

## E-HEALTH: A importância e as vantagens para os mais idosos

Cândida CARVALHO

**SUMÁRIO:** Introdução; o envelhecimento; A velhice – uma perspectiva de género; Níveis de vida e formas de vida – uma análise europeia; Saúde e serviços sociais; A Proteção da Pessoa Idosa; Rumo a um Direito de Natureza Social; Sociedade em rede; Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde; Tecnologia, Internet e Recursos de e-saúde; Tecnologia de Comunicação Móvel: bidirecional e multidirecional; Telefone; Telemóveis; Telemóveis para combater a SIDA e a malária em países em desenvolvimento; Telemedicina móvel; Caso Hospital da Covilhã – Portugal; Caso teleassistência na Região Autónoma da Madeira (RAM) – Portugal; Caso «Chave de afetos» da Santa Casa da Misericórdia do Porto – Portugal; Caso teleassistência aos idosos do Fundão – Portugal; E-Health; Conceito; A avaliação legal e os desafios éticos e governamentais na e-Health; Lei; Ética; Conclusão.


### Palavras-chave

E-Health; e-Saúde; Telemedicina; Teleassistência; Envelhecimento ativo; Idosos; Saúde; Direito ao Envelhecimento; Portugal

### 1. Introdução

Como breve nota inicial gostaria de explicar a origem deste tema. A e-Health foi uma das matérias tratadas na Summer School internazionale “Diritto, bioetica e salute”, em Salerno, pela Università degli Studi di Salerno e pelo Osservatorio sui Diritti Umani: Bioetica, Salute, Ambiente, a qual frequentei em Julho de 2014. Foi um tema abordado pelo Professor André den Exter, professor da “Erasmus Universiteit Rotterdam” - “Institute of Health Policy & Management”; o qual me chamou à atenção e fez-me querer investigar mais a esse respeito.

Aquando da minha investigação e ao deparar-me com os grandes benefícios da e-Health apercebi-me de imediato da ligação que poderia fazer aos mais idosos. A minha vontade de fazer um trabalho científico que abordasse algum tema relacionado com o envelhecimento, mais precisamente, com o direito ao envelhecimento era algo que me acompanhava desde a realização de uma Pós-graduação em Direito do Envelhecimento, na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, pelo Centro de Direito da Família; estava apenas à espera do tema ideal, que fosse útil e atual e graças a estes dois momentos no meu currículo consegui encontrar.



De uma forma muito concisa a e-Health, pode ser traduzida em português como e-Saúde ou ainda como é designada na União Europeia por «saúde em linha». A e-Health é mais do que uma singela pesquisa de informação sobre saúde na Internet, compreende diversas hipóteses de tratamento médico, de fonte de informação alternativas e de políticas que sejam inovadoras. Isto é, consiste na aplicação das tecnologias da informação e das comunicações a toda a série de funções e de serviços que intervêm no sector da saúde.

Significa que a e-Health não se restringe apenas à utilização da internet mas também ao abarcamento de ferramentas para as autoridades e para os profissionais da área da saúde, para aos doentes e para os cidadãos.


As ferramentas primordiais da e-Health integram redes de informação sobre saúde, sobre os registos digitais de saúde os serviços de telemedicina, os portais de saúde, os dispositivos pessoais que monitorizam os doentes e todos aqueles dispositivos que se enquadram no apoio à prevenção, ao processo de diagnóstico, nos tratamentos e nas consequentes monitorizações.

O papel fundamental da comunicação na saúde pode ser visto em três pontos: melhorar os cuidados de saúde nos casos de doenças crónicas e agudas, promover a redução dos impactos socioeconómicos, étnicos, raciais ou em doenças específicas nos respetivos cuidados de saúde e melhorar uma efetiva promoção da saúde e na sua prevenção.

Um dos acontecimentos mais marcantes desde meados do século XX até aos dias que correm é o processo de envelhecimento da sociedade a nível mundial. Uma situação que afeta de várias maneiras todos os países. O relatório da Divisão de População das Nações Unidas sobre a evolução demográfica até 2050 mostra que 22% dos habitantes terá mais de 60 anos. Em 2050, segundo o relatório, a percentagem de pessoas idosas irá crescer de 8 para 21%. O modelo da «pirâmide» usado para mostrar a evolução demográfica irá transformar-se, a base estará mais estreita, o corpo central cada vez mais largo e a parte de cima será de amplitude superior à base. O segmento de crescimento mais rápido será, evidentemente, o das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos.

O peso que as gerações idosas têm vindo a alcançar deriva dos estímulos que estão a lançar às diferentes formas de organização social, cultural, económica e política. O aumento da esperança média de vida atual e futura assume várias dimensões: biológica, psicológica e social.

É importante salientar que nada impede que a grande maioria das pessoas desfrutar de uma vida satisfatória. Graças aos avanços da ciência é cada vez mais fácil acreditar num envelhecimento sem doenças graves e problemáticas que condicionam a autonomia dos sujeitos até idades muito avançadas. O processo de envelhecimento não pode ser visto como um processo de condicionamento mas antes um processo de desenvolvimento humano. E fica só o lembrete, não se deve apenas dar mais anos à vida mas também dar mais vida aos anos.



Para finalizar, o que pretendo com este trabalho é promover a e-Health junto da população idosa, para desta forma terem um envelhecimento digno, acompanhado e saudável.

## 2. O envelhecimento

O envelhecimento uma palavra muito difícil de definir mas um estado muito fácil de reconhecer. O envelhecimento tem muito de experiência pessoal e a maioria dos cidadãos quando se apercebem do seu próprio envelhecimento sentem uma grande frustração e mesmo em pânico por julgarem que estão perante um estado que contra ele não podem fazer nada.

O ciclo da vida é do conhecimento de todos. As pessoas nascem, vivem, amadurecem, envelhecem e morrem. O envelhecimento é uma fase natural da vida e, neste sentido, não pode se evitado. Se envelhecemos é porque continuamos vivos, a vida é uma continuidade, e não só as capacidades como também os defeitos das pessoas não mudam ou desaparecem inesperadamente.

A velhice é um assunto que geralmente não queremos pensar. É importante referir que, para a mulher é mais difícil aceitar o envelhecimento, talvez porque esteja ligado, erradamente ou não, ao papel tradicional da mulher na sociedade, à reprodução, ao ter filhos, e ao seu aspeto físico.

As pessoas aceitam as diferentes etapas da vida de muitas maneiras e uma atitude positiva a respeito do envelhecimento é de grande importância. Parece estar ainda mal definido o momento em que começa a velhice mas sabe-se que ela não é uma enfermidade, antes é o resultado e o prolongamento de um processo que, pelo menos no que respeita a certas faculdades, se inicia logo ao nascer<sup>1</sup>.

Se o envelhecimento é um estado inevitável para quem chega ao seu momento, temos que fazer com que ele decorra da melhor forma possível. E a melhor forma de uma pessoa envelhecer, é envelhecer devagar, de forma ativa, tanto a nível físico como a nível mental. Não deve aceitar o envelhecimento passivamente, deve enfrentá-lo ativamente.


Parece-nos necessário também que, para além da informação para as pessoas idosas, fossem criados programas para esclarecer a população em geral a respeito do processo de envelhecimento e dos idosos, sensibilização esta que deveria começar desde a infância e ser dada em todos os estabelecimentos de ensino, como recomendam as Organizações internacionais<sup>2</sup>.

Existem falsas imagens e preconceitos sobre as pessoas idosas, apresentadas como sofrendo sempre de incapacidades físicas e psicológicas, sem lugar na sociedade, deveriam ser feitos grandes esforços para acabar com esses erros e mitos, de forma a poder reconhecer-se os aspetos positivos do envelhecimento e dos idosos, suprimindo-se

---

<sup>1</sup> SALGUEIRO, Gabriela – As mulheres e o envelhecimento. 2ªed. Coleção Informar as Mulheres Nº8. PP. 13.

<sup>2</sup> *Idem, Op. Cit.*, PP. 14.



imagens negativas sobre os mais velhos de modo a caminhar-se para uma sociedade em que reine a harmonia entre as gerações, novos e velhos<sup>3</sup>.

Nestes esforços, todos deveriam colaborar, desde os jornais, a rádio e a televisão, escolas, autoridades, organizações diversas e os próprios idosos.

### 2.1. A velhice – uma perspetiva de género

Diferentes modos de viver a velhice surgem pelas opções feitas por homens e mulheres, ao longo de toda a sua vida até ao momento da velhice, em termos da afetação preferencial do seu tempo, nomeadamente, a trabalho pago na esfera profissional ou a trabalho pago na esfera profissional ou a trabalho não pago na esfera familiar e doméstica.

É excessivamente conhecida a progressão que a taxa de atividade feminina tem tido, em Portugal, nas últimas décadas. Em 2003, a taxa de atividade feminina atingia 46,2%<sup>4</sup>, o que coloca Portugal entre os países da União Europeia com uma taxa de atividade feminina mais elevada<sup>5</sup>.

Ao contrário de outros países, em Portugal, o casamento ou o nascimento dos filhos não tem influência no trabalho da mulher, que tende a ser a tempo inteiro e assim é ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Não nos podemos iludir, achando que as situações de desfavorecimento, que caracteriza a inserção laboral das mulheres, tenham reduzido com a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho. Dois exemplos que poderia aqui apresentar são os vínculos contratuais, ainda hoje, são as mulheres as mais prejudicadas; em 2003, 23% das mulheres e 19,4% dos homens estavam abarcados por contratos de trabalho a termo certo ou por outras formas de vínculo contratual não permanente<sup>6</sup>. Outro exemplo, é o da incidência acrescida do desemprego sobre a mão-de-obra feminina; em 2003, a taxa de desemprego feminina era superior à masculina em 1,7%; 7,3% e 5,6%, respetivamente<sup>7</sup>.

O mercado de trabalho mantém-se discriminado em relação ao género, apresentando as mulheres numa elevada concentração num pequeno número de atividades e profissões. Continua a haver uma elevada marginalização vertical, aparecendo visivelmente mais feminizadas as categorias às quais corresponde um nível de qualificação mais baixa<sup>8</sup>.

---

<sup>3</sup> *Ibidem*.


<sup>4</sup> INE, Estatísticas do Emprego.

<sup>5</sup> PERISTA, Heloísa – Usos do tempo, ciclo de vida e vivências da velhice. Direito da infância, da juventude e do envelhecimento. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Centro de Direito da Família. Coimbra: Coimbra Editora, 2005. PP.166.

<sup>6</sup> Cálculos próprios, de Heloísa Perista, com base em INE, Estatísticas do Emprego.

<sup>7</sup> INE, Estatística do Emprego.

<sup>8</sup> Profissionais semiqualeificados, profissionais não qualificados e praticantes e aprendizes.



A desqualificação profissional da mão-de-obra feminina despontará associada à maior preeminência entre as mulheres de níveis de qualificação académica mais baixos<sup>9</sup>. Em 2001, a taxa de analfabetismo era de 6,3%, para os homens, e 11,5% para as mulheres<sup>10</sup>.

Em Portugal, a realização do trabalho doméstico e a prestação de cuidados à família requerem, em média, uma presunção de cerca de sete horas diárias; por outro lado, verifica-se que as mulheres dedicam a este tipo de tarefas mais três horas, em cada dia, do que os homens<sup>11</sup>.

Na população mais idosa<sup>12</sup> regista-se uma afetação de tempo relativamente elevada às diferentes formas de trabalho<sup>13</sup>. O estudo dos dados de Inquérito ao Emprego, do INE, relativos ao período entre 1992 e 2001, atesta esta tendência, divulgando que a atividade económica está cada vez mais presente entre a população idosa, sendo entre as mulheres idosas que o aumento da taxa de atividade durante a década de 90 foi mais significativo, subindo de 8,1% em 1992 para 13,9% em 2001<sup>14</sup>.

As vivências da velhice aparentam estar, também elas, em modificação, adotando novos conteúdos e expressões. Modificação esta que retrata a própria evolução das estruturas demográficas. Reviva-se que a esperança média de vida aumentou significativamente nas últimas décadas, entrando-se no século XXI com uma situação na qual os homens podem viver em média 72,4 anos e as mulheres 79,4 anos<sup>15</sup>.

As mulheres idosas, cada vez mais sozinhas, mais doentes e mais velhas, encontram-se confrontadas com baixos níveis de proteção social na velhice. Se a passagem à situação de reforma e a dependência do sistema de pensões se constituem geralmente como um fator claro de vulnerabilização e de precarização da vida das pessoas idosas, homens ou mulheres, tendo em conta a estrutura dos pensionistas nos diferentes

---

<sup>9</sup> PERISTA, Heloísa – Usos do tempo, ciclo de vida e vivências da velhice. Direito da infância, da juventude e do envelhecimento. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Centro de Direito da Família. Coimbra: Coimbra Editora, 2005. PP.167.

<sup>10</sup> Esta diferença deve-se especialmente à situação das mulheres idosas, já que, entre a população com 65 e mais anos, 62,4% das mulheres, face a 41,7% dos homens, não tinham qualquer qualificação académica. Estes cálculos são cálculos próprios de Heloísa Perista, com base em INE, XVI Recenseamento Geral da População.


<sup>11</sup> INE, Inquérito à Ocupação do Tempo 1999.

