissionais de saúde, sendo este um dos receios por parte da comunidade médica relativamente à sua implementação (Peleg & Nazarenko, 2012).

O apoio telefónico é uma das ferramentas mais utilizadas para este efeito, com excelentes resultados da sua utilização, nomeadamente por enfermeiros (Bunn, Byrne & Kendal, 2005; Palmer & Miedany, 2011; Royal College of Nursing, 2006;). A utilização de *e-mail* tem igualmente aumentado bastante nos últimos anos (Moyer *et al.*, 1999).

Assim sendo, o presente estudo orientou-se no sentido de avaliar as atitudes sobre a consulta médica por telefone ou *e-mail*, procurando também identificar em que medida algumas variáveis sociodemográficas e de saúde podem influenciar positiva ou negativamente essas atitudes.

Este capítulo inicia-se então com as questões de investigação, objetivos e hipóteses a testar, seguido da descrição da população da amostra, instrumentos utilizados para colheita de dados, estudo de fidelidade, procedimento da colheita de dados, tratamento estatístico dos dados e princípios éticos.

3.1. Questões de investigação e hipótese

Questões de Investigação:

Q₁ - Qual a atitude sobre a consulta médica por telefone;

Q₂ - Qual a atitude sobre a consulta médica por *e-mail*;

Q₃ - Qual a influência das variáveis sociodemográficas, de saúde e laborais na atitude sobre a consulta médica por telefone e *e-mail*.

Objetivos:

O₁ - Avaliar as atitudes e práticas da população portuguesa relativamente à consulta médica por telefone.

O₂ - Avaliar as atitudes e práticas da população portuguesa relativamente à consulta médica por *e-mail*.

O₃ - Analisar a relação entre as atitudes e práticas da população relativamente à obtenção do número de telemóvel e endereço de *e-mail* do médico para a realização de consultas.

O₄ - Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, de saúde e das características laborais nas atitudes e práticas da população relativamente à obtenção do número de telemóvel e endereço de *e-mail* do médico para a realização de consultas.

Hipóteses a testar:

H₁ - Existe correlação entre as atitudes perante a consulta médica por telefone e as atitudes perante a consulta médica por *e-mail*;

H₂ - Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde (Idade; sofre de doença crónica; tem familiar ou conhecido com doença crónica; Género e escolaridade) e as variáveis das características laborais (é profissional de saúde e é profissional da área da informática e da tecnologia) dos inquiridos e a atitude perante a consulta médica por telefone;

H₃ - Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde (Idade; sofre de doença crónica; tem familiar ou conhecido com doença crónica; Género e escolaridade) e as variáveis das características laborais (é profissional de saúde e é profissional da área da informática e da tecnologia) dos inquiridos e a atitude perante a consulta médica por *e-mail*.

3.2. População e amostra

A população alvo deste estudo é constituída apenas por utilizadores da internet sendo realizado através de uma plataforma *on-line* denominada de *encuestafacil*.

O único requisito exigido para a inclusão dos participantes no estudo foi terem idade igual ou superior a 18 anos.

3.2.1. Caracterização geral da amostra

A amostra em estudo é constituída por 222 inquiridos e será apresentada de acordo com o questionário.

No que respeita à *Idade* dos inquiridos, verifica-se (Tabela 1) que a média é de 40,71 anos com um desvio padrão de 11,96 anos. Verifica-se ainda que a amostra tem entre 18 e 84 anos de idade.

Em relação ao número de filhos que está compreendido entre 1 e 12 filhos, a média é praticamente 2 filhos sendo que o desvio padrão é de 1,29 filhos.

Tabela 1 - Valores descritivos da variável Idade e número de filhos dos inquiridos (n=222)

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Idade	196	18	84	40,71	11,963
Número de filhos	96	1	12	1,91	1,29

No que concerne às restantes características sociodemográficas e de saúde dos inquiridos da amostra (Tabela 2), verificamos que relativamente ao *estado de saúde*, a maioria dos inquiridos considera ter, pelo menos, uma boa saúde (83,2%), sendo que 28 considera ter uma saúde razoável e 5 dos inquiridos, um mau estado de saúde.

Em relação a *doenças crónicas*, 21,3% dos inquiridos sofre de alguma doença crónica e a grande maioria (78,7%) não sofre. Já em relação a possuir algum *familiar ou pessoa próxima com alguma doença crónica*, 123 (62,4%) dos inquiridos afirma conhecer alguém.

Quanto ao *género*, no total dos 222 inquiridos, 107 (54,3%) são do sexo masculino.

Relativamente ao *estado civil*, a maioria dos inquiridos é casado ou vive em união de facto (62,4%), 56 são solteiros (28,4%), 16 são separados ou divorciados (8,1%) e apenas 2 responderam ser viúvos (1,0%).

Tabela 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características sociodemográficas (n=222)

Variáveis	Respostas	n	%
Estado de saúde	Excelente	24	12,2
	Muito bom	69	35,0
	Bom	71	36,0
	Razoável	28	14,2
	Mau	5	2,6
Sofre de doença crónica	Sim	42	21,3
	Não	155	78,7
Tem familiar ou pessoa próxima com doença crónica	Sim	123	62,4
	Não	74	37,6
Género	Masculino	107	54,3
	Feminino	90	45,7
Estado Civil	Solteiro(a)	56	28,4
	Casado(a) / União de Facto	123	62,4
	Separado(a) / Divorciado(a)	16	8,1
	Viúvo(a)	2	1,0
Tem filhos	Sim	121	61,4
	Não	76	38,6
Habilitações Académicas	Ensino Básico	3	1,6
	Ensino Preparatório	2	1,0
	Ensino Secundário	35	18,2
	Ensino Superior	111	57,8
	Mestrado	37	19,3
	Doutoramento	4	2,1

Pode-se ainda observar na Tabela 1 a quantidade de inquiridos que tem ou não filhos, sendo que 121 (61,4%) tem pelo menos 1 filho.

Finalmente, no que concerne às *habilitações literárias*, 79,2% dos inquiridos tem ensino superior, uma baixa percentagem de 2,6% possui apenas até ao ensino preparatório e 18,2% o ensino secundário.

Quanto às características laborais do total da amostra (Tabela 3), e em relação à *situação laboral* dos inquiridos por altura do preenchimento do questionário, a grande maioria trabalha a tempo inteiro por conta de outrem (69,5%), 2,0% trabalha a tempo parcial, 8,1% por conta própria. Nesta amostra tem-se também 4,6% de estudantes, 7,6% de desempregados e 8,1% de reformados por idade.

Já em termos do *escalão de rendimento mensal líquido*, a maioria dos inquiridos da amostra (44,6%) tem um salário mensal líquido que varia entre os 1000€ e os 2000€ e o segundo grande grupo (21,5%) afirma receber mais de 2000€ por mês. Para os escalões mais baixos de rendimento, temos 15,9% dos inquiridos a receber entre os 500€ e os 1000€, 3,1% a receber menos de 200€ mensais e o grupo mais pequeno, de 5 indivíduos (2,6%) recebem entre os 200€ e os 500€. Também houve quem não preferisse responder, sendo que 12,3% respondeu não saber ou não querer dizer qual o seu rendimento mensal.

No que respeita às variáveis relativas à profissão, 92 (46,9%) afirma ser profissional de saúde e 16 (8,1%) profissional na área da informática e da tecnologia. Quanto aos restantes inquiridos, 25 (39,7%) estuda e 20 (31,7%) estudou na área da saúde, em relação à área da informática e da tecnologia, 5 (7,9%) ainda estuda e 13 (20,6%) estudou na respetiva área.

Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características laborais (n=222)

Variáveis	Respostas	n	%
Situação laboral	Trabalhador a tempo inteiro, por conta de outrem	137	69,5
	Trabalhador a tempo parcial, por conta de outrem	4	2,0
	Trabalhador por conta própria	16	8,1
	Reformado por idade	16	8,1
	Desempregado	15	7,6
	Estudante	9	4,6
Escalão de rendimento mensal líquido	< 200€	6	3,1
	200€ - 500€	5	2,6
	500€ - 1000€	31	15,9
	1000€ - 2000€	87	44,6
	> 2000€	42	21,5
	Não sei / Não respondo	24	12,3
É profissional de saúde	Sim	92	46,9
	Não	104	53,1
É profissional na área da informática e da tecnologia	Sim	16	8,1
	Não	181	91,9
Estuda ou estudou alguma das áreas	Sim, estudo na área de saúde	25	39,7
	Sim, estudei na área de saúde	20	31,7
	Sim, estudo na área da informática	5	7,9
	Sim, estudei na área da informática	13	20,6

3.3. Instrumentos utilizados para colheita de dados e estudo de fidelidade

Atendendo ao tipo de estudo, nomeadamente à natureza do fenómeno em estudo e ao processo de amostragem selecionado, optou por se colher os dados através de um questionário *on-line* através da plataforma *enquestafacil*. Este questionário (Anexo 1) foi estruturado em cinco partes:

- Avaliação das atitudes sobre a consulta médica por telefone;
- Avaliação das atitudes sobre a consulta médica por *e-mail*;
- Avaliação das fontes de informação sobre o funcionamento das unidades de saúde;
- Descrição sociodemográfica e de saúde;
- Descrição das características laborais.

3.3.1. Atitudes sobre a consulta médica por telefone e *e-mail*

As atitudes sobre a consulta médica por telefone e *e-mail*, são avaliadas através de duas escalas idênticas apenas com a diferenciação de telefone e *e-mail*, que foram desenvolvidas por Peleg e Nazarenko (2012), pretendendo avaliar as atitudes e práticas dos pacientes sobre como obter o número de telemóvel ou *e-mail* do seu médico com a finalidade de consulta médica (Peleg *et al.*, 2012). Apesar de criar uma limitação, as escalas foram apenas traduzidas sem ser feita nenhuma validação.