<sup>12</sup> Com mais de 65 anos, inclusive.

<sup>13</sup> Cerca de 5h43m para as mulheres e 2h15m para os homens, a trabalho não pago; e 5h26 para as mulheres e 7h03m para os homens, a trabalho pago. Estes são cálculos próprios de Heloísa Perista, com base em INE, Inquérito à Ocupação do Tempo 1999.

<sup>14</sup> Sendo os valores equivalentes para os homens de 19,5% e 26,4% dados do INE, 2002.

<sup>15</sup> Todavia, embora as mulheres vivam mais anos, a sua esperança de vida sem incapacidade física de longa duração é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. INE, 2002.



regimes, torna-se evidente, também aqui, uma situação de particular desfavorecimento das mulheres<sup>16</sup>.

A população mais idosa, e sobretudo as mulheres idosas, têm sido frequentemente reconhecidas entre os grupos sociais mais frágeis a situações de pobreza, em Portugal: por um lado, a maioria dos agregados em situação de pobreza contém idosos; por outro lado, o nível de rendimentos dos agregados com idosos situa-se muito abaixo da linha de pobreza, o que se traduz no facto de que a intensidade e a severidade da pobreza entre os agregados com idosos é mais do que o dobro da registada entre os agregados sem idosos; os agregados com idosos são, pois, «os mais pobres entre a população pobre»<sup>17</sup>.

O Inquérito aos Orçamentos Familiares 1999-2000 veio atestar, para um período mais recente, que é entre as famílias cuja principal fonte de receita é constituída por transferências da Segurança Social que são vividas a situações mais gravosas em termos da incidência da pobreza. Por outro lado, os agregados familiares cujo representante é reformado são os que estão mais aquém da receita média líquida do País, situando-se, em 2000, a 30% desta média<sup>18</sup>.

Proteger a velhice não significa intervir somente junto daquelas e daqueles que já são velhas e velhos. Significa uma intervenção deliberada e integrada ao longo do ciclo de vida das mulheres e dos homens, no sentido de ir criando defesas contra a precariedade e a vulnerabilidade e de promover a qualidade de vida<sup>19</sup>.

## 2.2. Níveis de vida e formas de vida – uma análise europeia

Embora se assista a uma grande variação nas condições de vida entre os reformados nos diversos Estados-Membros, a verdade é que muitos dos problemas dos idosos e muitas das respostas políticas dadas pelos Estados-Membros apresentam analogias.

Existem também desarmonias sobretudo à escala das dificuldades enfrentadas pelos idosos, nos sistemas de pensões, ao nível da prioridade dada aos idosos pelos políticos e no grau de sucesso na abordagem dos seus problemas<sup>20</sup>.

Segundo o Observatório Europeu sobre o Envelhecimento e as Pessoas Idosas<sup>21</sup>, os assuntos de política mais importantes referentes às condições de vida e à forma de vida dos reformados são<sup>22</sup>:

---

<sup>16</sup> PERISTA, Heloísa – Usos do tempo, ciclo de vida e vivências da velhice. Direito da infância, da juventude e do envelhecimento. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Centro de Direito da Família. Coimbra: Coimbra Editora, 2005. PP.170.

<sup>17</sup> *Idem, Op. Cit.*, PP.171.

<sup>18</sup> *Idem, Op. Cit.*, PP.172.

<sup>19</sup> PERISTA, Heloísa – Usos do tempo, ciclo de vida e vivências da velhice. Direito da infância, da juventude e do envelhecimento. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Centro de Direito da Família. Coimbra: Coimbra Editora, 2005. PP.172.

<sup>20</sup> PERISTA, Heloísa – Políticas Alternativas sobre o Envelhecimento nos Países da CE, Alguns Resultados do Observatório Europeu. Mesa Redonda Europeia: O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção. PP. 45.





- O aumento da esperança de vida dos idosos, particularmente dos idosos com menos idade<sup>23</sup> ou o grupo etário espontaneamente conhecido como da terceira idade;
- A constância de pobreza e de baixos rendimentos entre uma minoria significativa, na maior parte dos países, simultaneamente com uma crescente feminização da pobreza na idade avançada;
- As imperfeitas condições de habitação entre uma minoria considerável na maior parte dos países e, em alguns, a evolução de progressivas políticas de habitação;
- A evolução nos regimes de pensões, incluindo, na maior parte dos países, o crescimento do setor das pensões no setor privado;
- O aumento das desigualdades de rendimento entre os reformados, resultante da estagnação do rendimento e dos próprios sistemas de pensões, sendo especialmente acentuadas as desigualdades relacionadas com o sexo e as gerações;
- Uma percentagem crescente de idosos habitando sós dando lugar, a problemas de isolamento e de solidão.

É importante referir alguns exemplos de políticas alternativas apresentadas por Heloísa Perista, na mesa redonda europeia «O envelhecimento. Desafios e estratégias alternativas de intervenção»<sup>24</sup>:

- No que diz respeito à progressiva melhoria do nível de vida entre os idosos poderemos referir alguns casos em que estes crescentes níveis de vida são o resultado direto da ação positiva dos governos para melhorarem a situação dos idosos. É o caso do governo do Grande Ducado do Luxemburgo que instituiu um Programa Nacional para as Pessoas Idosas. Houve uma revalorização de 10% das pensões contributivas a partir de 1 de Janeiro de 1992 e a introdução de um rendimento mínimo garantido;
- No que toca às condições de habitação, enquanto que as pessoas idosas têm, na maior parte das vezes, piores condições de habitação do que os jovens adultos, pelo menos sob um determinado ponto de vista, as suas habitações são por vezes de melhor qualidade: têm, vulgarmente, menor probabilidade de excesso de ocupantes. A subocupação das habitações de alguns idosos levou, a que fossem tomadas iniciativas em determinados países, como na Alemanha e no Reino Unido, animando os idosos a partilhar as suas acomodações com pessoas mais jovens, como por exemplo estudantes. Este

<sup>21</sup> Foi criado no início de 1991 para verificar o impacto das políticas sociais e económicas sobre as pessoas idosas em cada Estado-membro.

<sup>22</sup> *Ibidem.*

<sup>23</sup> Entre os 50 e os 74 anos de idade.

<sup>24</sup> PERISTA, Heloísa – Políticas Alternativas sobre o Envelhecimento nos Países da CE, Alguns Resultados do Observatório Europeu. Mesa Redonda Europeia: O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção. PP. 46.



tipo de ações ajuda a corrigir a falta de casas e também ajuda a diminuir a solidão, o isolamento e a manutenção da solidariedade intergeracional;

- Em resposta à propensão para o isolamento habitacional da população idosa e aos riscos que apresenta para os governos na maioria dos Estados-membros, estes intervieram para tentar a integração social. Portugal, em 1991 viu a introdução de um serviço de «acolhimento familiar» em que as famílias são pagas para cuidar de pessoas idosas ou deficientes por curtos períodos de tempo ou permanentemente;

- Entre as alterações em política de pensões, um aspeto relevante é o do crescimento das pensões suplementares e adicionais privadas. Na maior parte dos países o setor das pensões ocupacionais teve um papel crescente nas duas últimas décadas. A Holanda e a Alemanha são exemplos de países com vastos setores de pensões ocupacionais. Em Portugal, os esquemas complementares de segurança social, de natureza privada, conheceram uma crescente proliferação. Consolidou-se, a importância dos fundos de pensão e os planos de poupança reforma implementados pelas companhias de seguros ou pelas administrações das empresas.

### 2.3. Saúde e serviços sociais

Não existe nenhuma doença chamada envelhecimento, todavia, com o passar dos anos vão se verificando algumas alterações e um certo desgaste no organismo humano. Mas, tal como todos os processos, o envelhecimento pode ser melhorado e preparado. Por isso, é ao longo de toda a nossa vida que preparamos o tipo de envelhecimento que iremos ter.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde não é apenas entendida como a ausência de enfermidades e de doenças, é um «estado de bem-estar total, nos planos físico, mental e social» e deve ser conservada durante a maturidade a fim de facilitar a realização de atividades mesmo após a idade da reforma.


O processo de envelhecimento é também influenciado por fatores do ambiente, como também pela alimentação, o exercício, a poluição de ar, o fumar e as condições (boas ou más) que temos em casa e também no trabalho<sup>25</sup>.

A Constituição da República Portuguesa reconheceu a todos o direito à proteção da saúde bem como o dever de cada um a defender e promover. A nossa lei fundamental

---

<sup>25</sup> No processo de envelhecimento, todo o nosso comportamento habitual influencia a nossa saúde. Por exemplo, o facto de fumarmos só trará futuramente problemas à nossa saúde, provocando o aceleração do envelhecimento; enquanto que, se praticarmos exercício físico, se não tivermos hábitos sedentários e se tivermos uma alimentação rica e equilibrada isto só serão benesses para o nosso organismos. Será aconselhável a verificação periódica dos estado de saúde com idas frequentes ao médico, a realização de exames médicos, um regime alimentar saudável, atividade física regular, evitar os excessos com bebida alcoólica, por exemplo; entre outros.





impôs ao Estado que, através do Serviço Nacional de Saúde, garanta o acesso de todas as pessoas aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação<sup>26</sup>.

Existe então um sistema de cuidados primários composto por centros de saúde, ao qual tem acesso toda a população, e que prestam cuidados básicos, através dos seus médicos de clínica geral ou médicos de família e especialistas<sup>27</sup>. Os cidadãos têm o direito de se inscreverem num médico de família do Centro de Saúde da área em que residem e de o consultar, bem como de recorrer à consulta externa dos hospitais, e em situações de gravidade ou de urgência, tal como o nome indica, aos serviços de urgência hospitalar<sup>28</sup>.

Achar que a pessoa idosa é uma pessoa frágil, doente e dependente é definitivamente um forma errada de a ver. Na maior parte das vezes, as pessoas idosas gozam de boa saúde, são independentes e ainda capazes de cuidar de um outro alguém, como por exemplo um neto.

Embora, hajam sempre casos particulares, e hajam também as minorias<sup>29</sup> que têm realmente problemas de saúde, uns casos mais graves que outros, o que leva à necessidade de assistência nas atividades normais do quotidiano da pessoa idosa.

Na generalidade dos países, os cuidados de longa duração para os idosos continuam a ser uma tarefa familiar sendo maioritariamente assumida pelas mulheres<sup>30</sup>. Todavia, a descida da taxa de nascimentos e a grande participação das mulheres na força de trabalho estão a dirigir a uma diminuição do potencial de prestação de cuidados no agregado familiar. Isto quer dizer que é indispensável um crescente recurso aos equipamentos públicos nos cuidados de longa duração<sup>31</sup>.

Tendo em conta este cenário, reestruturar os cuidados domiciliários e apresentar novos incentivos para o desenvolvimento dos cuidados comunitários e dos cuidados

---

<sup>26</sup> Até meados de 1978, nem toda a população estava ainda abrangida por esquemas de proteção na doença. Foi então a partir de Julho de 1978 que ficou estabelecido que estes cuidados fossem assegurados aos que deles precisassem. Assim, todas as pessoas, independentemente da idade e mesmo que não tenham feito descontos para a Segurança Social, tinham direito à assistência médica e a medicamentos nos Serviços de Saúde do Estado.


<sup>27</sup> SALGUEIRO, Gabriela – As mulheres e o envelhecimento. 2ªed. Coleção Informar as Mulheres Nº8. PP. 34.

<sup>28</sup> *Idem, Op. Cit.*, PP. 35.

<sup>29</sup> Que variam cerca de um quarto a um terço dos idosos com 70 e mais anos.

<sup>30</sup> Todos os países europeus encontram-se empenhados no objetivo de manter os idosos o mais tempo possível no seu ambiente social. Neste sentido existe o consenso geral de que os cuidados à comunidade deveriam ter prioridade sobre os cuidados nas residências.

<sup>31</sup> PERISTA, Heloísa – Políticas Alternativas sobre o Envelhecimento nos Países da CE, Alguns Resultados do Observatório Europeu. Mesa Redonda Europeia: O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção. PP. 47.



informais estão entre as principais matérias em que assentam a recente evolução destas políticas<sup>32</sup>.

O desmesurado desenvolvimento de lares lucrativos que ocorreu, na última década, em Lisboa, esteve na origem da criação do Programa de Idosos em Lar<sup>33</sup>. No setor dos cuidados domiciliários vale a pena mencionar dois exemplos gerais, mencionados por Heloísa Perista, que estão relacionados com as alterações da dimensão e funções das instalações de cuidados domiciliários.

Quanto à dimensão, Heloísa Perista cita várias iniciativas que tentam descentralizar os cuidados domiciliários colocando a realço na construção de pequenas, em lugar de grandes, unidades e recuperando para a comunidade habitações para idosos<sup>34</sup>. Tais empreendimentos podem observar-se em países como França e a Alemanha, entre outros.

Relativamente às funções dos lares residenciais, em alguns casos têm sido feitos esforços para superar o regime fechado tradicional de instituições especializadas transformando-as em centros de integração mais abertos e flexíveis que facultam o acesso aberto aos não residentes incluindo a geração mais jovem<sup>35</sup>.