As escalas são constituídas por 15 itens de resposta tipo *Likert* com formato de 5 pontos onde é pedido aos inquiridos que graduem a sua resposta entre “1- Discordo Totalmente” e “5- Concordo Totalmente”. Para que as escalas fossem organizadas para que quanto mais elevada a cotação mais positiva a atitude sobre a consulta médica, houve a necessidade de realizar a inversão de alguns itens (6, 7, 8, 9, 10 e 11) ficando os restantes (1, 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14 e 15) sem qualquer alteração. Ou seja, como existiam itens redigidos na forma positiva e na forma negativa, para não causar confusão e para permitir a realização do cálculo, teve de se homogeneizar a pontuação. Assim, como se considerou o fenómeno “atitudes” como positivo, optou-se por inverter os itens negativos. Em suma, quanto maior a pontuação obtida pelos indivíduos nos itens ou na escala, mais positiva é a sua atitude em relação à mesma.

3.3.2. Fontes de informação sobre o funcionamento das unidades de saúde

As fontes de informação são constituídas por um conjunto de 7 questões com respostas tipo *Likert* de 5 pontos entre o “1 - Discordo totalmente” e “5 - Concordo totalmente” de forma a

avaliar a origem do conhecimento sobre o funcionamento das unidades de saúde, passando pelas opções médico, amigos/familiares, campanhas de sensibilização/publicidade governamental, sites da internet, pessoal administrativo, enfermeiros e por redes sociais na internet.

3.3.3. Características sociodemográficas e de saúde

A quarta parte do questionário é constituída por 8 questões de resposta rápida, referentes aos dados sociodemográficos e de saúde. No que respeita à caracterização sociodemográfica dos inquiridos foi pedido a idade, o género, o estado civil, se tinha filhos e quantos em caso de resposta afirmativa, as habilitações académicas e o distrito de residência. Para a caracterização da saúde, foi pedido para classificarem o seu estado de saúde, se sofria de alguma doença crónica e se tinha algum familiar ou conhecido com alguma doença crónica

3.3.4. Características laborais

Quanto à quinta e última parte formada por cinco perguntas, foi questionado qual a situação atual face ao emprego, o escalão de rendimento mensal líquido, se é profissional de saúde, profissional na área da informática e da tecnologia e se estuda ou estudou nas áreas atrás referidas.

3.3.5. Estudo de fidelidade

Relativamente às características psicométricas das escalas utilizadas, foi determinada a sua fidelidade mediante o cálculo do *Alpha de Cronbach*, a técnica mais correntemente utilizada quando se utiliza uma escala de *Likert*, até porque este coeficiente deve ser determinado de cada vez que uma escala é utilizada (Fortin, 1999).

De acordo com a análise da Tabela 4, podemos ver que se obtiveram *Alphas de Cronbach* para as escalas referentes ao telefone e ao *e-mail* de 0,850 e de 0,891 respetivamente, o que indica uma elevada consistência interna.

Atendendo a este resultado e tratando-se apenas de itens com nível de medida intervalar, é legítimo realizar a média de cada grupo de itens (TELEFONE e E-MAIL) e através desse valor (nova variável na base de dados) realizar os cálculos de estatística descritiva e inferencial).

Tabela 4 - Consistência interna das escalas TELEFONE e E-MAIL

	N	<i>Alpha de Cronbach</i>
Escala_total - TELEFONE	15	0,850
Escala_total - E-MAIL	15	0,891

3.4. Procedimento de colheita de dados

Relativamente à colheita de dados, esta foi efetuada entre 26 de Dezembro de 2012 e 7 de Janeiro de 2013, através da plataforma *enquestafacil*. Para a divulgação do inquérito, foi utilizada a técnica “bola de neve” tendo como base a lista de emails do investigador, via e-mail e pelas redes sociais Facebook® e LinkedIn®.

3.5. Tratamento estatístico dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa IBM SPSS 20.0 (International Business Machines - *Statistical Package for the Social Sciences*).

No que diz respeito à análise dos resultados, os dados referentes às variáveis de categorização da amostra são apresentados em quadros de distribuição de frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Para testar as hipóteses, irá recorrer-se a testes paramétricos. Ao se testarem variáveis agrupadas em dois grupos (respostas dicotómicas) utilizou-se o teste Independent-Samples T Test (*t de Student*), quando em vez de dois grupos, a variável independente foi organizada em três ou mais grupos utilizou-se o teste One-Way ANOVA, e por fim, quando a variável independente era racional usou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

Esta opção por testes paramétricos justifica-se pelo facto de se cumprir o pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente nos totais das escalas, verificado com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de significância de Lilliefors (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correcção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade das escalas TELEONE e E-MAIL (n=222)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.
Escala_total TELEFONE	,059	,088	,983	,017
Escala_total - E-MAIL	,048	,200*	,992	,337

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Neste estudo assumiu-se como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses $\alpha=0,05$, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I for inferior àquele valor ($p<.05$).

3.6. Princípios Éticos

Para a realização de qualquer trabalho de investigação, é necessário por parte do investigador, o cumprimento de princípios éticos. Procurou-se então assegurar neste trabalho que a participação dos inquiridos fosse voluntária e principalmente assegurar a confidencialidade dos dados de modo a evitar a deturpação da informação, mecanismo este que é mantido e assegurado pela própria plataforma do *enquestafacil*.

Capítulo 4

4. Apresentação e análise dos resultados

De seguida apresentam-se os resultados obtidos referentes às análises estatísticas. Esta apresentação e análise terão apenas um carácter descritivo, ficando a interpretação dos resultados reservada para o capítulo da discussão. Os resultados serão apresentados de acordo com a ordem dos objetivos previamente estabelecidos.

Objetivo 1 - Avaliar as atitudes e práticas da população portuguesa relativamente à consulta médica por telefone.

Começando pela análise descritiva das atitudes e práticas da população relativamente à consulta médica por telefone, apresenta-se na Tabela 5 os resultados descritivos da pontuação total da escala, no que respeita aos itens referentes ao TELEFONE (relembre-se que se realizou legitimamente a média de todos os itens pois todos tinham resposta tipo *likert*).

Analisando então a tabela, pode-se concluir que a média do total da escala ($x=3,28$) está acima do valor intermédio da escala (3.00), ou seja, no ponto de indiferença (“nem concordo, nem discordo”). De salientar ainda que não existe grande dispersão nas respostas uma vez que o valor do desvio padrão é de 0.607.

Tabela 6 - Resultados descritivos da pontuação total da escala TELEFONE (n=221)

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Escala_telefone	221	1,0	4,67	3,28	0,607

(1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Nem discordo nem concordo; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente)

Analisando agora cada um dos itens da escala (Tabela 6) verifica-se que a média é superior nos primeiros 4 itens sendo que o item “2 - Ter o número de telemóvel do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse?” ($x=4,04$, $s=0,955$) é o que possui a média mais elevada, seguido do item “3 - O telemóvel é um meio eficaz de comunicação que poderia resolver os meus problemas?” ($x=3,73$, $s=0,943$), do item “1 - Ter o número de telemóvel do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo?” ($x=3,63$, $s=1,026$) e do item “4 - O acesso ao número de telemóvel do médico poderia diminuir o número de consultas?” ($x=3,61$, $s=1,076$).

Por outro lado, verifica-se que os itens que possuem uma média inferior são os itens “6 - Ter acesso ao número de telemóvel do médico poderia interferir com a privacidade do mesmo quando ele/ela não estivesse a trabalhar?” ($x=2,32$, $s=1,086$), seguido do item “10 - Telefonar ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal-entendido?” ($x=2,64$, $s=0,995$), do item “9 - Telefonar ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito um exame físico completo?” ($x=2,75$, $s=1,042$) e do item “11 - Telefonar ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico?” ($x=2,77$, $s=1,066$).

Tabela 7 - Resultados descritivos dos itens da escala TELEFONE (n=221)

Item	N	\bar{x}	s
1. Ter o número de telemóvel do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo?	221	3,63	1,026
2. Ter o número de telemóvel do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse?	221	4,04	0,955
3. O telemóvel é um meio eficaz de comunicação que poderia resolver os meus problemas?	221	3,73	0,943
4. O acesso ao número de telemóvel do médico poderia diminuir o número de consultas?	221	3,61	1,076
5. O acesso ao número de telemóvel poderia reduzir o número de vezes que recorro às Urgências?	221	3,56	1,129
6. Ter acesso ao número de telemóvel do médico poderia interferir com a privacidade do mesmo quando ele/ela não estivesse a trabalhar?#	220	<u>2,32</u>	1,086
7. Telefonar para as linhas telefónicas dos hospitais disponíveis fora das horas de expediente é melhor do que telefonar para o médico?#	220	3,37	1,117
8. Porque em situação de emergência é possível contactar o 112 ou ir às Urgências, não se deveria telefonar ao médico?#	220	3,10	1,199
9. Telefonar ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito um exame físico completo?#	220	<u>2,75</u>	1,042
10. Telefonar ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal-entendido?#	220	<u>2,64</u>	0,995
11. Telefonar ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico?#	229	<u>2,77</u>	1,066
12. Só vejo bons motivos para ter acesso ao número de telemóvel pessoal do médico?	219	3,24	1,041
13. Se o Hospital ou Centro de Saúde deu ao médico um telemóvel e pagou pelo mesmo, esse facto deve motivar o médico a dar o seu número de telemóvel aos utentes?	219	3,60	1,068
14. Se o Hospital ou Centro de Saúde fizessem um pagamento extra para as consultas por telefone, isso deveria motivar o médico a dar o seu número de telemóvel aos utentes?	219	3,26	1,137
15. Se o Hospital ou Centro de Saúde desse tempo ao médico só para fazer consultas por telefone, isso deveria motivá-lo a dar o seu número de telemóvel aos utentes?	219	3,55	1,134

Item com cotação invertida.

Objetivo 2 - Avaliar as atitudes e práticas da população portuguesa relativamente à consulta médica por *e-mail*.

Seguindo para a análise descritiva das atitudes e práticas da população relativamente à obtenção do endereço de *e-mail* do médico, apresenta-se na Tabela 7 os resultados descritivos da pontuação total da escala *E-MAIL*, onde se pode concluir que a média do total da escala ($x=3,30$) está acima do valor intermédio da escala (3.00), pouco acima do valor obtido pela escala de TELEFONE. De salientar também que a dispersão nas respostas não é muito elevada, sendo que o desvio padrão é de 0.666.

Tabela 8 - Resultados descritivos da pontuação total da escala *E-MAIL* (n=200)

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Escala <i>e-mail</i>	200	1,47	5,0	3,30	0,666

(1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Nem discordo nem concordo; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente)

Tabela 9 - Resultados descritivos dos itens da escala *E-MAIL* (n=200)

Item	N	Min.	Máx.	\bar{x}	s
1. Ter o <i>e-mail</i> do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo?	200	1	5	3,50	0,992
2. Ter o <i>e-mail</i> do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse?	200	1	5	3,56	0,980
3. O <i>e-mail</i> é um meio eficaz de comunicação que poderia resolver os meus problemas?	200	1	5	3,29	0,985
4. O acesso ao <i>e-mail</i> do médico poderia diminuir o número de consultas?	199	1	5	3,28	1,101
5. O acesso ao <i>e-mail</i> poderia reduzir o número de vezes que recorro às Urgências?	199	1	5	<u>2,91</u>	1,151
6. Ter acesso ao <i>e-mail</i> do médico poderia interferir com a privacidade do mesmo quando ele/ela não estivesse a trabalhar?#	199	1	5	3,39	1,090
7. Não se deveria enviar <i>e-mail</i> ao médico porque existem linhas telefónicas dos hospitais disponíveis fora das horas de expediente?#	199	1	5	3,49	0,999
8. Não se deveria enviar <i>e-mail</i> ao médico porque em caso de emergência é possível contactar o 112 ou ir às Urgências?#	199	1	5	3,21	1,088
9. Enviar <i>e-mail</i> ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito um exame físico completo?#	199	1	5	<u>2,70</u>	1,020
10. Enviar <i>e-mail</i> ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal-entendido?#	199	1	5	<u>2,74</u>	1,030
11. Enviar <i>e-mail</i> ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico?#	199	1	5	3,35	1,023
12. Só vejo bons motivos para ter acesso ao endereço de <i>e-mail</i> do médico?	199	1	5	3,42	1,026
13. Se o Hospital ou Centro de Saúde forneceu ao médico um computador portátil e pagou o serviço de internet, esse facto deve motivar o médico a dar o seu endereço de <i>e-mail</i> aos utentes?	198	1	5	3,66	1,077
14. Se o Hospital ou Centro de Saúde fizessem um pagamento extra para as consultas por <i>e-mail</i> , isso deveria motivar o médico a dar o seu endereço de <i>e-mail</i> aos utentes?	198	1	5	3,37	1,167
15. Se o Hospital ou Centro de Saúde desse tempo ao médico só para fazer consultas por <i>e-mail</i> , isso deveria motivá-lo a dar o seu endereço de <i>e-mail</i> aos utentes?	198	1	5	3,59	1,149

Item com cotação invertida

Do mesmo modo, e analisando agora cada um dos itens da escala da tabela anterior (Tabela 8), verifica-se que a média é superior nos itens “13 - Se o Hospital ou Centro de Saúde forneceu ao médico um computador portátil e pagou o serviço de internet, esse facto deve

motivar o médico a dar o seu endereço de *e-mail* aos utentes?” ($x=3,66$, $s=1,077$), seguido do item “15 - Se o Hospital ou Centro de Saúde desse tempo ao médico só para fazer consultas por *e-mail*, isso deveria motivá-lo a dar o seu endereço de *e-mail* aos utentes?” ($x=3,59$, $s=1,149$) e do item “2 - Ter o *e-mail* do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse?” ($x=3,56$, $s=0,980$).

Por outro lado, verifica-se que os itens que possuem uma média inferior são os itens “9 - Enviar *e-mail* ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito um exame físico completo?” ($x=2,70$, $s=1,020$), seguido do item “10 - Enviar *e-mail* ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal-entendido?” ($x=2,74$, $s=1,030$) e do item “5 - O acesso ao *e-mail* poderia reduzir o número de vezes que recorro às Urgências?” ($x=2,91$, $s=1,151$).

Ainda relativamente à consulta médica por *e-mail* foi questionado se os inquiridos possuíam conta de *e-mail* e com que frequência o usavam, posto isto, podemos observar no Gráfico 1 que só uma pequena parte não possui conta de *e-mail*, sendo que a grande maioria possui e afirma consultá-la praticamente todos os dias e várias vezes. Podemos observar também que os inquiridos que afirmam frequentar poucas vezes a sua conta de *e-mail* são uma minoria

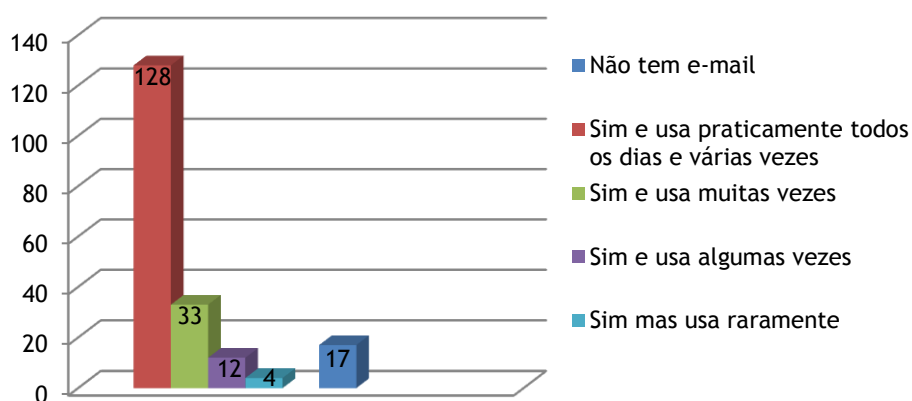


Gráfico 1 - Tem *e-mail* e com que frequência o usa

Objetivo 3 - Analisar a relação entre as atitudes e práticas da população relativamente à obtenção do número de telemóvel e endereço de *e-mail* do médico para a realização de consultas.

Para a descrição das atitudes sobre a consulta médica, optou-se pela realização de alguns gráficos representativos das questões que não entraram para a média do total da escala, ou seja, as questões que não tiveram respostas com a escala *likert* de 5 pontos.

Assim sendo, e analisando o Gráfico 2 que representa a opinião dos inquiridos sobre o acesso ao número de telemóvel ou endereço de *e-mail* do seu médico, podemos afirmar que entre os dois grupos (telefone e *e-mail*) existe uma certa homogeneidade nas respostas, apesar de haver mais interesse na obtenção do número de telemóvel do que no endereço de *e-mail* do médico.

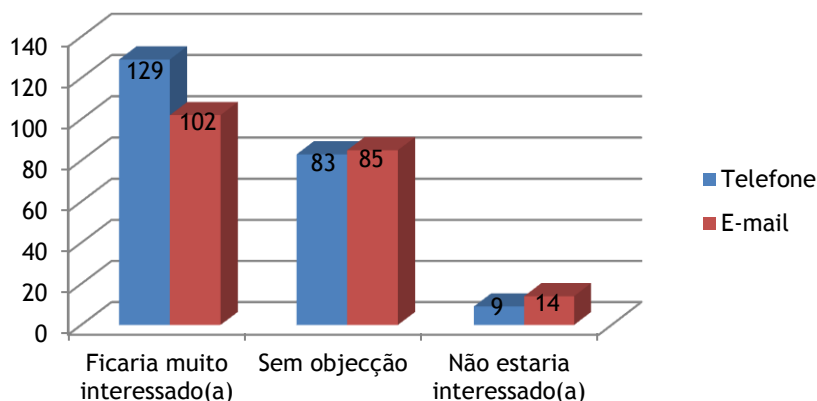


Gráfico 2 - Opinião sobre o acesso ao número de telemóvel ou endereço de *e-mail* do médico

Observando agora o Gráfico 3, podemos afirmar que no que respeita ao contacto por telemóvel, os inquiridos preferem contactar o médico em horas previamente combinadas e apenas durante os dias de semana. Em relação ao envio de *e-mail*, os inquiridos não se opõem ao envio a qualquer hora do dia incluindo fins-de-semana.

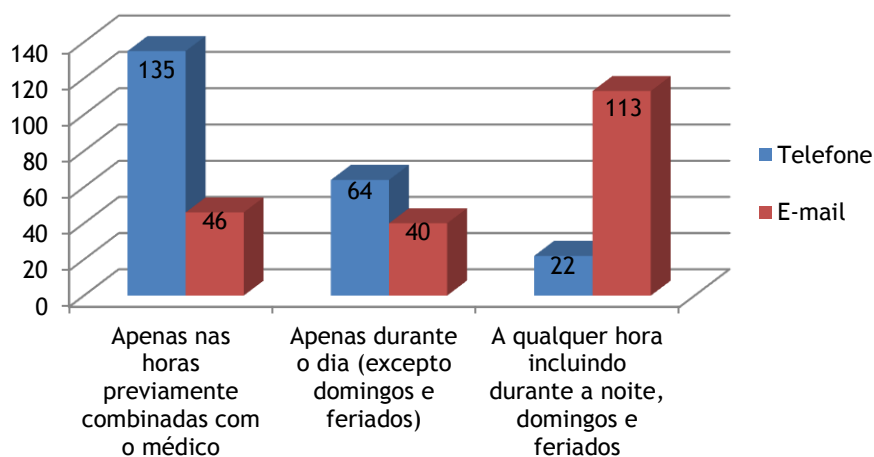


Gráfico 3 - Horas para o contacto com o médico

No que se refere às circunstâncias para contactar o médico (Gráfico 4), em relação ao contacto por via telefónica, os inquiridos afirmam preferir efetuar o contacto apenas em caso de emergência, já em relação ao envio de correio eletrónico, os inquiridos dividem-se na resposta, sendo o número de respostas praticamente iguais para as duas opções dadas no inquérito.

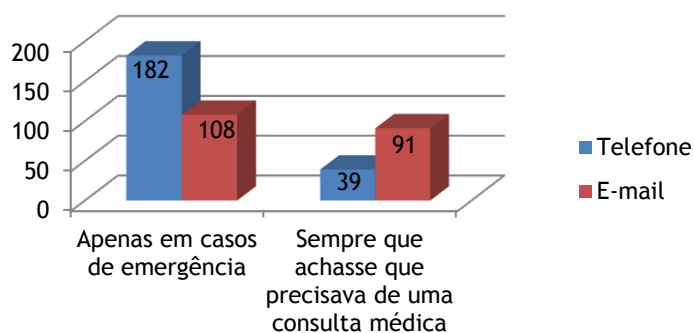


Gráfico 4 - Circunstâncias para contactar o médico

Quando se perguntou se os inquiridos já tinham pedido o número de telemóvel ou o endereço de *e-mail* do médico (Gráfico 5), a grande maioria respondeu que não nas duas situações apesar de se salientar mais que quem já pediu algum contacto preferiu pedir mais o número de telemóvel.