Entre os setores dos cuidados domiciliários e dos cuidados prestados pela comunidade encontram-se em desenvolvimento, em diversos países, interessantes novas formas de vida, oferecendo novos tipos de cuidado para as pessoas idosas<sup>36</sup>.

A Grécia, Holanda, Irlanda e Reino Unido são quatro dos países a realizar uma tentativa para estabelecer unidades de apoio pela vizinhança<sup>37</sup>. No caso de Portugal

---

<sup>32</sup> Assim, o setor dos cuidados domiciliários está a sofrer uma significativa transformação. Por exemplo, alguns países vivenciaram um aumento no mercado dos lares lucrativos. Onde mais se notou esta tendência foi no Reino Unido, em Portugal e na Bélgica.


<sup>33</sup> Este programa tem por objetivo aumentar o número de lugares em habitações no distrito de Lisboa e vai ser desenvolvido por instituições privadas de solidariedade social, com o apoio técnico e financeiro do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

<sup>34</sup> PERISTA, Heloísa – Políticas Alternativas sobre o Envelhecimento nos Países da CE, Alguns Resultados do Observatório Europeu. Mesa Redonda Europeia: O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção. PP. 48.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

<sup>36</sup> Um exemplo destas organizações são as residências para idosos, em Lisboa, sob a orientação da «Associação das Obras de Assistência das Conferências Femininas de S. Vicente de Paulo». Estas residências são constituídas por apartamentos de idosos que compartilham a sua residência com outras pessoas idosas. Na maioria das vezes estas pessoas são autossuficientes e podem tomar conta das suas próprias casas e, ao mesmo tempo, usufruir de benefícios através de diversos serviços de apoio para a sua própria manutenção. Tais serviços são semelhantes aos dos cuidados domiciliários.

<sup>37</sup> PERISTA, Heloísa – Políticas Alternativas sobre o Envelhecimento nos Países da CE, Alguns Resultados do Observatório Europeu. Mesa Redonda Europeia: O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção. PP. 48.



podemos chamar à colação o programa de apoio a idosos, posto em prática em Almeirim<sup>38</sup>.

Em modo de conclusão, no campo dos cuidados sociais existem variadas iniciativas primitivas que estão a ser crescentemente promovidas e subsidiadas pelas autoridades oficiais. As iniciativas de voluntários recebem frequentemente, subsídios estatais. Para Heloísa Perista, se as suspensões habituais das prestações aos idosos vão ser reduzidas e se o potencial da autoajuda dos idosos vier a ser desenvolvido serão provavelmente necessário mais acordos para garantir uma articulação mais flexível que vença a distância tradicional entre a esfera pública e privada<sup>39</sup>.

### **3. A Proteção da Pessoa Idosa**

#### **3.1. Rumo a um Direito de Natureza Social**

A banalização de internamentos compulsivos, a violação sistemática da vontade das pessoas idosas, a generalidade de práticas de exploração financeira e de violência<sup>40</sup>, colocam em causa a legitimidade de decisões, quer de familiares quer de profissionais, relacionadas com o património, saúde e modos de vida das pessoas fragilizadas<sup>41</sup>.

Procuraremos agora, não nos focaliza nos direitos das pessoas idosas, mas na preservação da garantia de que esses direitos sejam reconhecidos para além dos 65 anos, particularmente os que dizem respeito à autonomia privada.

Torna-se evidente a necessidade de uma maior difusão dos direitos, na medida em que se a lei sofrer de uma difusão plena e acessível a todos, aumenta não só a probabilidade de as pessoas conhecerem a lei, mas também a probabilidade de presumirem que os conteúdos da lei são também conhecidos por todos<sup>42</sup>.

Com esse desígnio, destaca-se um conjunto de iniciativas como a Linha Idoso<sup>43</sup>, o Projeto Tio – Terceira Idade On-line<sup>44</sup>, o Guia do Idoso<sup>45</sup> e um Guia Interpretativo para a aplicação da Norma ISSO DIS 9001: 2000 a Lares de Idosos<sup>46</sup>.

---

<sup>38</sup> Este programa visa promover o envolvimento da família e dos vizinhos na prestação de cuidados a idosos que necessitem de assistência a longo prazo, entre outros aspetos.


<sup>39</sup> PERISTA, Heloísa – Políticas Alternativas sobre o Envelhecimento nos Países da CE, Alguns Resultados do Observatório Europeu. Mesa Redonda Europeia: O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção. PP. 48.

<sup>40</sup> Para Joana Sousa Ribeiro, Socióloga, prefere-se o uso do conceito de «violência» uma vez que a designação de «maus-tratos» tem como referência o menos e reporta-nos à posição hierárquica dos protagonistas, o que estigmatiza os mais velhos, infantilizando-os.

<sup>41</sup> RIBEIRO, Joana Sousa – Processos de envelhecimento: a construção de um direito emancipatório. Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento. Faculdade de Direito de Coimbra. Centro de Direito da Família. PP. 218.

<sup>42</sup> *Idem, Op. Cit.*, PP. 219.

<sup>43</sup> O que é a Linha do Cidadão Idoso? No âmbito das suas funções, o Provedor de Justiça criou uma linha telefónica gratuita de apoio aos cidadãos idosos, contactável através do número 800 20 35 31. Serve para informar e divulgar, junto dos cidadãos que atingiram a maturidade das suas vidas, o conjunto de direitos e de benefícios, em áreas tão importantes como a saúde, segurança social, habitação, equipamentos e



Note-se que as situações de violência e de negligência são duas questões frequentemente esquecidas nestes suportes informativos. É importante, tendo em conta esta situação, desenvolver suportes que orientem quanto à forma de informar como proceder em caso de se ver vítima destes comportamentos<sup>47</sup>.

Como sabemos, as situações de violência e de negligência, embora não sendo impossíveis, são difíceis de comprovar, ainda mais no caso da pessoa idosa<sup>48</sup>. Por um lado, as vítimas muitas das vezes acabam por não denunciar os casos de maus tratos, de que são vítimas, porque têm medo de futuras represálias, como serem retirados das instituições e não terem para onde ir, de perder a única ligação que têm a um parente ou de serem abandonados<sup>49</sup>.

Por outro lado, apesar das definições institucionais, sobre abuso físico, abandono, exploração material ou financeira, autonegligência, a violência dos idosos pode ser de

---

serviços ou tempos livres, entre outros. A Linha do Cidadão Idoso não é uma linha de emergência ou de conversa, mas de informação, encaminhamento e/ou acompanhamento da atuação dos serviços públicos envolvidos. Funciona todos os dias úteis entre as 9h30m e as 17h30m, existindo um gravador de chamadas fora deste horário, no qual pode ser deixada uma mensagem. É sempre dada resposta. Deixo aqui um caso de saúde. Quem ligou? Um idoso, com 90 anos de idade, da zona de Lisboa; qual a situação comunicada? Pretendia marcar uma consulta no seu centro de saúde, mas não conseguia contactá-lo telefonicamente, uma vez que ninguém atendia. Como tinha dificuldades de mobilidade, não podia fazer a marcação presencialmente; o que fez a Linha? Contactou o centro de saúde do utente, tendo confirmado a dificuldade de comunicação através do número de telefone geral. Assim, recorreu ao gabinete do utente do mesmo centro de saúde, expôs a situação e solicitou apoio no sentido de ser contactado o utente. O idoso contactou a Linha para informar que a consulta já estava marcada. *Site:* <http://www.provedor-jus.pt/?idc=55>

<sup>44</sup> Plataforma de comunicação **para idosos e profissionais** que trabalham na área do envelhecimento: estudos, manuais, soluções, inspiração e motivação; partilha de interesses e experiências. *Site:* <http://projectotio.net/ligue-se>


<sup>45</sup> Um desdobrável editado em 1998, pelo Ministério da Segurança Social para cada concelho do país, o qual consta informação e endereços úteis sobre os regimes de pensões, sobre instituições de apoio, habitação, impostos, turismo sénior.

<sup>46</sup> Uma edição da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e do Instituto Português da Qualidade. Este manual tem como principal objetivo ajudar as instituições a melhorar a prestação dos seus serviços.

<sup>47</sup> Por exemplo, quem contactar, como reunir provas de acusação, e quais as fases do processo de denúncia.

<sup>48</sup> Segundo, Joana Sousa Ribeiro, cerca de 5% das pessoas idosas são expostas a uma ou mais formas de violência. Todos os tipos de exclusão e de discriminação em função da idade podem ser considerados manifestações subtis de violência, como por exemplo, o caso de um indivíduo gerir a pensão do idoso e não o envolver na forma de gerir o dinheiro; o caso de colocar o idoso numa instituição sem o seu consentimento; a situação de internar o idoso numa instituição num quarto em que ele tem de conviver com pessoas que não conhece, contra a sua vontade.

<sup>49</sup> A falta de um local de acolhimento é o principal obstáculo ao acionamento de um processo de denúncia. Se bem que a denúncia pode potenciar efeitos perversos como a retaliação e o agravamento do sofrimento da vítima; e o processo de denúncia pode ser muito demorado e na maior parte das situações, incompatível com a idade da vítima.



ordem psicológica, o que complica a sua deteção<sup>50</sup>. Os casos de negligência, ou seja, a recusa de cumprir com obrigações ou deveres para com o idoso, são igualmente situações de custosa comprovação<sup>51</sup>.

No caso concreto de equipamento de acolhimento, lares ou residências para idosos, a ignorância da legislação em vigor e a valorização de uma ideia de prestação de cuidados apenas essenciais pode ser redutora da esfera jurídica dos beneficiários<sup>52</sup>.

Na maior partes das vezes, esquecemo-nos que o utente é detentor de um conjunto de direitos. O utente tem o direito a dar entrada no Lar por vontade própria, inclusivamente direito de acesso dos serviços<sup>53</sup>, o direito à satisfação das necessidades básicas<sup>54</sup>, o direito à individualidade<sup>55</sup>, o direito à intimidade e à privacidade<sup>56</sup> e o direito à confidencialidade<sup>57</sup>. O modo de acolhimento fica comprometido desde o início pelo facto do utente do lar desconhecer as regras de funcionamento, os seus direitos e os seus deveres<sup>58</sup>.

Numa sociedade multigeracional, mais do eu criar mecanismos de proteção jurídica, destinados apenas ao acompanhamento de situações referentes à população idosa, requer-se uma intervenção pública, principalmente no caso de interdição do exercício dos seus direitos ou na incapacidade de os exercer<sup>59</sup>.

A iniciativa pública, em situações de limitação da capacidade jurídica dos mais idosos, deve ser efetuada no respeito pelo princípio da intervenção mínima na esfera da

---

<sup>50</sup> RIBEIRO, Joana Sousa – Processos de envelhecimento: a construção de um direito emancipatório. Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento. Faculdade de Direito de Coimbra. Centro de Direito da Família. PP. 221.

<sup>51</sup> Os sintomas de desidratação, precarização da higiene pessoal, insalubridade das condições de habitação, podem ser justificados pelas desfavoráveis condições socioeconómicas dos próprios idosos.

<sup>52</sup> RIBEIRO, Joana Sousa – Processos de envelhecimento: a construção de um direito emancipatório. Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento. Faculdade de Direito de Coimbra. Centro de Direito da Família. PP. 223.

<sup>53</sup> O que no caso dos utentes acamados nem sempre se verificar.

<sup>54</sup> Por exemplo, o cuidar da imagem pessoal pode ser considerado uma necessidade básica para muitas idosas, assim sendo, qual será o porquê de pagarmos essa função como um serviço extra?

<sup>55</sup> Que compreende, o direito a ter vestuário próprio, o que nem sempre acontece, dada a massificação dos serviços de lavandaria.

<sup>56</sup> Um direito salvaguardado quando se bate à porta antes de entra no quarto de um utente, quando se efetua chamadas telefónicas em privado, quando se recebe as visitas em espaço próprio.

<sup>57</sup> Sobretudo, através da proteção de informação.

<sup>58</sup> RIBEIRO, Joana Sousa – Processos de envelhecimento: a construção de um direito emancipatório. Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento. Faculdade de Direito de Coimbra. Centro de Direito da Família. PP. 224.

<sup>59</sup> RIBEIRO, Joana Sousa – Processos de envelhecimento: a construção de um direito emancipatório. Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento. Faculdade de Direito de Coimbra. Centro de Direito da Família. PP. 228.

autonomia e autodeterminação dos seus destinatários e pelo princípio da intervenção máxima no alargamento das redes de solidariedade inter-geracionais<sup>60</sup>.

#### 4. Sociedade em rede

O nosso mundo está em constante processo de transformação estrutural. Trata-se de um processo multidimensional, mas de certa forma está associado à emergência de um novo paradigma tecnológico, alicerçado nas tecnologias de comunicação e informação, que começou por tomar forma nos anos 60 e que depressa se difundiu, embora de uma desigual, por todo o mundo<sup>61</sup>.

Não é a tecnologia que determina a sociedade, é a própria sociedade que se autodetermina, é ela que dá forma à tecnologia de acordo com as necessidades, valores e interesses das pessoas que utilizam as tecnologias. Todavia, a tecnologia é condição necessária, mas não suficiente, para a emergência de uma nova forma de organização social baseada em redes, isto é, na difusão de redes em todos os aspetos da atividade a base das redes de comunicação digital<sup>62</sup>.

Este processo pode ser catalogado com o papel da eletricidade ou do motor elétrico na difusão das formas organizacionais da sociedade industrial<sup>63</sup> na base das novas tecnologias gerada e distribuídas eletricamente. Pode argumentar-se que a saúde, o poder e a geração de conhecimento estão generosamente dependentes da capacidade de organizar a sociedade para captar os benefícios do novo sistema tecnológico, inveterado na microeletrónica, nos computadores e na comunicação digital, com uma ligação crescente à revolução biológica e seu derivado, a engenharia genética<sup>64</sup>.

Manuel Castells discorda com a terminologia «sociedade de informação» ou «sociedade do conhecimento» com a qual a sociedade emergente tem vindo a ser caracterizada; não porque a informação e conhecimento não sejam importantes na nossa sociedade, mas porque sempre o foram, em todas as sociedades historicamente conhecidas. Para Castells o que é recente é o facto de serem de base microeletrónica, através de redes tecnológicas que fornecem novas capacidades a uma velha forma de organização social: as redes<sup>65</sup>.

As redes (ainda sob a análise de Manuel Castells) têm constituído uma grande vantagem e um grande problema a outras formas de organização social. Pelo lado positivo, são as formas de organização mais flexíveis e adaptáveis, seguindo de um modo muito eficiente o caminho evolutivo dos esquemas sociais humanos. Pelo lado menos positivo, muitas vezes não conseguiram maximizar e coordenar os recursos necessários

<sup>60</sup> *Idem, Op. Cit.*, PP. 229.

<sup>61</sup> CASTELLS, Manuel – A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP. 17.


<sup>62</sup> *Ibidem.*

<sup>63</sup> Por exemplo, a grande fábrica industrial e a sua relação com o movimento laboral.

<sup>64</sup> *Ibidem.*

<sup>65</sup> CASTELLS, Manuel – A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP. 17.





para um trabalho ou projeto que fosse para além de um determinado tamanho e complexidade de organização necessária para a execução de uma tarefa<sup>66</sup>.

As redes de tecnologias digitais possibilitam a existência de redes que transponham os seus limites históricos<sup>67</sup>, e ao mesmo tempo, podem ser maleáveis e harmonizáveis graças à sua capacidade de desconcentrar a sua *performance* ao longo de uma rede de componentes autónomos, enquanto se mantêm capazes de constituir toda esta atividade desconcentrada com a possibilidade de partilhar a tomada de decisões<sup>68</sup>.

A comunicação em rede sobrepuja limítrofes, a sociedade em rede é global, é assentada em redes globais. A sua lógica chega a países de todo o planeta e propaga-se através do poder integrado nas redes globais de capital, bens, serviços, comunicação, informação, ciência e tecnologia. Aquilo a que apelidamos de globalização é outra forma de nos referirmos à sociedade em rede, ainda que de forma mais descritiva e menos analítica do que o conceito de sociedade em rede implica<sup>69</sup>.

Diversos observadores têm proposto que as sociedades se encontram a viver uma transformação considerável que pode ser caracterizada por duas tendências paralelas que enquadram o comportamento social: individualismo e comunalismo<sup>70</sup>.

Para Gustavo Cardoso, individualismo é «a construção de sentido em torno da concretização dos projetos individuais.»<sup>71</sup>. Enquanto comunalismo é «a construção de sentido em torno de um conjunto de valores definidos por uma coletividade restrita e internalizados pelos seus membros»<sup>72</sup>.

---

<sup>66</sup> *Idem., Op. Cit.,* PP.18.

<sup>67</sup> Em termos históricos, as redes eram algo do domínio da vida privada, enquanto o mundo da produção, do poder e da guerra estava ocupado por organizações grandes e verticais, como os estados, os exércitos, as igrejas e as empresas que conseguiam dominar vastos polos de recursos com um objetivo definido por uma autoridade central.


<sup>68</sup> As redes e comunicação digital são a coluna vertebral da sociedade em rede, como afirma Manuel Castells, tal como as redes de potência eram as infraestruturas sobre as quais a sociedade industrial foi construída, como demonstrou o historiador Thomas Hughes. A sociedade em rede manifesta-se de diversas formas, conforme as instituições e a trajetória histórica de cada sociedade, tal como a sociedade industrial englobou realidades tão diferentes como os EUA e a União Soviética, a Inglaterra e o Japão, que partilhavam algumas características fundamentais que permitam a sua definição, dentro do industrialismo, como uma forma distintiva de organização humana não determinada pelas tecnologias industriais, mas impensável sem elas.

<sup>69</sup> Porém, como as redes são seletivas de acordo com os seus programas específicos, e porque conseguem, ao mesmo tempo, comunicar e não comunicar, a sociedade em rede difunde-se por todo o mundo, mas não inclui todas as pessoas. É um facto que, neste início de século, ela exclui a maior parte da humanidade, embora toda a humanidade seja afetada pela sua lógica, e pelas relações de poder que interagem nas redes globais da organização social.

<sup>70</sup> CARDOSO, Gustavo – Sociedades em Transição para a Sociedade em Rede. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP.31.

<sup>71</sup> *Ibidem.*

<sup>72</sup> *Ibidem.*



Vários analistas têm visto estas duas tendências como «potenciais fontes de desintegração» das atuais sociedades, enquanto as instituições sobre as quais elas anuem perdem a sua capacidade integradora, ou seja, são cada vez mais inábeis de aprovisionar sentido às pessoas: a família de poder patriarcal, as associações cívicas, as empresas e, acima de tudo, a democracia representativa e o Estado-Nação, pilares fundamentais de relação entre a sociedade e as pessoas, ao longo do século XX<sup>73</sup>. Todavia, pode haver outra solução, quiçá aquilo a que se presencia não seja a «desintegração» e «fracionamento» da sociedade, mas a reconstrução das instituições sociais e da própria estrutura social, com base nos projetos autónomos dos sujeitos sociais.

A Internet, em união com os *mass media*, ao facultar os meios tecnológicos para a socialização do projeto de cada um numa rede de sujeitos similares, torna-se uma poderosa ferramenta de reconstrução social e não um pretexto para a desintegração. Porém essa reconstrução social não terá de seguir a mesma lógica dos valores da sociedade industrial tardia, de onde desponta a nova estrutura. Contudo, sendo a Internet uma tecnologia, a sua apropriação e domesticação pode também ocorrer de forma conservadora e assim atuar apenas enquanto intercessora da continuidade da vida social tal como ela se encontrava pré-constituída<sup>74</sup>.

A hipótese para a análise de evolução social e do papel da Internet nessa evolução é que a Internet é uma ferramenta para a construção de projetos, caso ela seja apenas utilizada como mais um meio de fazer algo que já é normal fazermos, aí o seu uso será limitado e não propriamente diferenciador face a outros *media* existentes<sup>75</sup>.

Porém, há algo nas sociedades em transição que as faz enfatizar mais as diferenças. Nas sociedades em transição as divisões entre quem usa e quem não usa tecnologias, como a Internet, são mais fortes e tendem a tornar o seu uso dependente da geração a que se pertence: quanto mais jovens, maior a utilização e quanto maior o nível de educação, maior será o uso<sup>76</sup>.

Segundo Gustavo Cardoso, a razão à volta da escolha de Portugal como exemplo-tipo de uma sociedade em transição para a sociedade em rede é «a de que se trata de um país que, em diferentes graus, partilha características de desenvolvimento, valores e condicionantes histórico-políticas com um grupo de outras sociedades que têm em comum terem partilhado, nas três últimas décadas, a democratização das suas sociedades e, ao mesmo tempo, posições de desenvolvimento informacional similares.»<sup>77</sup>.

Analisando o quadro de comparações internacionais no domínio da tecnologia<sup>78</sup>, apresentado por Gustavo Cardoso, observamos que no que toca a máquinas ligadas à

---

<sup>73</sup> *Ibidem.*


<sup>74</sup> *Ibidem.*

<sup>75</sup> Como por exemplo a televisão, no que toca à informação e ao entretenimento.

<sup>76</sup> CARDOSO, Gustavo – Sociedades em Transição para a Sociedade em Rede. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP.32.

<sup>77</sup> *Ibidem.*

<sup>78</sup> *Idem, Op. Cit.* PP.36.



internet, por dez mil habitantes, os Estados Unidos da América encontram-se em primeira posição, com cerca de 3714,01 máquinas; em segundo lugar está a Finlândia com cerca de 1707,25 máquinas; Portugal, Argentina e o Brasil têm valores menos significativos, 239,28; 124,14; e 95,31, respetivamente. Quanto à percentagem de utilizadores de Internet, em 2001, temos uma mudança de posição, a Finlândia encontra-se em primeiro lugar com cerca de 75,95%, segue-se os EUA com 71,1%; Portugal, Argentina e Brasil têm uma percentagem de 37,79%; 14,9% e 9,9% respetivamente.

Examinando o quadro da taxa de utilização da Internet na população com ensino secundário e superior<sup>79</sup>, em 2003, destacamos a Suécia com a maior percentagem a nível de secundário, com 76,4%; a nível universitário, Singapura destaca-se com cerca de 92,2%. Com os valores mais baixos temos Hungria (14,6%) e Taiwan (18,2%) a nível secundário e a nível universitário também (45,5% e 54,9% respetivamente). Portugal tem uma percentagem de 64,8% no que toca a secundário e 75,1% no âmbito universitário.

Perlustrando o quadro do rácio de aproveitamento do uso do acesso à Internet<sup>80</sup>, verificamos que em 2002/2003, a percentagem de pessoas que possuía acesso à Internet em casa ou no trabalho é mais elevada na Eslovénia (78,92%), na Suécia (77,96%) e na Dinamarca (76,61%); a percentagem mais baixa está destinada à Grécia (25,87%), à Espanha (35,45%) e a Portugal (37,79%). Quanto à percentagem de utilização à internet, os três países com maior percentagem são a Suécia, a Dinamarca e a Noruega com 66,94%; 62,39% e 62,07% respetivamente; com menor percentagem temos a Grécia, a Hungria e a Espanha com 13,40%; 19,63% e 22,20% respetivamente.


Escabichando o quadro de utilização da Internet por intervalo de idades<sup>81</sup>, observamos que em 2002/2003, entre os 15 e os 24 anos, os três países que mais se destacam pela positiva são a Finlândia (91,93%), a Dinamarca (91,66%) e a Suíça (88,00%); pela negativa destacam-se: Grécia (32,60%), Itália (48,87%) e Espanha (50,15%). Com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos, em primeiro lugar está a Finlândia (82,53%), em segundo a Dinamarca (81,33%), e em terceiro lugar estão empatados dois países, Noruega e Luxemburgo (80%). Com pior percentagem, a Grécia (25,71%), a Hungria (27,55%) e a Polónia (34,25%). Dos 35 anos de idade aos 54 com percentagem mais favorável apresenta-se a Noruega (74,28%), a Dinamarca (72,95%) e a Suíça (71,48%); do lado oposto encontra-se a Hungria (15,24%), a Grécia (15,73%) e a Polónia (18,81%). Por fim com mais de 55 anos, positivamente destaca-se a Dinamarca (33,33%), a Noruega (30,70%) e a Holanda (29,97%); negativamente destaca-se a Grécia (1,95%), a Polónia (3,43%) e a Espanha (3,78%).

Fazendo uma comparação internacional da taxa de utilização da Internet por escalões etários, em 2003, observamos que entre os 55 e os 64 anos o Reino Unido apresenta uma percentagem de 38,7%; Portugal 5,4%; Alemanha 31,6%; Hungria 4,3%;

<sup>79</sup> *Idem, Op. Cit.* PP.40.

<sup>80</sup> CARDOSO, Gustavo – Sociedades em Transição para a Sociedade em Rede. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP.41.

<sup>81</sup> *Op. Cit.*, PP.43.



Itália 9%; Japão 22,2%; Coreia 11,5%; Espanha 11,7% e os EUA 67,3%. Entre os 35 e os 44 anos o Reino Unido tem uma percentagem de 72,8%; Portugal 30,4%; Alemanha 55,6%; Hungria 13,7%; Itália 37,4%; Japão 63%; Coreia 49,5%; Espanha 31,7%; EUA 74,5%. Por fim, entre os 16 a 24 anos, o Reino Unido exibe uma percentagem de 80,1%, Portugal 58,8%; Alemanha 59,6%; Hungria 45,1%; Itália 66,4%; Japão 80,6%; Coreia 95,1%; Espanha 70,2% e os EUA 90,8%<sup>82</sup>.

Análise realizada agora à caracterização de algumas sociedades em transição, espelha a transição de populações com menores níveis de educação para uma sociedade onde as gerações mais novas atingiram já competências educacionais mais aprofundadas. Todavia, essa análise também reflete sociedades que, não só realizaram grandes esforços na área do conhecimento, como procuram ainda afirmar-se nas dimensões de infraestrutura e produção tecnológica.

No entendimento de Gustavo Cardoso esta análise reflete ainda uma «transição sociopolítica, de ditaduras para uma politização institucional democrática e depois, para uma rotinização da democracia num processo que combina um crescente ceticismo, face aos partidos e às instituições de governo, com um acentuar da participação cívica, a partir de formas autónomas e por vezes individualizadas de expressão da sociedade civil. É neste contexto que se produz uma transição fundamental nestas sociedades: a tecnológica, expressa por meio da difusão da Internet, e pela aparição na estrutura e na prática social da sociedade em rede.»<sup>83</sup>.