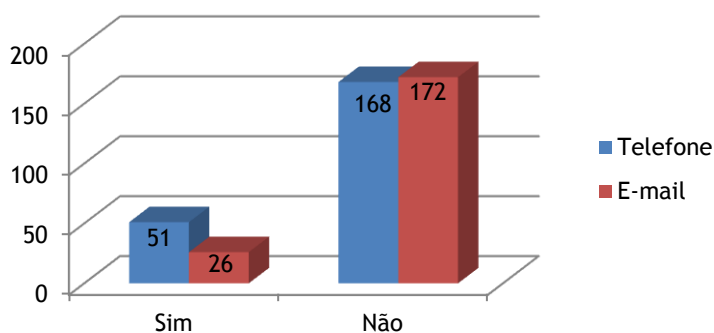


Gráfico 5 - Já pediu o contacto ao seu médico

Na mesma linha de raciocínio dos inquiridos, apresentam-se no Gráfico 6 basicamente as mesmas respostas que no gráfico anterior no que concerne a possuir o número de telemóvel ou endereço de *e-mail* do médico. A maioria não tem qualquer contacto do médico, mas há mais inquiridos a terem o número de telemóvel do que o endereço de *e-mail*.

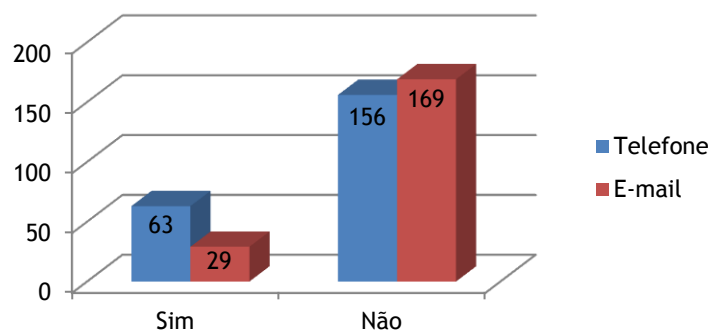


Gráfico 6 - Possui o número de telemóvel ou o endereço de e-mail do seu médico

Relativamente à fonte de informação sobre o funcionamento das unidades de saúde, evidencia-se no Gráfico 7 que a resposta “Concordo totalmente” foi a menos escolhida em todos os grupos. A que mais se salienta, é a resposta “Concordo” principalmente quando as informações foram dadas por amigos ou familiares, por enfermeiros e sobretudo pelo pessoal administrativo.

As informações sobre o funcionamento das unidades de saúde...

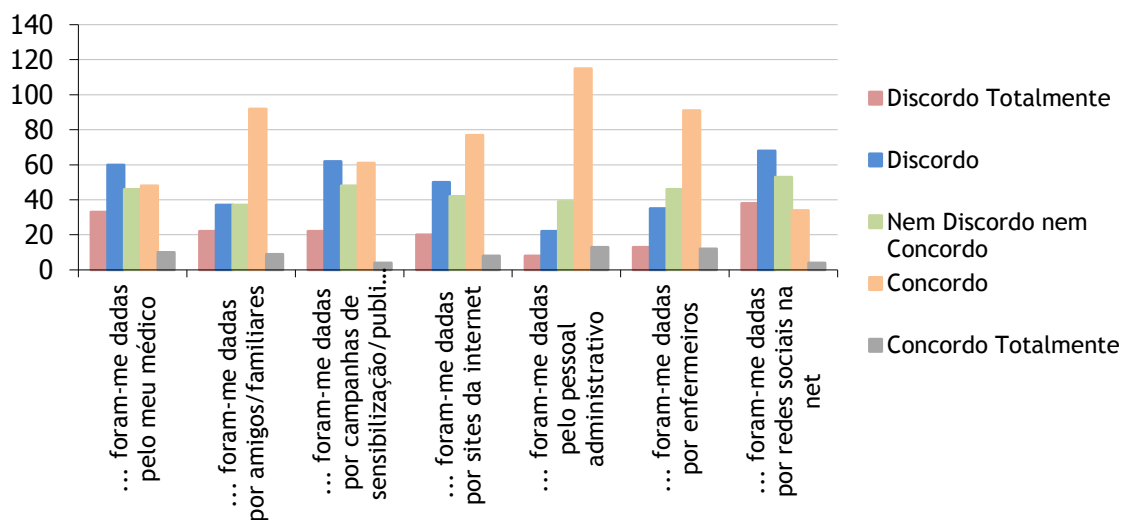


Gráfico 7 - Fontes de informação sobre as unidades de saúde

Na realização de testes estatísticos para a análise da relação entre as atitudes e práticas da população relativamente à obtenção do número de telemóvel e endereço de e-mail do médico (Hipótese 1), recorre-se ao teste *t de Student* com respostas emparelhadas para os 15 itens das escalas. Pode-se verificar na Tabela 9 que existem diferenças estatisticamente significativas em apenas 8 dos itens. Nos itens 1, 2, 3, 4 e 5 existe diferença estatisticamente significativa podendo inferir que a atitude mais positiva seria em possuir o número de telemóvel do médico, nos outros itens, ou seja, nos itens 6, 11 e 12, a atitude mais positiva seria em possuir o endereço de e-mail do médico.

Relativamente aos restantes itens e ao total da escala verifica-se a ausência de diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela 10 - Correlação entre as atitudes e práticas da população para a obtenção do número de telemóvel e endereço de *e-mail* dos médicos (n=200)

Comparação entre telefone e <i>e-mail</i> :	t	p	Atitude mais positiva?
1. Ter o <u>número de telemóvel/e-mail</u> do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo?	2,163*	0,032	Telefone
2. Ter o <u>número de telemóvel/e-mail</u> do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse?	7,498*	0,000	Telefone
3. O <u>telemóvel/e-mail</u> é um meio eficaz de comunicação que poderia resolver os meus problemas?	6,520*	0,000	Telefone
4. O acesso ao <u>número de telemóvel/e-mail</u> do médico poderia diminuir o número de consultas?	5,413*	0,000	Telefone
5. O acesso ao <u>número de telemóvel/e-mail</u> poderia reduzir o número de vezes que recorro às Urgências?	8,435*	0,000	Telefone
6. Ter acesso ao <u>número de telemóvel/e-mail</u> do médico poderia interferir com a privacidade do mesmo quando ele/ela não estivesse a trabalhar?#	-11,603*	0,000	<i>E-mail</i>
7. Não se deveria <u>telefonar/enviar e-mail</u> ao médico porque existem linhas telefónicas dos hospitais disponíveis fora das horas de expediente?#	-1,672	0,096	-
8. Não se deveria <u>telefonar/enviar e-mail</u> ao médico porque em caso de emergência é possível contactar o 112 ou ir às Urgências?#	-0,680	0,498	-
9. <u>Telefonar/Enviar e-mail</u> ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito um exame físico completo?#	0,439	0,661	-
10. <u>Telefonar/Enviar e-mail</u> ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal-entendido? #	-1,844	0,067	-
11. <u>Telefonar/Enviar e-mail</u> ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico?#	-7,072*	0,000	<i>E-mail</i>
12. Só vejo bons motivos para ter acesso ao <u>número de telemóvel/endereço de e-mail</u> do médico?	-2,476*	0,014	<i>E-mail</i>
13. Se o Hospital ou Centro de Saúde forneceu ao médico um <u>telemóvel e pagou pelo mesmo/computador portátil e pagou o serviço de internet</u> , esse facto deve motivar o médico a dar o seu <u>número de telemóvel/endereço de e-mail</u> aos utentes?	-0,456	0,649	-
14. Se o Hospital ou Centro de Saúde fizessem um pagamento extra para as consultas por <u>telefone/e-mail</u> , isso deveria motivar o médico a dar o seu <u>número de telemóvel/endereço de e-mail</u> aos utentes?	-1,708	0,089	-
15. Se o Hospital ou Centro de Saúde desse tempo ao médico só para fazer consultas por <u>telemóvel/e-mail</u> , isso deveria motivá-lo a dar o seu <u>número de telemóvel/endereço de e-mail</u> aos utentes?	0,261	0,794	-
TOTAL DA ESCALA	0,372	0,710	-

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Item com cotação invertida

Objetivo 4 - Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, de saúde e das características laborais nas atitudes e práticas da população relativamente à obtenção do número de telemóvel e endereço de *e-mail* do médico para a realização de consultas.

Por uma questão de organização, optou-se por apresentar os testes da Hipótese 2 (relativa à escala TELEFONE) e a Hipótese 3 (relativa à escala *E-MAIL*) em conjunto, ou seja, a influência das variáveis sociodemográficas e de saúde e também das características laborais em ambas. Para testar a influência da variável independente numérica contínua “Idade” nas variáveis dependentes (“TELEFONE” e “*E-MAIL*”) recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 10), verificando-se que, relativamente à “idade” não existe nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Tabela 11 - Correlação da variável “Idade” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=197)

		Idade
TELEFONE	Pearson Correlation	0,070
	Sig. (2-tailed)	0,331
<i>E-MAIL</i>	Pearson Correlation	-0,082
	Sig. (2-tailed)	0,251

Para evitar a constante justificação, para a análise das seguintes variáveis agrupadas em dois grupos (nominais ou ordinais), utilizou-se o teste *t de Student* para variáveis independentes.

Analisando os resultados (Tabela 11) do teste da influência da variável “Doença crónica” com as variáveis dependentes, pode verificar-se que não existe diferença estatisticamente significativa, nem para a escala TELEFONE, nem para a escala *E-MAIL* ($p > 0,05$).