Depois do conhecimento e da análise destes dados, Gustavo Cardoso coloca a questão se «existe ou não uma clivagem geracional em todas as sociedades aqui analisadas?». Para o autor se na sociedade portuguesa os dados confirmam essa clivagem, ela não está presente em todos os países analisados. Aparentemente as exceções ocorrem em alguns dos países do leste europeu, como é o caso da República Checa, Eslováquia e Hungria<sup>84</sup>.


A «clivagem» geracional não é uma preferência, é antes a consequência de uma sociedade onde os recursos cognitivos necessários estão distribuídos de forma desigual entre gerações. Tanto que as sociedades em que a aprendizagem e literacia formal se encontram melhor enraizadas historicamente, ostentam processos de transição que enfatizam menos as diferenças geracionais.

A sociedade em que vivemos é assente num modelo de desenvolvimento informacional onde há competência cognitivas mais valorizadas do que outras, designadamente, a escolaridade mais elevada, a literacia formal e as literacias tecnológicas. Todas elas são competências adquiridas e não inatas, por isso, existe um

<sup>82</sup> CARDOSO, Gustavo – Sociedades em Transição para a Sociedade em Rede. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP.43.

<sup>83</sup> *Op. Cit.*, PP.58.

<sup>84</sup> *Ibidem*.



processo de transição onde os que se destacam são os que dominam essas competências mais facilmente.

Sociedades como a portuguesa e a catalã, à medida que se deparam com diversos processos de transição, mantêm uma forte coesão social sobre uma densa rede de relações sociais e de território. Trata-se de sociedades em que se muda e se mantêm a coesão ao mesmo tempo. «Evolui-se na dimensão global, mas mantêm-se o controlo local e pessoal sobre aquilo que dá sentido à vida.»<sup>85</sup>.


## 5. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde

A Internet proporciona uma oportunidade ao público e profissionais de saúde de acederem a informação médica e de saúde além de melhorar a eficiência e efetividade de cuidados de saúde, em tempo útil. O surgimento dos sistemas móveis e a adoção generalizada do telefone móvel significa que as aplicações móveis são, um domínio excitante e de expansão rápida, para tais aplicações. Muitas novas ofertas estão a ser desenvolvidas através de instrumentos digitais, terminais de computador e dispositivos móveis. Contudo, continuam por responder, questões empíricas importantes a todos os níveis, acerca de quão efetivos são estes sistemas, de como as pessoas de vários sectores sociodemográficos realmente os utilizam, quais são os seus diferentes efeitos nesses sistemas, e sobre se a sua despesa justifica os esforços envolvidos.

Observámos que tem existido um compromisso substancial de recursos resultando na criação de muitos serviços úteis centralizados, no entanto, apesar da sua utilidade, inadequações percecionadas e reais destes serviços estimularam grupos diferentes, a organizarem as suas redes locais compensatórias e descentralizadas, de recursos de informação sobre saúde. Estas incluem Internet *listservs*, *blogues* e círculos telefónicos locais. Frequentemente, estas fontes para-institucionais são delineadas para responder às necessidades do doente, tal como são percecionadas pelos doentes e pelos prestadores de cuidados e respondem à forma como formulam e articulam as suas preocupações com a saúde. Mas tal como as questões têm de ser levantadas acerca do enviesamento, da flexibilidade e da facilidade de utilização de sistemas centralizados, também têm de ser levantadas questões acerca do enviesamento, exatidão e responsabilidade dos novos sistemas flexíveis. À medida que as novas tecnologias da comunicação são desenvolvidas, também são exploradas em novas utilizações em e-saúde<sup>86</sup>. Contudo, algumas destas novas tecnologias levantam questões sérias, não apenas para estudiosos de privacidade e ética, como o receio de que possam conduzir a um comportamento de evitamento, por

<sup>85</sup> CARDOSO, Gustavo – Sociedades em Transição para a Sociedade em Rede. A Sociedade em Rede. Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. PP.59.

<sup>86</sup> Um exemplo recente é a identificação por marcadores de radiofrequência (RFID), que permite a localização, monitorização e controlo da parafernália médica e dos medicamentos de prescrição médica. De facto os marcadores RFID estão já a ser utilizados para localizar e tratar doentes no ambiente hospitalar. Estas tecnologias podem, não apenas fornecer serviços de modo custo-efetivo, mas irão inevitavelmente salvar vidas. Podem até prevenir o surgimento de um surto epidémico.



parte dos indivíduos doentes. Por sua vez, tal pode levar a consequências potencialmente catastróficas, tanto individuais como pra a população em geral.

Claramente, tanto para os recursos da Internet centralizados, como para os descentralizados, há ainda muitos assuntos a ser resolvidos ao nível cultural, do interface do utilizador, e nos níveis institucional e do sistema. Particularmente preocupante, para aqueles que procuram desenvolver práticas ao nível da comunidade, é a atenção que necessita ser dada aos temas de, como os novos sistemas reconfiguram as relações médico/doente e como redistribuem os benefícios respetivos e os insucessos para ambos os lados da relação, até que nível abrem canais de comunicação para ajudar doentes e médicos a relacionarem-se com as novas tecnologia, em modos mutuamente benéficos e os ajudam a comunicar sobre qual a melhor utilização das novas tecnologias para fins médicos, e como criar serviços de e-saúde socialmente sensíveis que também são socialmente equitativos em termos de acessibilidade. E evidentemente, que também estamos preocupados acerca de qual o papel dos aspetos culturais e sociais que impedem o surgimento de novos serviços médicos e de saúde, custo-efetivos.

### 5.1. Tecnologia, Internet e Recursos de e-saúde

Nitidamente, a e-saúde é mais apelativa para os utilizadores da Internet em todo o mundo, sobretudo na América do Norte. Copiosos inquéritos patentearam que nos EUA há uma utilização excessiva nos consumidores e particularmente, nos médicos. Muitas instituições dedicaram múltiplos recursos, para colocar *on-line*, informação médica<sup>87</sup>.

Todavia, os Websites, tais como o *NHS library* ou *MDConsult.com*<sup>88</sup>, que têm como objetivo fornecer informação segura e exata às pessoas que procuram informações sobre saúde, padecem de problemas de facilidade de leitura e admiravelmente são projetados para os doentes. Consta que, pelo menos nos contextos dos EUA e do Canadá, os doentes usualmente não se apercebem da existência destas fontes de dados de elevada qualidade, por isso frequentemente, ano são os locais onde os consumidores se conduzem na primeira parte das suas tentativas de busca de informação. As pessoas que procuram informação sobre saúde utilizam motores de busca ordinários, como o Google.

Porém, os Websites mais centralizados e comerciais, que encontram deste modo, normalmente não têm características interativas com o cliente, fornecem apenas informação unidirecional<sup>89</sup>. Apenas uma minoria dos Websites de fornecimentos em saúde responde às solicitações ou questões, *on-line*. Embora os sites de saúde


---

<sup>87</sup> Nos EUA, tal inclui a PubMed e a Medline via National Library of Medicine, que estão frequentemente acessíveis *on-line* em computadores ligados à Internet, livremente de onde estão localizados no globo terrestre. Estes recursos são normalmente gratuitos, o que, embora parcialmente compreensível, é também de muitas formas, surpreendente.

<sup>88</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.175.

<sup>89</sup> Por exemplo, em cada três Websites de companhias farmacêuticas, menos do que um, oferece uma forma de resposta *on-line* às solicitações dos consumidores.





governamentais sejam ainda menos interativos. Ademais, estes *sites* mais gerais de saúde não facultam miudamente, informação contextual adaptada às necessidades do utilizador, e por ter interesses comerciais identificáveis e ocultos e também outros enviesamentos.

Os Websites pessoais de saúde, em relação aos comerciais, educacionais ou governamentais, executam um papel expressivo na formação de conhecimento médico *on-line* e revelam o aumento de interesse no conhecimento «local»<sup>90</sup>. Todavia, muito pouca pesquisa tem sido concretizada sobre as formas, em que as pessoas que buscam informação sobre saúde, utilizam esta fonte de informação, à medida que a sua existência é muitas vezes ocultada por grupos de apoio *on-line*<sup>91</sup>. É presumível que os blogues, ou *Weblogues* cumpram um papel crescente e complementar nestes processos.

Os Websites de médicos tornam-se um recurso importante. Nos EUA, cerca de um terço dos médicos tem um Website, dos quais se evidenciam os de especialidade em obstetrícia/ginecologia e medicina interna.

Ao estudarem os Websites do Reino Unido descobriram que, à parte do *e-mail* enviado ao especialista, as possibilidades de comunicação eletrónica eram baixas, bem como a qualidade geral da informação<sup>92</sup>. Maioritariamente os Websites de médicos focam-se nas estratégias de melhoria da prática, em vez de num serviço específico ao doente. Em conflito com o lado da procura, da equação dos cuidados de saúde, reporta que os doentes oncológicos querem mais informação nos Websites dos hospitais, que esteja diretamente relacionada com a prestação de cuidados de saúde<sup>93</sup>.

A vontade de obter informação proveitosa dos médicos *on-line*, aparentemente, também é típico no Sul da Europa, por exemplo em Espanha, mesmo existindo menos busca do tema saúde na Internet e prevalecendo mais os vínculos tradicionais aos prestadores de cuidados de saúde locais<sup>94</sup>.

---


<sup>90</sup> Numa busca sobre artrite reumatoide, 34% de *sites* relevantes foram colocados por um indivíduo, mais do que aqueles que foram colocados por organizações não lucrativas e mais do que 6 vezes, os que foram colocados por uma instituição educacional.

<sup>91</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.175.

<sup>92</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.176.

<sup>93</sup> Por exemplo, estes incluem o tempo de espera até o médico estar disponível, serviços de tratamento, e informação sobre a localização do consultório.

<sup>94</sup> Este desejo é a expressão de um estudo com doentes catalães. Chegou-se à conclusão que cerca de 84% dos doentes que procuram informação sobre saúde na Internet, que representaram 44% de todos os doentes, e que sofrem da síndrome do colon irritável desejavam um *Website* local da clínica onde faziam o seu tratamento; 65% estavam dispostos a pagar por este serviço.



Os quiosques de saúde não são correntes nos EUA e inclinam-se a ser colocados em salas de espera de clínicas<sup>95</sup>. Em oposição com os EUA<sup>96</sup>, outros países estão a testar os quiosques de saúde com informação pré-selecionada, para alcançar comunidades que podem não ter acesso à Internet. Consta que entre a população idosa espanhola sem acesso à Internet, 25% estavam interessados na ideia do quiosque<sup>97</sup>. Na opinião dos profissionais relativamente à sua utilidade, os quiosques não obtêm uma classificação elevada; contudo, pode ser uma forma expressiva de difundir informação médica a comunidades socialmente remotas ou em locais específicos de prestação de cuidados.

No que toca a inquietações políticas de aplicações centralizadas devido à natureza da Web, descentralizada e não regulada, e mesmo sobre a natureza, impugnada, sobre aquilo que compõe informação médica válida e de qualidade, a precisão e o uso *on-line*, são problemas de grande pressão política<sup>98</sup>.

Organizações como a HON (*Health on the Net*) têm desenvolvido normas para classificar a qualidade da informação de e-saúde, e alguns *sites* atualmente, têm o selo de aprovação da HON<sup>99</sup>. No entanto, é duvidoso até que ponto as pessoas que investigam informação sobre saúde, utilizam os motores de busca correntes, porque não estão acostumados com os recursos médicos aprovados, ou porque estão particularmente à procura de ideias alternativas de tratamento. Como não há forma de antever a derramamento de informação perigosa, o melhor uso dos recursos mostra ser o de «desenvolver portais de saúde gerais sancionados e criar um conhecimento generalizado, no público, acerca das formas de procurar informação fiável sobre saúde, especialmente veiculados pelos médicos»<sup>100</sup>.

Complementarmente, consta que as pessoas que procuram informação, compreendem os perigos de má informação sobre saúde *on-line* e querem o desenvolvimento de fontes médicas locais, como por exemplo, *Websites* médicos. Em réplica a esta carência, os maiores fatores são garantir a facilidade de leitura, privacidade

---

<sup>95</sup> A proporção parece estar a afrouxar por motivos de inutilidade e de custos. Foi realizado um estudo onde experimentaram dar aconselhamento individualizado sobre boa forma e tabagismo, utilizando um quiosque. Conquanto menos de um terço dos participantes nunca tivesse utilizado a Internet para procurar informação sobre saúde, mais de 80% consideram o quiosque fácil de utilizar. Porém, menos de metade dos médicos consultou o relatório, determinado pelo quiosque, ou o discutiram com o doente. Foi também colocado quiosques bilingues em salas de espera de clínicas e notaram que 68% das pessoas disseram que encontraram toda a informação de que estavam à procura, e que a vacinação da gripe aumentou 24% a seguir à sua instalação.


<sup>96</sup> Que parecem utilizar os quiosques para reduzir a procura de cuidados médicos.

<sup>97</sup> *Idem.*, *Op. Cit.*, PP.177.

<sup>98</sup> Damos apenas como exemplo, *websites* que oferecem os chamados tratamentos médicos alternativos, que foram descritos como contendo informação perigosamente inadequada ou enganadora.

<sup>99</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.178.

<sup>100</sup> *Ibidem.*



e publicidade em fontes médicas exatas, bem como informar os doentes de estudos clínicos para novos tratamentos<sup>101</sup>. Tem de ser desenvolvida uma ferramenta sólida, atingível às pessoas que examinam informação sobre saúde, para identificar a qualidade da informação na Internet<sup>102</sup>.

Contudo nos EUA existem demarcações digitais firmes, no acesso à informação sobre cuidados de saúde. As pessoas com níveis de escolaridade mais elevados preferem obter a sua informação sobre saúde em formatos atualizados, objetivos e científicos, como a Internet, enquanto pessoas com níveis de escolaridade mais baixos preferem obter informação nos *mass media* e a partir de outras pessoas, porque dizem gostar de abordagem humana<sup>103</sup>. Um dos modos de ampliar o fornecimento de informação a este último grupo nos EUA é a promoção de quiosque de saúde, em modos atrativos para os mais idosos e para os cidadãos não nativos dos EUA; com especial reparo dado à localização e à utilidade, bem como campanhas situadas de ensino, para treinar as populações locais na sua utilização<sup>104</sup>.

Logo, apesar do desenvolvimento de aplicações de e-saúde na Internet, estes recursos não parecem estar acessíveis a grandes grupos da sociedade norte-americana. Nem são reconhecidos, como uma fonte de conhecimento médico nas comunidades e culturas que já estão muito mais familiarizadas com a interação «física» com o médico. O desafio que se coloca é criar sistemas de informação da saúde compreensíveis, em formatos que se ajustem aos estilos de vida e escolhas dos grupos com défice destes serviços, provocar os prestadores de cuidados de saúde a proporcionar estímulo pessoal para a informação acerca da utilização de recursos *on-line* e encorajar estes grupos a desenvolver conhecimento e vias de acessibilidade a Websites de e-saúde<sup>105</sup>.

---


<sup>101</sup> *Ibidem*.

<sup>102</sup> Porém estas inquietações não nos podem fazer esquecer o papel importante que a informação sobre saúde *on-line* já está a desempenhar. Por exemplo, no caso dos doentes crónicos, mais especificamente diabetes, opinam que a informação obtida através de canais *on-line* os ajudam a gerir a sua situação.

<sup>103</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.179.

<sup>104</sup> Segundo Katz, Rice e Sophia Acord «os fatores culturais também são importantes para a compreensão das implicações políticas de várias aplicações de e-saúde. Foram encontradas diferenças nas fontes preferidas de informação, nas diferentes linhagens étnicas, em que os doentes caucasianos preferiam informações atualizada, objetiva, científica obtida através de revistas médicas instituições de investigação e fontes telefónicas ou da Internet. Enquanto os doentes japoneses preferiam as fontes dos *media* e comerciais, como a TV, revistas, livros, e outras fontes escritas. Os asiáticos não-japoneses e os habitantes das ilhas do Pacífico tendem a favorecer as fontes de informação marcadas por comunicação interpessoal, tais como os médicos, grupos sociais e outros doentes oncológicos. Nos EUA, as afro-americanas têm uma probabilidade 60% menor de utilização de recursos baseados em computador, do que as mulheres brancas, e as pessoas não-brancas têm menor probabilidade de utilizar a Internet para procurar informação sobre cancro da mama. Os fatores culturais e sociais das populações e das comunidades parecem ser considerações importantes quando se desenvolvem aplicações de e-saúde com um público-alvo.».

<sup>105</sup> *Ibidem*.



Bastantes médicos não usam *e-mail* porque não são compensados pelo tempo despendido na verificação, no acesso e na resposta; e existem questões de responsabilização e de confidencialidade envolvidas na utilização do *e-mail*.

Os consumidores de saúde americanos referem que preferiam poder contactar os seus médicos por *e-mail*, em vez de consulta presenciais. Os doentes gostariam de tratar por *e-mail* de renovação de receitas de fármaco, consultas não urgentes e de receber resultados de análises. A verdade é que cerca de 75% dos *e-mails* dos doentes para os médicos, incluem pedidos de medicação ou informação sobre tratamentos, ou doenças ou sintomas específicos<sup>106</sup>. Dos 20 a 30% de médicos que utilizam o *e-mail* ou comunicação eletrónica, muitos veem melhorias na satisfação dos doentes e alguns notam melhoria na eficiência e nos cuidados.

Os EUA testaram intervenções de saúde baseadas na Web, enquanto outros países tendem a focar-se em intervenções de mensagens de texto pelo telemóvel. Para os EUA, um sistema de gestão de diabetes baseado na Web, teve uma melhoria nas regularidades das análises e dos check-ups entre os seus utilizadores. Abreviando, descobriram que as intervenções baseadas na Web, tinham muito maior probabilidade de atingir resultados tangíveis, do que intervenções não baseadas na Web, em estudos comportamentais<sup>107</sup>.

## 5.2. Tecnologia de Comunicação Móvel: bidirecional e multidirecional

### 5.2.1. Telefone

O telefone pode funcionar como a base para redes locais de apoio, muitas vezes desenhadas para se compatibilizarem com a cultura local<sup>108</sup>.

Caso semelhante ao *Native American Cancer Survivors Support Network* é o projeto *Aldre Vast Information Center*, teve lugar no oeste da Suécia. Em resposta aos pedidos dos idosos e das suas famílias, o projeto estabelece apoio via telefone, videofone e Internet a estes cidadãos e às suas famílias<sup>109</sup>. O projeto teve resultados positivos ao influenciar estas pessoas a fazerem melhores escolhas de cuidados de saúde.


Nos países ibéricos confia-se no telefone. Um estudo espanhol sobre um *call center* para doentes oncológicos transmite uma descida nas visitas às urgências hospitalares e uma quebra no tempo total de chamada telefónica. Este estudo mostra que as redes telefónicas podem ser importantes para as redes locais de apoio de doentes. O

<sup>106</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.180.

<sup>107</sup> *Idem.*, *Op. Cit.*, PP.181.

<sup>108</sup> Nos EUA, pode ser visto no caso do *Native American Cancer Survivors Support Network*. Este exemplo é dado por Katz, Rice e Sophia Acord, é na realidade uma adaptação cultural, baseada na insatisfação com as clínicas tribais. Não era costume das autoridades tribais locais, para prevenir a perda de confidencialidade, característica das pequenas comunidades. Em vez disso, aos sobreviventes de outras comunidades davam apoio, por via telefónica.

<sup>109</sup> *Idem.*, *Op. Cit.*, PP.182.



tempo total reduzido das chamadas telefónicas pode indicar que essas redes multidirecionais, não vão aumentar o tempo cativo dos médicos, tal como era temido<sup>110</sup>. Do mesmo modo, um outro estudo espanhol de uma intervenção telefónica, descobriu que as intervenções telefónicas aumentam a adesão ao tratamento, assim como a saúde em geral<sup>111</sup>.

## 5.2.2. Telemóveis

### 5.2.2.1. *Telemóveis para combater a SIDA e a malária em países em desenvolvimento*

É importante referir como a tecnologia móvel está a ser aproveitada para controlar a malária e a SIDA. Está disponível no Quénia, no caso da SIDA, um serviço gratuito de mensagens de texto onde os utilizadores podem enviar questões, sob a forma de mensagens de texto e receber mensagens gratuitas<sup>112</sup>. O serviço gratuito também envia notícias diárias, sobre como prevenir a infeção e como reagir com as sequelas da doença<sup>113</sup>. Este serviço é disponibilizado pela Organização Não Governamental (ONG) *One World*.

Seguramente que, dado o êxito do telemóvel nos ambientes sociais e de negócios, há uma grande esperança sobre o proveito da tecnologia no combate à doença, principalmente nos países mais pobres. Estas aplicações móveis de saúde são exemplos estimulantes, acerca de como a informação sobre saúde pode ser posta diretamente na vida das populações, o que contrasta com os sistemas mais tradicionais que são física e psicologicamente remotos, em relação à população que procura afervoradamente informação sobre saúde<sup>114</sup>.

No Ruanda, os telemóveis são usados para associar hospitais longínquos a laboratórios centralizados e a fornecedores. Esta atuação economiza tempo e aumenta a eficiência. Esta iniciativa está sediada no *Earth Institute* da *Columbia University* em Nova Iorque<sup>115</sup>. Na Índia, pode-se contemplar outra operação fundada em telemóveis. Um projeto de cuidados de saúde, no meio rural, que utiliza telemóveis foi premiado com o

---

<sup>110</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.184.


<sup>111</sup> *Ibidem*.

<sup>112</sup> *Idem., Op. Cit.*, PP.186.

<sup>113</sup> Segundo Katz, Rice e Sophia Acord, no Mali, «a companhia de telecomunicações móveis local *Ikatel*, envia mensagens gratuitas com *slogans* sobre saúde, duas vezes por mês, a cada um dos seus 350 000 clientes e também imprime *slogans* de prevenção sobre a SIDA e malária, em pelo menos, um milhão dos cartões telefónicos pré-pagos mais utilizados, pelos clientes com recursos económicos mais reduzidos». As mensagens são do tipo «Proteja a sua família contra a malária – use um mosquiteiro tratado com inseticida».

<sup>114</sup> *Idem., Op. Cit.*, PP.187.

<sup>115</sup> KATZ, James E., RICE, Ronald E., ACORD, Sophia – A Sociedade em Rede: do conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. PP.187.



UN's 2003 World Summit Award para e-saúde. Este projeto faz a ligação do uso dos telemóveis aos dados dos doentes, aos computadores utilizados pelos médicos nas clínicas e à base de dados central<sup>116</sup>. Desta forma facilita-se o diagnóstico à distância, economizando nos custos de transporte esquivando-se de outros obstáculos aos cuidados de saúde.

#### 5.2.2.2. *Telemedicina móvel*

A telemedicina, na maior parte das vezes, «é a utilização de tecnologias de comunicação móveis por satélite, para transferência de informação, do doente para o médico, sem a necessidade de contacto interpessoal»<sup>117</sup>.

Os sistemas móveis de telemedicina são aproveitados para transferir imagens e informação de uma localização para outra, tal como uma clínica remota ou uma ambulância para uma unidade de trauma. Os estudos dos sistemas incluem um sistema alemão de monitorização cardíaca remota<sup>118</sup>, no qual os doentes cardíacos com os seus sinais cardíacos monitorizados têm a eventualidade destes serem transferidos para o seu telemóvel e, daí, transmitidos ao médico<sup>119</sup>.

Os motivos mais relevantes para utilizar telemedicina são a eficiência e a efetividade; os médicos podem realizar mais atividades com o seu tempo disponível, e os clínicos gerais de regiões pouco povoadas e de reduzidos recursos económicos, podem aceder remotamente a especialistas. Como exemplo da primeira vantagem, haveria claras vantagens de prover os médicos de um dispositivo *wireless* portátil, com ligação à Web. O dispositivo possibilita receber informação dos doentes em qualquer local permitindo aos médicos responder de modo atempado e informado<sup>120</sup>.

### 6. **Caso Hospital da Covilhã – Portugal**<sup>121</sup>

Quando estava a investigar sobre a *e-health* em Portugal, deparei-me com a notícia de um projeto de telemonitorização que acompanha quinze utentes, maioritariamente idosos, do Hospital da Covilhã. Este hospital está a aproveitar as novas tecnologias para

---

<sup>116</sup> *Ibidem*.

<sup>117</sup> *Ibidem*.


<sup>118</sup> *Idem., Op. Cit.*, PP.188.

<sup>119</sup> Um outro sistema apresentado por Katz, Rice e Sophia Acord, é o caso do Brasil que permite aos médicos de locais remotos conferenciarem via computador, com cardiologistas dos grandes centros, e a *TelCardio Mobile*, permite que os dados importantes e os resultados analíticos sejam transferidos para os médicos via telemóvel e PDA. Como consequência, as consultas e o diagnóstico podem ocorrer independentemente da infraestrutura local. Existem muitos outros desenvolvimentos da telemedicina na Índia, no Reino Unido e na EU, que permitem a monitorização remota de doentes, pelos médicos num hospital, via informação transmitida pelo telemóvel.

<sup>120</sup> Uma abordagem comparável realizada por Katz, Rice e Sophia Acord, é a do sistema *HealthNet*, sediado em Nova Iorque, é utilizado para fornecer melhores cuidados de saúde à população do nordeste brasileiro. Os exemplos das aplicações incluem, cuidados pré-natais e cardiológicos, por telediagnósticos e na forma de segundas opiniões acerca de procedimentos médicos necessários.

<sup>121</sup> <http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2014-10-15-Projeto-de-telemonitorizacao-acompanha-15-utentes-do-Hospital-da-Covilha> consultado no dia 22 de Outubro de 2014 às 16h11.





acompanhar à distância utentes que sofrem de problemas respiratórios. A ideia é reduzir as idas às urgências e até os internamentos.