Tabela 12 - Comparação da variável “Doença crónica” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=197)

	Doença crónica	n	Média	t	p
TELEFONE	Sim	42	3,337	0,604	0,546
	Não	155	3,273		
<i>E-MAIL</i>	Sim	42	3,279	-0,216	0,829
	Não	155	3,305		

Relativamente ao “Familiar ou conhecido com doença crónica”, (Tabela 12), os resultados mostram que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 13 - Comparação da variável “Familiar ou conhecido com doença crónica” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=197)

	Familiar ou conhecido com doença crónica	n	Média	t	p
TELEFONE	Sim	123	3,310	0,686	0,494
	Não	74	3,249		
<i>E-MAIL</i>	Sim	123	3,313	0,382	0,703
	Não	74	3,276		

No que se refere à variável “Género” (Tabela 13) também não existe diferença entre os homens e as mulheres no que toca às atitudes e práticas da relativamente à obtenção do número de telemóvel e endereço de *e-mail* do médico ($p>0,05$).

Tabela 14 - Comparação da variável “Género” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=197)

	Género	n	Média	t	p
TELEFONE	Masculino	107	3,298	0,284	0,777
	Feminino	90	3,273		
<i>E-MAIL</i>	Masculino	107	3,317	0,397	0,692
	Feminino	90	3,279		

Em relação à variável “Escolaridade”, podemos observar na Tabela 14, que apenas existe diferença estatisticamente significativa para a escala *E-MAIL*, sendo que pela análise da média, podemos inferir que os inquiridos com ensino superior, têm atitudes mais positivas em relação à obtenção do endereço de *e-mail* do médico do que os inquiridos que estudaram até ao ensino secundário

Tabela 15 - Comparação da variável “Escolaridade” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=192)

	Escolaridade	n	Média	t	p
TELEFONE	Até ao 12º ano	40	3,273	-0,125	0,901
	Ensino Superior	152	3,287		
<i>E-MAIL</i>	Até ao 12º ano	40	3,077	-2,386	0,018
	Ensino Superior	152	3,357		

Por fim, relativamente às variáveis “Profissional de saúde” (Tabela 15) e “Profissional de informática” (Tabela 16) que não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa, assim podemos inferir que no que concerne a profissionais de saúde e a profissionais de informática, não existe diferença para os restantes inquiridos em relação às atitudes e práticas para a obtenção do número de telemóvel e/ou endereço de *e-mail* do médico.

Tabela 16 - Comparação da variável “Profissional de saúde” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=196)

	Profissional de saúde	n	Média	t	p
TELEFONE	Sim	92	3,293	0,131	0,896
	Não	104	3,281		
<i>E-MAIL</i>	Sim	92	3,321	0,412	0,681
	Não	104	3,281		

Tabela 17 - Comparação da variável “Profissional de informática” com as escalas de TELEFONE e *E-MAIL* (n=197)

	Profissional de informática	N	Média	t	p
TELEFONE	Sim	16	3,108	-1,238	0,217
	Não	181	3,302		
<i>E-MAIL</i>	Sim	16	3,196	-0,644	0,520
	Não	181	3,308		

Capítulo 5

Discussão de resultados

Katz *et al.* (2003) consideram que existe actualmente uma difusão lenta, na prática clínica, da comunicação electrónica. Tal deve-se, indubitavelmente, a diversos factores entre os quais: falta de reembolso dos profissionais por este tipo de consultas, a incerteza se estas consultas substituem os recursos clínicos actuais ou se apenas acrescentam trabalho ao médico, receio de potenciais erros médicos ao responder por correio electrónico a situações complexas e o receio dos portais de comunicação não serem seguros (*idem*). Neste capítulo pretende abordar-se estes aspectos tendo em conta as respostas da população portuguesa ao inquérito aplicado.

Em relação às características sociodemográficas e de saúde não foram encontradas correlações significativas. Excetuando o aumento da tendência nas pessoas com formação superior de utilizarem mais o *e-mail*. Este achado vai de encontro aos resultados encontrados por Peleg e Nazarenko (2012) em que a população com formação superior apresentou mais interesse em obter o *e-mail* do seu médico. Deve ter-se em consideração que o modo de aplicação do questionário pode ter contribuído para o aparecimento desta tendência na amostra, uma vez que o inquérito foi apenas realizado *on-line*.

Quanto à avaliação das atitudes no geral foi possível perceber que existem, globalmente, atitudes mais positivas em relação ao telefone do que ao *e-mail*. De facto, noutros artigos é referida a mesma predisposição, as pessoas tendem a preferir o contacto com o médico através do telefone (Goldman, Mehrota, Pinto, & Mounstephen, 2004). Mas esta preferência deve-se principalmente ao carácter de urgência que a população costuma imprimir a estes contactos com o médico. Contudo, neste trabalho quando referenciamos as consultas através de *e-mail* e telefone o que se “idealiza” é um sistema em que estas duas vias de comunicação se complementam e que são aplicáveis em situações como: seguimento de doentes com doenças crónicas, situações de saúde inesperadas não emergentes que possam facilmente ser resolvidas através do aconselhamento de um médico conhecedor do percurso de saúde do utente, *follow-up* após intervenção cirúrgica para confirmação de que tudo corre como o esperado no pós-operatório - diminuindo consideravelmente o tempo de internamento- etc.

Curiosamente, das pessoas que responderam ao questionário *online* apenas 80% tinham *e-mail*. Referimos apenas pois num artigo datado de 2006, Virji, *et al.* referiram que da população inquirida 68% tinham *e-mail*.

Relativamente ao interesse de comunicar com o médico através de correio eletrónico, num estudo conduzido em contexto de cuidados de saúde primários cerca de 80% dos inquiridos estariam interessados (Couchman, Forjuoh & Rascoe, 2001). Também no presente estudo se concluiu que 46% dos inquiridos estariam muito interessados em ter o *e-mail* do médico. Se tivermos em conta apenas a parte dos inquiridos que usa o *e-mail* regularmente (173) significa que destes, 59% estariam muito interessados. Esta percentagem é ainda, na nossa perspectiva relativamente baixa, este facto pode ser devido à abrangência da pergunta, ou seja, se a pergunta colocada fosse mais concreta incluindo o objectivo e o tipo de sistema inerente a esta comunicação por *e-mail* obteríamos outro tipo de resposta. Nesta investigação ao referirmo-nos ao uso de *e-mail* implica um sistema com mensagens previamente filtradas por uma administrativa e cuja resposta seria providenciada em tempo estritamente dedicado a essas consultas não presenciais.

Em relação aos contactos do médico que o utente tem acesso: 13% referiram terem o *e-mail* do seu médico e cerca do dobro (29%) possuem o número telefone. No entanto a taxa de inquiridos que possui o *e-mail* do médico não está aquém dos resultados encontrados por Virji *et al.* (2006), 10% dos inquiridos tinha o *e-mail* do médico. Uma das explicações possíveis para esta diferença encontrada entre os dois meios de comunicação (para além do telefone ser um meio que está há mais tempo ao alcance de praticamente toda a população) é o facto referido por Peleg, Avdalimov e Freud (2011), o médico prefere dar o número de telefone do que o *e-mail*. Muitas vezes esta perspectiva do médico está intimamente associada aos potenciais problemas deste tipo de comunicação electrónica. Outro obstáculo à comunicação à comunicação via *e-mail* que pode ajudar a explicar estes números é o facto de, actualmente, maioria da comunicação electrónica entre os utentes e os profissionais de saúde não ser solicitada e ser desordenada (Katz, Moyer, Cox & Stern 2003). Por oposição ao acima exposto, é maior a taxa de pessoas que concordam que só vêm bons motivos para ter acesso ao *e-mail* do médico do que as que referem que só vêm bons motivos para ter o número de telefone do mesmo.

Relativamente ao item “ter o número de telefone do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo” os inquiridos, na sua maioria concordaram com a afirmação. A mesma tendência surgiu quando questionados acerca do *e-mail*, apesar de assumir valores ligeiramente mais baixos. Isto vai de encontro ao exposto num artigo de Houston, Sands, Ford e Nash (2003) que a comunicação electrónica através de *e-mail* e outras tecnologias baseadas na internet poderiam melhorar a relação médico-doente por ser uma interação que, apesar de assíncronizada, é rápida no que toca a responder às questões dos utentes.

É de realçar que em relação à afirmação “Não se deveria enviar *e-mail* ao médico porque existem linhas telefónicas dos hospitais disponíveis fora das horas de expediente.” A maioria dos inquiridos discorda. Igualmente discordam que “Não se deveria enviar *e-mail* ao médico porque em caso de emergência é possível contactar o 112 ou ir às Urgências”, apesar da média ser ligeiramente menor. Uma das leituras possíveis destes dois tópicos é que a grande parte dos inquiridos não desvaloriza a comunicação por *e-mail* independentemente de existirem outras vias para tentar resolver o seu problema. Provavelmente têm em conta que pelas outras vias não seria o respectivo médico a consulta-los e poderia demorar mais tempo a obterem uma resposta eficaz ao problema exceptuando as situações que careçam de tratamento urgente. De acordo com Cook (2011), existem várias razões para na perspectiva dos utentes o *e-mail* ser uma boa forma de comunicação com o profissional de saúde: conseguem ultrapassar mais facilmente barreiras linguísticas, têm bastante tempo para responder às questões colocadas, estão num ambiente confortável e familiar enquanto respondem a *e-mail* e podem consultar o que foi dito ou aconselhado sem terem que confiar apenas na memória.

Da população que respondeu ao inquérito cerca de 47% são da opinião que “O acesso ao *e-mail* do médico poderia diminuir o número de consultas.” Este facto é corroborado em vários estudos por diferentes autores. Apesar de ser baixa a percentagem de inquiridos a ter esta opinião, foi demonstrado que de facto, em contextos específicos, é uma oportunidade de aumentar a eficácia do tempo clínico deixando espaço livre para consultas que realmente necessitam de tratamento pessoal por parte do médico (Cook 2011; Gradison Krause e Pollak, 2006; Katz, Moyer, Cox & Stern 2003).