Um dos entrevistados, José Gomes, de 73 anos, no conforto do seu lar já se habituou a utilizar o equipamento médico que tem à mão e que o ajuda a vigiar sinais vitais a ter em atenção de quem, como ele, tem problemas respiratórios. O paciente, consciente dos seus problemas respiratórios tem, em sua residência, oxigénio para o ajudar sempre que sinta dificuldades. José sofre de doença pulmonar obstrutiva crónica, medir a pressão arterial, saturação de oxigénio e a temperatura corporal é já a rotina diária acompanhada à distância mas em tempo real pela sua médica. No ver daquele, se fosse ao hospital, fazia lá as medições mas como tem o equipamento em casa, já não é necessário deslocar-se ao hospital, o que é, por si só, um ponto bastante positivo. Acrescenta ainda, que se sente seguro com este método porque o seu médico está a monitorizá-lo constantemente, mesmo que à distância; e assim que haja algo de anormal a sua médica entra em contacto com ele, coisa que já aconteceu diversas vezes.

O gestor do projeto de telemonitorização, explica que cada utente tem em sua casa um equipamento ou um dispositivo médico certificado que recebe essa informação e que por 3G faz chegar aos sistemas de informação que podem ser consultados pelos profissionais de saúde no hospital. Tudo isto em tempo real.

José faz parte da lista dos quinze utentes do Hospital da Covilhã integrados no projeto-piloto que permite que os doentes sejam monitorizados a partir de casa. O sistema prevê que os valores que fogem aos parâmetros normais imitam um alerta por telemóvel e a equipa médica acede aos dados sobre o estado de saúde do doente a tempo de tomar medidas.

A pneumologista do referido hospital refere que os profissionais de saúde podem entrar na plataforma em qualquer computador, telemóvel ou qualquer dispositivo móvel, e ter acesso ao tipo de alerta que recebem; caso considerem que o tipo de alerta é significativo entram em contacto com o doente de forma a tentar mais precocemente evitar a vinda do paciente a uma consulta ao serviço de urgência ou eventualmente até internamento. Isto dá, sem dúvida, uma grande segurança a estes doentes com esta doença crónica que é tao incapacitante e que causa tanta imobilidade e mortalidade em todo o mundo<sup>122</sup>.

O Presidente do Conselho de Administração do Hospital da Covilhã afirma que muitas destas patologias estão associadas a uma taxa enorme de reinternamento, a muitas complicações vindas da urgência; o Presidente tem a consciência que muitas vezes o modelo atual de seguimento destes doentes co as consultas periódicas faz com que os doentes se sintam acompanhados mas muitas vezes não consegue evitar que haja complicações, o que significa que há necessidade de introduzir novas modalidades de acompanhamento e é aí que a telemonitorização<sup>123</sup> entra também.

<sup>122</sup> A doença pulmonar obstrutiva crónica é a quinta causa de morte em Portugal.

<sup>123</sup> A telemonitorização melhora a gestão clínica e a prestação de serviços de saúde.

Este projeto está ainda em estado de ensaio mas a ideia é ir mais longe e alargar a telemonitorização a outros serviços no hospital.

### **7. Caso teleassistência na Região Autónoma da Madeira (RAM) – Portugal<sup>124</sup>**

O protocolo foi assinado na Região Autónoma da Madeira com a presença da Presidente da Fundação da Portugal Telecom (PT). Um protocolo que ceta a colaboração entre a PT e a ADENORMA, neste caso em particular vai permitir a cedência de cinquenta equipamentos de teleassistência; são telefones que permitem a idosos com mais de sessenta e cinco anos aceder facilmente a contactos de familiares e em casos de emergência contactar equipas de socorro.

Estes novos equipamentos vão chegar a cinquenta idosos de momento e de forma gratuita mas a ADENORMA vai adquirir mais cento e cinquenta, a custos mais reduzidos.

Segundo o Presidente da ADENORMA, esta parceria permite o trabalho em rede, como é feito este projeto, com parcerias que a ADENORMA faz com outras instituições que em toda a RAM, que estão mais próximas dos idosos, identificando-os e acompanhando-os não só na colocação dos equipamentos mas também em orientar para um bom uso do equipamento.

A Diretora da Fundação da PT afirma ter ajudado várias instituições na Madeira designadamente a ADENORMA mas apoiam também outras entidades.

Neste momento e com estes equipamentos a Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira beneficia setecentos idosos a viver sozinhos, espera chegar aos novecentos idosos.

### **8. Caso «Chave de afetos» da Santa Casa da Misericórdia do Porto – Portugal<sup>125</sup>**


Esta iniciativa apoia diretamente quase uma centena de idosos que vivem sozinhos e sem retaguarda familiar. São pessoas que têm também ao dispor um sistema de teleassistência.

Um das idosas do programa habitou-se aos silêncios da sua casa e assim aprendeu a viver sozinha aos oitenta e um anos corria o risco de ficar ainda mais solitária, não fosse o programa «Chave de afetos» que lhe traz a ajuda quinzenal de uma voluntária que conversa, faz companhia em casa, numa ida ao supermercado ou à farmácia por exemplo.

O projeto da Santa Casa da Misericórdia do Porto está no terreno há dois anos e em 2012 ajudava cerca de 92 idosos, vivem sozinhos e sem retaguarda familiar; a ideia é retardar o mais possível a ida para os lares de terceira idade.

<sup>124</sup> <https://www.facebook.com/video.php?v=828841830472439> consultado dia 20-11-2014 às 19h05.

<sup>125</sup> <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=614464&tm=8&layout=122&visual=61> visualizado a 29-11-2014 às 18h59.



Para o Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto, com o retardamento da institucionalização, que em média são três a quatro anos, essas pessoas sentem-se mais ativas, mais presentes, mais alegres no seu dia-a-dia, no convívio com os seus vizinhos do que num lar onde inevitavelmente ficam à espera de dias menos bons e pensam em circunstâncias que não são boas para eles próprios.

Ao acompanhamento de proximidade juntam-se os mecanismos de segurança. A Santa Casa oferece um aparelho de teleassistência ligado a um *call center* que faz a ponte com o INEM, bombeiros ou a polícia.

A idosa da reportagem já teve a necessidade de carregar no botão da emergência. Pensava que ia morrer com uma hemorragia, foram-lhe dadas, por telefone, algumas indicações e os serviços de emergência chegaram em seguida.

Apesar da situação económica que o país atravessa, a intenção da Santa Casa é aumentar o número de beneficiários deste projeto.

## 9. Caso teleassistência aos idosos do Fundão – Portugal<sup>126</sup>

O Concelho do Fundão é o primeiro da Beira Interior com um serviço de teleassistência da Cruz Vermelha Portuguesa em parceria com a Câmara Municipal. O serviço está disponível 24 horas por dia e pode custar entre 15 e 25 euros consoante os rendimentos. Trata-se de uma forma de melhorar a assistência aos idosos.

O número de pessoas que vivem sozinhas, sem família ou companheiro é cada vez maior, principalmente com mais de 60 anos. A pensar nisso, a delegação do Fundão da Cruz Vermelha Portuguesa colocou ao dispor da população um serviço inovador de teleassistência; basta um simples clique na pulseira ou colar para se comunicar com a central e ser imediatamente assistido nos casos de emergência ou apenas para fazer companhia com uma conversa de forma a afastar a solidão.

## 10. E-Health


### 10.1. Conceito

Segundo a *International Journal of Healthcare Management* e-Health é a «adaptação as novas tecnologias de telecomunicação à melhoria de processos e procedimentos de prestação e gestão de cuidados de saúde gerando plataformas ativas de comunicação e informação entre hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e o domicílio dos doentes»<sup>127</sup>.

O que se deseja é que estas ferramentas tecnológicas possam aglomerar a análise e o armazenamento de dados clínicos em toda a sua multiplicidade, com informações combinadas ao padrão dos cidadãos que delas precisam.

<sup>126</sup> <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=384421&tm=8&layout=122&visual=61> consultado a 29-11-2014 às 19h51.

<sup>127</sup> [http://www.computerworld.com.pt/media/2012/08/Relat%C3%B3rio-e-health\\_\\_APRESENTA%C3%87%C3%83O.pdf](http://www.computerworld.com.pt/media/2012/08/Relat%C3%B3rio-e-health__APRESENTA%C3%87%C3%83O.pdf) consultado no dia 13-10-2014 às 13h13.



Esta corrente de informação só trará benefícios se for partilhada entre as diferentes instituições de saúde e se chegar a todas as áreas geográficas, sobretudo, às mais remotas. Inclusivamente, estas ferramentas tecnológicas possibilitam o acesso às mais recentes descobertas científicas e podem também ser canais de comunicação e de colaboração entre diferentes instituições, organizações e profissionais do sector da saúde para a partilha e cooperação.

É esta a possibilidade de se aceder a partir de qualquer lugar, desde que haja uma ligação à internet, aos registos ou história do doente, nomeadamente, o acesso aos exames e aos diagnósticos anteriores podem ajudar, por exemplo, o cirurgião a ser mais célere na preparação de intervenções.

### **10.2. A avaliação legal e os desafios éticos e governamentais na e-Health**


A e-Health concentra-se na relação e conexões entre os dados partilhados entre as instituições e os usuários e ainda fornece uma lista das aplicações cobertas. Cobre a relação entre pacientes e prestadores de serviços de saúde, serve de transmissor de dados de instituição para instituição, facilita a comunicação entre paciente e profissionais de saúde; pode ainda incluir as redes de informação em saúde, registos de saúde eletrónicos, serviços de telemedicina e sistemas portáteis para a monitorização de pacientes.

Podemos elencar alguns, dos principais, objetivos da e-Health – melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, melhorar a qualidade, acesso e uso de informações médicas, melhorar a segurança do paciente, reduzir os erros médicos, facilitar a troca de informações médicas entre os profissionais de saúde, promover a assistência médica na tomada de decisões e tratamento, envolver cada vez mais os pacientes para compreenderem e gerirem o seu próprio estado de saúde; e permitir a eficiente gestão económica de informações de saúde.

A necessidade de transformar a saúde na Europa surgiu de grandes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, como o aumento dos custos, a escassez de profissionais de saúde em diversas áreas, mudanças demográficas, erros médicos, um aumento da população idosa que, naturalmente, precisa de cuidados médicos prolongados e o aumento dos custos e das doenças crônicas.

Estes desafios continuam a ser enfrentados pela Europa mas são desafios que também são sentidos em muitos outros continentes. Na verdade, a e-Health tornou-se uma grande prioridade, sobretudo, para os países desenvolvidos e cada vez mais para países em desenvolvimento e economias emergentes.

A principal intenção com o desenvolvimento da saúde em linha era criar um novo modelo de saúde, um modelo que não fosse tão institucional mas que estivesse mais ligado ao paciente ao doente. Este novo sistema facilitaria os pré-cuidados com os pacientes e estes ganhariam mais independência e autonomia para gerir a sua saúde.



A Comissão Europeia tem procurado abordar o problema dos sistemas de saúde fragmentados em toda a Europa, dando início a medidas técnicas e políticas para assegurar a interoperabilidade transfronteiras da UE de sistemas de registos de saúde eletrónicos<sup>128</sup>.

A utilização das Tecnologias de Informática e Comunicação<sup>129</sup> trazem consigo novos desafios relacionados com questões legais, éticas e governamentais. Embora estes desafios possam causar algumas dificuldades para os legisladores e políticos, causam momentos de reflexão construtiva, análise e debate sobre questões críticas em relação à e-Health, a fim de encontrar novas soluções e traçar novos rumos.

### 10.2.1. Lei

Como referido anteriormente, a possibilidade que existe para o uso da tecnologia na área da saúde, tanto na União Europeia como entre os Estados-Membros e outros Estados têm dado origem a muitas preocupações legais. Estas preocupações legais referem-se a muitos aspetos da execução da e-Health.

Elas surgem em diversos circunstâncias como a implementação das TIC num ambiente clínico, promoção e gestão de e-Health nas organizações, fornecimento de produtos médicos e serviços através das fronteiras, e desenvolvimento de decisões políticas para a e-Health que têm implicações legais regionais, nacionais ou internacionais. Em muitos casos, a legislação nacional e supranacional existente não trata adequadamente preocupações relacionadas com as formas recentes de uso da tecnologia e novos recursos oferecidos pela tecnologia<sup>130</sup>.

O facto de vermos a aplicação da tecnologia da informação como um facilitador de desenvolvimento económico e social na União Europeia, incluindo a saúde pública, significa que há uma necessidade de uma maior clareza jurídica e harmonização de leis relacionadas à e-Health<sup>131</sup>.


---

<sup>128</sup> A interoperabilidade dos sistemas de saúde é algo muito aguardado pelos benefícios que trará, como por exemplo, apoiar a mobilidade dos doentes transfronteiriços, facilitar a investigação médica e os estudos epidemiológicos a nível europeu, a luta contra doenças crónicas e pandemias e, por fim, a gestão da política de saúde de uma forma mais eficaz.

<sup>129</sup> Entende-se que a utilização de cuidados de saúde com base nas TIC beneficia a qualidade, a eficiência e a eficácia dos serviços médicos e da assistência social. A e-Health continua a estar inserida no plano estratégico da União Europeia com um foco contemporâneo sobre a importância do envelhecimento ativo e saudável.

<sup>130</sup> Em outras áreas, como a aplicação do comércio eletrónico em cuidados de saúde – por exemplo, telemedicina – existe a necessidade de determinar como as leis existentes podem ser devidamente aplicadas e harmonizadas para facilitar as atividades transfronteiriças.

<sup>131</sup> Em 2008, um relatório de estudo, realizado pela Comissão Europeia acerca dos aspetos jurídico-regulamentares da e-Health, identificou três grandes áreas do direito que são difíceis de interpretar no contexto da saúde em linha. A primeira área é a proteção de dados e as leis de privacidade, à luz do aumento da recolha e partilha dos dados do paciente. A segunda são as leis em matéria de responsabilidade por bens e serviços ao usar ferramentas de e-Health. A terceira são as leis de comércio e de concorrência que enfrentam o surgimento da indústria da e-Health.



À medida que a UE caminha para uma maior integração, novas capacidades transfronteiriças surgem oferecidas pelas tecnologias que permitem o compartilhamento de registros de pacientes, a integração de tecnologias de informação nos sistemas de saúde ou o fornecimento de bens e serviços médicos à distância. Tudo isto leva ao desenvolvimento de ferramentas e serviços de saúde em linha. Todavia, a implementação da e-Health, tanto em cada Estado-Membro como entre Estados-Membros, suscitou diversas preocupações jurídico-legais, especialmente, com os direitos relativos aos doentes<sup>132</sup> e a responsabilidade médica.

Atualmente, na União Europeia não existe legislação específica que regule a e-Health. Porém, existem vários órgãos tanto a nível nacional e com a nível europeu que abordam aspetos do uso da tecnologia na área da saúde<sup>133</sup>.

É também importante que os profissionais de saúde, bem como outros fornecedores de produtos e serviços médicos, conheçam e compreendam as suas responsabilidades profissionais e legais, a fim de manter um alto padrão no seus ofícios, especialmente com a expansão do uso das TIC.

### 10.2.2. Ética

Em 1999, o Grupo Europeu de Ética para as Ciências e as Novas Tecnologias – EGE – adota pela primeira vez um parecer sobre os aspetos éticos da sociedade tecnológica, ou seja, sobre questões éticas de saúde ligadas às TIC dentro da sociedade. A EGE observou uma explosão do uso das TIC na área da saúde e o seu consequente impacto nos dados pessoais de saúde que consideravam como os dados mais sensíveis sobre um indivíduo; porque afeta não só a história clínica ou o processo clínico da pessoa como também os seus padrões de vida ou de comportamento que pode abarcar assunto relacionados com a sua sexualidade.

A EGE apresentou uma lista de princípios éticos<sup>134</sup> de grande alcance que inclui:

- O respeito pela vida privada;
- A confidencialidade;
- A confiabilidade (dos sistemas de saúde);
- O propósito legítimo para a colheita de dados;

<sup>132</sup> Esta aqui em causa os direitos relacionados com a autonomia, a privacidade e a proteção de dados pessoais.

<sup>133</sup> Em alguns casos, a dificuldade de implementação de legislação da União Europeia nos Estados-Membros, como por exemplo em matéria de proteção de dados, têm levantado preocupações sobre a lei, sobretudo na proteção dos direitos individuais dos pacientes. A tarefa para a União Europeia de aplicar com clareza jurídica e com maior harmonização de leis relativas à e-Health é difícil tendo em conta o direito que os Estados Membros têm de decidir sobre as questões de saúde pública nos seus territórios. Contudo, é necessário que os cidadãos conheçam os seus direitos e sejam protegidos face ao crescente uso de tecnologias interligadas com a e-Health e à mobilidade dos doentes em toda a União Europeia.

<sup>134</sup> Ao identificar os princípios éticos estabelece-se as bases para pensar sobre as implicações éticas da e-Health na Europa. A determinação destes princípios é apenas um começo, para que eles tenham significado, devemos considerar qual a sua funcionalidade na prática.





- O consentimento informado e explícito para o uso dos dados do paciente;
- O respeito pela segurança dos dados pessoais de saúde;
- A transparência das normas (que encaram escolhas relacionadas com valores);
- O direito dos cidadãos de participar na conceção de sistemas de TIC na área da saúde; e
- A educação dos cidadãos, que inclui as implicações éticas das TIC como uma pré-condição da democracia europeia.


Com a introdução das TIC nos cuidados de saúde alguns dos princípios éticos que formam a base dos cuidados de saúde podem ser colocados em causa como a privacidade, a confidencialidade, a confiabilidade e o acesso. É importante descobrir como estes princípios éticos podem ser aplicados a diferentes contextos tecnológicos, a fim de mostrar qual deles pode estar comprometido pela tecnologia, como os impactos sobre o relacionamento de um paciente com cuidados de saúde das TIC; os usos de tipos específicos de tecnologias (como as *medias* sociais ou pesquisas na Internet) que proporcionam uma oportunidade muito maior para as pessoas encontrarem a sua própria informação sobre questões de saúde; e finalmente, o impacto sobre o paciente que se depara com um novo paradigma de saúde com base nas TIC.

Quando falamos em «pré-condição da ética» referimo-nos à noção de autonomia, ou seja, a capacidade de uma pessoa para exercer a sua escolha. Neste caso, a autonomia refere-se à capacidade de uma pessoa de fazer escolhas relativas ao fornecimento de telessaúde, tecnologias e serviços. Malcolm Fisk e Drago Rudel argumentam que a disposição de serviços de telessaúde segue atualmente o modelo médico de cuidados de saúde que vê os pacientes como beneficiários de cuidados<sup>135</sup>. Ao fazer este comentário, os autores exploram a noção de cuidado e do benefício recíproco de carinho: «atos de carinho são cruciais tanto para manter as relações no seio das famílias e das comunidades e entre os seus doadores e recetores. Reconhecemos que esses atos de cuidados são muitas vezes recíprocos por natureza [...]»<sup>136</sup>

A necessidade de cuidados é particularmente relevante para as pessoas mais velhas. Hoje, podemos ver como os membros deste grupo social são entendidos como beneficiários de cuidados de saúde. Fisk e Rudel continuam a explicar a sua posição, olhando para o caso específico de prestação de telessaúde. Eles trazem questões éticas relacionadas com a monitorização tecnológica e de coleta de informações, seja em casa ou fora (no caso do monitoramento móvel), especialmente para as pessoas mais velhas, de forma a promover um modelo social mais cuidado onde possa interagir o paciente e o médico; promover boas práticas de saúde e também nota-se a preocupação dos autores

<sup>135</sup> GEORGE, Carlisle, WHITEHOUSE, Diane, DUQUENOY, Penny – eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges in eHealth. PP.12.

<sup>136</sup> *Ibidem*.



com o *design* das tecnologias – visando a simplicidade e a eficácia tendo em conta dificuldades que possam surgir com a população mais idosa<sup>137</sup>.

Outra problema de segurança relacionado com a *media* social é o potencial rompimento de sigilo médico pelos estudantes de medicina por postarem algum comentários inadequados sobre os pacientes ou até mesmo a violação da privacidade do paciente com algum tipo de comentário entre colegas.

No geral, os benefícios para os pacientes inclui mais autonomia, bem como uma maior capacidade a encontrarem o seu caminho em torno do sistema de saúde e de gerir a sua própria saúde.

Entre os riscos são as brechas na confidencialidade das informações pessoais de saúde, e o dano no que diz respeito à relação médico-paciente, bem como, no lado académico, para a integridade da pesquisa médica e educação médica.

#### **11. Caso – Segunda opinião médica de um colega de outro país da União Europeia<sup>138</sup>**

Wilhelm Wolfgang, de 50 anos, um gerente de construção de edifícios de Stuttgart, sofreu múltiplas alergias desde que começou a trabalhar em projetos de construção há 18 anos. À parte das alergias recorrentes, Wilhelm, era um não-fumador que sempre gozou de boa saúde.

Para seu desfortúnio, o seu último exame de raio X revelou algumas áreas suspeitas na parte superior do pulmão direito. O seu especialista, o Dr. Willy Weiss, tendo em conta os resultados do exame, quis pedir uma segunda opinião ao melhor especialista de imagiologia pulmonar a nível mundial, o Prof. Alexander Artemis, um grande perito a detetar doenças pulmonares raras e que se situava na Grécia.

O Dr. Weiss tem a preocupação de saber se as imagens digitais de raio X podem ser enviadas ao Professor de uma forma segura, o qual responde positivamente e mostra também o seu agrado em poder contribuir para a saúde de Wilhelm de uma forma gratuita.

Wilhelm espera que o Prof. Artemis possa oferecer a sua opinião à distância e acredita que duas opiniões sejam mais credíveis para a decisão que vá tomar, sentindo-se ainda mais seguro e confiante.


#### **12. Caso – Telemedicina e Transmissão de Dados<sup>139</sup>**

---

<sup>137</sup> *Idem., Op. Cit.,* PP.13.

<sup>138</sup> Caso apresentado na aula de e-Health Law, pelo Professor Doutor André den Exter, no âmbito da Summer school internazionale “Diritto, bioética e salute”, Università degli Studi di Salerno, Osservatorio sui diritti umani: bioética, salute, ambiente. Salerno, 17-31 de Julho de 2014.

<sup>139</sup> Caso apresentado na aula de e-Health Law, pelo Professor Doutor André den Exter, no âmbito da Summer school internazionale “Diritto, bioética e salute”, Università degli Studi di Salerno, Osservatorio sui diritti umani: bioética, salute, ambiente. Salerno, 17-31 de Julho de 2014.



Um paciente afiliado ao sistema de segurança social do país A, sofre de problemas crónicos da vesícula biliar. O profissional de saúde no país A colocou o paciente em contacto com um centro cirúrgico de excelência especializado em sistemas digestivos no país B.

Uma profissional de saúde, bem conceituada, com sede no país B, era capaz de operar o paciente através de telecirurgia. É pedido por parte desta profissional, uma serie de dados e de exames.

Portanto, a informação médica chave está a ser transferida eletronicamente através das fronteiras entre o país A e o país B.

### **13. Conclusão**

O envelhecimento é um fenómeno tão inevitável como o crescimento o melhor que podemos fazer por aqueles que atravessam esta fase é torna-la a mais harmoniosa possível. Um conceito-chave do documento de debate da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento era o do «envelhecimento ativo», o qual aborda a necessidade de alterar os estereótipos e crenças ligados a uma conceção reducionista das pessoas idosas como «velhos, pobres e doentes», e de valorizar a visão do envelhecimento como sendo uma conquista da humanidade que deve ser celebrada.

Há um grande consenso na aceitação do facto de que o conceito de envelhecimento ativo se refere ao processo de otimização do potencial de bem-estar social. Físico e mental das pessoas ao longo da vida, para este período de idade madura, cada vez mais comprido, seja vivido de forma ativa e autónoma. E é neste contexto de concordamos que a e-Health é muito benéfica.

O que tentamos aqui demonstrar é que a e-Health tem o potencial de trazer benefícios para todas as pessoas em geral mas principalmente aos mais idosos em questões de cuidados de saúde, oferecendo acesso em tempo útil e fácil à informação de saúde, evitando as idas regulares aos hospitais ou aos centros de saúde enfrentado horas de espera nos consultórios, sem condições apropriadas para a sua idade ou necessidade, sem falar das pessoas que vêm de regiões mais distantes que acordam de madrugada.

A e-Health promove novas tecnologias para apoiar as pessoas vulneráveis e incentivar a independência, como, por exemplo, tecnologias que monitoram o estado de saúde ou a mobilidade e desta forma promovem o envelhecimento ativo e saudável.

### **14. Bibliografia**

CASTELLS, Manuel, CARDOSO, Gustavo – A Sociedade em Rede: Do conhecimento à acção política. Conferência promovida pelo Presidente da República. Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Centro de Direito da Família. Coimbra Editora, 2005.

FONSECA, António Manuel – Reforma e Reformados. Edições Almedina.

GEORGE, Carlisle, WHITEHOUSE, Diane, DUQUENOY, Penny – eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges. Springer.

MESA REDONDA EUROPEIA. O Envelhecimento: desafios e estratégias. Alternativas de Intervenção. Ano Europeu das Pessoas Idosas e da Solidariedade entre as Gerações. Fundação Calouste Gulbenkian.

OSÓRIO, Agustín Requejo, PINTO, Fernando Cabral – As pessoas idosas: contexto social e Intervenção Educativa. Instituto Piaget.

PAÚL, Constança, FONSECA, António M. – Envelhecer em Portugal. Manuais Universitários 42. Climepsi Editores.

SALGUEIRO, Gabriela – As mulheres e o envelhecimento. Coleção Informar as Mulheres Nº8. 2ª edição atualizada.

<http://biblio.ual.pt/Downloads/REDE.pdf>

<http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2014-10-15-Projeto-de-telemonitorizacao-acompanha-15-utentes-do-Hospital-da-Covilha>

[http://www.computerworld.com.pt/media/2012/08/Relat%C3%B3rio-e-health\\_\\_APRESENTA%C3%87%C3%83O.pdf](http://www.computerworld.com.pt/media/2012/08/Relat%C3%B3rio-e-health__APRESENTA%C3%87%C3%83O.pdf)

<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=384421&tm=8&layout=122&visual=61>

<https://www.facebook.com/video.php?v=828841830472439>

<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=614464&tm=8&layout=122&visual=61>