Em relação ao item “O acesso ao número de telefone do médico poderia diminuir o número de consultas?” foi o quarto mais pontuado na escala de telefone indicando da mesma forma a consciencialização dos inquiridos para o facto de as consultas poderem ter uma influência concreta na eficácia dos serviços. Bunn, Byrne e Kendall (2005) foram mais longe e referiram que apesar de existir ainda pouca informação fiável sobre se as consultas por telefone reduzem ou não a carga de trabalho do médico, na Dinamarca, após a implementação de consultas por telefone, os pedidos de visitas médicas ao domicílio desceu cerca de 28%. Na investigação levada a cabo por Peleg e Nazarenko (2012) foram encontradas as mesmas tendências de resposta a esta pergunta por parte dos inquiridos, indicaram igualmente que na opinião deles a consulta por telefone faria diminuir o número de consultas. Este facto foi igualmente evidenciado num artigo cujos autores referiram que, comparando a consulta presencial com a consulta por telefone, existiu um aumento de 26%, ou seja, percentagem de doentes asmáticos que foram consultados aumentou de 48% para 74% e os doentes referiram ficar igualmente satisfeitos com este tipo de consultas (Pinnock, Mackenzie & Sheik, 2005).

Tanto em relação ao telefone como ao *e-mail* o segundo item com o qual os utentes mais concordam é que telefonar ou enviar *e-mail* ao médico pode aumentar a probabilidade de um

erro de comunicação ou mal-entendido ou aumentar a probabilidade de erros médicos por ausência de exame físico. Este achado vai de encontro ao descrito por Peleg e Nazarenko (2012) quando inquiridos, 65% dos médicos tinham receio das consultas via *e-mail*/telefone pois não existia exame físico e poderia levar a erros médicos e 57% receavam erros de comunicação e litígios por negligência médica. De acordo com Virji (2006) a American Medical Informations Association aconselha que a utilização do consentimento informado protocolizado na instituição para cada utente que receba consultas não presenciais, isto seria uma forma de tornar todas as condições deste tipo de consultas claras tanto para o médico como para o utente. Outro aspecto a ter em conta pelo médico de forma a evitar processo litigiosos por negligência médica é o registo de toda a informação do telefonema no registo do doente. Esta perspectiva dos inquiridos prende-se também, em nosso entender, uma vez mais com a ideia que possuem do uso destas vias de comunicação. Obviamente que se o médico recebe uma chamada com sintomatologia que tem dificuldade em identificar ou que carece de avaliação física, o próprio encarregar-se-á de marcar uma consulta presencial com o doente ou de o encaminhar para as urgências. No entanto isto não implica que a comunicação por *e-mail* seja menos fiável ou de maior risco, apenas nos diz que as circunstâncias em que se usa este tipo de comunicação via *e-mail* ou telefone devem ser pré-estabelecidas e que deve existir formação específica para os médicos que providenciem estas vias de comunicação.

A partir do acima referido depreende-se que é essencial a formação em comunicação, técnicas de validação da informação etc. de forma a tornar quase inexistentes ou evitáveis ao máximo os erros de comunicação de desentendimentos ou mesmo erros de interpretação da informação, tanto da parte médica como da parte do utente. Estes investimentos em formação aumentariam imenso a segurança deste tipo de consultas diminuindo igualmente os custos, a longo prazo para as unidades de saúde. Outro investimento extremamente necessário para a concretização destas consultas não presenciais via telefone/*e-mail* é a construção de uma plataforma com elevados níveis de segurança de forma a proteger toda a informação nela contida a condicionar o acesso a essa informação mesmo entre profissionais da instituição. Só devem aceder às informações de saúde de determinado utente os profissionais directamente envolvidos nos cuidados prestados. De facto encontra-se nos artigos sobre esta temática alertas para os riscos que se corre ao divulgar informação do doente online pois não se compara a segurança de uma entrevista pessoal (Mann e Stewart, 2010 *apud* Cook, 2011). Prevendo já este tipo de riscos em 2004 ficou declarado em Conselho Europeu de Ministros que é fulcral garantir a segurança das informações de saúde, ou seja, dar prioridade à confidencialidade, integridade num sistema de informação construído para as unidades de saúde (Conseil de L'Europe, Comité de Ministres, 2004).

Por entre os resultados encontrados existe outro que merece particular atenção, quando colocada a questão sobre enviar *e-mail* ou telefonar ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico a amostra indicou que o telefonar ao médico poderia interferir mais com o

seu trabalho clínico do que enviar *e-mail*. Uma vez mais a grande influência para esta resposta é a ideia que as pessoas tem destas vias de comunicação com o médico, se tivermos em conta que, no caso destas consultas não presenciais existe um tempo calendarizado para as mesmas já não se põe a questão se interfere ou não com o trabalho do médico. Uma das hipóteses seria, o contacto por telefone só seria atendido se o médico estivesse no horário das consultas presenciais senão o utente deverá deixar uma mensagem com a descrição da situação etc. o que for pedido na gravação do correio de voz do médico. Tal como acontece com o *e-mail* esta gravação pode ser ouvida mais tarde e respondida, sem interferir nas consultas presenciais ou outras tarefas do médico.

Em relação à vertente do pagamento e tempo direccionado para estas consultas através de *e-mail* ou telefone os inquiridos foram na sua maioria concordantes que se a unidade de saúde estivesse disposta a pagar pelo telemóvel/internet, a disponibilizar tempo estes factos deveriam motivar o médico a disponibilizar o seu número de telefone ou *e-mail*. Sendo que estas atitudes tiveram resultados mais positivos relativamente ao *e-mail* do que ao número de telefone do médico. Quanto à possibilidade da unidade de saúde fazer um pagamento extra para estas consultas médicas e se tal deveria motivar o médico a dar o seu número de telefone ou *e-mail*, os inquiridos mantiveram-se neutros com a maior parte das respostas correspondendo à opção não concordo nem discordo. Este achado vai contra ao constatado por outros autores em que quando questionados, 42% dos utentes estavam dispostos a pagar uma taxa extra para terem acesso via electrónica ao seu médico (Virji, 2006). No entanto, devemos ter em conta que o sistema de saúde da população em que foi realizado o artigo não tem qualquer semelhança com o sistema de saúde português. Nos E. U. A. a grande parte das famílias para ter acesso aos cuidados de saúde tem de pagar um seguro relativamente caro.

No que toca às circunstâncias em que usariam o telefone ou *e-mail* para contactar o médico, existe uma grande percentagem de pessoas que contactaria a qualquer hora (incluindo noite, domingos e feriados) mas utilizaria o *e-mail* para tal. Por telefone a grande percentagem indicou que só contactaria o médico nas horas previamente marcadas. Esta perspectiva dos inquiridos demonstra a consideração existente pelo tempo do médico e vai um pouco de encontro à visão desta investigação sobre as consultas não presenciais, ou seja, o médico marca as consultas não presenciais em determinado horário quando, depois de um contacto prévio, sente necessidade de esclarecer alguns pontos com o utente.

Em relação à pergunta introduzida pelo autor do trabalho para as fontes de informação sobre o funcionamento das unidades de saúde, a resposta que mais sobressaiu foi o “Concordo” relativamente ao pessoal administrativo, seguido dos enfermeiros e dos amigos. Isto vai de encontro ao esperado no sistema de saúde português em que tudo o que seja relativo a funcionamento de hospital, centro de saúde, etc. é reencaminhado para o pessoal administrativo dar informação. Os enfermeiros surgem também nesta listagem por nutrirem sempre uma relação mais próxima com o utente, característica inerente à própria profissão.

Capítulo 6

Conclusão

Assim como um organismo tem que se adaptar ao seu meio envolvente para sobreviver, as unidades de saúde igualmente tem de se adaptar ao constante progresso no universo das comunicações para dar resposta às exponencialmente maiores exigências de eficiência na saúde. A realização desta investigação contribuiu para o conhecimento no que concerne a compreensão da predisposição da população à implementação do *e-mail* e telefone como forma de realizar consultas médicas agilizando o sistema e as instituições de saúde.

Entre as evidências mais notórias deste trabalho encontra-se o facto de a população ainda não possuir uma noção bem concebida do que consiste as consultas médicas não presenciais. Pelas respostas com maior e menor cotação é legítimo inferir que a população vê o acesso ao número de telemóvel e *e-mail* do médico de acordo com a sua perspectiva de uso pessoal. Vêm estas vias de comunicação como uma forma de contactar o médico principalmente em situações urgentes ou agudas sem qualquer tipo de filtro e não pertencentes à instituição de saúde.

Encontraram-se ainda evidências relacionadas com o receio pela falta de segurança relacionada com estas vias de comunicação.

Isto leva-nos a repensar a próxima estratégia a ter em conta na implementação destes sistemas de tecnologia e comunicação. A difusão de informação à população sobre a temática talvez seja uma das principais áreas a apostar para que essa implementação seja de facto bem-sucedida, o aumento da 'literacia electrónica'.

Uma das limitações deste trabalho relacionou-se com a aplicação do questionário uma vez que foi apenas difundido *on-line* poderá ter originado um ligeiro enviesamento da amostra chegando apenas aos utilizadores da internet. Uma das formas de evitar esta situação no futuro seria a aplicação de questionários na rua ou mesmo através do correio de forma a ter uma perspectiva mais realista da perspectiva da população portuguesa sobre esta temática.

Alguns variáveis merecem também ser melhor definidas, nomeadamente a diferenciação das pessoas com doença crónica (que doenças, há quanto tempo, etc.).

Outro aspecto que poderá ser melhorado em trabalhos futuros sobre este assunto é a formulação das perguntas no questionário. Ao avaliar os resultados obtidos apercebemo-nos que por ser ainda um assunto pouco familiar para os portugueses existia uma ideia muito vaga por parte dos inquiridos. Isto pode ser resolvido através da colocação de exemplos ou

situações hipotéticas antes das perguntas, como que a descrição de uma (ou várias) situação típica da utilização do telefone ou do e-mail. Desta forma poderia apurar-se mais concretamente a atitude dos inquiridos sobre situações bem delineadas.

Em relação aos objectivos propostos na introdução, de facto, foram atingidos ao longo deste trabalho. Conseguiu-se perceber a atitude da população para com este tipo de consultas médicas sendo que a postura da população portuguesa quanto a este assunto é ainda pouco perceptível pois reportando-nos aos resultados, em ambos os casos, tanto do telefone como do *e-mail*, a média das respostas localizou-se no ponto “nem concordo nem discordo”. Isto representa a presença de neutralidade por parte dos inquiridos, muito provavelmente devida a falta de familiarização com o assunto e conhecimento do mesmo.

Concluiu-se ainda que as atitudes mais positivas estão relacionadas com as consultas médicas por telefone mas apenas em 4 dos 15 tópicos observados. Analisou-se também a possível existência de influências sociodemográficas nas referidas atitudes mas não existiam correlações significativas entre as duas variáveis ao contrário do esperado. Vários artigos anteriores referiam que as pessoas mais novas poderiam ter atitudes mais positivas em relação às consultas por *e-mail* e telefone. Cremos que esta ausência de correlação se deverá à já referida neutralidade dos inquiridos.

Analisado o nível de eficácia do trabalho, a eficiência foi igualmente conseguida uma vez que os recursos utilizados para a concretização do trabalho não estiveram além do que era necessário para obter este tipo de conclusões preliminares num campo ainda tão pouco conhecido como o das tecnologias da comunicação e informação na saúde em Portugal.

Uma das dificuldades encontradas, em relação ao enquadramento e fundamentação do trabalho foi o tão baixo número de publicações sobre a temática em Portugal.

Este trabalho permitiu-nos concluir que apesar dos dois serviços de comunicação, telefone e *e-mail*, serem tão diferentes devem ser utilizados em conjunto de forma a servir diferentes necessidades, pessoas e populações, tem ambos potencialidades que abrangem as variadas necessidades dos possíveis utilizadores. Não podemos deixar de ter em conta que a utilização de ambos os serviços pode ter efeitos sinérgicos em termos de ganhos em saúde.

Em relação aos obstáculos, a regulamentação - ou falta dela- talvez seja um dos maiores. Antes de se propagar qualquer destes tipos de comunicação deve compreender-se as ramificações éticas e legais desta comunicação com os utentes, de forma a protegê-los e a proteger o profissional de saúde.

Uma dúvida que este trabalho nos deixa é que percentagem da população inquirida é servida pelo sector público da saúde e que parte é servida pelo sector privado. Esta é uma característica de extrema importância para perceber, em ambos os sectores, o grau de similaridade da postura do médico e do utente para com estas estas tecnologias da comunicação e informação. No sector privado pode existir uma maior tendência do médico

para fornecer ao utente - que está a pagar por um serviço - o seu contacto de forma a dar uma resposta mais rápida e eficiente a futuros problemas de saúde do cliente.

Finalmente uma das tarefas mais imperiosas para uma comunicação electrónica eficiente no futuro é o ensino de técnicas de comunicação direccionadas aos médicos. Só desta forma se garante a qualidade e segurança de qualquer consulta realizada via *e-mail* ou telefone.

Não poderei deixar de referir o quão enriquecedor este trabalho foi, contribuindo para a minha evolução pessoal e principalmente profissional. Permitiu-me interiorizar informações pertinentes, contextualiza-las em gestão e perceber o seu potencial impacto na nossa sociedade. Fica aberto o espaço a colocação de questões ou realização de críticas construtivas pois é disso que vive o conhecimento, da partilha e evolução constante.

Referências Bibliográficas

Baer, D. (2011). Patient-Physician *E-mail* Communication: The Kaiser Permanente Experience. *Journal of Oncology Practice*, 4. Recuperado em 19 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=62841194&lang=pt-br&site=ehost-live>

Bau, I. (2011). Connected for Health: The Potential of Health Information and Communications Technologies to Reduce Health Care Disparities. *National Civic Review*, 3, 15 - 18. Recuperado em 20 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=66793536&lang=pt-br&site=ehost-live>

Bradley, L. J., Hendricks, B., Lock, R., Whiting, P. P. & Parr, G. (2011). *E-mail* Communication: Issues for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 1, 67 - 79. Recuperado em 20 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=58621839&lang=pt-br&site=ehost-live>

Bunn, F., Byrne, G. & Kendall S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 55, 956 - 961. Recuperado em 21 de dezembro, 2012, de <http://europepmc.org/articles/PMC1570504>

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V. (2010). A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços de Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016*. Recuperado em 28 de dezembro, 2012, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Conseil de L'Europe, Comité de Ministres (1997). *Recomendação N° R (97) 5, de 13 de Fevereiro de 1997: Du Comité des Ministres aux États Membres Relative à la Protection des Données Médicales*. Strasbourg. Recuperado em 27 de dezembro, 2012, de <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&instranetImage=637549&SecMode=1&DocId=839736&Usage=2>

Conseil de L'Europe, Comité de Ministres (2004). *Recomendação Rec(2004)17, de 15 de Dezembro de 2004: Comité des Ministres aux Etats membres relative à l'impact des technologies de l'information sur les soins de santé - Le patient et Internet*. Strasbourg. Recuperado em 27 de dezembro, 2012, de [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2004\)17&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=BD2CF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2004)17&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=BD2CF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864)

Cook, C. (2011). Email interviewing: generating data with a vulnerable population. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1330 - 1339. Recuperado em 29 de dezembro, 2012, de <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2012/00000068/00000068/art00014>

Costa, F. L. (2005). Efectividade e eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 47 - 58.

Couchman, G. R., Forjuoh, S. N., Rascoe, T. G. (2001). E-mail Communications in Family Practice. What Do Patients Expect? *The Journal of Family Practice*, 50, 414 - 418. Recuperado em 18 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11350705&lang=pt-br&site=ehost-live>

Elnicki, D. M., Ogden, P., Flannery, M., Hannis, M., Cykert, S. (2000). Telephone Medicine for Internists. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 337 - 343. Recuperado em 17 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10840269&lang=pt-br&site=ehost-live>

Elswick, J. (2003). Medical Visits via Phone, E-mail Promise Cost Savings. *Employee Benefit News*, 17, 45 - 50. Recuperado em 30 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=10819196&lang=pt-br&site=ehost-live>

Eysenbach, G. (2000). Towards ethical guidelines for dealing with unsolicited patient emails and giving teleadvice in the absence of a pre-existing patient-physician relationship. Systematic review and expert survey. *Journal of Medical Internet Research*, 2. Recuperado em 16 de dezembro, 2012, de <http://www.jmir.org/2000/1/e1Ferguson>, T. & Kelly, B. (1999). E-patients prefer egroups to doctors for 10 of 12 aspects of healthcare. *The Ferguson Report*, 1. Recuperado em 15 de dezembro, 2012, de <http://www.fergusonreport.com/articles/fr039905.htm>

Fischer, H. H., Moore, S. L., Ginosar, D., Davidson, A. J., Rice-Peterson, C. M., Durfee, M. J., et al. (2012). Care by Cell Phone: Text Messaging for Chronic Disease Management. *The American Journal of Managed Care*, 2, 42 - 47. Recuperado em 21 de dezembro, 2012, de <http://www.ajmc.com/articles/Care-by-Cell-Phone-Text-Messaging-for-Chronic-Disease-Management/>

Furtado, C. & Pereira, J. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Recuperado em 22 de dezembro, 2012, de <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>

Gaster, B., Knight, C. L., DeWitt, D. E., Sheffield, J. V., Assefi, N. P. & Buchwald D. (2003). Physicians' Use of and Attitudes Toward Electronic Mail for Patient Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 385 - 389. Recuperado em 21 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12795738&lang=pt-br&site=ehost-live>

Goldman, R. D., Mehrotra, S., Pinto, T. R. & Mounstphen, W. (2004). Follow-up After a Pediatric Emergency Department Visit: Telephone Versus E-mail? *Pediatrics*, 114, 988-991. Recuperado em 27 de dezembro, 2012, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/4/988.full.html>

Gonçalves, L. F. M. (2008). *Análise da Eficiência dos Hospitais SA e SPA Segundo uma Abordagem de Fronteira de Eficiência*. Dissertação de doutoramento não-publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Hanna, L., May, C. & Fairhurst, K. (2012). The place of information and communication technology-mediated consultations in primary care: GPs' perspectives. *Family Practice*, 29, 361 - 366. Recuperado em 19 de dezembro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22006040>

Houston, T.K., Sands, D.Z., Nash, B.R., & Ford, D.E. (2003). Experiences of physicians who frequently use e-mail with patients. *Health Communication*, 15, 515 - 525. Recuperado em 15 dezembro, 2012, de http://dx.doi.org/10.1207/S15327027HC1504_08

Inglis, S. C., Clark, R. A., McAlister, F. A., Ball, J., Lewinter, C., Cullington, D., et al. (2010). Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure (Review). *The Cochrane Library*, 8. Recuperado em 19 de dezembro, 2012, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007228.pub2/full>

Katz, S. J., Moyer, C. A., Cox, D. T. & Stern, D. T. (2003). Effect of a Triage-based E-mail System on Clinic Resource Use and Patient and Physician Satisfaction in Primary Care. A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 736 - 744. Recuperado em 22 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12950483&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lei nº12/2005, de 26 de Janeiro de 2005 (2005). Informação genética pessoal e informação de saúde. Lisboa. Recuperado em 23 de dezembro, 2012, de <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/01/018A00/06060611.pdf>

Mevisen, F. E., Eiling, E., Bos, A. E., Tempert, B., Mientjes, M. & Schaalma, H. P. (2012). Evaluation of the Dutch AIDS STI information helpline: Differential outcomes of telephone versus online counseling. *Patient Education and Counseling*, 88, 218 - 223. Recuperado em 23 de dezembro, 2012, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.04.007>

Palmer, D. & El Miedany, Y. (2011). Rheumatology Helpline: Challenges in the Biologic Therapy Era. *British Journal of Nursing*, 20, 728 - 732. Recuperado em 30 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011226034&lang=pt-br&site=ehost-live>

Peleg, R. & Nazarenko, E. (2012). Providing cell phone numbers and e-mail addresses to patients: The patient's perspective, a cross sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1:32. Recuperado em 15 de dezembro, 2012, de <http://www.ijhpr.org/content/1/1/32>

Peleg, R., Avdalimov, A. & Freud, T. (2011). Providing cell phone numbers and email addresses to Patients: the physician's perspective. *BMC Research Notes*, 4:76. Recuperado em 22 de dezembro, 2012, de <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/76>

Pinnock, H., McKenzie, L., Price, D. & Sheikh, A. (2005). Cost-effectiveness of telephone or surgery asthma reviews: economic analysis of a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 55, 119 - 124. Recuperado em 23 de dezembro, 2012, de <http://www.ingentaconnect.com/content/rcgp/bjgp/2005/00000055/00000511/art00010>

Pinochet, L. (2011). Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. *O Mundo da Saúde*, 35, 382 - 394. Recuperado em 21 de dezembro, 2012, de

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/tendencias_tecnologia_informacao_gestao_saude.pdf

Rocha, R. (2010). *Análise de Gestão, Equidade e Eficiência no Sistema de Saúde Português*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Royal College of Nursing (2006). Telephone advice lines for people with long term conditions: Guidance for nursing practitioners. London: Royal College of Nursing

Rosário, E. M. O. C. (2009). Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal

Santana, S. (2009). Tendências na Utilização da Internet Para Questões de Saúde e Doença em Portugal 2005-2007. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 5 - 14. Recuperado em 28 de dezembro, 2012, de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/1/005-014.pdf>

Sawmynaden, P., Atherton, H., Majeed, A. & Car, J. (2012). Email for the provision of information on disease prevention and health promotion (Review). *The Cochrane Library*, 11. Recuperado em 19 de dezembro, 2012, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007982.pub2/abstract>

Sciamanna, C. N., Rogers, M. L., Shenassa, E. D. & Houston, T. K. (2007). Patient Access to U.S. Physicians Who Conduct Internet or E-mail Consults. *Society of General Internal Medicine*, 22, 378 - 381. Recuperado em 23 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17356972&lang=pt-br&site=ehost-live>

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, 22, 615 - 620. Recuperado em 29 de dezembro, 2012, de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&nrm=is

Virji, A., Yarnall, K. S. H., Krause, K. M., Pollak, K. I., Scannell, M. A., Gradison, M., et al. (2006). Use of email in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication. *BMC Medicine*, 4:18. Recuperado em 21 de dezembro, 2012, de <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/4/18>

World Health Organization (2012). Management of Patient Information: Trends and Challenges in Member States. *Global Observatory for eHealth Series*, 6. Recuperado em 28 de dezembro, 2012, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76794/1/9789241504645_eng.pdf

Zhou, Y. Y., Garrido, T., Chin, H. L., Wiesenthal, A. M. & Liang, L. L. (2007). Patient Access to an Electronic Health Record With Secure Messaging: Impact on Primary Care Utilization. *American Journal of Managed Care*, 13, 418 - 424. Recuperado em 17 de dezembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009628739&lang=pt-br&site=ehost-live>

Anexos

Anexo 1 - Instrumento de Colheita de Dados



Consultas médicas por telefone e e-mail e a Gestão da Informação nas Unidades de Saúde

Abandonar-> Continuaré más tarde

1.- A sua opinião é essencial

Caro/a internauta,

Este inquérito realiza-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde a decorrer na Universidade da Beira Interior. A informação que nos proporcione será utilizada para avaliar as atitudes da nossa população face a utilização do telefone e do e-mail para obter consultas dos profissionais de saúde.

As suas respostas serão tratadas de forma totalmente confidencial.

Este questionário dura aproximadamente 10 minutos.

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Nuno Santos

Consultas médicas por telefone e e-mail e a Gestão da Informação nas Unidades de Saúde

Abandonar-> Continuaré más tarde

2.- As suas atitudes sobre a consulta médica por telefone

Inquérito traduzido de Peleg e Nazarenko (2012)

***1. Qual é a sua opinião sobre ter acesso ao número de telemóvel do seu médico?**

- Ficaria muito interessado(a) Sem objecção Não estaria interessado(a)

***2. Qual o seu nível de concordância relativamente às seguintes afirmações**

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
Ter o número de telemóvel do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter o número de telemóvel do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O telemóvel é um meio eficaz de comunicação que poderia resolver os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso ao número de telemóvel do médico poderia diminuir o número de consultas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso ao número de telemóvel poderia reduzir o número de vezes que recorro às Urgências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***3. A que horas do dia é que você contactaria o seu médico?**

- Apenas nas horas previamente combinadas com o médico Apenas durante o dia (excepto domingos e feriados) A qualquer hora incluindo durante a noite, domingos e feriados

***4. Em que circunstâncias é que contactaria o seu médico?**

- Apenas em casos de emergência Sempre que achasse que precisava de uma consulta médica

*5.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
Ter acesso ao número de telemóvel do médico poderia interferir com a privacidade do mesmo quando ele/ela não estivesse a trabalhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonar para as linhas telefónicas dos hospitais disponíveis fora das horas de expediente é melhor do que telefonar para o médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque em situação de emergência é possível contactar o 112 ou ir às Urgências, não se deveria Telefonar ao médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonar ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito um exame físico completo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonar ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal entendido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonar ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Só vejo bons motivos para ter acesso ao número de telemóvel pessoal do médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Hospital ou Centro de Saúde deu ao médico um telemóvel e pagou pelo mesmo, esse facto deve motivar o médico a dar o seu número de telemóvel aos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Hospital ou Centro de Saúde fizessem um pagamento extra para as consultas por telefone, isso deveria motivar o médico a dar o seu número de telemóvel aos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Hospital ou Centro de Saúde desse tempo ao médico só para fazer consultas por telefone, isso deveria motivá-lo a dar o seu número de telemóvel aos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*6. Já alguma vez pediu o número de telemóvel ao seu médico?

Sim Não

*7. Actualmente tem o número de telemóvel do seu médico?

Sim Não

3.- As suas atitudes sobre a consulta médica por e-mail

Inquérito traduzido de Peleg e Nazarenko (2012)

*8. Tem e-mail?

Sim Não

*9. Qual é a sua opinião sobre ter acesso ao endereço de e-mail do seu médico?

Ficaria muito interessado(a) Sem objecções Não estaria interessado(a)

*10.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
Ter o e-mail do meu médico poderia melhorar a relação que tenho com o mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter o e-mail do meu médico poderia aumentar a minha sensação de segurança mesmo que eu não o usasse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O e-mail é um meio eficaz de comunicação que poderia resolver os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso ao e-mail do médico poderia diminuir o número de consultas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso ao e-mail poderia reduzir o número de vezes que recorro às Urgências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter acesso ao e-mail do médico poderia interferir com a privacidade do mesmo quando ele/ela não estivesse a trabalhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não se deveria enviar e-mail ao médico porque existem linhas telefónicas dos hospitais disponíveis fora das horas de expediente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não se deveria enviar e-mail ao médico porque em caso de emergência é possível contactar o 112 ou ir às Urgências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enviar e-mail ao médico pode levar a que aconteçam erros médicos porque não é feito exame físico completo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enviar e-mail ao médico eleva a possibilidade de haver um erro de comunicação ou um mal entendido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enviar e-mail ao médico pode interferir com o seu trabalho clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Só vejo bons motivos para ter acesso ao endereço de e-mail do médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***11. A que horas do dia é que você enviaria uma mensagem de e-mail ao seu médico?**

- Apenas nas horas previamente combinadas com o médico
 Apenas durante o dia (excepto domingos e feriados)
 A qualquer hora incluindo durante a noite, domingos e feriados

***12. Em que circunstâncias enviaria uma mensagem de e-mail ao seu médico?**

- Apenas em casos de emergência
 Sempre que achasse que precisava de uma consulta médica

***13.**

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem Discordo nem Concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
Se o Hospital ou Centro de Saúde forneceu um computador portátil e pagou o serviço de internet, esse facto deveria motivar o médico a dar o endereço de e-mail aos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Hospital ou Centro de Saúde fizessem um pagamento extra para as consultas por e-mail, isso deveria motivar o médico a dar o endereço de e-mail aos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Hospital ou Centro de Saúde desse tempo ao médico só para fazer consultas por e-mail, isso deveria motivá-lo a dar o endereço de e-mail aos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***14. Já alguma vez pediu o endereço de e-mail ao seu médico?**

- Sim
 Não

***15. Actualmente tem o endereço de e-mail do seu médico?**

5.- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

***17. Como classificaria o seu estado de saúde?**

- Excelente
 Muito bom
 Bom
 Razoável
 Mau

***18. Sofre de alguma doença crónica?**

- Sim
 Não

***19. Algum dos seus familiares ou pessoas mais próximas sofre de alguma doença crónica?**

- Sim
 Não

***20. A sua idade:**

***21. Género:**

- Masculino
 Feminino

***22. Estado Civil:**

- Solteiro(a)
 Casado(a)/ União de Facto
 Separado(a)/ Divorciado(a)
 Viúvo(a)

***23. Tem filho(s)?**

- Sim
 Não

***24. Habilitações Académicas (o grau mais elevado):**

- Ensino Básico
- Ensino Preparatório
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

- Mestrado
- Doutoramento
- Outro (Por favor especificar)

25. Distrito de Residência atual:

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Outra (Por favor especifique)

6.- CARACTERÍSTICAS LABORAIS

26. Qual a sua situação atual face ao emprego (o principal, se mais do que um)?

- Trabalhador a tempo inteiro, por conta de outrém.
- Trabalhador a tempo parcial, por conta de outrém.
- Trabalhador por conta própria.
- Trabalhador não remunerado (voluntário, dona de casa, etc).
- Reformado (por doença).
- Reformado (por idade).
- Desempregado.
- Outra (Por favor especifique)

27. Indique, por favor, o seu escalão de rendimento mensal líquido:

- < € 200.
- € 200 - € 500.
- € 500 - € 1.000.
- € 1.000 - € 2.000.
- > € 2.000.
- Não Sei/ Não Respondo

28. A respeito da sua profissão, é/foi profissional de saúde?

- Sim
- Não

*29. Ou então é/foi um(a) profissional na área da informática e da tecnologia?

- Sim
- Não

30. Não sendo profissional em nenhuma das áreas acima indicadas, estuda ou estudou alguma delas?

- Sim, estudo na área da saúde
- Sim, estudei na área da saúde
- Sim, estudo na área da informática
- Sim, estudei na área da informática

7.- MUITO OBRIGADO

Agradeço muito o seu contributo.

31. Se quiser, pode deixar um comentário ou também o seu e-mail se pretender que lhe envie os resultados deste inquérito ou o relatório final de investigação: