UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE
HELIO PEDRO PELLEGRINO GIANOTTI

REDES SOCIAIS E CUIDADOS COM SAÚDE

São Paulo
2010

HELIO PEDRO PELLEGRINO GIANOTTI

REDES SOCIAIS E CUIDADOS COM SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade, área de concentração em Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth K. Wada.

São Paulo
2010

HELIO PEDRO PELLEGRINO GIANOTTI

REDES SOCIAIS E CUIDADOS COM SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade, área de concentração em Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth K. Wada.

Aprovado em:

_____

Profa. Dra. Elizabeth Kyoko Wada – membro interno – Doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo -Vínculo: Universidade Anhembi Morumbi

_____

Elizabeth Aparecida Ferraz da Silva Torres – membro externo – Doutora em Ciências dos Alimentos pela Universidade de São Paulo -Vínculo: Universidade de São Paulo

_____

Airton José Cavenaghi – membro interno – Doutor em História Social pela Universidade de São Paulo- Vínculo: Universidade Anhembi Morumbi

Ao grande amor da minha vida, que ilumina os meus pensamentos,
que afasta os meus medos, que me fez superar os meus pontos de melhoria,
mostrando que eu poderia fazê-lo por intermédio dos pontos fortes,
que só ela conseguia saber quais eram.
Inspiração infinita, incentivadora incansável,
mão forte e acolhedora, olhar crítico e carinhoso
que jamais deixou de acreditar no potencial que só ela conseguia ver em mim.
À mulher que admiro, que amo, e me ensina todos os dias,
como acreditar sempre, sem desistir jamais dos ideais e dos ojetivos
que ainda nem foram definidos, mas certamente serão atingidos.
A você Priscila, minha querida amada
e ao presente que você me deu no meio desta longa jornada,
que foi decisivo para que eu fosse além,
a nossa linda filha Valentina,
a benção Divina do nosso lindo e eterno casamento.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Professora Elizabeth Wada, que mostrou os caminhos com muita competência, clareza, firmeza, carinho, e extrema paciência, para quem registro a minha mais profunda admiração, respeito e eterno agradecimento. Jamais esquecerei de suas aulas, que além de esclarecedoras, com vários *insights* sobre gestão, eram repletas de exemplos práticos da verdadeira Hospitalidade, com quem realmente aprendi como se faz.

Às professoras Sênia Bastos, Maria do Rosario R. Salles e Marielys Bueno, que mostraram as facetas da Hospitalidade por intermédio de seus profundos conhecimentos com inenarrável humildade e respeito com o qual sempre nos brindaram.

Aos colegas e amigos do Mestrado em Hospitalidade, que me ensinaram com seus projetos as várias possibilidades e riquezas da sinergia do pensamento acadêmico, dentro de um ambiente de muita colaboração e alegria.

A Priscila, minha querida esposa, a grande responsável por este meu trabalho desde o momento que me incentivou à minha candidatura, passando pelas horas de dedicação ao meu projeto, culminando com a força e determinação que ela conseguiu transmitir nas meus momentos mais difíceis; aos meus maravilhosos filhos Pedro, Priscila e Valentina, que me apoiaram todo o tempo, sobretudo aquele em que estive longe deles, momentos inestimáveis que espero um dia poder retribuir, com o mesmo amor, paciência, carinho, apoio, suporte, incentivo e inspiração.

Ao meu pai, Helio Gianotti, que é e sempre será o meu modelo, de profissional de sucesso, sem abrir mão de sua família, homem honrado, justo, exemplo de pai, que sempre tentarei imitar, mas confesso que esta tarefa será indiscutivelmente, a mais árdua de minha vida.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o relacionamento entre os usuários de comunidades que tratem de aspectos de saúde em redes sociais digitais. O interesse pelo desenvolvimento desta pesquisa relaciona-se à profusão das redes sociais digitais e o quanto elas podem interferir no modo como os usuários destas redes tomam decisões após obterem as informações de saúde que buscam, entre elas, qual o procedimento de saúde a ser adota, o tratamento selecionado, qual a medicação mais apropriada para a sua doença ou, ainda, qual a clínica ou o profissional de saúde que conta com a melhor avaliação por parte de outros pacientes que já se submeteram a tratamentos semelhantes aos escolhidos/indicados. A hospitalidade é um aspecto de interesse desta pesquisa, sobretudo no que tange ao relacionamento entre os usuários destas comunidades. Após a realização da pesquisa bibliográfica para embasamento teórico, foi efetuada uma pesquisa de campo quantitativa, com amostragem extraída da população de 1.100 estudantes de pós-graduação *lato sensu* em universidades paulistas, num total de 150 alunos.

Palavras-chave: Redes sociais digitais. Hospitalidade. Cuidados com Saúde. Relacionamento.

ABSTRACT

This study aims to know the relationship between the users of communities that deal with health in digital social media. The interest for this research is related to the proliferation of social media and how they can interfere on how digital social media users make decisions after obtaining health information they are seeking for, among them what procedures to adopt regarding health, or which treatment, which most appropriate medication for their illness or what clinic or health professional who have the highest rating from other patients who have undergone the treatment with them. Hospitality is a paramount issue in this research with special interest in the relationship amongst these digital social network communities in health. After a theoretical literature research, a quantitative field research was done with a sample of 150 students extracted from a population of 1.100 students of post-graduation in São Paulo.

Key Words: Digital social media. Hospitality. Health care. Relationship.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 BANDEIRA DO SITE HEALTHRANKER 26
FIGURA 2 BANDEIRA DO SITE ORGANIZEDWISDOM 26
FIGURA 3 BANDEIRA DO SITE PEOPLESMD 27
FIGURA 4 BANDEIRA DO SITE TRUSERA 27
FIGURA 5 BANDEIRA DO SITE GIMME20 27
FIGURA 6 BANDEIRA DO SITE GYMCLIK 27
FIGURA 7 BANDEIRA DO SITE GYMINEE 27
FIGURA 8 BANDEIRA DO SITE INTROPLAY 28
FIGURA 9 BANDEIRA DO SITE ISTATS 28
FIGURA 10 BANDEIRA DO SITE TRAINEO 28
FIGURA 11 BANDEIRA DO SITE AMERICAN WELL 29
FIGURA 12 BANDEIRA DO SITE DAILY STRENGTH 29
FIGURA 13 BANDEIRA DO SITE GROUP LOOP 29
FIGURA 14 BANDEIRA DO SITE HEALTH 2.0 29
FIGURA 15 BANDEIRA DO SITE MAMAHERB 29
FIGURA 16 BANDEIRA DO SITE MDJUNCTION 30
FIGURA 17 BANDEIRA DO SITE PATIENTESLIKEME 30
FIGURA 18 BANDEIRA DO SITE REAL MENTAL HEALTH 30
FIGURA 19 BANDEIRA DO SITE RIGHTHEALTH 30
FIGURA 20 BANDEIRA DO SITE TWIT2FIT 30
FIGURA 21 BANDEIRA DO SITE VITALS 31

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 GENTE COMUNICATIVA 24

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 FONTES USADAS PARA BUSCAR ACESSOS DE SAÚDE E BEM-ESTAR 19
GRÁFICO 2 FERRAMENTAS VIRTUAIS USADAS NA BUSCA POR INFORMAÇÕES DE SAÚDE 22
GRÁFICO 3 PLATAFORMA DE REDES SOCIAIS DIGITAIS CLASSIFICADAS POR USO..... 23

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 PESQUISA SOBRE USO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO NO BRASIL 20
TABELA 2 RAZÕES DE USO DE REDES SOCIAIS DIGITAIS DE SAÚDE 38

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1
CAPÍTULO 1 – SOCIEDADE EM REDE E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS 5
1.1 A formação de redes 5
1.2 A sociedade em redes 6
1.3 Informação e conhecimento na sociedade em redes 12
CAPÍTULO 2 – REDES SOCIAIS E SUA UTILIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS CUIDADOS COM A SAÚDE PELOS PACIENTES 15
2.1 Redes sociais e hospitalidade 15
2.2 Redes sociais chegam à saúde 18
2.2.1 Ferramentas de condicionamento físico 27
2.2.2 Interações com outros pacientes 28
2.3 Tendências para as redes sociais e a saúde 39
2.3.1 Turismo de saúde 42
CAPÍTULO 3 – A SAÚDE POR INTERMÉDIO DAS REDES SOCIAIS 45
3.1 A pesquisa 45
3.1.1 Metodologia 45
3.1.2 Perfil dos respondentes 49
3.1.3 Utilização de Internet e redes sociais 50
3.1.4 Utilização de Internet para redes sociais digitais de saúde 56
3.2 Conclusões da pesquisa 65
CONSIDERAÇÕES FINAIS 67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 75
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO APLICADO 82
ANEXO A — TABELA — ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – COMUNICAÇÃO 88
ANEXO B — TABELA — PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS QUE USAM A INTERNET PARA BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE 89
ANEXO C — TABELA — ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE 90

INTRODUÇÃO

O aparecimento de novas mídias sociais parece ter invadido a sociedade como um todo. Atualmente é muito natural que as pessoas busquem e disponibilizem informações de algum tipo em redes sociais. A invasão destas novas mídias pode ser sentida quando são mencionadas na publicidade, nas entrevistas ou mesmo em conversas informais.

Com base nessa invasão, surgiu o interesse pelo desenvolvimento desta pesquisa, analisando mais especificamente o impacto dessas novidades nos cuidados com a saúde. Por sua vez, outro aspecto que motivou a pesquisa foi o estudo do relacionamento entre os usuários de comunidades que tratam de aspectos de saúde por intermédio das redes sociais, observando, por exemplo, o que leva o cliente, paciente ou cuidador de saúde a buscar estes relacionamentos nas redes sociais e, se este relacionamento se instaura, identificar como pode ser o seu comportamento.

Segundo o Centro de Estudos sobre a Tecnologia da Informação e da Comunicação – CETIC (COMITÊ GESTOR DE INTERNET NO BRASIL, 2008) órgão responsável pela produção de indicadores e estatísticas sobre a disponibilidade e o uso da Internet no Brasil, 33% dos usuários buscam informações relacionadas à saúde na rede.

A rede é uma construção coletiva onde organizações, sociedade civil, lideranças e voluntários interagem para otimizar e ampliar seus resultados para o conjunto da população. É uma estratégia que nos habilita a relacionar produções sociais e subjetividade. O mundo visto pela ótica das redes aparece com uma variedade de cenários. Pensar na perspectiva de rede, significa guardar as identidades de cada membro, fugindo das relações estereotipadas e fixas entre organizações e pessoas. A linguagem da rede é uma linguagem de relações que se estabelecem entre os diversos atores sociais que a constituem mediados por objetivos construídos coletivamente (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Assim, as redes sociais articulam e integram organizações, indivíduos, tendo em vista a construção coletiva de um objetivo comum, considerando a autonomia e as competências de cada ator social.

Conforme Selwyn e Fsadni (1996, p. 98) "a função básica da Hospitalidade é estabelecer um relacionamento" e no que tange a Redes Sociais, esta é a faceta da Hospitalidade que será empregada nesta pesquisa, analisando o tipo de relacionamento que pode ser estabelecido em

ambiente de rede. Verificando como se dá o relacionamento entre os usuários de comunidades nas redes sociais em aspectos de saúde é, *per se*, entender melhor como se dá a troca ou o relacionamento em si.

Redes sociais digitais podem ser consideradas como práticas e tecnologias que permitem aos usuários a compartilhar conteúdos, opiniões, experiências e perspectivas. Para que isso ocorra, a existência de abertura, transparência, confiança mútua, relacionamento de duas vias, conectividade e comunidade são aspectos de fundamental importância. Não estão considerados neste relacionamento em redes os aspectos promocionais que eventualmente podem ser utilizados com outros fins como: *websites* de marcas de produtos, propaganda digital on-line e ferramentas de *CRM* (*customer relationship management*) que podem ser adotadas por empresas em geral e também na área da saúde, como uma forma de promover seus produtos ou serviços.

> Redes sociais são novas formas de compartilhar, colaborar e criar comunidades *on-line* com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre determinado assunto de interêsse comum. Os princípios das redes sociais podem ser aplicados a qualquer área, sendo que para isso acontecer, as pessoas devem ter a cultura de querer compartilhar, colaborar e conectar-se, além de possuírem as ferramentas para tais interações (LI; BERNOFF, 2009, p. 68).

As redes sociais têm desempenhado um importante papel para as comunidades interessadas em informações sobre saúde, onde pacientes podem encontrar comunidades de pessoas que sofrem do mesmo problema de saúde. Além disso, pelas redes sociais, o paciente pode encontrar profissionais de saúde, tirar dúvidas, buscar indicações e informações profissionais.

A relação médico-paciente vem se modificando com a utilização de redes sociais digitais e o termo "*Dr. Google"* —— que é o site de busca onde muitos pacientes ou cuidadores de saúde buscam informações iniciais sobre doenças, tratamentos, medicamentos e sites da Internet que estão alinhados com suas necessidades — faz com que ambos, médicos e pacientes, estejam mais preparados para o momento do encontro presencial nos consultórios, proporcionando discussões mais aprofundadas, diretas, referentes a mitos e verdades que são postadas nas redes sociais digitais. Será que isso pode criar um reforço no processo de automedicação, ou o que White e Horovitz (2008, disponível em <http://research.microsoft.com/apps/pubs/default.aspx?id=76529> Acesso em 09/03/2010) nomearam de *"cybercondria"* é uma atitude que descreve o paciente que usa redes sociais

digitais e que costuma tirar as piores conclusões depois de ler informações médicas na Internet?

O quanto as pessoas estão utilizando os dados encontrados nas redes sociais para tomar decisões sobre seus tratamentos ou medicamentos a serem utilizados, ou buscar profissionais especializados?

Sendo assim, como objetivo geral desta pesquisa, busca-se conhecer o relacionamento entre os usuários de comunidades que tratem de aspectos de saúde em redes sociais digitais. Mais especificamente, visa-se compreender *se* e *como* os usuários das redes sociais digitais tomam decisões após obterem informações de saúde que buscam nestas redes.

Para atender aos objetivos gerais e específicos a presente pesquisa considera como problema identificar qual é o relacionamento que se estabelece entre usuários de comunidades que tratam de aspectos de saúde em redes sociais digitais.

Para esta pergunta são apresentadas quatro hipóteses:

1- Há relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais em comunidades que tratam de aspectos de saúde, sendo que as informações obtidas são utilizadas como base para a tomada de decisão destes usuários.

2- O relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais em comunidades que tratam de aspectos de saúde é unidirecional, isto é, os usuários fazem perguntas, obtém respostas e não voltam a compartilhar os seus próprios resultados com outros usuários destas comunidades.

3- O relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais tem como objetivo a busca por um *ranking* ou uma classificação da qualidade do serviço médico prestado, ou do profissional médico, ou do hospital e clínica a ser escolhida?

4- O principal objetivo para o relacionamento dos usuários de redes sociais digitais em saúde é pesquisar o conhecimento e experiência de outros pacientes, bem como o que escrevem a respeito do remédio ou do tratamento que estão seguindo .

Após revisão bibliográfica, bem como das pesquisas e publicações disponíveis sobre o assunto, justificou-se a execução de uma pesquisa empírica exploratória quantitativa, com um objetivo descritivo de forma a observar, registrar, analisar e interpretar, sem a interferência direta do autor, os resultados obtidos (DENCKER, 2004).

A pesquisa quantitativa foi aplicada a uma população de estudantes em nível de pós-graduação *lato sensu* e MBA (Master em Business Administration) em duas instituições de ensino superior brasileiras, ambas localizadas na cidade de São Paulo, a saber, Fundação

Getúlio Vargas e Fundação Instituto de Administração. A amostragem de 220 estudantes foi extraída de uma população de 1.100 alunos matriculados em abril de 2010 e as respostas coletadas e analisadas no final de maio de 2010. O questionário utilizado está no Apêndice e os resultados da pesquisa encontram-se no Capítulo 3 desta pesquisa.

O primeiro capítulo deste trabalho visa estabelecer, a partir do referencial teórico de redes sociais, os conceitos que serão utilizados nesta pesquisa. Sendo assim, são apresentados os conceitos de Castells (2000), no que tange à formação de redes sociais, modelos de redes, seus desenvolvimentos e a consequente estruturação da sociedade em rede. O capítulo se encerra com a apresentação do processo de informação e conhecimento dentro das redes sociais como chave para que se desenvolvam continuamente.

O segundo capítulo abre com redes sociais e cuidados de saúde, contextualizando a necessidade da troca de informações e conhecimentos em comunidades voltadas para assuntos de saúde.

Além de troca de informações e conhecimento, questiona-se que outras trocas podem existir nessas comunidades, que serão objeto de estudo desta pesquisa. Analisam-se aqui como algumas das trocas entre os participantes destas comunidades podem estar relacionadas à hospitalidade, agregando informações teóricas ao problema da pesquisa.

Como já apontado, o terceiro capítulo apresenta a pesquisa, seus resultados e sua análise. Por fim, nas considerações finais, são apresentados, a modo de conclusão, observações e o levantamento dos resultados da pesquisa diante dos objetivos propostos.

1 SOCIEDADE EM REDE E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

1.1 A formação de redes

Enquanto a palavra deu ao homem a capacidade de transmitir sua cultura ao longo dos tempos e de transpor as dificuldades que a falta de comunicação lhe impunha, para estabelecer um relacionamento social duradouro, para superar obstáculos, transformar e controlar a natureza, além de construir sua cultura, o homem passou a desenvolver o trabalho.

Esta associação entre o trabalho e a palavra alterou também a estrutura dos espaços e dos fluxos de informações, a ponto de se criar o que Castells chamou de sociedades em redes (CASTELLS, 2000, p. 192).

O processo de formação de redes tem como um de seus aliados a tecnologia da informação (TI), que ganhou força na década de 1970, estendendo-se pelas seguintes. Observou-se, neste período, uma nova revolução tecnológica, assentada em novas descobertas científicas que se desenvolvem, particularmente, na TI (informática, telecomunicação, multimídias etc.), na robótica, na biotecnologia e na tecnologia dos materiais (MANCE, 2001, p. 68).

Esta revolução, que disseminou o uso do computador pessoal (PC), culminou com a massificação do uso da Internet, a qual conectou em uma única rede consumidores e empresas e instituições em todo o mundo. Castells defende que a TI é uma das principais causas da transformação da economia, se não for a primária (CASTELLS, 2000, p.230). A isso, comenta:

> (...) na década de 1980, o capitalismo passou por um processo substancial de reestruturação organizacional e econômica no qual a nova tecnologia da informação exerceu um papel fundamental e foi decisivamente moldada pelo papel que desempenhou. (...) as transformações organizacionais que descrevi não foram consequências automáticas da transformação tecnológica. Algumas delas precederam o surgimento das novas tecnologias da informação. (...) No entanto, uma vez iniciada, a praticabilidade ou transformação organizacional foi extraordinariamente intensificada pelas novas tecnologias da informação (CASTELLS, 2002, p. 230).

A essência da transformação tecnológica atual é melhor organizada por intermédio da definição do conceito do paradigma econômico e tecnológico, como menciona:

> O paradigma econômico e tecnológico é um agrupamento de inovações técnicas, organizacionais e administrativas inter-relacionadas cujas vantagens devem ser descobertas não apenas em uma nova gama de produtos

> e sistemas, mas também e sobretudo na dinâmica da estrutura dos custos relativos de todos os possíveis insumos para a produção. Em cada novo paradigma, um insumo específico ou conjunto de insumos pode ser descrito como o "fator-chave" desse paradigma caracterizado pela queda dos custos relativos e pela disponibilidade universal. A mudança contemporânea de paradigma pode ser vista como uma transferência de uma tecnologia baseada principalmente em insumos baratos de energia para uma outra que se baseia predominantemente em insumos baratos de informação derivados do avanço da tecnologia em microeletrônica e telecomunicações (CASTELLS, 2002, p. 276).

O autor não apenas define os processos sociais, conceituando-os, como também destaca os aspectos centrais do paradigma da tecnologia da informação. No conjunto, esses aspectos representam a base material da sociedade da informação.

A primeira característica do novo paradigma consiste em que a informação é sua matéria prima: são, de acordo com as próprias palavras de Castells, "tecnologias para agir sobre a informação, não apenas informação para agir sobre a tecnologia" (CASTELLS, 2000, p. 167).

Este novo paradigma originou-se no final dos anos 60 e início dos anos 70 por meio da consciência histórica proveniente de três processos independentes: revolução da tecnologia da informação; crise econômica do capitalismo e do estatismo e a consequente reestruturação de ambos; e apogeu de movimentos sociais e culturais, tais como libertarismo, direitos humanos, feminismo e ambientalismo (CASTELLS, 2002, p. 59).

Foi por meio da integração entre esses processos, agregada a reação por eles desencadeada, que surgiu uma nova estrutura econômica, a economia informacional/global; uma nova cultura, a cultura da virtualidade real, e uma nova sociedade, a sociedade em redes.

1.2 A sociedade em redes

A sociedade em redes, criada sobre o paradigma de que o "espaço é organizador do tempo" (CASTELLS, 2002, p. 172), é uma hipótese defendida em contraposição a outros autores, que definem o tempo como controlador do espaço. Faz-se mister enfatizar que a ideia de progresso fortaleceu a submissão da categoria espaço a um objeto de dominação e priorizou o tempo histórico e suas qualidades do vir-a-ser. A teoria social, subsidiada pelo historicismo, condicionou a percepção de mundo à temporalidade do devir do progresso.

> Assim, o espaço enquanto categoria analítica tornou-se um elemento fundamental para a compreensão da realidade relacionada à sociedade, à

> natureza e ao território, a partir dos processos de desenvolvimentos sociais e do conhecimento científico (CASTELLS, 2000, p. 203).

Ainda enquanto categoria analítica, o espaço, no âmbito da teoria social, torna-se também essencial para a análise das diversas interdisciplinaridades e inter-relações entre as formas sociais, a política, o modo de produção, as formas de apropriação da natureza, os sistemas de conhecimento, o espaço construído e a natureza.

No espaço e no tempo, as sociedades se articulam e se organizam de formas diferenciadas. No espaço, elas se inscrevem criando lugares singulares, produto de desenvolvimentos e processos sociais desiguais. No tempo, observam-se processos de desenvolvimentos das sociedades, às vezes sucessivos e sincrônicos, outras vezes em descompasso em relação ao espaço e sociedades globais (LUCHIARI, 1996, p. 198).

Ainda para Luchiari, a humanidade, na busca de seu desenvolvimento, criou um emaranhado de conceitos sobre o progresso, o desenvolvimento e a evolução, que prejudicou o equilíbrio entre o tempo e o espaço, equilíbrio este, que o historicismo vem subsidiando na construção de uma teoria social que busque a compreensão do mundo que se encontra em constante mutação nos âmbitos social, técnico e político (LUCHIARI, 1996, p. 198).

Este equilíbrio entre espaço e tempo para formular uma teoria social do espaço toma corpo na unidade dialética entre os dois campos teóricos que buscam definir o espaço a partir do determinismo da natureza e o da modelagem cultural, partindo das especificidades do social humano como mediador. Assim, o espaço ganha forma, função e significação social.

Esta mediação social entre o tempo e o espaço é importante para a produção de mercadorias, vinculando-os desse modo ao dinheiro e ao próprio desenvolvimento do capitalismo.

O capitalismo em sua origem histórica pela luta de classes, pressupõe o domínio do lugar pelos senhores, bem como o controle da praça do mercado, onde em seu entorno se concentra a oligarquia detentora do poder. Constitui-se, portanto, o espaço urbano, este torna-se o lugar do encontro das coisas e das pessoas, da troca, com suas funções, estruturas e formas inseridas nas redes de produção e distribuição, controlando as funções exteriores e interiores.

O espaço, no entendimento de Lefebvre (1999), é fonte fundamental de poder social sobre a vida cotidiana, constituindo-se ainda, junto com o tempo e o dinheiro materializado, como fonte preponderante na construção da hegemonia ideológica e política e, na manutenção do poder, possuindo também um papel decisivo na estrutura da moderna sociedade capitalista, pois quem domina o espaço estará efetivamente controlando a política daquele lugar.

Contudo, as transformações vividas pela humanidade durante o período que vai das cavernas até o advento das novas tecnologias da comunicação e da informática e, por conseguinte, até o surgimento da sociedade em rede, perpassa pela grande centralização da economia e do espaço.

De acordo com Castells (2000), somam-se a esta tendência de concentração do capital, iniciada a partir da metade do séc. XIX, inovações técnicas, que se solidificam com a intervenção do Estado. Este processo torna o capital efetivamente monopolista, determinando os preços finais dos produtos, visto que ele controla todas as etapas da vida econômica, a saber, a produção, a distribuição e o consumo, e por sua vez o espaço.

No entanto, ainda para Castells, as inovações tecnológicas que a civilização vem construindo nos últimos cem anos vêm descaracterizando os aspectos monopolistas do capital, rompendo a centralização do poder industrial de antigos centros como os Estados Unidos, o Reino Unido, mais recentemente e cada vez mais o Japão, assim como a acelerada industrialização em vários países do chamado Terceiro Mundo. Um aspecto menos familiar, talvez, seja a rápida internacionalização da indústria financeira do século XIX, que incorporou uma multiplicidade de centros financeiros em uma rede mundial de transações. Finalmente, avanços na tecnologia da informática e das telecomunicações facilitaram a dispersão de tais centros no mundo todo e, ao mesmo tempo, a sua participação em mercados internacionais.

Essas redes de transações mundiais vêm construindo uma nova modalidade profissional, modalidade esta que está se desenvolvendo nesta sociedade em rede, cujo fator preponderante é muito mais decorrente, do surgimento da empresa integrada em rede e do processo de trabalho flexível que tem se ampliado velozmente na atualidade, como as redes terciárias de produção em grandes metrópolis.

Assim, o espaço e o tempo, como fontes de poder político, tornam-se fundamentais para a organização da produção de mercadorias, através de práticas sociais, concomitantemente com o surgimento destes centros econômicos. Estas cidades vieram a concentrar recursos e as indústrias de liderança exerceram tão pesada influência na ordem econômica e social destas cidades, que acabaram por criar a possibilidade de um novo tipo de urbanização de uma nova cidade, conhecida como "cidade global". Deste modo, a cidade global não constitui um lugar em si, mas um processo, que conecta uma rede global, que diminui a importância das conexões com suas hinterlândias, com base em fluxo da informação (CASTELLS, 2000, p. 242).

A tecnologia da informática torna possível essa dispersão geográfica e a integração simultânea de muitas atividades. Mas as condições distintas sob as quais tais facilidades são

disponíveis promovem a centralização de usuários mais avançados nos centros de telecomunicações mais avançados. Ainda que alguns poucos centros urbanos mais novos tenham tido acesso aos avanços tecnológicos, os custos de implantação dos sistemas são cada vez mais elevados e a tendência é a de que as telecomunicações sejam desenvolvidas em conjunto com usuários maiores, que são tipicamente as empresas com grandes mercados nacionais e mundiais.

Hoje, a dispersão territorial da atividade econômica em escalas nacional e mundial cria a necessidade de expansão do controle e do gerenciamento centrais, desde que tal dispersão ocorra sob condições de concentração econômica contínua, conforme Castells (2000, p. 242). A dispersão local e internacional do loco de crescimento e a internacionalização do mundo financeiro trazem para o debate questões que dizem respeito à incorporação de tal crescimento no processo de geração de lucros que contribui para a concentração econômica. Isto quer dizer que, embora, em princípio, a descentralização territorial da atividade econômica possa ter vindo acompanhada por uma descentralização correspondente no domínio e, consequentemente, na apropriação dos lucros, houve pequeno movimento nesta direção.

Nesse sentido, a internacionalização e a expansão do mercado financeiro mundial propiciaram o crescimento de um grande número de mercados financeiros menores, um crescimento que tem alimentado a expansão da indústria como um todo. Todavia, o nível máximo de controle e de gerenciamento da indústria permanecem concentrados em poucos centros financeiros diretores, especialmente em Nova Iorque, Londres e Tóquio.

A dinâmica pressuposta aqui é a de que quanto mais a economia for globalizada, maior será a convergência de funções centrais nas cidades globais. É exatamente porque a dispersão espacial foi facilitada pelos avanços da telecomunicação que a concentração de atividades centralizadoras se expandiu imensamente.

> É preciso, pois, reestruturar os processos, nos moldes de como a indústria eletrônica produz uma lógica locacional, caracterizada pelo fortalecimento, não obstante a crise urbana e as baixas na economia, de centros para inovação de alto nível, que comandarão e estarão no seio de um sistema de produção espalhado em todo o mundo (CASTELLS, 2000, p. 257).

A transformação espacial e técnica da atividade econômica incluem a dispersão geográfica de fábricas, de escritórios e de empresas prestadoras de serviços e a promoção acentuada do uso de serviços altamente especializados, frequentemente relacionada com o desenvolvimento da microeletrônica. Esses dois processos, dispersão e especialização de

serviços, interagem e se sobrepõem. Em suma, ao lado das tendências de descentralização tão bem documentadas, há tendências de centralização novas e menos bem documentadas.

Com o potencial para capacidade de controle global, algumas cidades tornam-se núcleo de vasto sistema de comunicações e de mercado. Avanços na indústria eletrônica e das telecomunicações transformaram geograficamente cidades distantes em centros de comunicação global e de gerenciamento a longa distância, homogeneizando-as com as diferentes culturas e mercados, através das redes de fluxos.

Dessa forma a globalização, ao mesmo tempo em que homogeneiza a cultura e as formas de organização, cria novos conflitos e novas ideologias segregadoras, desterritorializa e reterritorializa os fluxos econômicos-financeiros, tecnológicos e culturais-informativos. Assim, Fortuna (1997) se refere ao processo de globalização:

> Perante o atual processo de desterritorialização dos fluxos econômicos-financeiros, tecnológicos, culturais-informativos, o desafio está na capacidade das diferentes cidades para procederem a sua reterritorialização, o que independe da dimensão das cidades, para se referir antes à intensidade, grau e espessura com que sejam capazes de se dotarem de segmentos desses fluxos (FORTUNA, 1997, p. 101).

Em resumo, a dispersão espacial de produção e a reorganização da indústria financeira criaram novas formas de centralização para o gerenciamento e a regulação de uma rede global de campos de produção e mercados financeiros. A dispersão espacial da produção, em alguns casos internacionalmente, tem estimulado o crescimento de núcleos de serviços centralizados para seu gerenciamento regulação e os avanços das telecomunicações têm facilitado tanto a dispersão quanto a prestação de serviços centralizada.

> Os avanços da tecnologia das telecomunicações e da informática possibilitaram a criação de um novo espaço industrial. Esse espaço caracteriza-se pela capacidade organizacional e tecnológica de separar o processo produtivo em diferentes localizações, ao mesmo tempo em que reintegra sua unidade por meio de conexões de telecomunicações e da flexibilidade e precisão resultante da microeletrônica na fabricação de componentes (CASTELLS, 2000, p. 299).

O rápido crescimento da indústria financeira e das empresas de serviços altamente especializados geram não apenas empregos técnicos e administrativos de alto nível, mas também empregos não especializados e com baixos salários. Devido a esta singularidade e às diferentes características sociais e ambientais próprias das condições de vida de segmentos profundamente distintos dessa força de trabalho, é que as diferentes fases do processo produtivo tem sido geograficamente distribuídas pelas diversas partes do globo, criando os

espaços industriais distintos; a saber, os produtivos, os de pesquisa e os de gerenciamentos dos diversos aspectos da produção. É com estas características que a cidade global se constitui como o local de produção da economia global.

Esta expansão da força de trabalho de alta renda, aliada à emergência de novas formas culturais de viver o dia a dia, provocou um processo de agrupamento de pessoas com altos rendimentos que depende, em última análise, da disponibilidade de um vasto suprimento de trabalhadores de baixa renda.

> Apesar da ênfase da análise ser estabelecida em torno da "divisão espacial hierárquica do trabalho entre as diferentes funções localizadas em territórios diversos", não é essencial sob a nova lógica espacial. No entanto, setores da sociedade montam uma interação entre si, mais particularmente os estratos superiores, que reforça a dimensão do espaço de fluxos na vida cotidiana. O novo espaço industrial é organizado, portanto, sob uma nova égide, a sua articulação "em redes globais" (...), "é organizado em torno de fluxos de informação que ao mesmo tempo, reúnem e separam suas componentes territoriais" .Este processo de geração de novas tecnologias da informação e as transformações sociais ocorridas em decorrência dessa interação tem provocado impactos substanciais na organização das cidades e do espaço, rompendo os padrões de comportamento, criando uma rede de intercâmbios flexíveis, de forma a se criar "um novo tipo de espaço, o espaço de fluxos, ou o "processo espacial da era da informação (CASTELLS, 2000, p. 419).

Conforme Luchiari, o espaço não pode ser admitido apenas como forma de controlar a natureza e de se dispor como instrumento da ânsia dominadora do homem, mas também como agente organizador e transformador, "pelas representações coletivas de espaços, os grupos sociais podem identificar a si próprios e a sua cultura" (LUCHIARI, 1996, p. 102).

O espaço é "a expressão da sociedade e não seu reflexo, na busca de evoluir para a criação de uma teoria social do espaço e do espaço de fluxos". Portanto, o espaço é "o suporte material de práticas sociais de tempo compartilhado", enquanto que, "espaço de fluxo é a organização material das práticas sociais de tempo compartilhado que funcionam por meio de fluxos" (CASTELLS, 2000, p. 419).

Dessa forma, é com base na teoria da cidade global, consideranda como sede da sociedade em redes com toda sua rede de fluxos interdependentes entre si, concentrando e desconcentrando recursos, reterritorializando e desterritorializando variados espaços, construindo e desconstruindo práticas sociais, transformando e organizando culturas, produzindo e reproduzindo tecnologias num verdadeiro carrossel dialético, em que o homem e a natureza estabelecem entre si uma cumplicidade, para que cada um possa utilizar-se do espaço da melhor forma que lhe coubesse, a primeira para produzir as condições objetivas e concretas, e o segundo para abstrair da outra a subjetividade da vida.

É importante contextualizar as mudanças e evoluções históricas acima, para que se entenda que o início da formação das redes sociais ocorreu juntamente com a história do capitalismo e das rotas comerciais, onde se formaram as primeiras redes sociais, na época pautadas no comércio, porém colocavam em rede muito mais do que mercadorias, pois interligavam culturas diferentes, informações e, por consequência, levavam conhecimento.

1.3 Informação e conhecimento na sociedade em redes

Importantes temas políticos deste início de milênio — as transformações associadas à era da informação e do conhecimento, a aceleração do processo de globalização, a crescente polarização entre países pobres e ricos, assim como a sustentabilidade do desenvolvimento econômico — não podem ser entendidos e tratados adequadamente sem uma reestruturação da teoria econômica.

Neste sentido essas contribuições teórico-conceituais que, na área de economia, auxiliam o entendimento das transformações em curso, destacam o papel estratégico de três conceitos: informação, conhecimento e aprendizado.

A relação entre os três conceitos é forte, visto que os processos de aprendizado, em suas várias instâncias, resultam na acumulação de conhecimentos; estes sustentam teoricamente os avanços científicos, técnicos e organizacionais que, codificados em vários formatos informacionais, introduzem inovações que transformarão continuamente o sistema econômico (PASSOS; LEMOS; COCCO apud LASTRES; ALBAGLI, 1999. p. 54).

E ainda, a tecnologia da informação tem sido importante para disseminar a informação e, de fato, caso o poder e a autoridade estejam sendo distribuídos, dispor da informação é fundamental. O mais provável é que as pessoas não consigam tomar as melhores decisões caso estejam desinformadas. Existem funções potencialmente maiores que a tecnologia da informação pode desempenhar, ou seja, diferenciar forma e conhecimento. Uma coisa é disseminar informação; outra é impulsionar a inteligência.

O aprendizado é o pilar central para que haja constante inovação e desenvolvimento social, apesar de uma maior visibilidade das informações e do papel desempenhado pelo conhecimento no cerne do dinamismo do novo padrão, denominado de fase do aprendizado.

Foray e Lundvall (2007, p. 11-32), por sua vez, apontam para:

> a) o risco de ameaça à coesão social das economias se a dimensão social e distribucional das políticas que vêm promovendo a implantação das infraestruturas de informação for negligenciada; b) a importância da promoção de capacitações e competências e particularmente da capacidade de aprender, como elementos fundamentais em qualquer estratégia que vise limitar o grau de exclusão social.

Castells (2000, p. 490) mostra que, como tendência histórica, as funções e os processos dominantes na era da informação estão cada vez mais organizadas em torno de redes, as quais constituem a nova morfologia social de nossa sociedade. A difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura, porque elas são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam se comunicar dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem dos mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetos de desempenho). Nesse contexto é que a rede é um instrumento apropriado para a economia capitalista voltada para a inovação, globalização e concentração descentralizada; para o trabalho, trabalhadores e empresas voltadas para a flexibilidade e adaptalidade; para uma cultura de descontrução e reconstrução contínuas; para uma política destinada ao processamento instantâneo de novos valores e humores públicos; e para uma organização social que vise a suplantação do espaço e invalidação do tempo.

Neste contexto, na análise das novas tendências influenciando as políticas de promoção do desenvolvimento organizacional e tecnológico, destaca-se em primeiro lugar que, na atual era, o conhecimento coloca-se como recurso principal e o aprendizado como processo central.

Tendo o processo de desenvolvimento tecnológico atingido os patamares de acesso que permite às pessoas vivenciar a nova mudança de paradigma de redes sociais, com um real direcionamento para as redes digitais de relacionamento onde C. K. Prahalad e M. S. Krishnan (2008) afirmam:

> Existe uma transformação fundamental a caminho que está forjada pelo acesso digital, pela conectividade e globalização que irá mudar radicalmente

> a natureza das empresas e como elas criam valor (PRAHALAD; KRISHNAN, 2008, p. 26).

A sociedade em rede chega ao ponto de se transformar em novos paradigmas como nos oferece Li e Bernoff (2009), onde *Groundswell* “é a tendência das pessoas usarem as tecnologias para conseguir o que necessitam, por meio de outras pessoas, em vez de adquiri-las das empresas” (LI; BERNOFF, 2009, p. 9). Tudo o que uma empresa faz pode ser levado a cabo por indivíduos que colaboram entre si, fora da companhia.

Por intermédio de redes sociais, pode-se avaliar como esta tendência de *Groundswell* pode intervir nas redes sociais digitais ou mídias sociais no aspecto de cuidados de saúde.

Informação e conhecimento são a base do processo de trocas nas redes sociais e na era da informação como um todo e, como afirma Castells (2002), apresentam-se cada vez mais organizados nos processos de redes.

2 REDES SOCIAIS E SUA UTILIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DE CUIDADOS COM A SAÚDE PELOS PACIENTES

2.1 Redes sociais e a hospitalidade

Para fazer parte das análises propostas nesta pesquisa, foram selecionadas algumas facetas dentre os conceitos de hospitalidade, considerando aquelas que mais se relacionavam ao tema abordado.

Segundo Lashley e Morrison (2004), a hospitalidade pode estar no relacionamento entre anfitrião e hóspede, entretanto, sugere algo mais do que simplesmente disponibilizar uma cama ou servir alimentos. Para que um anfitrião seja considerado hospitaleiro, espera-se que ele proporcione bem-estar ao seu cliente e que, se possível, supere as expectativas de serviços oferecidos.

Fazendo uma analogia com redes sociais digitais voltadas para a saúde, onde também existe uma relação de anfitrião e hóspede, ou seja, administrador do conteúdo e internauta visitante, apenas disponibilizar informações (conteúdo digital) ou permitir que o internauta navegue em seu espaço, não necessariamente faz deste anfitrião um administrador hospitaleiro.

No âmbito do estabelecimento dos vínculos sociais, consta em Elton Mayo (2003, p. 55-76), a descrição da experiência de Hawthorne, na fábrica da Western Electric, em Nova Jérsey na qual ele desejava comprovar que havia uma correlação direta e positiva entre uma melhoria das condições físicas dos trabalhadores e a sua produtividade. O teste iniciou-se com dois grupos distintos em salas distintas; começou-se então a diminuir a iluminação em apenas uma das salas; no entanto, não houve diminuição significativa na produção da sala com menor iluminação. A partir deste resultado, tomou-se apenas um grupo com seis operárias e durante vários meses, com várias experiências controladas, foram sendo adicionados benefícios extras, como tempo maior de descanso, almoço mais longo, mais pausas durante a jornada de trabalho, aumento de salário em função do resultado final do grupo, e foram mantidas as condições físicas de iluminação, temperatura e umidade da sala durante cada mudança. A cada alteração, percebeu-se um aumento significativo dos resultados e na produtividade das operárias.

A partir da décima-segunda experiência, Mayo (2003) registra que o grupo retornou às condições que o grupo tinha na experiência três, logo no início, sem paradas extras, sem

refrescos, sem qualquer outra concessão que havia sido dada a partir da quarta experiência. O resultado mostrou um aumento na produtividade maior do que o obtido em qualquer outra das onze experiências anteriores. As conclusões Mayo foram as seguintes:

- Fatores importantes para a melhoria da produtividade e da atitude mental das operárias foram a maior liberdade que tiveram, menos supervisão e reprimendas vindas de chefes castradores.

- As próprias operárias concluiram que um ambiente mais agradável, livre e com condições mais felizes de trabalho foram determinantes para o aumento da produtividade, independentemente dos benefícios.

- A melhoria dos resultados e eficácia está relacionada à melhoria do moral do grupo, mais do que qualquer alteração efetuada durante todo o experimento.

- A capacidade social do trabalhador é que determina o seu nível de eficiência e não sua capacidade de executar movimentos eficientes dentro do tempo estabelecido; quanto maior a integração social do grupo, maior a disposição para trabalhar.

- As relações humanas são as ações e atitudes desenvolvidas a partir dos contatos entre pessoas e grupos, sobretudo quando há uma reciprocidade entre eles.

> Cada pessoa possui uma personalidade própria e diferenciada que influi no comportamento e atitudes das outras com quem mantém contato. A compreensão das relações humanas permite ao administrador melhores resultados de seus subordinados e a criação de uma atmosfera na qual cada pessoa é encorajada a exprimir-se de forma livre e sadia (MAYO, 2003, tradução nossa).

As pessoas que participam de redes sociais digitais voltadas para a saúde podem trocar informações, conhecimento e experiências com o outro que esteja em semelhante situação de saúde, ou melhor, passando pelas mesmas situações ou pelo mesmo estado de saúde, e isso traz uma certa reciprocidade entre eles. De acordo com um dos conceitos de Mayo (2003), a reciprocidade é chave para o estabelecimento das relações humanas.

Ainda seguindo os conceitos de Mayo (2003), porém agora correlacionando-os com os conceitos de Lashley e Morrison (2004) e Selwyn (1996), pode-se encontrar a hospitalidade em redes sociais digitais voltadas para a saúde quando, por exemplo, pacientes trocam informações sobre condições de saúde, com a real intenção de estabelecer um relacionamento, ainda que momentâneo. É possível, segundo estes mesmos conceitos, que a intenção aliada à qualidade desta troca de informações, podem gerar hospitalidade nas redes sociais.

Seria o estabelecimento de vínculo social um dos fatores-chave de sucesso para a manutenção da credibilidade e durabilidade destas redes? Para Berger e Luckamann (1976),

visto que os indivíduos interagem e participam da construção de seus grupos sociais, em consequência disso, também o fazem com relação à sua cultura.

A hospitalidade nos leva a uma análise mais profunda dos motivos que levam as pessoas a estabelecer vínculos sociais, sendo que os tempos e espaços planejados para o estabelecimento deste vínculo são um importante desafio, incluindo-se aí o espaço em redes sociais digitais. Camargo (2007) em seu artigo "Pesquisa em hospitalidade", afirma que os vínculos sociais são voluntários e não compulsórios e que a sua base consiste na troca genuína.

A rede social como uma possibilidade de perceber, em conjunto, os problemas comuns e de resolvê-los, articulando os atores sociais situados no espaço onde ocorre; neste caso a rede digital e tais atores envolvidos com sua solução, é a essência da troca?

Em sua pesquisa, Marteleto (2001) indica que as redes sociais dependem da troca das materias informacionais que por sua vez, estão ligadas ao conhecimento:

> O caminho analítico e interpretativo percorrido ao longo de toda a pesquisa nos levou a concluir que à formação das redes de movimentos sociais corresponde a criação de redes de conhecimentos que alimentam e dão sentido informacional às visões e estratégias de ação e de direção dos agentes. Os conhecimentos se constituem como matérias informacionais, que, pelas suas qualidades imateriais, articulam entre si o que foi notado (observado) ou experimentado pelos agentes nas suas práticas, dentro do ambiente da sociedade em que essas redes se movimentam. (MARTELETO, 2001).

O mundo visto pela ótica das redes aparece com uma variedade de cenários. Pensar na perspectiva de rede significa guardar as identidades de cada membro, fugindo das relações estereotipadas e fixas entre organizações e pessoas. A linguagem da rede é uma linguagem de relações que se estabelecem entre os diversos atores sociais que a constituem mediados por objetivos construídos coletivamente.

A rede é uma construção coletiva onde organizações, sociedade civil, lideranças, voluntários interagem para otimizar e ampliar seus resultados para o conjunto da população.

> A convergência não ocorre por meio de aparelhos, por mais sofisticados que venham a ser. A convergência ocorre dentro do cérebro dos consumidores individuais e em suas interações sociais com os outros. Cada um de nós contrói a própria mitologia pessoal, a partir de pedaços e fragmentos extraídos do fluxo midiático e transformados em recursos pelos quais compreedemos nossa vida cotidiana. Por haver mais informações sobre um assunto do que qualquer pessoa possa guardar na cabeça, há um incentivo extra para que conversemos entre nós sobre a mídia que consumimos. (JENKINS, 2009, p. 28).

Fica subentendido na observação de Jenkins (2009) que temos na convergência uma real necessidade da troca social, além do processo sinérgico da relação social. Ele acrescenta:

> Nenhum de nós pode saber tudo. Cada um de nós sabe alguma coisa; e podemos juntar as peças se associarmos nossos recursos e unirmos nossas habilidades. A inteligência coletiva pode ser vista como uma fonte alternativa de poder midiático. Estamos aprendendo a usar este poder em nossas interações diárias, dentro da cultura da convergência (JENKINS, 2009, p. 28).

No universo em rede, a certeza é menos importante que a criatividade e a predição menos que a compreensão. E para que haja relações é necessário que haja semelhanças e diferenças. Isso remete à ideia de autonomia, ao sistema aberto e complexo que só se viabiliza mediante ligação flexível com o contexto.

O mundo visto pela ótica das redes aparece com uma variedade de cenários. A linguagem da rede é uma linguagem de relações que se estabelecem entre os diversos atores sociais que a constituem mediados por objetivos construídos coletivamente. A rede forma uma identidade própria e não mantém a individualidade dos atores sociais.

A rede é uma construção coletiva onde organizações, sociedade civil, lideranças, voluntários interagem para otimizar e ampliar seus resultados para o conjunto da população. É uma estratégia que nos habilita a relacionar produções sociais e subjetividade (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

2.2 Redes sociais chegam à saúde

De acordo com os resultados da pesquisa elaborada pela *iCrossing* (2008), instituto norte-americano que estuda comportamento dos usuários de Internet nos Estados Unidos, mais de 60% dos americanos utilizaram a Internet para encontrar informações sobre saúde. Esta pesquisa mostrou também que desde janeiro de 2008, a Internet já era uma fonte de informações sobre saúde que ultrapassava o próprio médico como tal fonte (59% Internet contra 55% via médicos, conforme o gráfico abaixo).

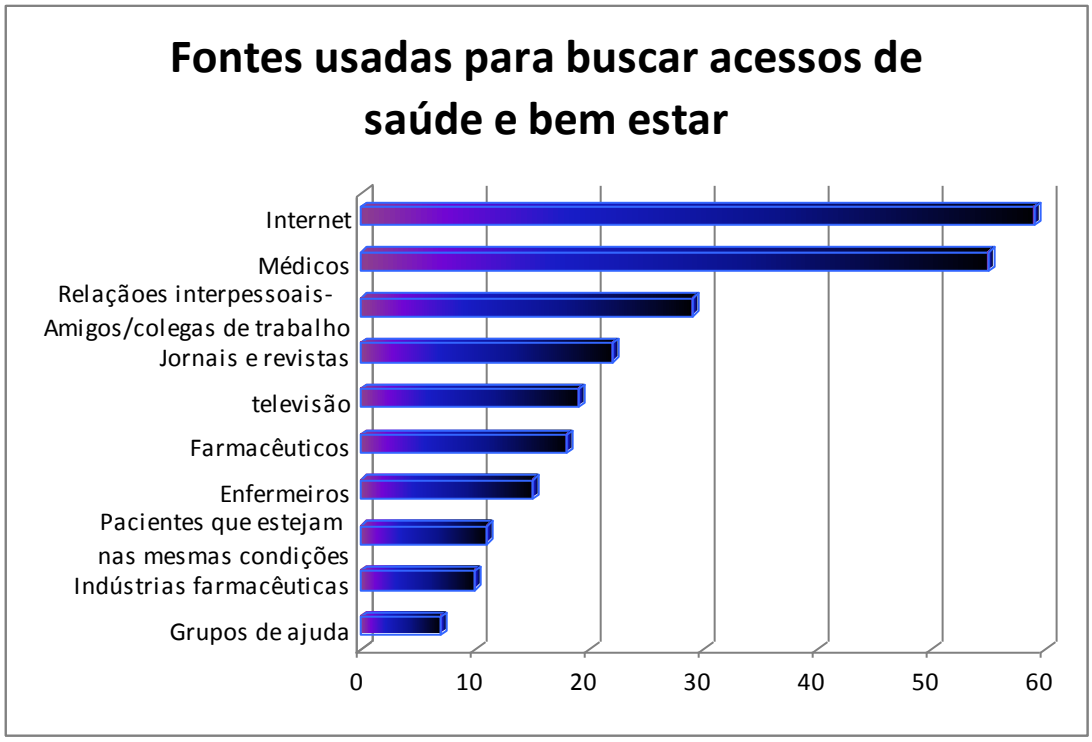
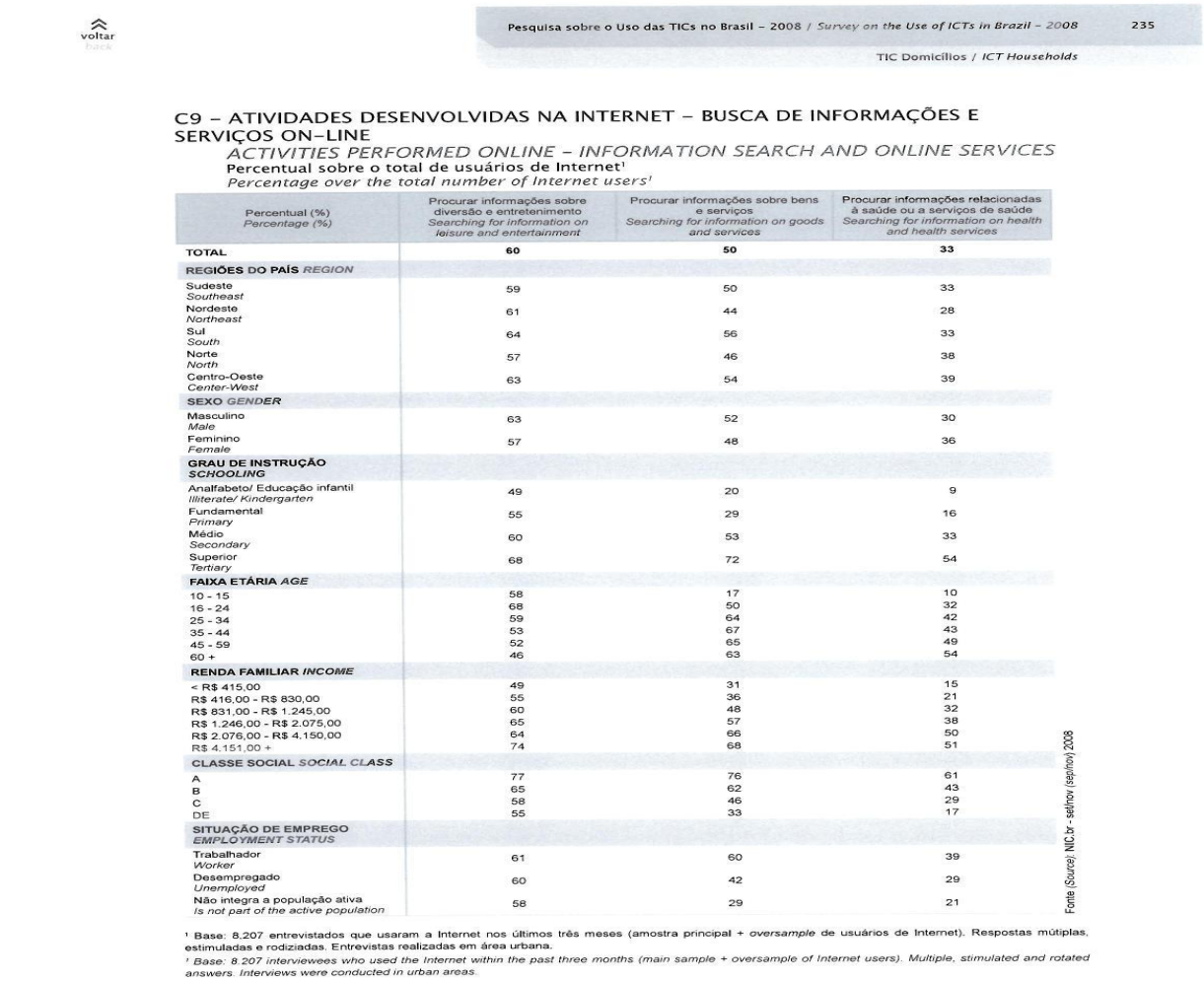


Gráfico 1 - Fontes usadas para buscar acessos de saúde e bem-estar, em 2007 pelos americanos. Fonte: *iCrossing* (<http://www.icrossing.com/ >) (jan. 2008, tradução nossa).

Por sua vez, o Comitê Gestor de Internet no Brasil produziu uma pesquisa em 2008 mostrando o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil e concluiu dados importantes como mostra a Tabela 1 (para ver as tabelas completas, consultar os Anexos A, B e C, no final de Dissertação):.

Tabela 1 – Pesquisa sobre uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil



voltar
back

Pesquisa sobre o Uso das TICs no Brasil – 2008 / *Survey on the Use of ICTs in Brazil – 2008* 235

TIC Domicílios / *ICT Households*

C9 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE

ACTIVITIES PERFORMED ONLINE – INFORMATION SEARCH AND ONLINE SERVICES

Percentual sobre o total de usuários de Internet[1]

Percentage over the total number of Internet users[1]

Percentual (%) *Percentage (%)*	Procurar informações sobre diversão e entretenimento *Searching for information on leisure and entertainment*	Procurar informações sobre bens e serviços *Searching for information on goods and services*	Procurar informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde *Searching for information on health and health services*
TOTAL	**60**	**50**	**33**
REGIÕES DO PAÍS *REGION*			
Sudeste *Southeast*	59	50	33
Nordeste *Northeast*	61	44	28
Sul *South*	64	56	33
Norte *North*	57	46	38
Centro-Oeste *Center-West*	63	54	39
SEXO *GENDER*			
Masculino *Male*	63	52	30
Feminino *Female*	57	48	36
GRAU DE INSTRUÇÃO *SCHOOLING*			
Analfabeto/ Educação infantil *Illiterate/ Kindergarten*	49	20	9
Fundamental *Primary*	55	29	16
Médio *Secondary*	60	53	33
Superior *Tertiary*	68	72	54
FAIXA ETÁRIA *AGE*			
10 - 15	58	17	10
16 - 24	68	50	32
25 - 34	59	64	42
35 - 44	53	67	43
45 - 59	52	65	49
60 +	46	63	54
RENDA FAMILIAR *INCOME*			
< R$ 415,00	49	31	15
R$ 416,00 - R$ 830,00	55	36	21
R$ 831,00 - R$ 1.245,00	60	48	32
R$ 1.246,00 - R$ 2.075,00	65	57	38
R$ 2.076,00 - R$ 4.150,00	64	66	50
R$ 4.151,00 +	74	68	51
CLASSE SOCIAL *SOCIAL CLASS*			
A	77	76	61
B	65	62	43
C	58	46	29
DE	55	33	17
SITUAÇÃO DE EMPREGO *EMPLOYMENT STATUS*			
Trabalhador *Worker*	61	60	39
Desempregado *Unemployed*	60	42	29
Não integra a população ativa *Is not part of the active population*	58	29	21

Fonte (Source): NIC.br - set/nov (sept/nov) 2008

[1] Base: 8.207 entrevistados que usaram a Internet nos últimos três meses (amostra principal + *oversample* de usuários de Internet). Respostas múltiplas, estimuladas e rodiziadas. Entrevistas realizadas em área urbana.

[1] Base: 8.207 interviewees who used the Internet within the past three months (main sample + oversample of Internet users). Multiple, stimulated and rotated answers. Interviews were conducted in urban areas.

Tabela 1 – *Pesquisa sobre uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil* – 2008
Comitê Gestor de Internet no Brasil.
Fonte: disponível em <http://www.CGI.BR > Acesso em 02/02/2010.

Da amostragem de 8.207 entrevistados, 90% utilizam a Internet como forma de comunicação, 15% participam de listas de discussão ou *chats*, 83% usam a Internet para busca de informações ou serviços *on-line*, e o que mais nos chama a atenção é que já temos 33% dos

usuários de Internet no Brasil que procuram informações relacionadas com a saúde ou a serviços de saúde.

Nota-se que há um equilíbrio entre as regiões do país quanto às buscas por informações na Internet, sendo que a região Centro-Oeste apresenta o maior número de buscas de informações relacionadas com a saúde, com 39%. No que se refere à busca por informações em saúde, há uma inversão de gênero, sendo que, neste caso, as mulheres apresentam maior número de buscas que os homens e nos casos de entretenimento e outros serviços, os homens são em maior número de buscas. A classe social "A" é a que apresenta maior número de buscas na Internet, como é de se esperar por consequência do maior poder aquisitivo e possuir computadores domésticos, acesso à Internet, entre outros.

Ainda no Brasil, o Portal Banco de Saúde, dedicado a oferecer informações de confiança em saúde, lançou recentemente a rede social digital em saúde que trata de qualidade de vida e bem-estar. O *site* deste Portal declara o seguinte:

> O Portal Banco de Saúde é a primeira e única rede social dedicada a saúde e qualidade de vida.Somos milhares de pessoas que realmente acreditam no poder da informação, do compartilhamento e da tecnologia para fazer uma vida melhor. A origem do nome Banco de Saúde foi inspirada na frase do sábio chinês Confúcio: "O que mais me surpreende neste mundo são os homens que perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde". Por isto somos um "*banco*" para agregar e multiplicar outros valores: pessoas, ideias, experiências, saúde e qualidade de vida.
> Acreditamos que a informação é o primeiro passo para uma vida melhor, e que o poder da informação multiplica-se com a interatividade e com o compartilhamento.
> Por isto, somos entusiastas da nova geração que transformou a Internet usando os blogs e redes sociais.
> Buscando espalhar uma vida melhor entre as pessoas dentro e fora da Internet, promovemos diversos movimentos que estimulam uma vida mais saudável. Um exemplo de sucesso foi o "Movimento espalhe uma vida melhor" que reuniu uma rede de dezenas de blogs dedicados à saúde, qualidade de vida e bem estar dos seus leitores.
> Revolucionando a maneira de usar a WEB 2.0, o Banco de Sáude é um novo conceito que reúne conteúdo de confiança, rede social, blogs e uma gama crescente de funcionalidades para que as as pessoas possam se informar, compartilhar experiências, apoiar umas às outras e espalhar uma vida melhor, transformando informação em atitude. (<http://www.bancodesaude.com.br/sobre-banco-saude> Acesso em 12/05/2010.).

A *iCrossing* (2008) menciona em seus estudos que as redes sociais baseadas na web facilitam a troca de informações sobre saúde, bem como troca de histórias pessoais que transcendem tanto os textos médicos quanto conversas com amigos e familiares oferecendo o

mesmo benefício de ambos. Os pacientes estão adotando estas redes sociais digitais sendo que um em cada três americanos utilizaram alguma rede social *on-line* especificamente para informações sobre saúde em 2007.

Em termos de ferramentas *on line* que são utilizadas para busca de informações sobre saúde, a *iCrossing* (2008) mostra que 34% são mídias sociais e 46% são portais de saúde. Das plataformas de mídias sociais digitais, o uso da *Wikipedia* é de 21%, de *fori on-line* 15%, redes sociais equivalem a 6%, vídeos compartilhados 5%, *blogs* 4% e salas de bate-papo ao vivo representam 4%.

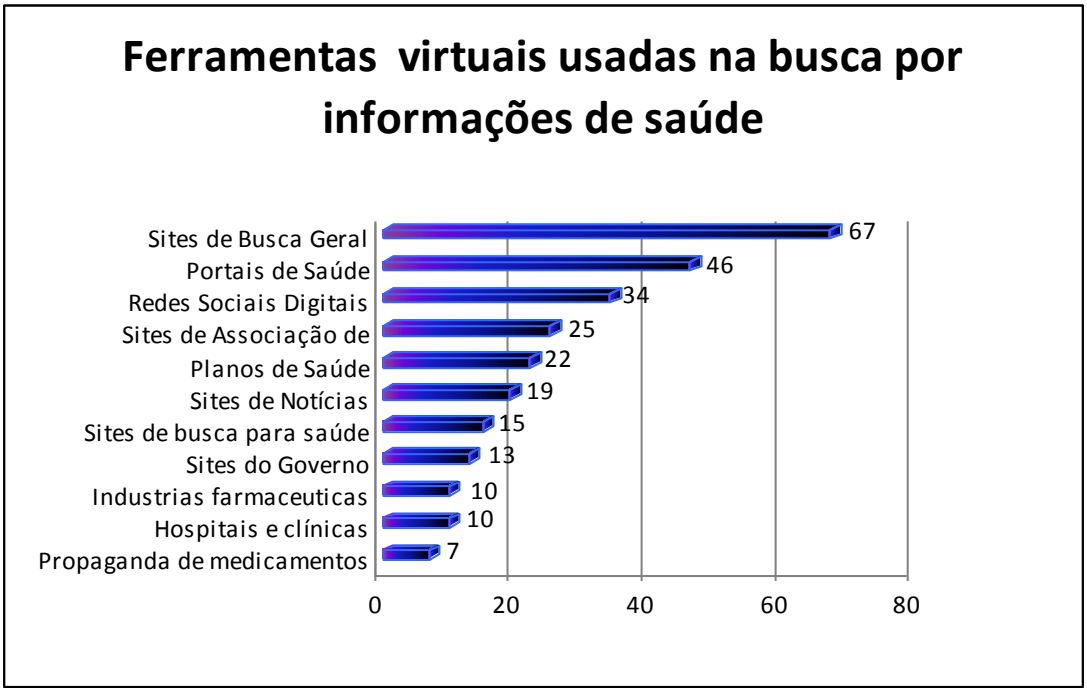


Gráfico 2 - Ferramentas virtuais usadas na busca por informações de saúde, de acordo com a *iCrossing*. Fonte: (<http://www.icrossing.com/ >) (jan. 2008. Acesso em 02/02/2010. Tradução nossa).

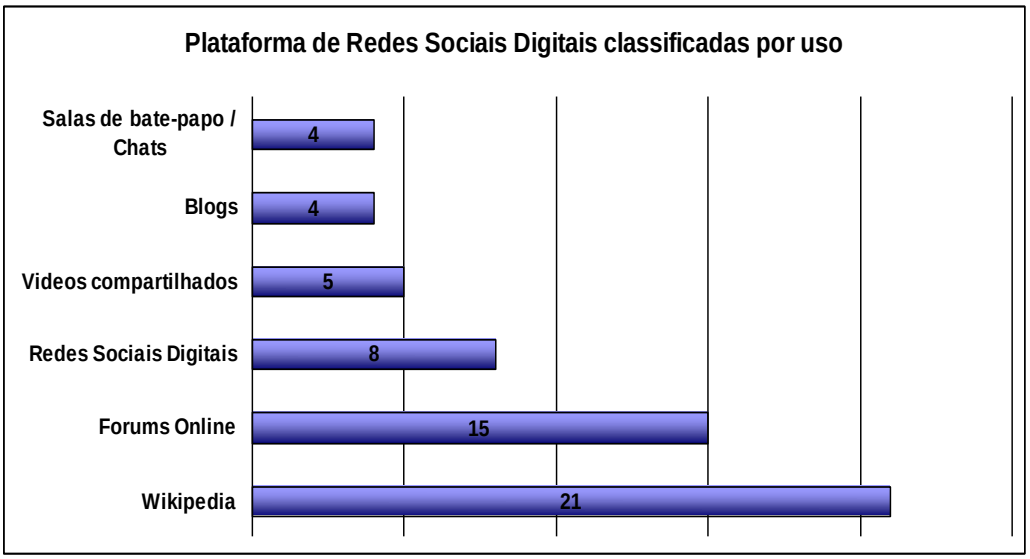


Gráfico 3 - Plataforma de redes sociais digitais classificadas por uso, de acordo com a *iCrossing.* Fonte: (<http://www.icrossing.com/ >) (jan. 2008. Acesso em 02/02/2010. Tradução nossa).

Mesmo antes da Internet ter se tornado altamente disponível no mundo, o Quadro 1 (adiante) mostra que em outubro de 2009, as dez principais redes de relacionamento receberam mais de 800 milhões de visitantes, sendo que somente no Brasil, o número de horas por usuário em redes ultrapassou a 4 horas por ano, já havia indícios de que a rede social teria influência positiva sobre a saúde porque um estudo em larga escala efetuado na Califórnia, por Bekerman e Syme (1979), mostrou que as pessoas com os mais baixos níveis de contato social tinham taxas de mortalidade de duas a quatro vezes maior do que aqueles com fortes contatos em redes sociais. Desde então, a pesquisa descobriu que redes sociais estáveis, melhoram o resultado nas condições de saúde das pessoas com insuficiência cardíaca (SAYERS et al., 2008, p. 70-9) e no caso de depressão pós-parto (HOPKINGS; CAMPBELL, 2008, p. 57-65).

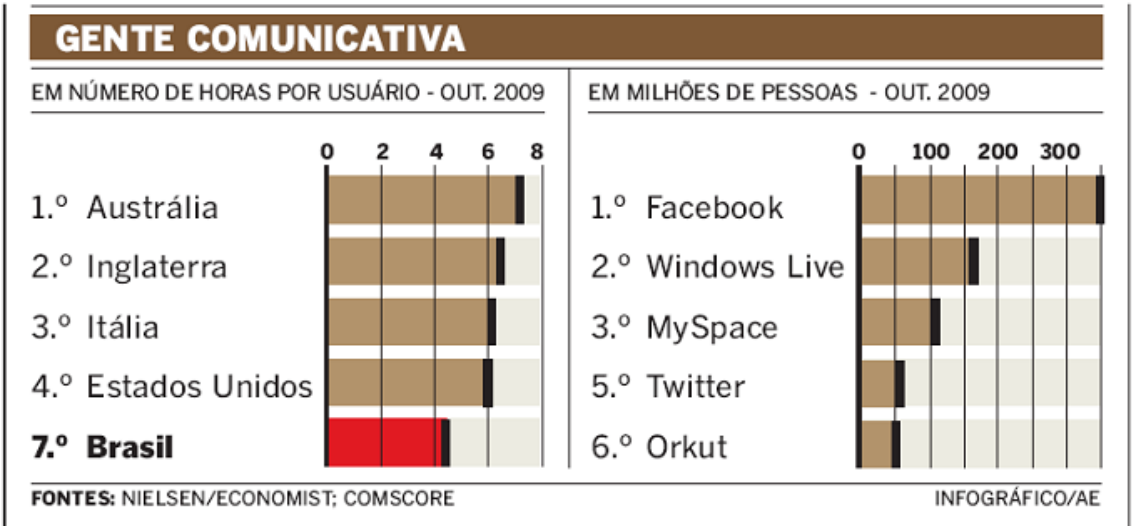
A facilitação das redes sociais pela Internet expandiu de maneira incontável as possibilidades além das restrições existentes no contato localizado pessoa a pessoa, sendo que os usuários estão ligados em redes baseadas em interesses comuns. Os *links* incluem *sites* gerais, como o *Facebook*, ou o *MySpace*, ou outros sites de redes sociais específicos; outros tipos de ferramentas *on-line* para redes sociais na saúde incluem, segundo a *Jupiter Research*, (2007):

- *Blogs* que permitem aos usuários gravar textos, gráficos e vídeos, além de compartilhá-los com os outros.
- *Fori on-line* que permitem as pessoas a postarem as suas opiniões sobre assuntos de interesse pessoal.
- *Podcasts* que ajudam as pessoas a criar e compartilhar arquivos de áudio.

- Serviços de redes sociais usam o software para construir redes para comunidades de pessoas que desejam compartilhar e explorar seus interêsses com outros. Estes seviços baseados na web podem envolver *chats*, mensagens de texto, email, vídeos, compartilhamento de arquivos e grupos de discussão.
- *Wikis* permitem a um grupo de pessoas gravar, editar e verificar o conhecimento sobre um tema em particular de maneira coletiva.

Juntas, estas tecnologias provêm a fundação para as redes sociais digitais em saúde, também conhecidas como "Saúde 2.0" (*Jupiter Research*, 2007).

O conceito de redes sociais digitais começou com salas de bate-papo (*chats*) e passou para os *blogs*, chegando às redes como o *MySpace*, *Facebook*, *LinkedIn* e o *Twitter*. Segundo artigo de Terry Mark (2009), o *Twitter* é uma das redes sociais digitais que mais cresce nas trocas de informações sobre saúde. O *Twitter* define-se em seu próprio *site* como uma "rede de informação em tempo real alimentada por pessoas de todo o mundo que lhe permite partilhar e descobrir o que está acontecendo agora" (*twitter*.com - 2010). O *Twitter* também é chamado de *microblogging*, sendo que o blog é a *web log*, ou diário *on-line*, onde as pessoas podem escrever seus pensamentos e permitem aos leitores interagir com o que elas publicam e a diferença é que no *Twitter* só há espaço de texto para 160 caracteres, ou menos e também pode ser lido em um sistema móvel, como o aparelho de telefone celular. Depois que as pessoas têm a conta aberta, podem enviar mensagens (chamada de *Tweet)* e podem seguir outras contas de *Twitter*, o quanto desejarem e já temos hoje mais de 50 milhões de visitantes no *Twitter* (Quadro 1).



QUADRO 1 – Gente Comunicativa. Países por número de horas por usuários de redes de relacionamento e principais redes de relacionamento por usuários, out. 2009. Fonte: Jornal *O Estado de São Paulo*, 02/02/2010, p. B14 – Caderno Negócios.

Avaliando-se o Quadro 1, o Brasil já ocupa a sétima posição mundial entre o número de horas por usuário ultrapassando as 4 horas/usuário/mês e o país com o maior número de usuários é a Austrália, com mais de 7 horas/usuário/mês, em coleta de dados feita em outubro/2009. As dez principais redes de relacionamento receberam no mês de outubro/2009 mais de 800 milhões de visitantes, sendo que o *Facebook* sozinho recebeu 43,7% destes visitantes e o *Twitter* 7%.

Atualmente, várias instituições e organizações de saúde, além de médicos estão utilizando o *Twitter* como compartilhamento de informações sobre saúde. Há um médico que publicou um artigo na Internet (LARA, 2010), no qual ele sugere três maneiras que um médico pode utilizar o *Twitter*: a primeira, para se comunicar com outros membros do próprio time ou grupo e com relação a isso, não há muita diferença entre os *e-mails* que normalmente são utilizados, ou mensagens de texto enviadas por telefone celular, porém, atinge mais pessoas ao mesmo tempo. A segunda maneira de utilização do *Twitter* por médicos, segundo Lara, é obter informações médicas, sendo que muitos médicos que estão no *Twitter* possuem muita experiência em alguma especialidade, tanto em tratamentos quanto na utilização de medicamentos específicos. A terceira maneira é a aquisição de dados sobre conferências, congressos, conteúdo, datas etc.

Alguns hospitais já utilizam o *Twitter* ainda para enviar notícias, direcionar os clientes para o *web site* para detalhamento de informações, ou *press release*, como é o caso do Hospital Anne Arundel Medical Center, em Annapolis, Maryland, Estados Unidos, onde o coordenador de mídia do hospital menciona que, quando lançou o Hospital no *Twitter* em abril de 2009, tinha 175 seguidores e agora cresce a uma taxa de 5 novos seguidores por dia. O Hospital, contudo, usa o *Twitter* de forma cautelosa, pois o fato do AAMC estar seguindo outras pessoas, ou médicos ou hospitais no *Twitter*, não significa que eles dão total endosso às suas opiniões, apenas se responsabilizam por aquilo que o próprio AAMC posta no *Twitter* (<www.Twitter.com/aamcnews>). Há dúvidas se os seguidores compartilham disso ou acreditam que se alguém ou alguma instituição segue outros no *Twitter* significa que estão de acordo com suas ideias. Outro aspecto refere-se à credibilidade do conteúdo postado, cuja responsabilidade é totalmente da organização de saúde ou médico que a utiliza.

Outro serviço de saúde lançado no *Twitter* em outubro de 2008 foi o TrialX, que auxilia os pacientes a encontrar testes clínicos e se conectar com os mesmos para se submeter a testes clínicos de forma voluntária. Este serviço cria uma combinação entre o perfil de saúde do paciente, resultados de análise de laboratório e medicações, assim como locais dos testes. Os investigadores de testes clínicos se inscrevem e pagam um valor mensal para postarem os

seus testes clínicos e os pacientes que desejam participar dos testes clínicos podem procurar no *web site* da TrialX o contato do investigador por *e-mail*.

Durante a última pandemia de gripe H1N1, o *Twitter* se transformou em uma fonte de grandes informações sobre a gripe, no entanto, embora nem todas fossem confiáveis, a mentalidade para a utilização da ferramenta por Centros de Controle de Doenças e Prevenção tornou-se uma realidade. Alguns Centros já utilizam o *Twitter* de forma segmentada, para que as informações sejam o mais apuradas, relevantes e confiáveis possível, como o caso do CDC dos Estados Unidos, que tem três endereços distintos, um para saúde em geral, outro para gripe e outro para emergências, a saber: <www.Twitter.com/CDC_eHealth>; <www.Twitter.com/CDCflu> ; <www.Twitter.com/CDCemergency>.

Já existem alguns *sites* de redes sociais digitais voltadas à saúde, como nos indica o *site Nursing Assistance, Medicine 3.0*, pelo menos 25 *sites* de rede social digital para a saúde, estão disponíveis, entre eles:

Healthranker

Figura 1 – Bandeira do *site* Healthranker. Fundado por Israel Lagares, o principal contribuinte para este *site* de notícias de saúde é o Dr. Kalvin Chinyere. Os usuários são incentivados a apresentar notícias de saúde e artigos de editoras de informação médica aos *bloggers* de cuidados com a saúde. < http://www.healthbubble.com/ > Acesso em 02/08/2010.

OrganizedWisdom

Figura 2 – Bandeira do *site* Organized Wisdom. Lançado em 2006, este *site* tornou-se uma pedra angular de rede social digital para obter informações de saúde. Fornece páginas de resultados de pesquisa chamado *WisdomCards* para os termos e frases de busca mais populares da saúde. (<http://organizedwisdom.com/Home> Acesso em 02/08/2010.)

PeoplesMD

Figura 3 – Bandeira do *site* PeoplesMD, o primeiro *site* social que fala sobre livros de saúde. O usuário marca os melhores livros, artigos, *blogs* e *web sites* lidos e estas marcas voltam para os outros usuários como coleções para o seu uso e os auxilia na busca de informações de saúde. < http://peoplesmd.com/landing > Acesso em 02/08/2010.

Trusera

Figura 4 - Bandeira do *site* Trusera, onde é possível postar perguntas para quem já teve ou tem uma determinada doença ou experiência com o tratamento da mesma; estes enviam respostas para permitir encontrar mais dados, ou mesmo nome de médicos, remédios ou hospitais que tratam da doença em questão. <http://blog.trusera.com/ > Acesso em 02/08/2010.

Os seguintes *sites* podem fornecer suporte, para que o usuário encontre dados, locais, equipamentos, entre outros, para a prática de condicionamento físico, busca de personnal trainers mais próximos do local de residência ou de trabalho, rotinas de treinamento de corridas, dicas nutricionais, entre outros.

2.2.1 Ferramentas de condicionamento físico

GIMME20

Figura 5 – Bandeira do *site* GIMME20. Neste *site* é possível adicionar as receitas favoritas, encontrar um treinador local, compartilhar vídeos. (< http://gimme20.com > Acesso em 04/01/2009.)

GymClik

Figura 6 - Bandeira do *site* Gymclik. É uma ferramenta de aptidão em linha que oferece aos usuários da comunidade, rotinas de treino e a capacidade de acompanhar os treinos e rotinas partes treino com outras pessoas da comunidade.

Gyminee

Figura 7 – Bandeira do site Gyminee, que permite monitorar um treino detalhado, de forma a acompanhar a dieta, propicia conhecer outras pessoas com objetivos semelhantes, prestação de contas *on-line* e dá motivação através de amigos, grupos e comunidades. (< http://dailyburn.com/ > Acesso em 16/07/2009.)

introPLAY

Figura 8 – Bandeira do *site* Introplay, que propõe juntar-se como jogador e encontrar outros atletas que treinam em conjunto, como parte da comunidade introPLAY. < https://players.introplay.com/ > Acesso em 02/08/2010.

iStats

Figura 9 – Bandeira do *site* iStats. Depois de concluir um treino, como uma corrida, ginástica, jogo de futebol ou de formação basta digitar os detalhes do treino (repetições, peso, altura etc.), o *site* sugere selecionar e criar o próprio exercício. (< http://istats.com.au/ > Acesso em 02/08/2010.)

Traineo

Figura 10 - Bandeira do *site* Taineo, sugere escolher entre os grupos que tenham os mesmos obstáculos e desafios que o internauta. (<http://www.traineo.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

2.2.2 Interações com outros pacientes

Os seguintes *sites* oferecem aos usuários interação social em tempo real. É possível receber cuidados em casa, encontrar um grupo de colegas de apoio. Estes *sites*

são sociais, proporcionando "locais de encontro" para pacientes, profissionais médicos e visionários:

American Well

Figura 11 - Bandeira do *site American Well.* Este *site* oferece um ambiente interativo, onde os pacientes encontram médicos que tratam à distância. (<http://www.americanwell.com/index.html > Acesso em 02/08/2010.)

Daily Strength

Figura 12 - Bandeira do *site* Daily Strength. Aqui encontram-se pacientes e cuidadores para lidar com centenas de questões ligadas à saúde, incluindo-se asma, doença celíaca e depressão, entre outras e pode participar de uma comunidade de apoio, que pode dar conselhos e recomendar médicos, *links* de notícias e *sites* com informações sobre estas doenças. (<http://www.dailystrength.org/ > Acesso em 02/08/2010.)

Group Loop

Figura 13 - Bandeira do *site* Group Loop, grupo para adolescentes com câncer e seus pais no que tange ao apoio, educação e esperança para se lidar com um diagnóstico de câncer. Os adolescentes podem conversar com outros adolescentes, os pais com os pais de outros adolescentes. (<http://grouploop.org/default_flash.php > Acesso em 02/08/2010.)

Health 2.0

Figura 14 - Bandeira do *site* Health 2.0. Esta *wiki* foi criada para servir "a comunidade de visionários, empreendedores, decisores políticos e profissionais que estão trabalhando fundamentalmente para redefinir o setor de saúde nos moldes da Web 2.0". (<http://health20.org/wiki/Main_Page > Acesso em 02/08/2010.)

Mamaherb

Figura 15 - Bandeira do *site* Mamaherb, aqui pessoas de todo o mundo podem compartilhar os seus conhecimentos sobre ervas e outras substâncias naturais que eles já experimentaram. (<http://www.mamaherb.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

MDJunction

Figura 16 - Bandeira do *site* MDJunction, que oferece suporte a grupos de apoio *on-line*, um espaço onde os pacientes se reúnem para discutir, fazer perguntas e compartilhar sua situação com outras pessoas. (<http://www.mdjunction.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

Patients Like Me

Figura 17 - Bandeira do *site Patientslikeme,* foi um dos primeiros *sites* que possibilitaram pacientes ou cuidadores de saúde a compartilharem suas experiências, dúvidas, sentimentos, com outros pacientes que têm a mesma doença. Os dados e informações recebidos podem servir de base para uma tomada de decisão, quanto para o aprofundamento destas informações, para posterior compartilhamento. (<http://www.mdjunction.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

Real Mental Health

Figura 18 - Bandeira do *site* Real Mental Health, o primeiro *site* de redes sociais que incidiu sobre o tratamento da saúde mental e bem-estar. Pode-se obter conhecimento sobre os sintomas e tratamentos, em temas como vícios, TDAH, Alzheimer, entre outros. (<http://www.healthyplace.com/about-healthyplace/about-us/rmh-page-not-found/menu-id-92/ > Acesso em 02/08/2010.)

RightHealth

Figura 19 - Bandeira do *site* Right Health, que contém notícias médicas e vídeos mais recentes sobre tópicos de saúde. (<http://www.righthealth.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

Twit2Fit

Figura 20 - Bandeira do *site* Twit2Fit, específico para usuários do *Twitter* encontrarem informações sobre saúde e condicionamento físico. < http://twit2fit.ning.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

Vitals

Figura 21 - Bandeira do *site* Vitals, cujo objetivo é avaliar e fazer um *ranking* de médicos pelos próprios pacientes. O usuário pode obter informações sobre seu médico, pode procurar um novo médico e pode ver os ratings dos médicos listados. < http://www.vitals.com/ > Acesso em 02/08/2010.)

No Brasil temos alguns *sites* de redes sociais digitais que já são utilizados por milhares de consumidores, pacientes, médicos e cuidadores, como o da Sociedade Brasileira de Diabetes (<www.diabetes.org.br>), o da Sociedade Brasileira de Pediatria (<www.sbp.com.br>), o da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (<www.endocrino.org.br>), o do Instituto Estadual de Hematologia (<www.hemorio.rj.gov.br>), o do Instituto Nacional do Câncer (<www.inca.gov.br>), entre outros.

A primeira geração da Internet, conhecida por *web* 1.0, foi descrita por Lee e Hendler (2001) como uma "*web* apenas para leitura, ou *read-only web*", que " permitiu às pessoas procurarem informações, encontrá-las, porém, não podiam ir além da leitura das mesmas e o provedor das informações era o responsável pelo controle do conteúdo." A *web* 2.0, contudo, permitiu aos usuários uma interatividade maior permitindo-lhes o desenvolvimento de uma habilidade para a criação de conteúdo de informações, podendo gerar além de textos, mas áudios, vídeos, gráficos *on-line* em redes sociais como *Facebook*, *Linkedin*, *Fickr*, entre outras.

Quanto mais os usuários estão nas redes sociais digitais, base de sustentação da "Saúde 2.0", mais valor eles criam. Este é o fenômeno dos efeitos positivos da rede social que Surowieki (2006) descreve:

> Sob as circunstâncias corretas, os grupos são extraordinariamente inteligentes, e muitas vezes são mais inteligentes do que as pessoas mais inteligentes neles. Se você reunir um grupo suficientemente grande de pessoas suficientemente diferentes e pedir a elas para tomar decisões sobre questões de interesse geral, as decisões daquele grupo serão, ao longo do tempo, intelectualmente superiores às do indivíduo isolado, não importa quão esperto ou bem informado este seja (SUROWIEKI, 2006, p.12).

Surowieki (2006) descobriu, por meio de observações, que os resultados obtidos pela massa têm mais profundidade e conhecimento agregados. Sua constatação foi realizada com base numa observação bastante pertinente ocorrida em 1906, quando o cientista Francis Galton descobriu algo surpreendente num cenário nem um pouco científico: a exposição de gado de engorda e aves domésticas do oeste da Inglaterra. Sua experiência nessa exposição lhe ensinou uma lição sobre multidões: uma das atrações na feira de gado foi um concurso para adivinhar o peso de um touro vivo — ou melhor, o que um touro vivo pesaria depois de ter sido abatido e cortado. Concorrentes compraram bilhetes nos quais colocaram suas suposições.

> Galton sem dúvida imaginou que a avaliação média do grupo estaria longe do alvo. Afinal, misture algumas poucas pessoas inteligentes com algumas pessoas medíocres e muitas pessoas idiotas e muito provavelmente você acabará com uma resposta idiota. Mas Galton estava errado. A multidão tinha apostado que o boi, após ter sido abatido e esfolado, pesaria 542,9 quilos. Após ter sido abatido e esfolado, o boi pesou 543,4 quilos. Em outras palavras, a avaliação da multidão foi essencialmente perfeita. Talvez a reprodução não significasse tanto assim, afinal. Galton escreveu mais tarde: "o resultado parece conferir mais crédito à confiabilidade do julgamento democrático do que seria de se esperar... Ainda assim, apesar de todas as limitações, quando nossas avaliações imperfeitas são reunidas de forma adequada, nossa inteligência coletiva frequentemente é excelente. (SUROWIEKI, 2006, p. 11-12.)

Multidões parecem se sobressair em três tipos de decisões, conforme aponta Surowieki (2006, p. 16):

1- **Problemas cognitivos**. São problemas que têm ou terão soluções definitivas. Por exemplo: quem ganhará o Super Bowl deste ano? Quantas impressoras de jato de tinta nós iremos vender nos próximos três meses? São problemas cognitivos. Da mesma forma como "qual é a probabilidade de que esta substância seja aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration – EUA)? Perguntas para as quais pode não haver apenas uma resposta certa, mas para as quais certamente algumas respostas são melhores que as outras, como "qual seria o melhor lugar para se construir a nova piscina pública?", também são problemas cognitivos.

2- **Problemas de coordenação**. Estes problemas de coordenação exigem que os membros de um grupo (mercado, passsageiros do metrô, universitários em busca de uma festa) descubram como coordenar o seu comportamento com os outros, sabendo que todo mundo está tentando fazer o mesmo. Como compradores e vendedores se encontram e

negociam um preço justo? Como as empresas organizam as suas operações? Como é possível dirigir com segurança no trânsito pesado? Todos esses são problemas de coordenação.

> A maneira mais simples de se obter respostas confiáveis e boas é apenas perguntar ao grupo a cada vez.
> Pessoas... podem se coordenar para atingir fins complexos, mutuamente benéficos mesmo se não estiverem realmente com certeza, inicialmente, do que esses fins são ou o que é necessário para atingi-los.
> Às vezes a abordagem mais confusa é a mais sábia.
> A coisa impressionante sobre o agrupamento do comportamento é que este acontece mesmo entre pessoas que parecem ter todo o incentivo para pensar de forma independente, como administradores de fundos profissionais (SUROWIEKI, 2006, p. 17).

3- **Problemas de cooperação**. Pessoas que nem sequer conhecem uns aos outros podem trabalhar juntos para o bem comum. Por exemplo, mesmo sendo difícil para os fiscais da receita federal rastrear todas as sonegações de impostos, um número suficiente de pessoas paga seus impostos honestamente o suficiente para manter os governos. Neste sentido podemos pensar nas redes sociais digitiais focadas no relacionamento e cooperação de comunidades que tratam de aspectos de saúde.

Surowieki ainda menciona:

> A coisa interessante, enfim, não é que cooperamos com aqueles que conhecemos e fazemos negócios com regularidade. O interessante é que cooperamos com estranhos.
> O problema fundamental com uma cascata de informação é que depois de um certo ponto, torna-se racional para as pessoas parar de prestar atenção em seus próprios conhecimentos – a sua informação privada – e ao invés disso começar a olhar as ações dos outros e imitá-los.
> Quanto mais importante for a decisão, menor a probabilidade de que uma cascata acontecerá.
> Saber, e saber que você sabe, aparentemente são duas habilidades muito diferentes (SUROWIEKI, 2006, p. 83).

As respostas do grupo não são infalíveis. São três os fatores que tornam os grupos mais eficazes para lidar com problemas e, na ausência destes fatores, os grupos ficam menos eficazes:

1. Diversidade. Paradoxalmente, uma multidão precisa de diferenças de opinião para chegar a uma opinião consensual genuinamente sólida.

> Em última estância, a diversidade tem uma contribuição não apenas por acrescentar diferentes perspectivas ao grupo, mas também por tornar mais

> fácil para os indivíduos dizerem o que realmente pensam (SUROWIEKI, 2006, p. 66).

Na questão da diversidade, Surowiecki (2006) questiona: como as abelhas encontram comida? Elas não se sentam e iniciam uma discussão coletiva sobre para onde as abelhas forrageiras devem ir. Em vez disso, as abelhas individualmente vão explorar a região. Os exploradores retornam, e aqueles que encontraram néctar fazem uma espécie de dança – quanto mais intensa a dança, mais qualidade do néctar no local. Outras abelhas seguem cada explorador. Seus números — curiosamente — se igualam quase exatamente com a quantidade de néctar em cada local. Uma chave para esta abordagem é um sistema que encoraja, e sustenta, especulações mesmo quando elas têm muito poucas possibilidades de sucesso, ou seja, sustenta a diversidade entre os membros de um mesmo grupo. A diversidade de abelhas afeta a tomada de decisão, porque, conforme os exploradores retornam de diferentes áreas, a colméia considera um conjunto variado de possibilidades. A diversidade é tão valiosa que a investigação da ciência política, descobriu que um grupo aleatório de não-peritos é mais eficaz na resolução de problemas sofisticados do que um grupo de especialistas. Aparentemente, o conhecimento dos especialistas é tão semelhante que o valor da diversidade está perdido.

> Curiosamente então, uma organização composta exclusivamente de pessoas extremamente inteligentes pode ser menos eficaz em um mercado do que uma organização abrangendo uma variedade de pessoas (SUROWIEKI, 2006, p. 53).

Isso não significa que as pessoas desinformadas são mais espertas do que os especialistas, mas sim que um grupo de pessoas com diferentes tipos de conhecimentos e perspectivas diferentes pode ser mais sábio coletivamente do que os melhores e mais brilhantes.

> Na verdade, uma das falhas mais consequentes dos melhores e mais brilhantes foi invasão da Baía dos Porcos durante a administração de John F. Kennedy. O governo e seus planejadores militares afastaram vozes contrárias e pagaram um preço alto pela homogeneidade (SUROWIEKI, 2006, p. 115).

A diversidade traz pontos de vista variados ao grupo, e torna mais fácil para as pessoas expressarem suas diferenças. Diversidade quase sempre garante a independência.

2. Independência. Membros da multidão devem pensar como indivíduos separados, e não simplesmente seguir uns aos outros. A sabedoria da multidão depende de cada membro pensar e avaliar de forma independente.

> Se a maioria das decisões de adotar novas tecnologias ou normas sociais é determinada por cascatas, não há motivos para pensar que as decisões que tomamos são, na média, boas. Decisões coletivas tendem a ser melhores quando tomadas por pessoas de opiniões diferentes chegando a conclusões independentes, baseadas, fundamentalmente, em suas informações pessoais (SUROWIEKI, 2006, p. 86)

Independência ampara a sabedoria das multidões de duas maneiras: impede a correlação de más decisões de conduzir todo o grupo na direção errada e garante uma série de perspectivas, da antiga e familiar à nova e não convencional. Independência é valiosa em grupos, mas difícil de se conseguir. Os seres humanos são animais sociais e tendem a influenciar uns aos outros. Quando a influência do grupo se torna muito acentuada, as pessoas se envolvem em comportamento de manada. O agrupamento do comportamento igual é o fenômeno que cria bolhas no mercado de ações e outras manias. O agrupamento do comportamento igual muitas vezes resulta de uma “cascata de informações", que acontece quando as pessoas acreditam que os exemplos de outras pessoas transmitem informações importantes — sobre o valor de uma ação, a qualidade de um restaurante ou coisa parecida.

> Na realidade, em Nova York, as pessoas frequentemente preferem restaurantes com longas filas, aparentemente acreditando que, se a comida fosse ruim, as pessoas não ficariam na fila esperando para comer (SUROWIEKI, 2006, p. 93).

3. Descentralização. Direção central trabalha contra a sabedoria das multidões, porque impede a diversidade e independência.

> A grande força da descentralização é que por um lado ela encoraja a independência e a especialização, ao mesmo tempo que por outro permite às pessoas coordenar suas atividades e resolver problemas difíceis (SUROWIEKI, 2006, p. 103)

Como exemplo para a descentralização, Surowieki (2006) mostra que o sistema de inteligência dos Estados Unidos é altamente descentralizado. Várias agências se reúnem e analisam informações. No entanto, essas agências falharam coletivamente ao montar as peças de informação que teria permitido prever e possivelmente prevenir os ataques de 11 de

setembro. Talvez a centralização pudesse resolver esses problemas. Por outro lado, as multidões são mais corretas quando são descentralizadas, embora não sejam sempre precisas ou corretas.

Ainda de acordo com Surowieki (2006), descentralização ajuda a garantir a independência e a diversidade que multidões precisam para ser sábias. O problema com a descentralização é que, às vezes, a informação que está disponível em uma parte da multidão não chega à outra parte. O que é necessário, portanto, não é a centralização, mas sim uma descentralização mais eficaz. Por exemplo, as várias agências de inteligência poderiam manter a sua independência, mas juntar suas bases de dados para que a informação possa fluir mais livremente.

Os mercados de decisão poderiam permitir que especialistas em diversas agências apostassem em eventos futuros em *hotspots* pelo mundo. Na verdade, quando uma Política de Análise de Mercado (*Policy Analysis Market* ou *PAM*) foi proposta em 2003, essa foi derrotada após uma tempestade de críticas no Congresso. Essa política teria permitido que as pessoas colocassem suas as apostas até mesmo sobre a probabilidade de ataques terroristas e tentativas de assassinato. Tal política poderia ter contribuído substancialmente para a melhor tomada de decisão pelos elaboradores de políticas (SUROWIEKI, 2006, p. 115).

Na questão das redes sociais em saúde, vemos que a sabedoria das massas mostra que não há a necessidade dos grupos serem liderados pelas pessoas mais inteligentes para que seja um grupo inteligente. Quando pacientes que possuem a mesma condição de saúde e compartilham observações uns com os outros, sua sabedoria coletiva pode produzir *insights* clínicos muito além da compreensão por um único paciente ou um único médico. Similarmente, quando médicos compartilham informações *on-line* entre eles, os resultados podem ir bem além do consultório médico, ou até mesmo das salas onde eles se reúnem diariamente para as discussões de caso e troca de experiências.

Os pontos mencionados por Surowiecki (2006), como diversidade, independência e descentralização, são o que encontramos nos *sites* das redes sociais digitais e que pode produzir resultados além dos obtidos individualmente, ou em pequenos grupos.

No *website PatientsLikeMe*, por exemplo, as pessoas de vários países trocam informações pessoais sobre dosagens de remédios, efeitos colaterais e históricos médicos sobre esclerose múltipla, assim como outras condições. A sabedoria coletiva deste *website* pode rivalizar com qualquer corpo clínico de um hospital, universidade médica ou até mesmo de um laboratório farmacêutico que produza princípio ativo para determinada doença. A

sabedoria das massas não resiste às opiniões de especialistas, apenas à dependeência da opinião de um único *expert*.

> Confiar nas massas preferencialmente a um indivíduo, melhora as suas oportunidades de encontrar as informações que você não sabia que existiam e estavam disponíveis (SUROWIEKI, 2006, p. 91).

Isso é especialmente relevante para pessoas com doenças raras e recém-diagnosticadas, já que frequentemente se encontram relativamente sozinhas em suas comunidades geográficas, sem acesso a pacientes com a mesma doença, ou ainda com poucos médicos especialistas que tratam do problema.

O fenômeno da sabedoria das multidões começa a mudar a relação entre os consumidores com seus tradicionais pontos de contato dentro da saúde: médicos, planos de saúde e farmacêuticos. Pela troca de ideias, discussão de sintomas e debates sobre opções de tratamento, juntos atingem um conhecimento que pode, em última estância, melhorar o tratamento dos pacientes.

Os pacientes valorizam e confiam nas informações que eles obtém por intermédio das redes sociais. De acordo com o *Edelman Trust Barometer* (2008), as pessoas tendem a confiar em "uma pessoa como eu" mais do que em uma autoridade do governo, dos negócios ou da mídia. Além disso, os usuários de rede de sociais digitais (pessoas que são mais propensas a compartilhar suas opiniões sobre empresas com amigos, colegas e com a comunidade em geral), são mais prováveis de participarem de redes sociais de saúde. Por outro lado, o conteúdo de gerado pelos consumidores não são suficientes para suportar decisões, conforme estudo de O´Reilley (2005), da empresa Trusera, uma rede social de saúde que só admite usuários que buscam informações sobre saúde a convite. Ela afirma que "as pessoas procuram centenas de informações até chegarem ao que lhes interessa, mas são forçados a trabalhar duas questões antes de decidirem, uma delas é: esta pessoa é como eu? E a segunda questão é: esta pessoa é confiável? O processo de construir confiança é trabalhoso".

Críticos da rede social em saúde alertam para o perigo do conteúdo fornecido pelos usuários da rede poder levar a efeitos adversos ou até mesmo à morte. Contudo, Surowieki (2006) menciona que as comunidades que são muito ativas e têm vários membros, tendem a ser autocorretivas, sendo que as informações incorretas não perduram por muito tempo e são corrigidas pelos próprios membros.

Um dado obtido com a pesquisa feita pela *Manhattan Research* mostra que, entre todos os usuários de redes com foco em saúde, cerca de 20 milhões são influentes, a quem os

demais usuários pedem conselho ou seguem suas ideias. Estes líderes de opinião de pacientes começam a emergir em redes focadas em doenças como câncer, diabetes, HIV, saúde mental e várias outras doenças crônicas.

Qual a razão pela qual os consumidores utilizam as redes sociais digitais? A Tabela 2 (na sequência) mostra algumas razões em ordem decrescente. Embora o apoio emocional seja importante, é menos do que encontrar o que os outros dizem a respeito da medicação ou tratamento, pesquisar o conhecimento e experiência dos outros e aprender como gerenciar a condição da doença.

TABELA 2 - RAZÕES DE USO DE REDES SOCIAIS DIGITAIS DE SAÚDE.

RAZÕES	%
Para ver o que outros pacientes dizem a respeito do remédio ou do tratamento	36
Para pesquisar o conhecimento e experiência de outros pacientes	31
Para aprender habilidades ou obter treinamento que me ajude a lidar com minha condição da doença	27
Para obter apoio emocional	17
Para construir uma consciência em torno da doença ou da sua causa	15
Para compartilhar meu conhecimento e experiência sobre remédio ou tratamento da minha doença	14
Para compartilhar o meu conhecimento e experiência sobre uma questão de saúde	14
Para encontrar recomendações de pacientes e opiniões sobre hospitais e outras opções de tratamento	13
Para encontrar recomendações de pacientes e opiniões sobre hospitais e outros centros de tratamento	13
Para encontrar recomendações de pacientes e opiniões sobre médicos	10
Para sentir que eu pertenço a um grupo ou comunidade	8
Nenhuma acima	22

Tabela 2 - Razões de uso de redes sociais digitais de saúde. Razões dadas pelo usuários para acessar a Internet para se conectarem com os outros.
Fonte: *JupiterResearch.* On-line health: assessing the risks and opportunity of social and one-to-one media, 2007. (Tradução nossa.)

Um ponto que pode impedir que novos pacientes compartilhem informações nas redes sociais digitais reside na preocupação com a própria privacidade, tendo em vista que os dados de saúde são pessoais e vários pacientes estão preocupados em compartilhar informações tão pessoais *on-line*, principalmente aqueles que não estão acostumados a fazer compras *on-line*, ou utilizar cartão de crédito para pagamento de compras *on-line*, ou para aqueles que se iniciam no mundo da Internet.

Em seu artigo, Hoch (2005) menciona que a confiança entre os pacientes e os *sites* de redes sociais digitais está crescendo com transparência e abertura, e as pessoas que buscam informações sobre saúde estão propensas a expor a sua privacidade em troca de serviços que lhe agregam valor e eles precisam ser capazes de controlar o seu nível de interação com o *site*,

que é, segundo Hoch, "o princípio geral operacional de uma mídia com conteúdo gerado pelo usuário" (HOCH, 2005).

Em artigo publicado no *Microsoft Research*, White e Horovitz (2008) trazem uma questão sobre o autodiagnóstico com base nos dados das redes sociais digitais em saúde apontando para uma tendência do usuário concluir quase sempre o pior sobre a doença que tem e, segundo ainda segundo os autores, uma a cada cinquenta buscas está relacionada à saúde e cerca de um terço destes usuários acaba pesquisando doenças graves, embora a possibilidade de sofrerem destas doenças seja mínima.

Este fenômeno, ao qual White e Horovitz (2008) chamaram de *"cybercondria"*, é uma atitude que descreve o paciente que usa redes sociais digitais e que costuma tirar as piores conclusões depois de ler informações médicas na Internet.

White e Horovitz (2008) escrevem também que se o paciente buscar as informações em *sites* e portais de indiscutível credibilidade, como os de órgãos de governo, sociedades médicas e centros de pesquisa, isso pode diminuir acentuadamente as conclusões precipitadas errôneas sobre o resultado do autodiagnóstico obtido por estes pacientes usuários das redes sociais digitais de saúde.

Sobre a questão do autodiagnóstico, há ainda um *site* norte-americano, o <www.wrongdiagnosis.com>, que exemplifica várias doenças e seus possíveis sintomas, sendo que uma simples dor de cabeça pode ter 2.231 causas possíveis e apenas um médico está capacitado a diagnosticar a causa real do problema do paciente. Portanto, ainda que o paciente seja um usuário frequente das redes sociais digitais de saúde, ele deve buscar um médico de sua confiança para ajudá-lo com seu diagnóstico e tratamento.

Com isto podemos notar que as redes sociais chegaram à saúde para exercer um papel além de técnico-informativo, mas também um papel social de troca, de relacionamentos, sejam a curto, médio ou longo prazos.

2.3 Tendências para as redes sociais e a saúde

A evolução da mídia social na saúde será direcionada pelo crescimento da demanda por transparência e abertura. Assim, como os custos de cuidados com saúde chegará a 20% do PIB americano, em 2016, o financiamento dos cuidados com saúde será insustentável se o

modelo atual americano se mantiver como nos mostra o *National Health Expenditure Projection* de 2009 a 2019.

Na medida em que os consumidores e pacientes assumem de forma crescente a responsabilidade por decisões clínicas e financeiras na saúde, as redes sociais digitais serão uma das muitas plataformas que darão suporte a este processo decisório. Muitos consumidores e pacientes já estão à frente das organizações que os servem, como planos de saúde, médicos, hospitais, clínicas, entre outros, na utilização destas redes. Como estas organizações podem aproximar-se dos seus clientes de forma mais efetiva?

Uma das formas passa pelos *rankings* de organizações de saúde, como os "melhores hospitais" e "melhores médicos" das revistas, que já são comuns há muitos anos. Há vários informativos nos Estados Unidos que publicam listagens dos melhores centros de saúde, pesquisando hospitais, centros de referência por especialidade médica; há relatórios de consumidores oferecendo comparações entre marcas de medicamentos e os seus respectivos genéricos disponíveis no mercado.

A segunda geração de *rankings* para consumidores de saúde está sendo aplicado agora com algumas empresas que oferecem várias análises, revisões, comparações feitas por consuidores e pacientes, dados práticos sobre a qualidade de médicos. Destacam-se entre elas a *Vitals* (<www.vitals.com>), a *HealthGrades* (<www.healthgrades.com>), a *America´s Top Doctors, a Zagat* (<www.zagat.com>) famosa em serviços de *ranking* de hospitalidade. É possível obter acreditação, reconhecida internacionalmente, em termos de estruturas hospitalares e, dentro disto, dos procedimentos realizados na estrutura em questão. Ou seja, é possível avaliar o serviço que um departamento médico oferece, considerando-se todos os processos envolvidos desde a entrada do paciente ao hospital até sua saída após recuperação total. A acreditação mais respeitada internacionalmente é a fornecida pela *Joint Commission International*, uma organização sem fins lucrativos que tem por missão, conforme seu *site* de Internet, (disponível em < http://www.jointcommissioninternational.org/ >) "a melhoria da segurança no atendimento do paciente pela oferta de serviços de acreditação e certificação, bem como de serviços de consultoria e educação auxiliando as organizações na implementação das melhores práticas e de soluções sustentáveis".

As redes sociais digitais permitirão aos seus usuários uma nova visão sobre o que há por trás das publicações de *rankings* de saúde. Como mencionado, transparência e abertura devem ser os princípios operacionais destes projetos.

> Os médicos podem obter novas plataformas de redes sociais digitais que os colocam par a par com seus pacientes ou consumidores, ao invés de questionarem os pacientes que chegam aos consultórios municiados de informações obtidas nos vários *sites* de redes sociais digitais como o próprio Google (HAIG, 2007).

As redes sociais na área da saúde proliferam tão rapidamente que há a necessidade de criar serviços que unam as diversas comunidades, a fim de que os seus membros não tenham de se conectar em todas elas, mas, sim, que elas se conectem entre si, de acordo com o interesse do usuário, como já acontece com um programa conhecido como *"Open Social"* que está sendo desenvolvido por um conjunto amplo de membros da comunidade da *web*. Médicos podem se unir a uma clínica de escopo nacional e lançar uma rede social digital para ajudar consumidores e pacientes a utilizarem ferramentas *on-line* que permitam uma continuidade de seus casos, superior à que é utilizada esporadicamente em seus consultórios.

Tecnologia também irá atender a convergência das redes sociais digitais com a saúde e vários equipamentos como o telefone celular serão utilizados nas redes sociais, sendo que somente nos Estados Unidos, cerca de oito em dez adultos possuem aparelho de telefone celular (RAINIE, 2006).

Com o crescente número de pessoas que encontram soluções práticas para suas doenças crônicas, surge a figura do "líder de opinião entre pacientes", semelhante ao "líder de opinião" utilizado pela indústria farmacêutica por causa de seu profundo conhecimento, alta prescrição e reconhecimento entre a própria classe médica, o líder de opinião entre pacientes se tornará uma influência-chave sobre outros consumidores e pacientes, o que trará bons resultados para as organizações que prestam serviços para eles.

Na medida em que a Internet evolui para a *web* 2.0, é natural que a tecnologia visualize a próxima onda que é a *Web* 3.0, conhecida como a "*web* semântica", conforme comenta em seu artigo, Tim O´Reilley, *What is web 2.0*, que é uma extensão da World Wide Web, na qual a semântica (significado) da informação e serviços disponíveis *on-line* é definida, permitindo à *web* compreender e satisfazer aos requisitos das pessoas e máquinas para usar aquele conteúdo. Mas enquanto os computadores não estão adaptados a esta nova realidade, a atual jornada que se encontra a "Saúde 2.0", as pessoas que escolhem usar a rede social digital para gerenciar a saúde e receber apoio e suporte, encontrarão um número crescente de ferramentas e arranjos de modalidades cada vez mais móveis.

Nos próximos anos veremos incontáveis projetos de redes sociais digitais focados em doenças específicas e áreas de subespecialidades médicas, construídas por e para pacientes, cuidadores e provedores de saúde. Mais produtos e programas serão dedicados a dados de

saúde pessoal por intermédio de aplicações mais comerciais como o *Microsoft Health Vault*, *Google Health* e outros.

2.3.1 Turismo de saúde

Uma tendência das redes sociais digitais em saúde já vem ocorrendo nos últimos anos e deve crescer cada vez mais, é a utilização destas redes em turismo de saúde.

Godoi (2008) afirma que o turismo de saúde envolve uma ampla gama de serviços externos e internos ao ambiente hospitalar. A amplitude do alcance dos serviços usufruídos pelos pacientes e acompanhantes em busca de tratamento médico ultrapassa os limites físicos de um hospital. Isso envolve diretamente a utilização das redes sociais digitais para a busca de dados, avaliações e comentários de outros clientes sobre os serviços que serão utilizados em outros países.

A Associação de Turismo Médico (*Medical Tourism Association – MTA/USA*) é uma associação internacional, sem fins lucrativos, com o objetivo de fornecer aos pacientes de turismo de saúde, informações e provedores internacionais de serviços de saúde. Essa entidade realizou uma pesquisa junto aos pacientes de turismo de saúde que residem nos Estados Unidos, com o objetivo de entender as razões pelas quais eles decidem viajar para o exterior e os resultados foram:

- 73,2% dos pacientes de turismo de saúde buscam informações sobre os países onde farão os procedimentos médicos, hospitais e médicos na Internet;
- 80% dos pacientes de turismo de saúde viajam acompanhados e 95% dos pacientes dizem que seus acompanhantes fazem turismo durante os procedimentos médicos do paciente, como passeios, restaurantes (fora do hospital ou hotel), visita a museus, teatros, entre outros.
- Dos pesquisados, 85% afirmam que o nível de serviço recebido foi superior ao recebido no seu país de origem (EUA), 92% se sentiram entre muito seguros e seguros nos países de destino e 70% não tiveram qualquer problema de barreira com a língua. Quando perguntados se recomendariam a um amigo a viagem de

> turismo de saúde, 92% respondem que sim e 87% responderam que voltariam a fazer turismo de saúde em outro país que não os EUA.

A pesquisa mostra a importância da acreditação internacional dos hospitais, sendo que 80,5% dos pacientes afirmaram que isso foi decisivo em sua escolha para a viagem de turismo de saúde.

O turismo de saúde na América Latina vem se desenvolvendo de maneira estruturada e indica as opções possíveis em cada um dos principais países, comparando-se preços, agências de turismo de saúde locais, hospitais credenciados, pontos turísticos, hotéis conveniados etc. Geralmente estas informações são encontradas nos *sites* de hospitais, em redes sociais de saúde, *site* especializado em turismo de saúde (*Discover Medical Tourism)*, o que mostra o grau de importância destas redes como instrumento para a viabilização do turismo de saúde cada vez mais intenso em todos os países.

Há um *site* de rede social digital, entre vários, que é uma lista para quem quer procurar tratamentos em vários países do mundo (<www.revahealth.com>), escolhendo-se a especialidade desejada. O *site* busca os profissionais que se cadastraram por país e há comentários dos pacientes que já utilizaram os serviços cadastrados, motivo pelo qual pode ser considerado uma rede social digital.

Sganzerlla (2006) enfatiza que a "qualidade relacional em saúde é a maneira pela qual o cliente percebe o resultado pela qualidade técnica (credibilidade, segurança, habilidade técnica) e o processo como qualidade funcional (conforto, higiene, presteza, cuidado e outros)". Estes tópicos são fundamentais para os serviços em saúde, bem como para a manutenção das redes sociais digitais que prestam serviços na área da saúde. Além da qualidade funcional que os usuários procuram, como tipo de doença, tipos de tratamentos, especialidades clínicas, avaliações de serviços de hospitais e clínicas, a qualidade técnica do conteúdo destes *sites* de redes sociais digitais devem apresentar segurança e credibilidade nas informações compartilhadas, caso contrário, os próprios usuários quebrarão o vínculo social e o relacionamento dentro desta rede.

Com isso, a tendência de utilização crescente das redes sociais digitais na busca, levantamento de informações, opiniões de clientes e pacientes por parte dos turistas de saúde, trará oportunidades maiores para a criação de novas redes sociais, focadas na saúde, chamadas de "Saúde 2.0" e que complementarão um serviço de utilidade social.

Os usuários das redes sociais digitais serão os próprios decisores pela manutenção ou não do vínculo social, em ressonância com o que recebem em termos de credibilidade de

informações com o que retroalimentam em termos de experiências reais vivenciadas, sem receio de exposição, mas com objetivo de manter a troca e com isso, o vínculo social que se caracteriza nestas redes sociais digitais.

3 A SAÚDE POR INTERMÉDIO DAS REDES SOCIAIS

3.1 A pesquisa

3.1.1 Metodologia

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa empírica exploratória quantitativa foi por intermédio de questionário estruturado, com questões relacionadas ao uso e comportamento dos usuários de redes sociais com foco em saúde.

> Pesquisa quantitativa são adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos estruturados (questionários). Devem ser representativas de um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são mais concretos e, consequentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico da informação (IBOPE, 2010).

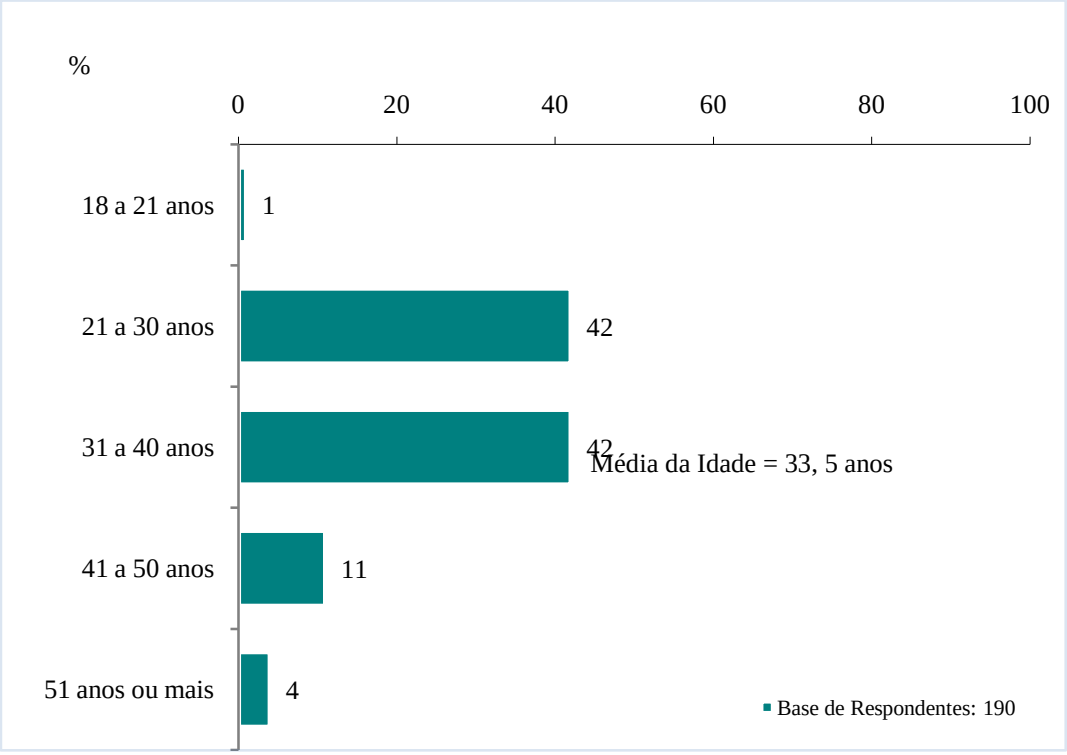
O questionário foi desenvolvido em ambiente *on-line*, utilizando-se os serviços do *website* Survey Monkey (<www.surveymonkey.com>), empresa que presta serviços de incluir o questionário desenvolvido em abiente *web*, coletar os dados da pesquisa, desde que a pessoa tenha recebido um *link* para que responda a pesquisa e, por último, realizar, através de *softwares* estatísticos, a tabulação dos dados coletados.

Após a elaboração do questionário *on-line*, o *link* da pesquisa foi enviado por *e-mail* a uma amostragem de cerca de 220 alunos matriculados em pós-graduação e MBA (Master in Business Administration) de instituições de ensino superior localizadas na cidade de São Paulo, dentre elas, a Fundação Getúlio Vargas e a Fundação Instituto de Administração. População: 1.800 alunos matriculados no MBA da FGV e MBA e pós-graduação de inteligência de mercado FIA (jan. 2008 a abr. 2010. Fonte: Secretarias MBA FGV-SP e Secretaria Lab Fin - FIA- SP, abr./2010).

O questionário *on-line* ficou disponível para que os estudantes respondessem entre os dias 31/05/2010 e 07/06/2010, através do *link*: <http://www.surveymonkey.com/s/98ZQYLN>.

3.1.2 Perfil dos respondentes

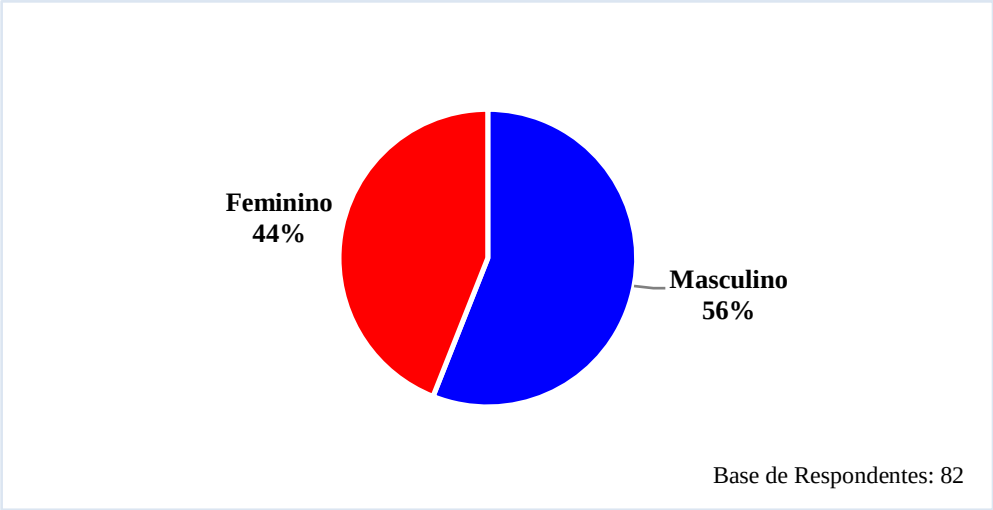
Questão 21: Qual a sua idade?



Fonte: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm

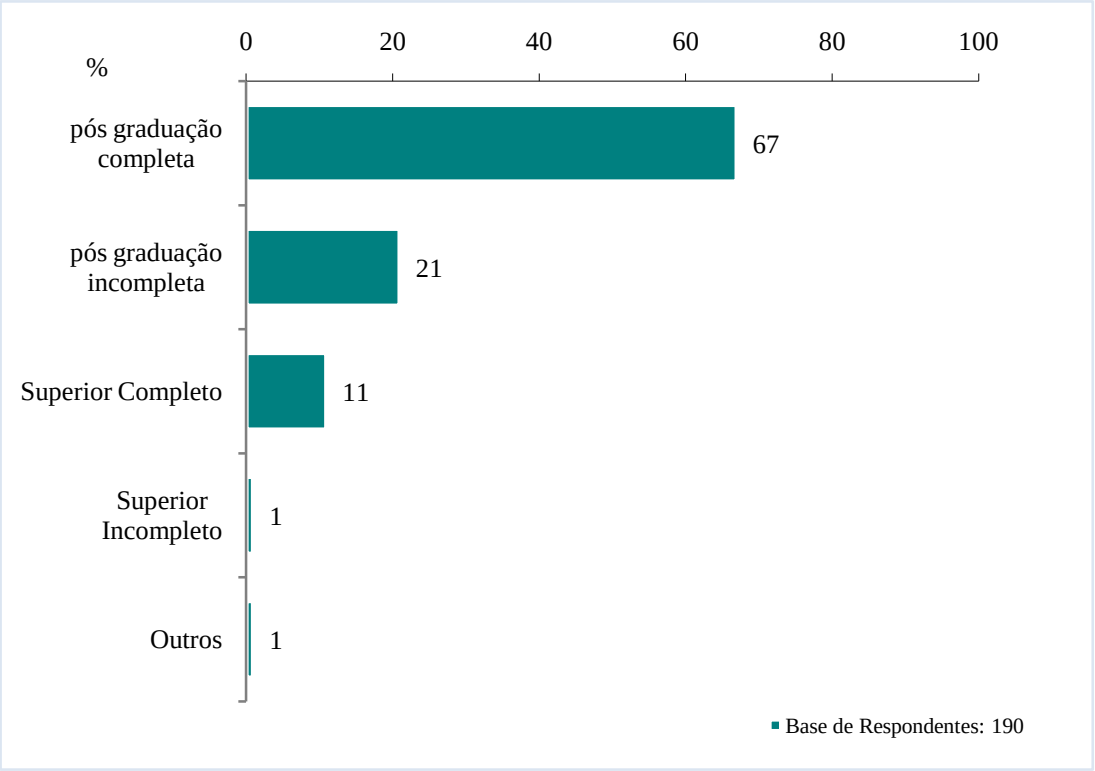
Como a amostra foi dirigida a estudantes de pós-graduação e MBA, a média de idade ficou acima da população brasileira (21-40 anos = 39%, conforme PNAD 2000).

Questão 22: Qual seu sexo?



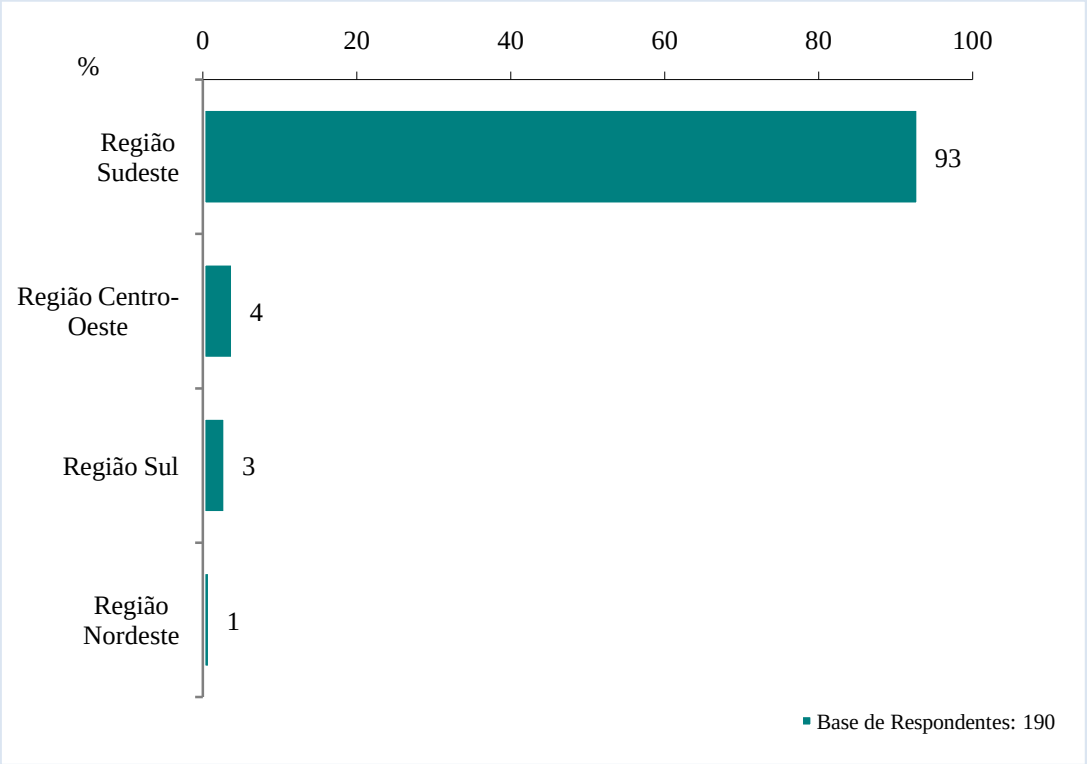
A distribuição do gênero nesta pesquisa está um pouco favorável ao sexo masculino. O PNAD (censo de 2000) indica que a população brasileira é de 49% masculino e 51% feminino.

Questão 23: Qual seu nível de escolaridade?



Trata-se de uma amostra dirigida a alunos de MBA e pós-graduação, sendo que mais da metade (67%) já haviam concluído os cursos quando receberam o *link* para a pesquisa. Apenas uma das turmas que recebeu o *link* ainda estava cursando a pós-graduação (21%).

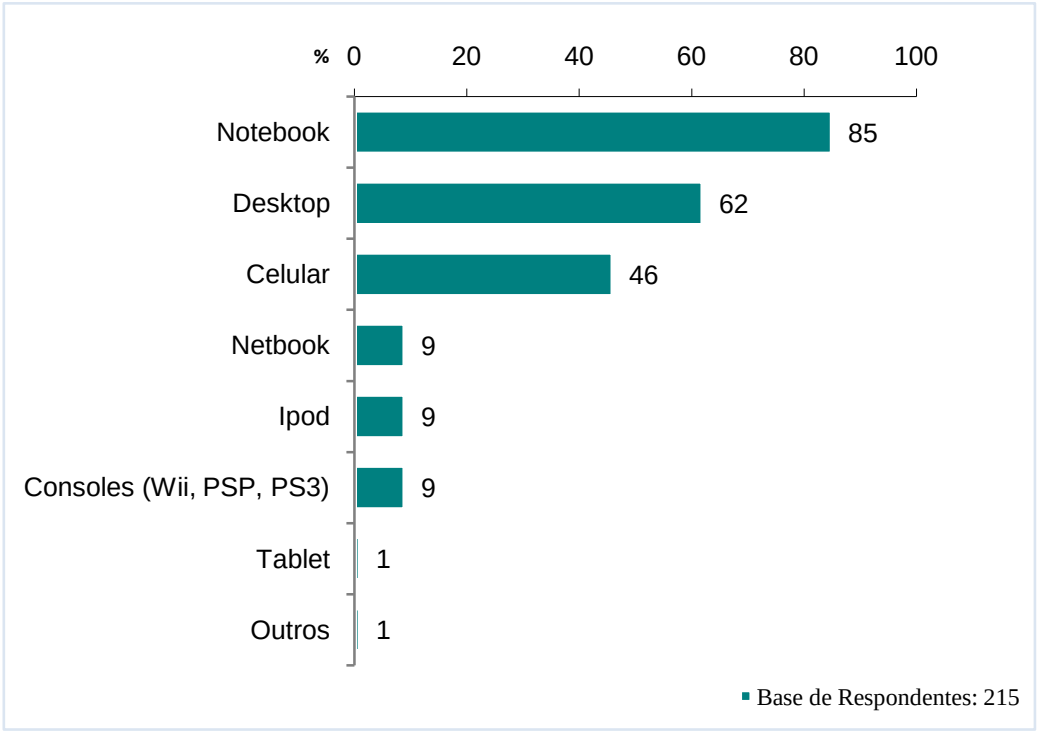
Questão 24: Em qual região do país você vive?



Trata-se de uma amostra dirigida para alunos de MBA e pós-graduação em duas instituições de ensino na cidade de São Paulo, a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e a Fundação Instituto de Administração (FIA).

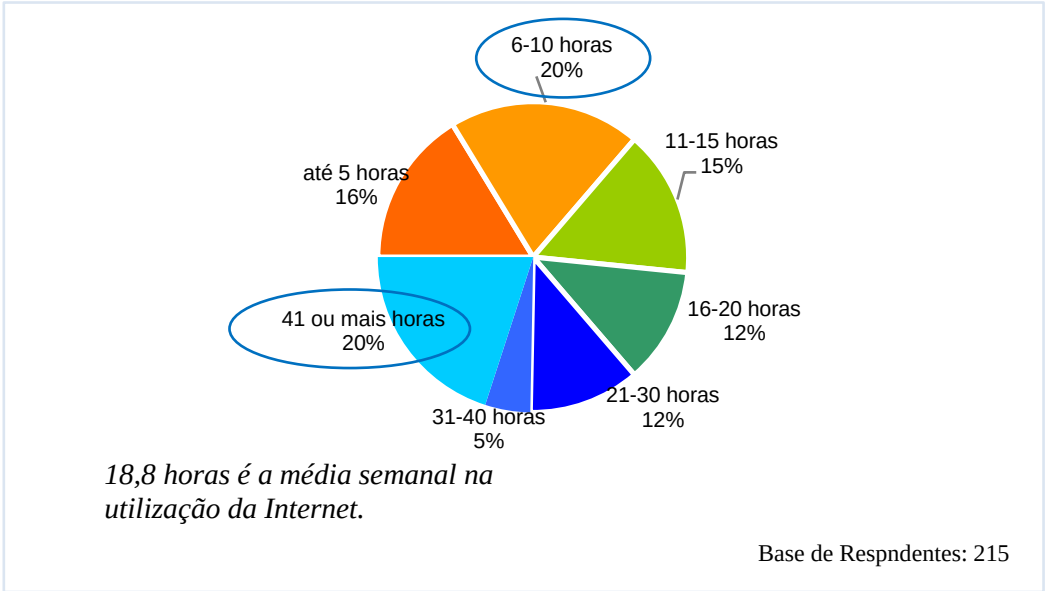
3.1.3 Utilização de Internet e redes sociais

Questão 2: De quais equipamentos/acessórios você acessa a Internet?



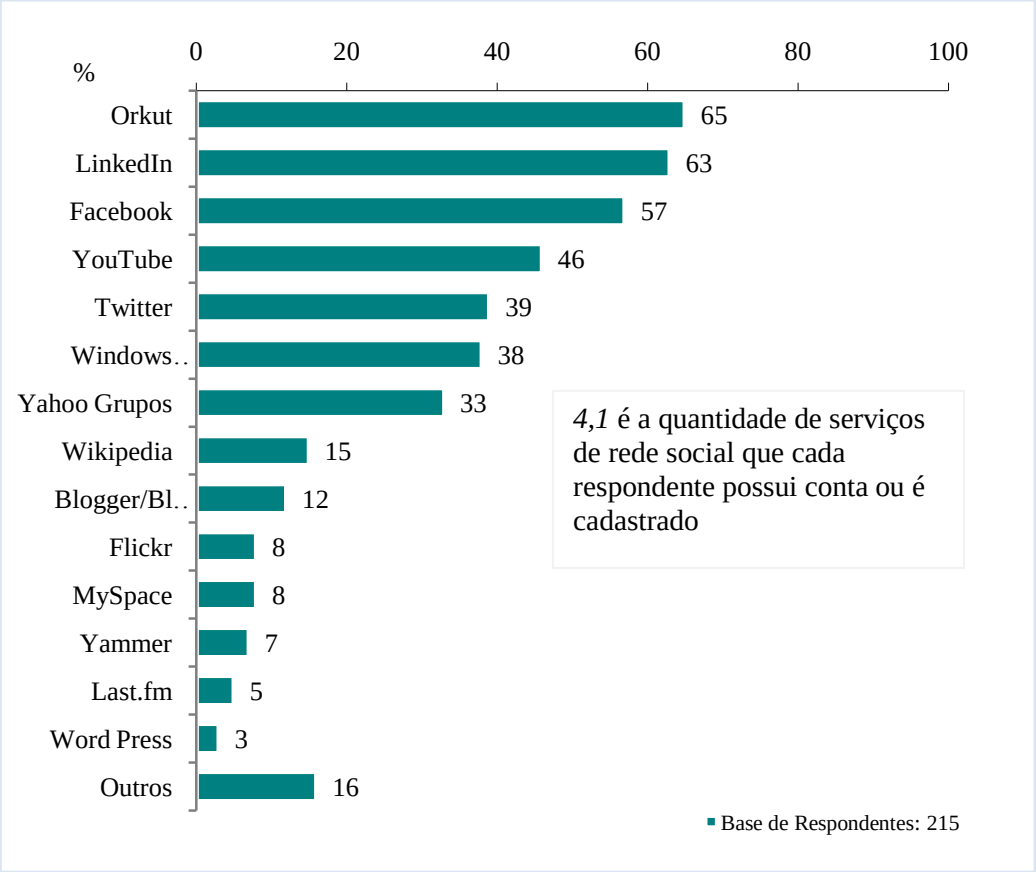
O acesso à Internet é feito basicamente por notebook (85%) e deskotp (62%). Quase a metade dos entrevistados acessa a Internet via celular (46%).

Questão 1: Quantas horas por semana você utiliza a Internet?



Os entrevistados acessam a Internet em média 18,8 horas semanais. Os maiores percentuais estão entre 6-10 (20%) e mais de 41horas semanais (20%).

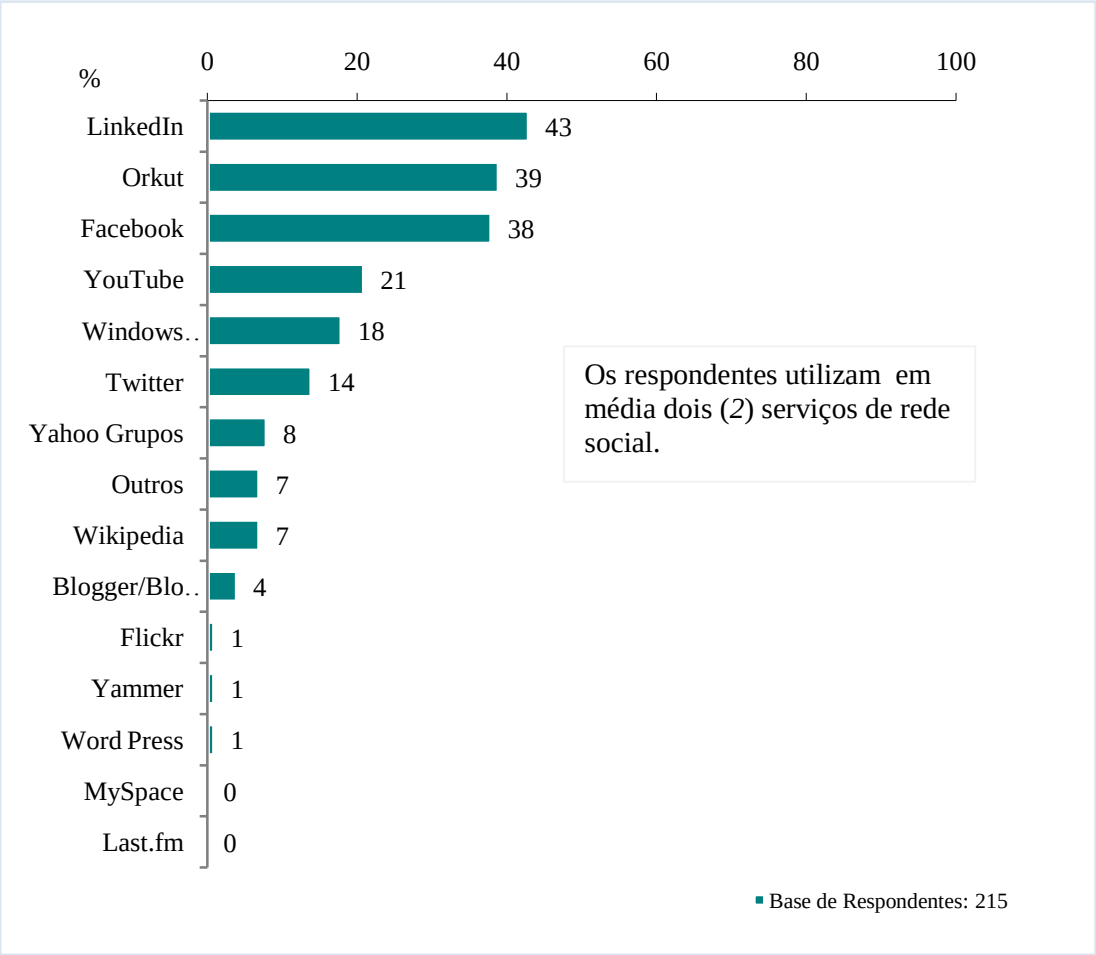
Questão 3: Quais serviços *on-line* de rede social que você possui conta ou é cadastrado?



Em média cada entrevistado tem 4 serviços de rede social na qual possui conta ou é cadastrado. As redes sociais mais acessadas pelos respondentes são: *Orkut*, *LinkedIn* e *Facebook*. Num segundo grupo estão *Youtube*, *Twitter*, *Windows Live* e *Yahoo*.

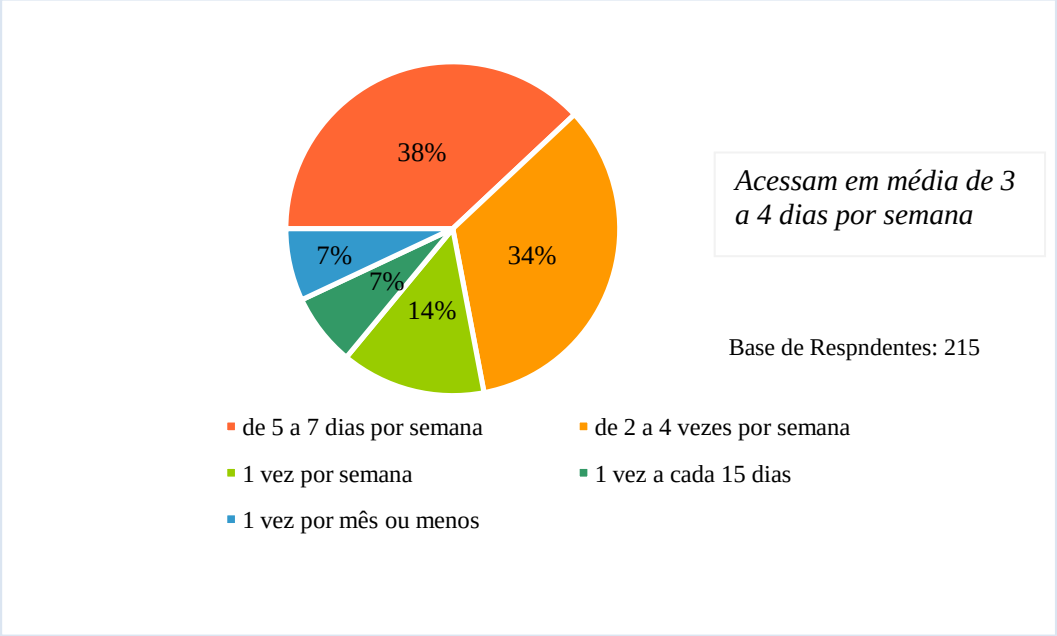
Redes sociais digitais podem ser consideradas como práticas e tecnologias que permitem aos usuários a compartilhar conteúdos, opiniões, experiências e perspectivas. Para que isso ocorra, a existência de abertura, transparência, confiança mútua, relacionamento de duas vias, conectividade e comunidade são aspectos de fundamental importância. Não estão considerados neste relacionamento em redes os aspectos promocionais que eventualmente podem ser utilizados com outros fins como: *websites* de marcas de produtos, propaganda digital on-line e ferramentas de *CRM* (*customer relationship management*) que podem ser adotadas por empresas em geral e também na área da saúde, como uma forma de promover seus produtos ou serviços.

Questão 4: Destes serviços em que você possui cadastro, qual deles você mais utiliza?



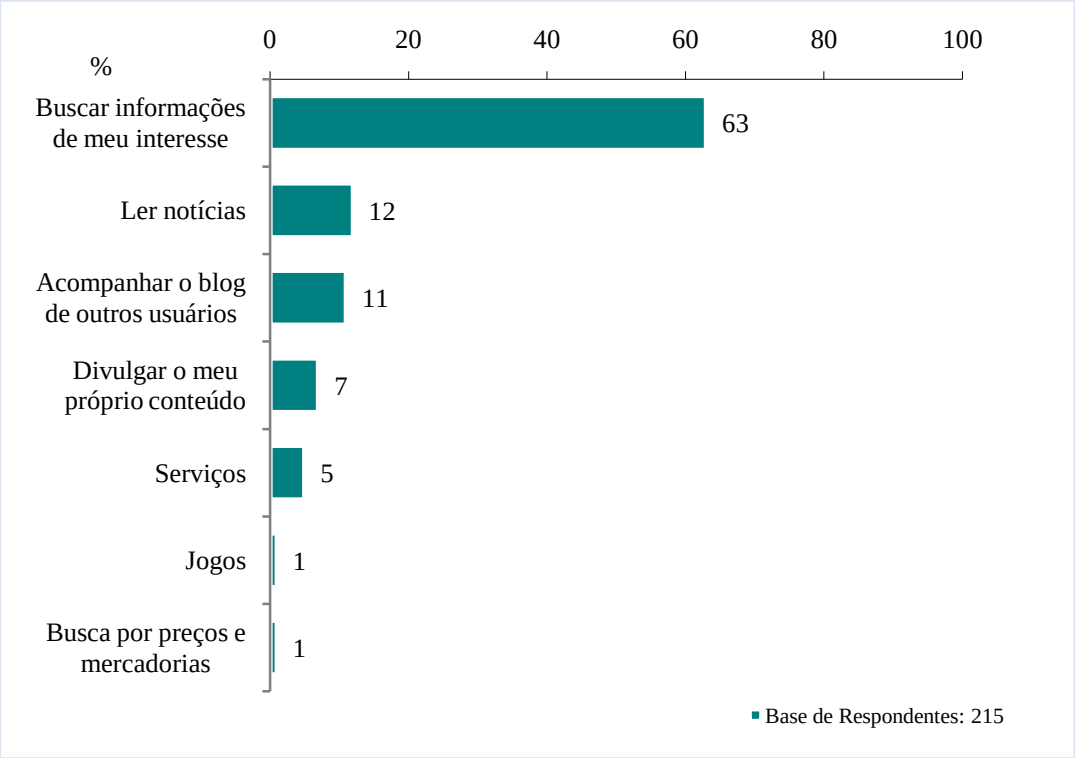
Dos quatro serviços de rede social que possuem/são cadastrados, os dois mais utilizados pelos respondentes são*LinkedIn*, *Orkut* e *Facebook* .

Questão 5: Dos serviços que voce apontou como mais utilizados, com qual frequência você os acessa?



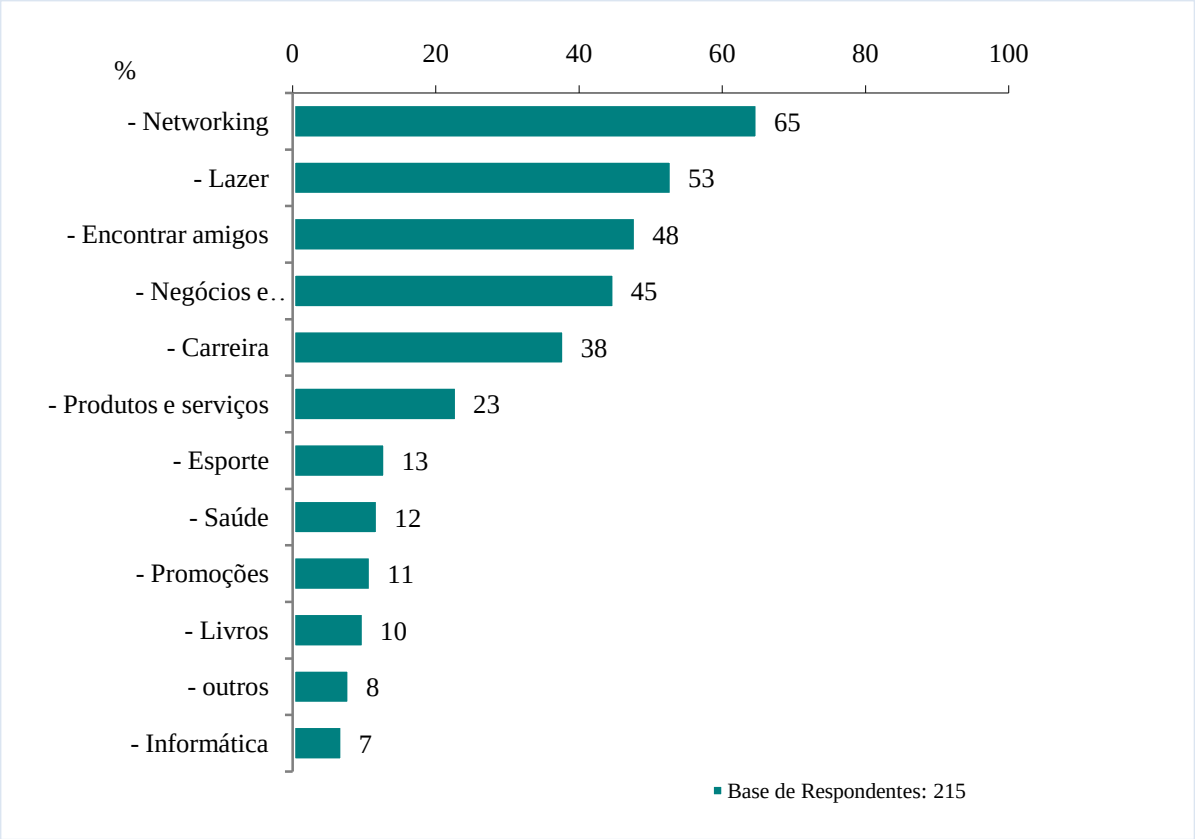
Os respondentes acessam os serviços *on-line* de rede social em média 3,5 dias por semana; 38% dos entrevistados acessam entre 5 a 7 dias na semana e 34% de 2 a 4 vezes na semana.

Questão 6: Que tipo de atividade você mais executa nestas redes sociais digitais?



O acesso a estas redes sociais se dá exclusivamente para a busca de informações do interesse de cada respondente (na próxima questão estão os interesses). Num segundo bloco bem abaixo do principal motivo aparecem a busca por notícias e acompanhar o *blog* de outros usários.

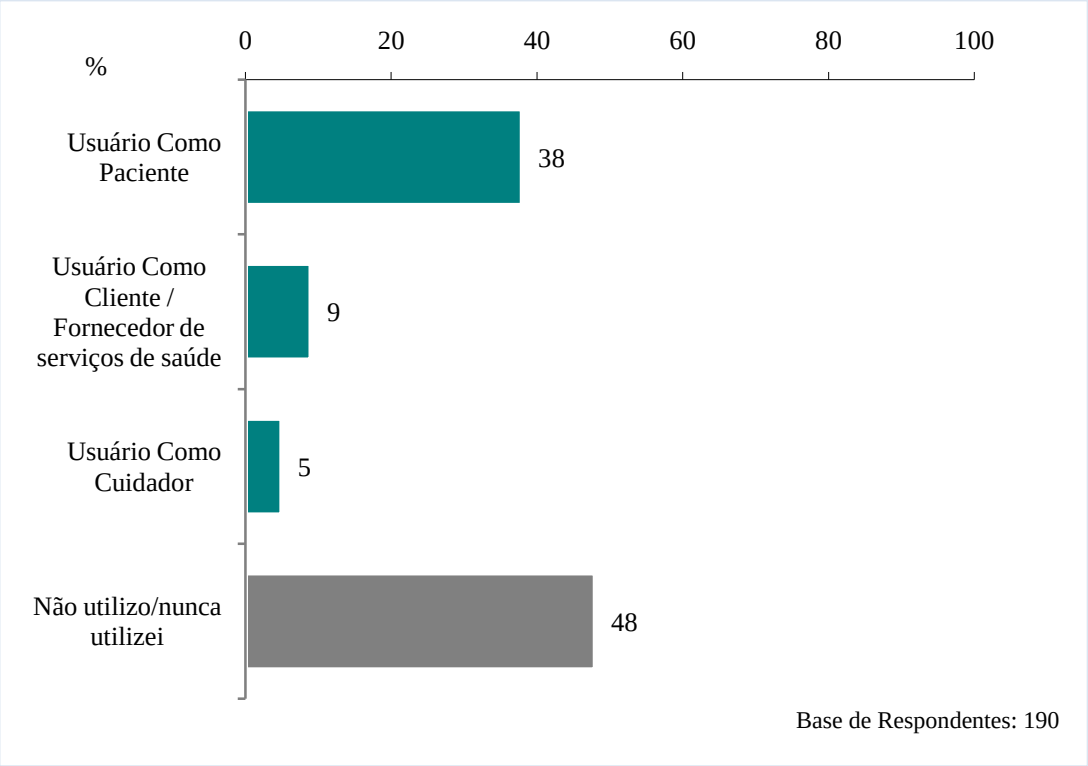
Questão 7: Que tipo de serviços você mais busca na redes sociais? Escolher 3.



Os interesses dos usuários estão relacionados à vida profissional e pessoal. Buscam por *networking* (65%), negócios e atividades profissionais (45%), carreira (38%) e produtos e serviços (23%). Além disto, dão importância ao lazer (53%) e encontrar amigos (48%). Um pouco abaixo, aparecem aspectos relacionados à qualidade de vida: esporte (13%) e saúde (12%). Contudo, podemos considerar a rede social em saúde está contida no processo de *networking* dirigido a questões específicas.

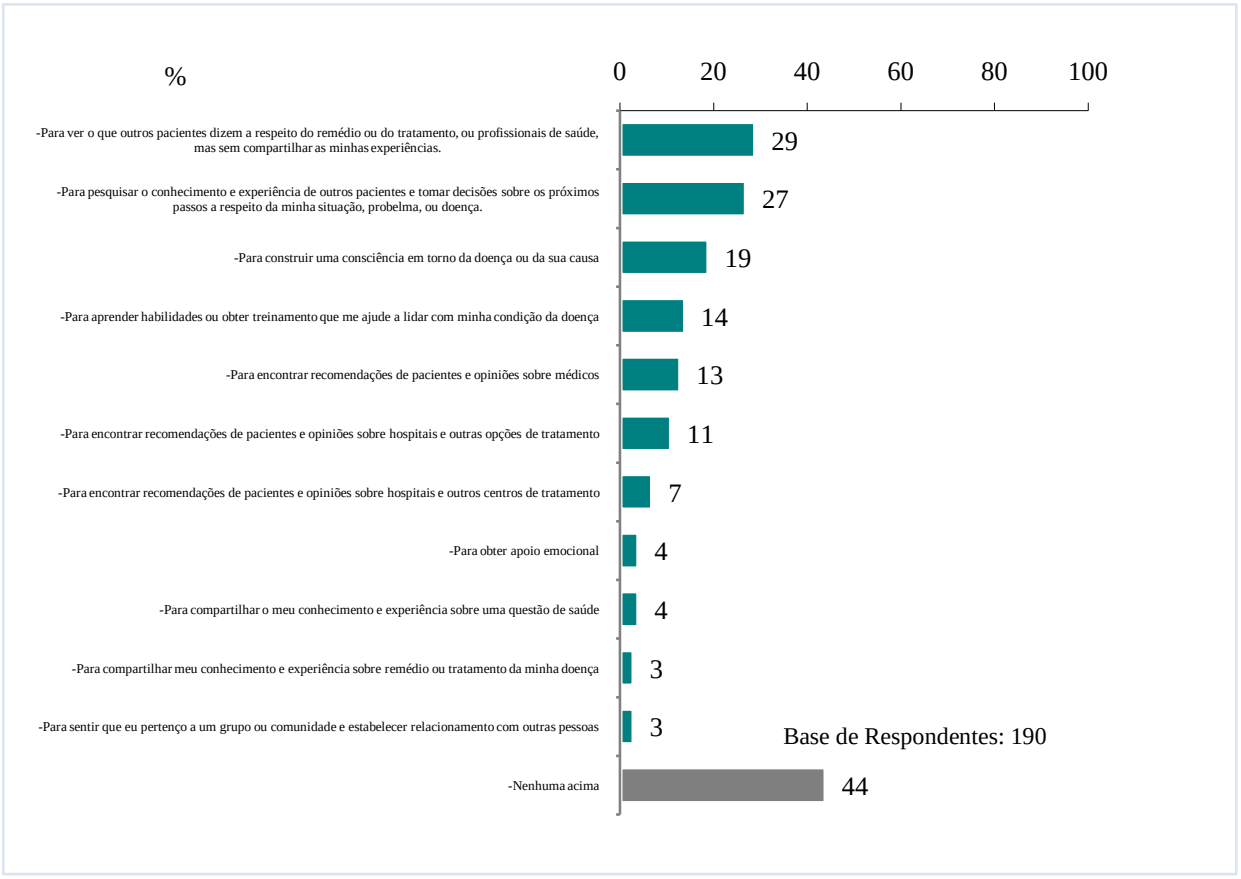
3.1.4 Utilização de Internet para redes sociais de saúde

Questão 8: Se você já utilizou ou utiliza regularmente as redes sociais digitais para questões de saúde, qual é o principal objetivo na obtenção de informações?



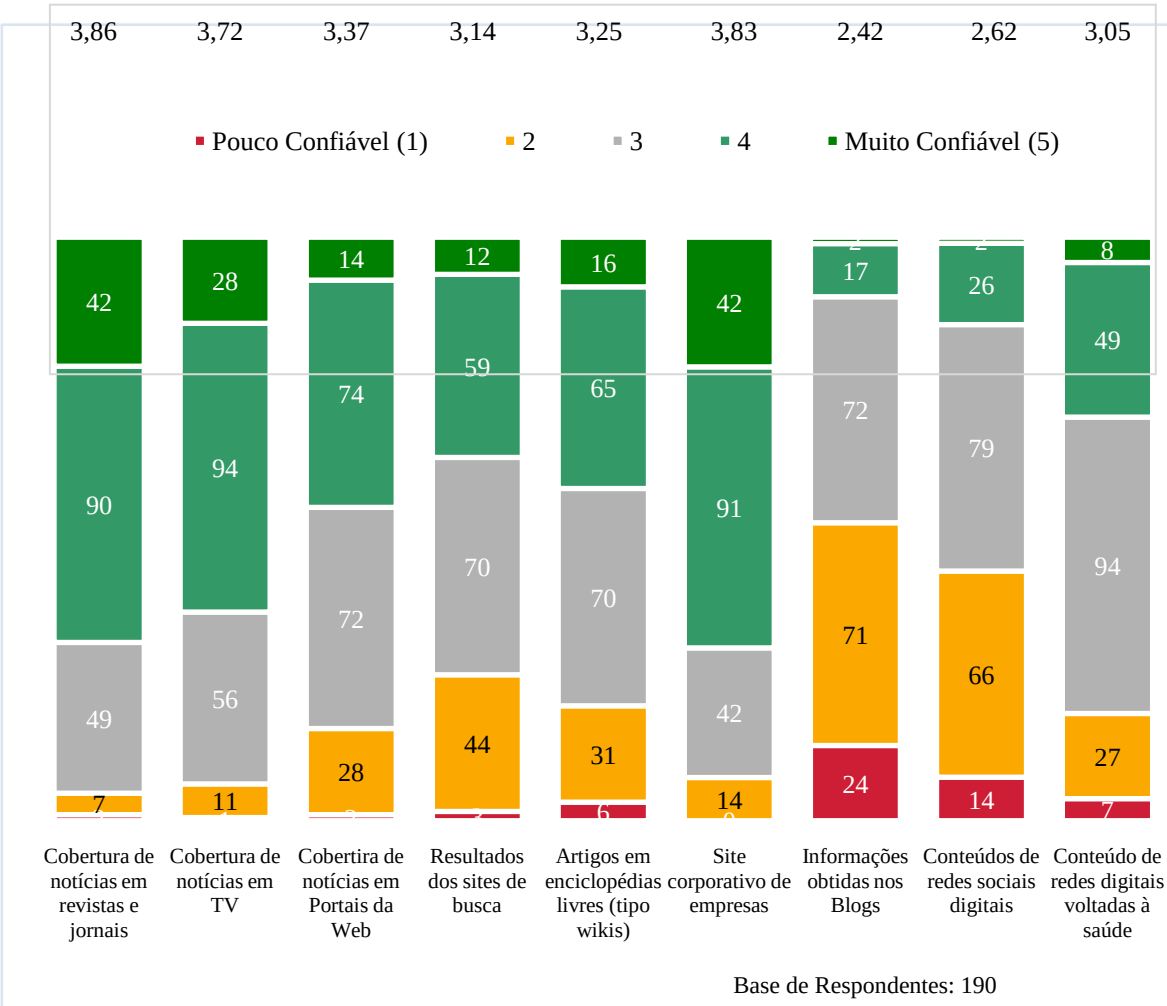
Mais da metade dos entrevistados utiliza as redes sociais como um meio para questões de saúde (52%). Aqueles que o fazem dizem que a utilizam como usuário paciente (38%). Para 9% dos que usam a rede social para questões de saúde utilizam-na como usuário cliente/fornecedor de serviços de saúde.

Questão 9: Se você já utilizou ou utiliza regularmente as redes sociais digitais para questões de saúde, quais são as razões principais pelas quais utilizaram a Internet para se conectarem com os outros? *Pode escolher mais de uma alternativa*.



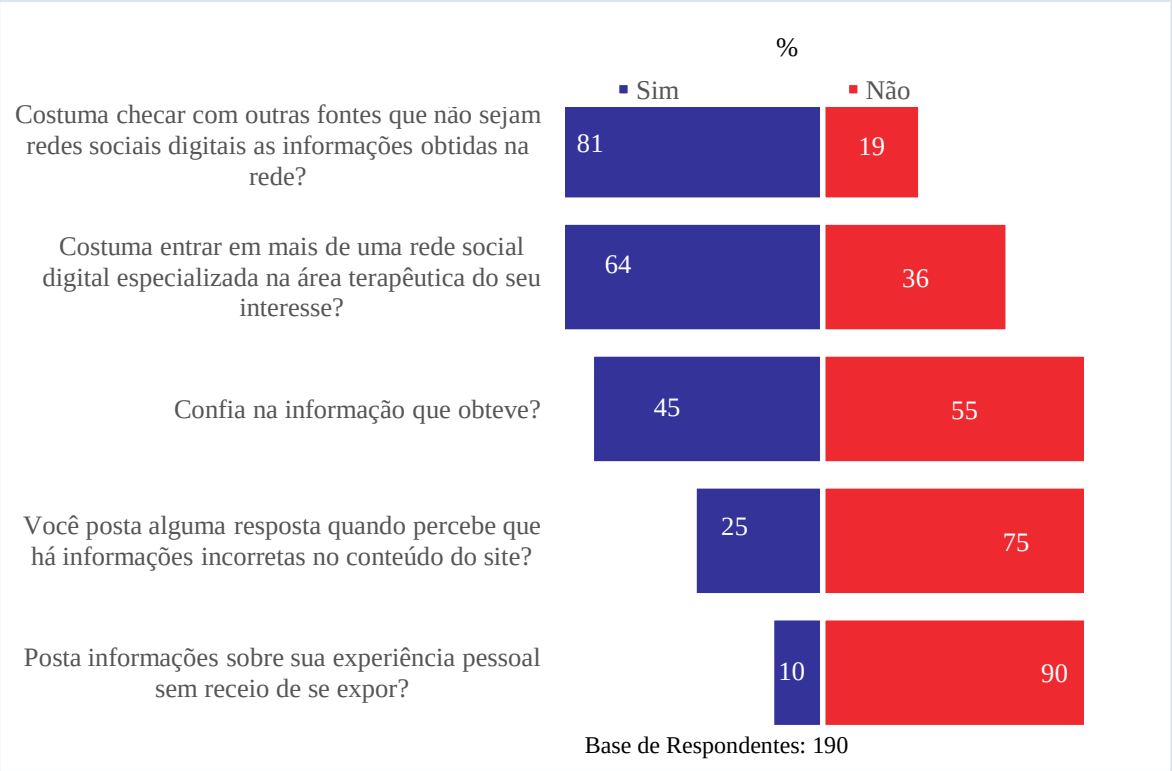
A principal razão que os respondentes cita por ter entrado em contato com outros usários das redes sociais refere-se à informação. Seja para ver o que os outros pacientes dizem a respeito do remédio/do tratamento, mas sem compartilhar suas experiências pessoais (29%), ou conhecimento e experiência de outros pacientes para tomar decisões sobre os próximos passos a respeito da situação, problema ou doença do respondente (27%). Outra razão refere-se à construção de uma consciência em torno da doença ou sua causa (19%) e para aprender habilidades ou obter treinamento que lhe ajude a lidar com a sua condição da doença (14%).

Questão 10: Dando uma nota de 1 a 5 (sendo 1, pouco confiável e 5 muito confiável), dê uma nota para a credibilidade dos conteúdos disponíveis nos seguintes serviços:



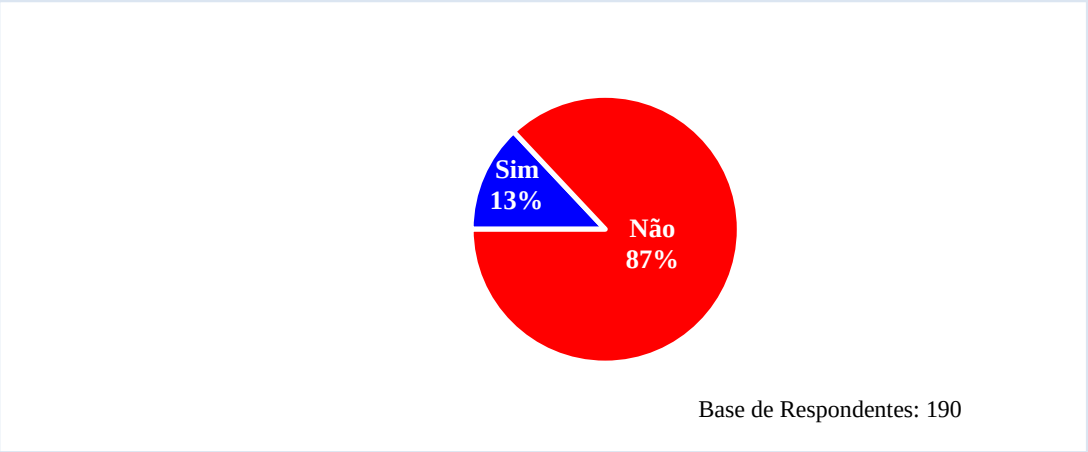
As coberturas de notícias em revistas e jornais, sites corporativos de empresas, TV e portais da *web* são as que passam maior credibilidade em relação aos seus conteúdos com uma nota média de 3,86 de 5,00. Conteúdos oriundos de *blogs* e redes sociais são os que têm sua credibilidade afetada com uma nota média de 2,42 de 5,00.

Questão 11: Se você costuma obter informações em redes sociais voltadas a saúde, você:



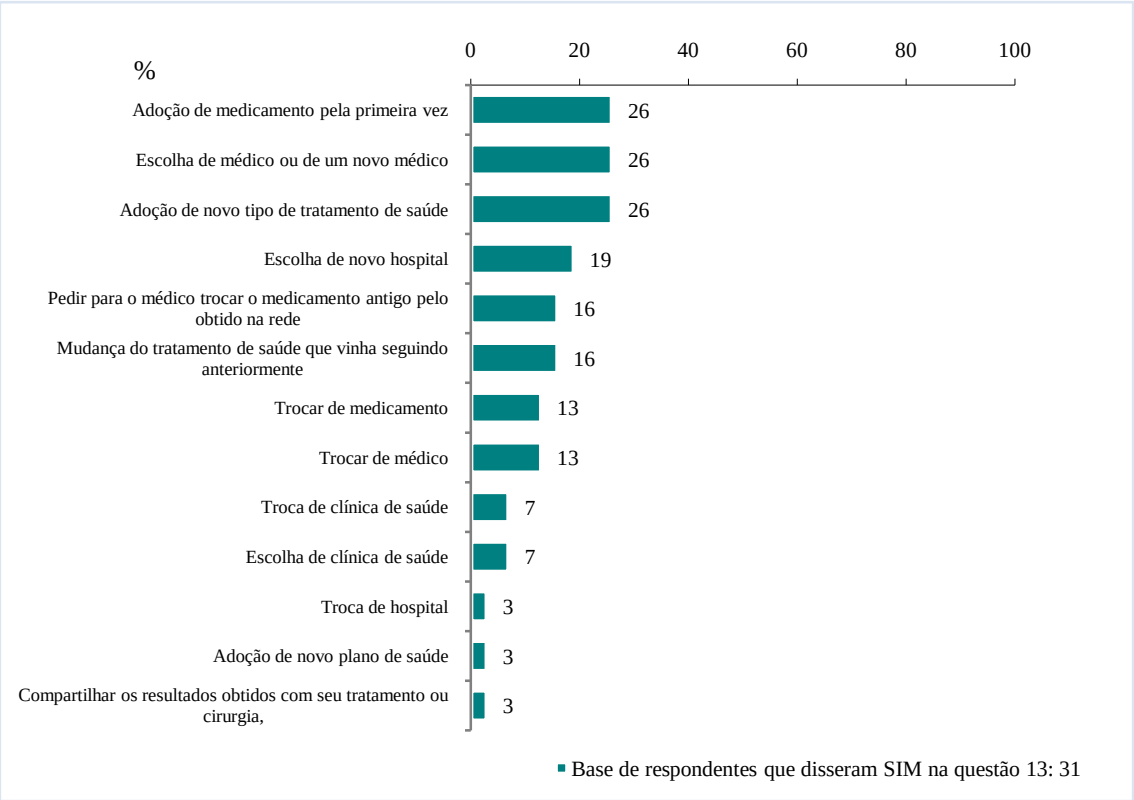
Embora procurem informações referentes à saúde em redes sociais, 81% dos respondentes costumam checar outras fontes que não as redes sociais para verificar a autenticidade da informação; 64% costumam entrar em mais de uma rede social especializada na área terapêutica do interesse. Pode parecer incoerente, mas 45% dos respondentes não confiam nas informações e apenas 25% postam informações para corrigirem informações incorretas do *site* e 90% não compartilham sua experiência pessoal, com receio de se expor.

Questão 12: Você ja tomou decisão sobre procedimento de saúde a adotar baseado exclusivamente na fonte obtida dentro da rede social digital de sua confiança?



A grande maioria dos respondentes (87%) nunca tomou uma decisão sobre procedimento de saúde baseado exclusivamente na fonte obtida em rede social digital.

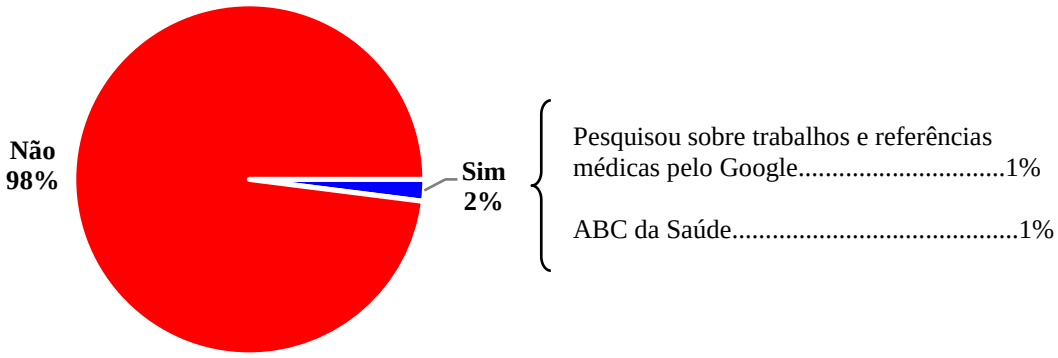
Questão 13: Se sim, qual foi a sua decisão?



Dentre os poucos usuários que tomaram a decisão de procedimento de saúde baseado em informação obtida em redes sociais (13%), o fizeram para a adoção de medicamento pela

primeira vez (26%), de novo tipo de tratamento de saúde(26%) e também para a escolha de médico (26%) ou de um novo hospital (19%).

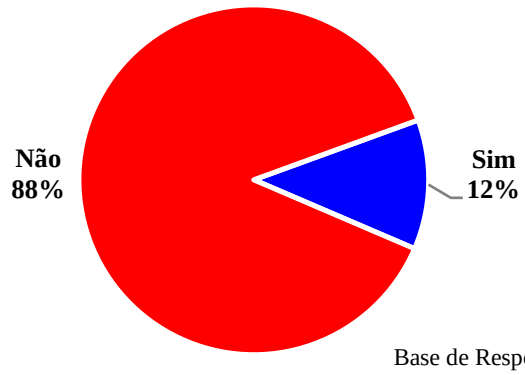
Questão 14: Você já utilizou o *site* de rede social digital que oferece um *ranking* ou uma classificação da qualidade do serviço médico prestado, ou do profissional médico, ou do hospital e clínica a ser escolhida? Se Sim, qual?



Base de Respondentes: 190

Apenas 2% dos entrevistados já utilizou a rede social digital que oferecesse um *ranking* ou classificação da qualidade do profissional medico/clínica e/ou hospital. Dos que já utilizaram, citaram a pesquisa no Google e também do ABC da saúde.

Questão 15: Se sim, Você tomou alguma decisão baseado na informação obtida?

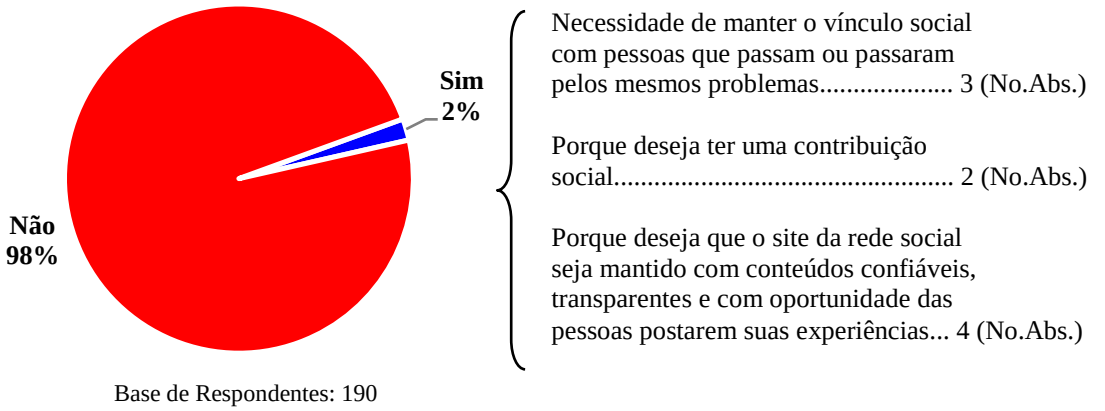


Base de Respondentes: 60

A minoria dos entrevistados tomou uma decisão baseado na informação obtida.

Questão 16: Você é fiel a alguma rede social digital voltada à saúde?

Questão 17: Se sim, por quê?



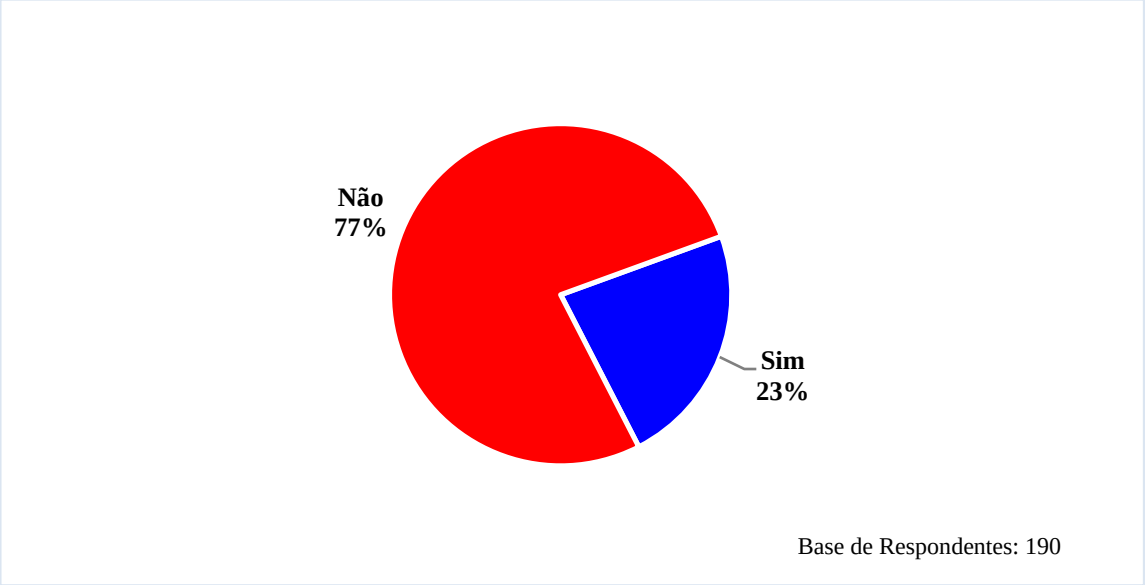
Apenas 2% dos entrevistados são fiéis a uma rede social digital voltada a saúde. Os motivos apresentados são para manter o vínculo social com pessoas que passam/passaram pelos mesmos problemas, para ter uma contribuição social e porque deseja que o *site* seja mantido com conteúdos confiáveis e transparentes.

Questão 18: O que é mais importante para que você confie em uma rede social digital na área da saúde para poder se manter nela e indicá-la a outras pessoas?

A principal razão para que o entrevistado confie e indique para outras pessoas um site de rede social voltada a saúde é a qualidade do conteúdo (65%). Houve menções para que o conteúdo seja feito com supervisão de um profissional da área da saúde (58%) e que as informações colocadas possuam referências acadêmicas ou clínicas (55%). Médicos participando da rede (44%) e os comentários sendo pertinentes e respeitosos (23%), também são fatores considerados importantes na confiabilidade da rede social voltada a saúde. O ponto curisoso refere-se à confidencialidade das informações postadas, com apenas 19% dos respondentes mencionando este ponto como sendo fator de confiabilidade da rede.

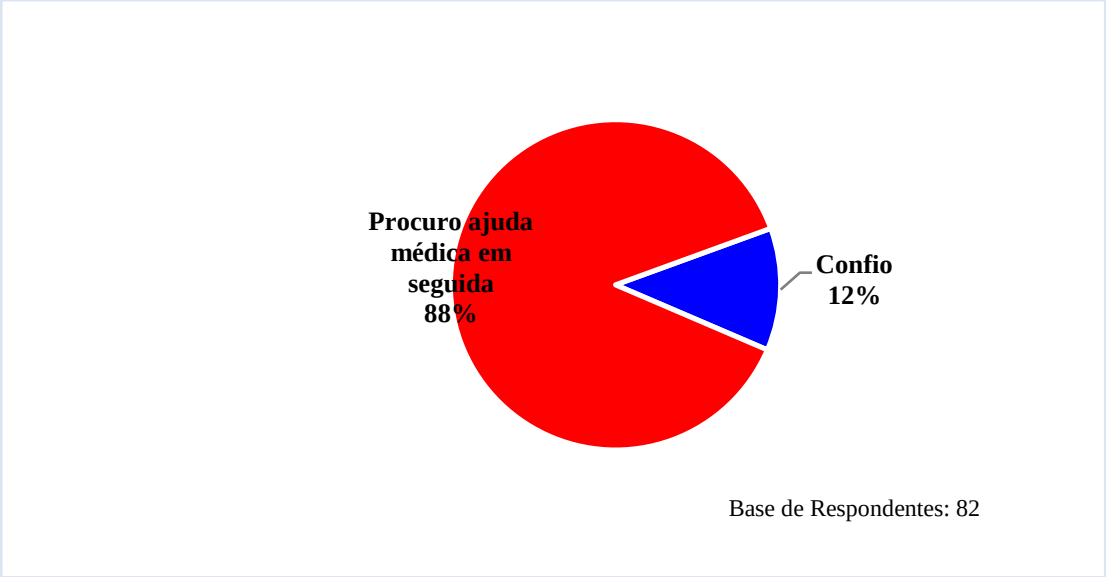
Para os médicos este resultado da pesquisa torna-se uma grande oportunidade para que eles passem a produzir suas próprias redes sociais digitais como uma forma de manterem os seus pacientes em contato direto e indireto, aumentando-se a taxa de adesão ao tratamento pelo aumento do grau de conscientização e conhecimento sobre as doenças que tratam. Apenas um cuidado deve ser tomado com relação ao conteúdo, pois o mesmo deve ser meramente informativo, sem dar ao paciente ou ao usuário da rede social condições para o autodiagnóstico ou mesmo para a automedicação, como mencionado por White e Horovitz (2008) no termo "*Cybercondria"*, como veremos na próxima questão.

Questão 19: Você se autodiagnostica com as informações obtidas nas redes sociais digitais de saúde?



Cerca de 23% dos entevistados se autodiagnostica com as informações obtidas nas redes sociais de saúde.

Questão 20: Se sim, você confia no autodiagnóstico para se medicar, ou procura ajuda médica em seguida?



Destes usuários que se autodiagnosticam através da rede social, apenas 12% confiam nas informações obtidas, a grande maioria procura por ajuda médica em seguida.

3.2 Conclusões da pesquisa

A pesquisa foi realizada com homens e mulheres, na sua maioria, com idade entre 21 a 40 anos e da região sudeste do Brasil. Por se tratar de uma pesquisa dirigida ao perfil de pós-gradudos e com MBA, o nível de escolaridade é superior à média geral da população brasileira.

Os entrevistados acessam a Internet, em média, 18,8 horas semanais através de *notebook, desktop* e celular (por quase a metade dos respondentes).

O relacionamento dos respondentes com as redes sociais digitais é alto, pois, cada entrevistado possui em média 4 (quatro) serviços de rede social na qual possui conta ou é cadastrado. Acessam estas redes sociais em média 3,5 dias por semana, sendo que um pouco mais de um terço dos entrevistados acessam praticamente diariamente.

Orkut, LinkedIn e *Facebook* são as redes sociais que são mais citadas pelos entrevistados por possuírem conta ou cadastro. *Youtube, Twitter, Windows Live* e *Yahoo* também aparecem como redes sociais cadastradas, porém com um percentual menor.

Quando questionados em relação aos serviços de redes sociais digitais mais utilizados, a rede voltada para o âmbito profissional aparece em primeiro lugar (*LinkedIn*), em segundo e terceiro lugar aparecem as redes sociais voltadas mais para o lazer: *Orkut* e *Facebook*, respectivamente.

O acesso a estas redes sociais se dá exclusivamente para a busca de informações do interesse de cada respondente no que se refere à vida profissional. Acesam para fazer *networking*, negócios e atividades profissionais, carreira e procurar por produtos e serviços. Entretanto, também dão importância ao lazer e ao encontro de amigos. Por último aparecem os aspectos relacionados ao condicionamento físico (esporte) e saúde.

Metade dos entrevistados não utiliza as redes sociais como um meio para questões de saúde. Aqueles que o fazem dizem que a utilizam como usuário paciente. Apenas 10% dos que usam a rede social para questões de saúde a utilizam como usuário cliente/fornecedor de serviços de saúde.

A principal razão por ter entrado em contato com outros usários das redes sociais refere-se à informação, seja para verificar o que os outros pacientes dizem a respeito de um remédio ou de determinado tratamento, ou mesmo a respeito de profissionais da saúde; manifestam interesse em conhecer a experiência de outros pacientes para tomar decisões sobre os próximos passos a respeito da situação, problema ou doença que tem no momento.

As coberturas de notícias em revistas e jornais, *sites* corporativos de empresas, TV e portais da *web* são as que passam maior credibilidade em relação aos seus conteúdos. Já conteúdos oriundos de *blogs* e redes sociais são os que têm menor credibilidade.

Embora procurem informações referentes à saúde em redes sociais, os respondentes costumam checar outras fontes que não as redes sociais para verificar a autenticidade da informação. Costumam entrar em mais de uma rede social especializada na área terapêutica do interesse. Por outro lado, embora pareça incoerente, os respondentes não confiam nas informações e nem postam informações, sejam elas para corrigir informações incorretas do *site* ou contar sua experiência pessoal com receio de se expor.

A grande maioria dos respondentes nunca tomou uma decisão sobre procedimento de saúde baseado exclusivamente em fonte obtida em rede social digital. Dentre os poucos usuários que tomaram a decisão, o fizeram para a adoção de medicamento pela primeira vez, de novo tipo de tratamento de saúde e também para a escolha de médico ou de um novo médico ou hospital.

Apenas 2% dos entrevistados já utilizaram a rede social digital que oferecesse um *ranking* ou classificação da qualidade do profissional médico/clínica e/ou hospital. Dos que já utilizaram citaram a pesquisa no *Google* e também do ABC da Saúde com um *ranking*.

Os motivos apresentados pelos poucos entrevistados que são fiéis a uma rede social digital voltada a saúde está relacionado ao vínculo social com pessoas que passam ou passaram pelos mesmos problemas, para ter uma contribuição social e porque desejam que o *site* seja mantido com conteúdos confiáveis e transparentes.

A principal razão para que o entrevistado confie e indique para outras pessoas um *site* de rede social voltada à saúde é a qualidade do conteúdo. Houve menções para que o conteúdo seja feito com supervisão de um profissional da área da saúde e que as informações colocadas possuam referências acadêmicas ou clínicas. Citam ainda que, quando há médicos participando e os comentários são pertinentes e respeitosos também são colocados como importantes nesta rede social voltada a saúde.

Apenas 23% dos entevistados se autodiagnostica com as informações obtidas nas redes sociais de saúde. Destes usuários que se autodiagnosticam através da rede social, apenas 12% confiam nas informações obtidas, a grande maioria procura por ajuda médica em seguida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi aprofundar o conhecimento sobre o relacionamento entre os usuários de comunidades que tratam de aspectos de saúde em redes sociais digitais. Mais especificamente, compreender *se* e *como* os usuários das redes sociais digitais tomam decisões após obterem informações de saúde que buscam nestas redes.

Para atender aos objetivos gerais e específicos, a presente pesquisa considera como problema: identificar o relacionamento que se estabelece entre usuários de comunidades que tratam de aspectos de saúde em redes sociais digitais.

Para esta questão, são apresentadas quatro hipóteses:

1. Há relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais em comunidades que tratam de aspectos de saúde, sendo que as informações obtidas são utilizadas como base para a tomada de decisão destes usuários.
2. O relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais em comunidades que tratam de aspectos de saúde é unidirecional, isto é, os usuários fazem perguntas, obtêm respostas e não voltam a compartilhar os seus próprios resultados com outros usuários destas comunidades.
3. O relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais têm como objetivo a busca por um *ranking* ou uma classificação da qualidade do serviço médico prestado, ou do profissional médico, ou do hospital e clínica a ser escolhida?
4. O principal objetivo para o relacionamento dos usuários de redes sociais digitais em saúde é pesquisar o conhecimento e experiência de outros pacientes, bem como o que escrevem a respeito do remédio ou do tratamento que estão seguindo .

No primeiro capítulo, Sociedade em rede e as relações interpessoais, foram avaliados o processo de formação de redes e o surgimento da sociedade em rede com base no trabalho de Castells (2000), segundo o qual a sociedade em redes, criada sobre o paradigma de que o "espaço é organizador do tempo" (CASTELLS, 2000, p. 192), é uma hipótese defendida em contraposição a outros autores, que definem o tempo como controlador do espaço. É fundamental destacar que a ideia de progresso fortaleceu a submissão da categoria espaço a um objeto de dominação e priorizou o tempo histórico e suas qualidades do vir-a-ser.

A rede é uma construção coletiva onde organizações, sociedade civil, lideranças e voluntários interagem para otimizar e ampliar seus resultados para o conjunto da população. É

uma estratégia que nos habilita a relacionar produções sociais e subjetividade. O mundo visto pela ótica das redes aparece com uma variedade de cenários. Pensar na perspectiva de rede significa guardar as identidades de cada membro, fugindo das relações estereotipadas e fixas entre organizações e pessoas. A linguagem da rede é uma linguagem de relações que se estabelecem entre os diversos atores sociais que a constituem mediados por objetivos construídos coletivamente (FLEURY; OUVERNEY, 2007)

Castells (2000, p. 490) mostra que, como tendência histórica, as funções e os processos dominantes na era da informação estão cada vez mais organizadas em torno de redes. Redes constituem a nova morfologia social de nossa sociedade e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. Tudo isso porque elas são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetos de desempenho). Nesse contexto é que a rede é um instrumento apropriado para a economia capitalista voltada para a inovação, globalização e concentração descentralizada; para o trabalho, trabalhadores e empresas voltadas para a flexibilidade e adaptalidade; para uma cultura de descontrução e reconstrução contínuas; para uma política destinada ao processamento instantâneo de novos valores e humores públicos; e para uma organização social que vise a suplantação do espaço e invalidação do tempo.

Neste contexto, na análise das novas tendências influenciando as políticas de promoção do desenvolvimento organizacional e tecnológico, destaca-se em primeiro lugar que, na era atual, o conhecimento coloca-se como recurso principal e o aprendizado como processo central.

Tendo o processo de desenvolvimento tecnológico atingido os patamares de acesso que permite às pessoas vivenciar a nova mudança de paradigma de redes sociais, com um real direcionamento para as redes digitais de relacionamento, C. K. Prahalad e M. S. Krishnan (2008, p. 26) afirmam:

> Existe uma transformação findamental a caminho que está forjada pelo acesso digital, pela conectividade e globalização que irá mudar radicalmente a natureza das empresas e como elas criam valor (PRAHALAD; KRISHNAN, 2008, p. 26).

A sociedade em rede chega ao ponto de se transformar em novos paradigmas como nos oferece Li e Bernoff (2009, p. 9), onde *Groundswell* “é a tendência das pessoas usarem as tecnologias para conseguir o que necessitam, por meio de outras pessoas, em vez de adquiri-

las das empresas". Tudo o que faz uma empresa pode ser levado a cabo por indivíduos que colaboram entre si, fora da companhia.

Por intermédio de redes sociais, pode-se avaliar como esta tendência de *Groundswell* pode intervir nas redes sociais digitais ou mídias sociais no aspecto de cuidados de saúde.

Informação e conhecimento são a base do processo de trocas nas redes sociais e da era da informação, como afirma Castells (2002), existe cada vez mais organizada nos processos de redes.

Com este cenário descrito no primeiro capítulo, observou-se no segundo capítulo desta dissertação como se estruturam as redes sociais e sua utilização da perspectiva de cuidados com a saúde pelos pacientes. Observou-se que as pessoas que participam de redes sociais digitais voltadas para a saúde podem trocar informações, conhecimento e experiências com o outro que esteja em semelhante situação de saúde, ou melhor, passando pelas mesmas dificuldades ou pelo mesmo estado de saúde, e isso traz uma certa reciprocidade entre eles. De acordo com um dos conceitos de Mayo (2003), a reciprocidade é chave para o estabelecimento das relações humanas.

Ao relacionar os conceitos propostos por Mayo (2003), Lashley e Morrison (2004) e Selwyn (1996), pode-se encontrar a hospitalidade em redes sociais digitais voltadas para a saúde, quando, por exemplo, pacientes trocam informações sobre condições de saúde, com a real intenção de estabelecer um relacionamento, ainda que momentâneo. É possível, segundo estes mesmos conceitos, que a intenção aliada à qualidade desta troca de informações possam gerar hospitalidade nas redes sociais.

Seria o estabelecimento de vínculo social um dos fatores-chave de sucesso para a manutenção da credibilidade e durabilidade destas redes?

A hospitalidade proporciona uma análise mais aprofundada dos motivos que levam as pessoas a estabelecer vínculos sociais, sendo que os tempos e espaços planejados para o estabelecimento deste vínculo são um importante desafio, incluindo-se aí o espaço em redes sociais digitais. Camargo (2007) em seu artigo "Pesquisa em hospitalidade", considera que os vínculos sociais são voluntários e não compulsórios e que a sua base consiste na troca genuína.

O que leva o cliente, paciente ou cuidador de saúde a buscar estes relacionamentos nas redes sociais? Se este relacionamento existe, como pode ser o seu comportamento? A busca de vínculos sociais nas redes sociais digitais não foi comprovada nesta pesquisa, sendo que apenas 2% dos entrevistados são fiéis a uma rede social digital voltada a saúde. Os motivos apresentados são: para manter o vínculo social com pessoas que passam ou passaram pelos

mesmos problemas, para oferecer uma contribuição social e/ou porque deseja que o *site* seja mantido com conteúdos confiáveis e transparentes. No entanto, não podemos considerar estas respostas como sendo estatisticamente significativas.

Segundo o Centro de Estudos sobre a Tecnologia da Informação e da Comunicação – CETIC, órgão responsável pela produção de indicadores e estatísticas sobre a disponibilidade e o uso da Internet no Brasil, em sua pesquisa sobre uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil (Comitê Gestor de Internet no Brasil, 2008), 33% dos usuários buscam informações relacionadas à saúde na rede, comprovado também na pesquisa objeto desta dissertação onde metade dos entrevistados não utiliza as redes sociais como um meio para questões de saúde. Os que o fazem dizem que a utilizam como usuário paciente. Para 10% dos que usam a rede social para questões de saúde a utilizam como usuário cliente/fornecedor de serviços de saúde numa base de 190 respondentes.

A *iCrossing* (2008) menciona em seus estudos que as redes sociais baseadas na *web* facilitam a troca de informações sobre saúde, bem como troca de histórias pessoais que transcendem tanto os textos médicos quanto conversas com amigos e familiares oferecendo o mesmo benefício de ambos. Os pacientes estão adotando estas redes sociais digitais sendo que um em cada três americanos utilizaram alguma rede social *on-line* especificamente para informações sobre saúde em 2007.

Outro aspecto que se observou nesta dissertação foi realizado com base nas conclusões obtidas por Surowieki, ao afirmar que quanto mais os usuários estão nas redes sociais digitais, mais valor eles criam. Este é o fenômeno dos efeitos positivos da rede social que Surowieki (2006) descreve:

> Sob as circunstâncias corretas, os grupos são extraordinariamente inteligentes, e muitas vezes são mais inteligentes do que as pessoas mais inteligentes neles. Se você reunir um grupo suficientemente grande de pessoas suficientemente diferentes e pedir a elas para tomar decisões sobre questões de interesse geral, as decisões daquele grupo serão, ao longo do tempo, intelectualmente superiores às do indivíduo isolado, não importa quão esperto ou bem informado este seja (SUROWIEKI, 2006, p. 12).

Surowieki (2006) entendeu, por meio de observações, que os resultados obtidos pela massa têm mais profundidade e conhecimento agregados do que aqueles obtidos individualmente. Esta observação torna-se um ponto fundamental para a existência das redes sociais em saúde, onde o aspecto de solução de problemas cognitivos e problemas de coordenação são desenvolvidos pelos seus membros que sozinhos, não teriam como chegar às mesmas respostas ou conclusões.

Sobre a hipótese 1, que aborda a confiabilidade das informações obtidas na rede social de saúde, pode-se afirmar que há relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais em comunidades que tratam de aspectos de saúde, sendo que as informações obtidas são utilizadas como base para a tomada de decisão destes usuários, foi parcialmente comprovada, pois, ainda que haja algum tipo de relacionamento entre os usuários de uma mesma rede social digital, quando perguntados se já tomaram decisão sobre procedimento de saúde a adotar baseados exclusivamente na fonte obtida dentro da rede social digital de sua confiança, apenas 13% o fizeram para a adoção de medicamento pela primeira vez (26%), para a escolha de novo tipo de tratamento de saúde (26%) e também para a escolha de um médico (26%) ou de um novo hospital (19%).

Para a metade dos usuários, os conteúdos das redes sociais digitais voltadas à saúde costumam ser confiáveis (questão 10 e 11), porém, entram em mais de uma rede social especializada na a área terapêutica para verificar a veracidade da informação (questão 11). Confiando e entrando em mais de uma rede social para verificar o conteúdo da informação, os usuários não costumam tomar decisão com base nas informações obtidas (questão 12). Os poucos (13%) que tomaram alguma decisão com base nas informações obtidas nas redes sociais estão voltados para a escolha de um novo tipo de tratamento, nova medicação e para a escolha de um novo médico.

Com relação à confiabilidade do conteúdo das redes sociais digitais em saúde, a maioria dos respondentes ainda não confia plenamente nas informações obtidas e vão checá-las com outras fontes (81% dos respondentes). As coberturas de notícias em revistas e jornais, *sites* corporativos de empresas, TV e portais da *web* são as que passam maior credibilidade em relação aos seus conteúdos, recebendo uma nota média de 3,86, sendo a nota máxima 5,00. Conteúdos oriundos de *blogs* e rede sociais são os que têm sua credibilidade afetada com uma nota média de 2,42, sobre máxima 5,00, para um número de 190 respondentes.

Embora procurem informações referentes à saúde em redes sociais, 81% dos respondentes costumam checar outras fontes que não as redes sociais para verificar a autenticidade da informação; 64% costumam entrar em mais de uma rede social especializada na área terapêutica do interesse. Pode parecer incoerente, mas 45% dos respondentes não confiam nas informações e apenas 25% postam informações para corrigirem informações incorretas do *site* e 90% não compartilham sua experiência pessoal, com receio de se expor.

Na hipótese 2, referente ao relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais em comunidades que tratam de aspectos de saúde é unidirecional, ou seja, os usuários fazem perguntas, obtêm respostas e não tornam a compartilhar os seus próprios resultados com

outros usuários destas comunidades foi totalmente comprovada. Os usuários das redes sociais digitais que tratam de aspectos de saúde, não têm o hábito de corrigir informações quando percebe que há informações incorretas no conteúdo do *site* (75%) e muito menos postam informações sobre sua experiência pessoal com receio de se expor (90%) (questão 11). Este baixo nível de interação com as redes sociais digitais no que diz respeito a postar experiências pessoais e corrigir informações incorretas esta relacionada ao fato de que os usuários não tem fidelidade a alguma rede social digital voltada a saúde específica (questão 16).

A principal razão para que o entrevistado confie e indique para outras pessoas um *site* de rede social voltada a saúde é a qualidade do conteúdo (65%). Houve menções para que o conteúdo seja feito com supervisão de um profissional da área da saúde (58%) e que as informações colocadas possuam referências acadêmicas ou clínicas (55%). Médicos participando da rede (44%) e os comentários sendo pertinentes e respeitosos (23%), também são fatores considerados importantes na confiabilidade da rede social voltada a saúde.

Sobre a hipótese 3, quanto ao relacionamento estabelecido nas redes sociais digitais, cujo objetivo a busca por um *ranking* ou uma classificação da qualidade do serviço médico prestado, ou do profissional médico, ou do hospital e clínica a ser escolhida, esta não foi comprovada. No Brasil, ainda não há um *site* que sirva de referência médico-hospitalar no que se refere à classificação da qualidade do serviço médico-hospitalar. A exceção é o *site* do *Joint Commission International* (2010), que certifica vários hospitais em todo o mundo de acordo com as melhores práticas e procedimentos que devem ser adotados como um padrão internacional e, vale dizer, o Brasil possui 16 hospitais credenciados por esta instituição, conforme consta no próprio *site* da *Joint Commission* (2010). De todos os entrevistados, apenas 2% disseram utilizar algum *site* para a classificação da qualidade dos serviços prestados por médicos/hospitais e/ou clínicas (questão 14). Os pesquisados citam apenas dois *sites* como referências, sem informar o endereço: *Google* e *ABC da Saúde*.

Quanto à hipótese 4, o principal objetivo dos usuários de redes sociais digitais em saúde é pesquisar o conhecimento e experiência de outros pacientes, bem como o que escrevem a respeito do remédio ou do tratamento que estão seguindo, foi comprovada. Embora quase a metade dos entrevistados não tenha utilizado a rede social digital para questões de saúde, os que já recorreram à rede citam que a utilizam como usuários pacientes. As principais razões que os levaram a utilizá-la como paciente referem-se a ler sobre o que os outros pacientes dizem a respeito de determinado remédio, tratamento ou mesmo dos profissionais da saúde (questão 9) e também para pesquisar o conhecimento e experiência de

outros pacientes e tomar suas próprias decisões sobre os próximos passos com relação a saúde.

Qual a razão pela qual os consumidores utilizam as redes sociais digitais? A Tabela 2 mostra algumas razões em ordem decrescente de acordo com pesquisa feita pela *Jupter Research On-line Health* (2007). Embora o apoio emocional seja importante, é menos do que encontrar o que os outros dizem a respeito da medicação ou tratamento, pesquisar o conhecimento e experiência dos outros e aprender como gerenciar a condição da doença.

No aspecto da utilização de redes sociais para aspectos de saúde, a pesquisa objeto de estudo desta dissertação concluiu que a principal razão pela qual os respondentes citam ter entrado em contato com uma rede social remete-se à vontade de saber o que os outros pacientes dizem a respeito de um remédio ou tratamento (29%) e, em segundo grau de importância, a obtenção do conhecimento e experiência de outros pacientes para tomar decisões sobre os próximos passos a respeito da situação, problema ou doença (27%); 19% dos respondentes afirmam que buscam as redes sociais para aumentar o nível de consciência pessoal sobre uma determinada doença. Aprender habilidades ou obter treinamento que ajude a lidar com a condição da doença (14%). Nota-se que há um forte alinhamento com os resultados obtidos na pesquisa da *JupiterResearch* (2007), sendo as duas primeiras razões exatamente as mesmas nas duas amostras.

Finalmente, temos o elemento que foi levantado pelos autores White e Horovitz (2008), sobre o autodiagnóstico com base nos dados das redes sociais digitais em saúde apontando para uma tendência do usuário concluir quase sempre o pior sobre a doença que tem e segundo eles, uma a cada cinquenta buscas está relacionada a saúde e cerca de um terço destes usuários acaba pesquisando doenças graves, embora a possibilidade de sofrerem destas doenças seja mínima.

Este fenômeno chamado por White e Horovitz (2008) de "*cybercondria*" é uma atitude que descreve o paciente que usa redes sociais digitais e que costuma tirar as piores conclusões depois de ler informações médicas na Internet.

White e Horovitz (2008) escrevem também que se o paciente buscar as informações em sites e portais de indiscutível credibilidade, como os de órgãos de governo, sociedades médicas e centros de pesquisa, isso pode diminuir acentuadamente as conclusões precipitadas errôneas sobre o resultado do autodiagnóstico obtido por estes pacientes usuários das redes sociais digitais de saúde.

Sobre a questão do autodiagnóstico há ainda um *site* norte-americano, disponível em <http://www.wrongdiagnosis.com >, que exemplifica várias doenças e seus possíveis

sintomas, sendo que uma simples dor de cabeça pode ter 2.231 causas possíveis e afirma que apenas um médico está capacitado a diagnosticar a causa real do problema do paciente. Portanto, ainda que o paciente seja um usuário frequente das redes sociais digitais de saúde, ele deve buscar um médico de sua confiança para ajudá-lo com seu diagnóstico e tratamento.

Na pesquisa, a questão do autodiagnóstico mostrou que ao serem indagados ("você se autodiagnostica com as informações obtidas nas redes sociais digitais de saúde?"), cerca de 25% dos entevistados se autodiagnostica com as informações obtidas nas redes sociais de saúde. Destes usuários que se autodiagnosticam por intermédio da rede social, apenas 12% confiam nas informações obtidas, sendo que a grande maioria procura por ajuda médica em seguida.

Diante dos fatos observados e informações pesquisadas, acredita-se que as pesquisas neste campo ainda estão em fase embrionária e há muitos fatores que poderão ser aprofundados em pesquisas futuras, não apenas para acadêmicos e pesquisadores, mas também para os gestores e profissionais da saúde que poderão obter uma infinidade de benefícios com a correta utilização de todo o potencial informativo, relacional e hospitaleiro que os *sites* de redes sociais digitais para questões da saúde poderão oferecer.

Deixa-se uma sugestão de estudo para profissionais da saúde, já que a principal razão para que o entrevistado confie e indique para outras pessoas um *site* de rede social voltada a saúde é a qualidade do conteúdo (65%), bem como o conteúdo seja feito com supervisão de um profissional da área da saúde (58%) e que as informações colocadas possuam referências acadêmicas ou clínicas (55%) e a participação de médicos na rede (44%). Isso pode ser um excelente veículo a ser utilizado, sobretudo se o profissional de saúde desejar compartilhar informações referenciadas, e aumentar o nível de educação e conscientização sobre quaisquer doenças por parte de pacientes e cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEYNE, George. *Whither Caribbean Health.* Occasional Paper n. 5. Black Rock, St. Michael, Barbados: West Indian Commission Secretariat, 1992.

ALMEIDA , Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe. Disponível em <Cad. saúde pública = Rep. public health> 18(4):905-925, jul.-ago. 2002. Acesso em 09/08/2008.

ANDRADE, José Vicente. *Fundamentos e dimensões do turismo*. Belo Horizonte: Ática, 1976.

ANNE ARUNDEL MEDICAL CENTER HOSPITAL, disponível em www.*twitter*.com/aamcnews. Acesso em 09/03/2010.

BASTOS, Sênia. *Normas para formatação de trabalhos acadêmicos*: graduação, pós-graduação, dissertações e teses. São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi, 2009. Disponível em <http://www2.anhembi.br/html/metodologia/arquivos/orientacao_trabalhos_academicos.pdf?bcsi_scan_E62CE036FA256AF2=0&bcsi_scan_filename=orientacao_trabalhos_academicos.pdf> Acesso em 11/01/2010.

BERGER, Peter L.; LUCKAMANN, Thomas. *A construção social da realidade:* tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1976.

BERKMAN, L. F.; SYME S.L. "Social Networks, Host Resistance and Mortality: a nine-year follow-up study of Alameda Country Residents", in: *American Journal of Epidemology*. 109:186-204, 1979.

BERNERS-LEE, T.; HENDLER, J.; LASSILA, O. The semantic web. A new forum of web content that is meaningful to computers will unleash a revolution of new possibilities. *Scientific American*, May 2001. Disponível em <http://www.scientificamerican.com/sciammag/?contents=2001-05 >

BOLIS, Mônica. *El turismo de salud en América Latina y el Caribe de habla inglesa.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001. p. 11.

BOOKMAN, Milica. Medical Tourism and Economic Development. Paper apresentado no Encontro anual do ISA's 49th ANNUAL CONVENTION, BRIDGING MULTIPLE DIVIDES, Hilton San Francisco, San Francisco, CA, 26/03/ 2008. Disponível em <http://www.allacademic.com/meta/p250849_index.html.> Acesso em 01/05/2009.

CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. *Pesquisa em hospitalidade.* Artigo apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação - Intercom, Santos, 2007.

CASTELLS, Manuel. *A era da informação*: economia, sociedade e cultura. Vol. 3. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede.* 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES. National Health Expenditure Projections 2009-2019. Disponível em <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/03_NationalHealthAccountsProjected.asp#TopOfPage > Acesso em 01/03/2010.

COLAVITTI, Fernanda. "Sombra água fresca e cirurgia: moradores de países ricos procuram tratamentos em nações pobres e impulsionam o turismo médico", in: *Revista Galileu*, 169, ago. 2005.

COMITÊ Gestor de Internet no Brasil. *Pesquisa sobre uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil* – 2008. Disponível em <http://www.CGI.BR > Acesso em 02/02/2010.

CONNELL, John. Medical tourism: sea, sun, sand and y surgery. In: *Tourism management* 27, p. 1093 a 1100, 2006. Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/tourman> Acesso em 21/05/2009.

DISCOVER MEDICAL TOURISM. Disponível em <http://www.discovermedicaltourism.com/> Acesso em 07/04/2009.

DENCKER, Ada de Freitas M. *Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade.* São Paulo: Thomson, 2004.

EDELMAN. 2008 Edelman Trust Barometer. Disponível em < www.edelman.com/trust/2008/ > Acesso em 02/02/2010.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. *Gestão de Redes : a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FORAY, D.; LUNDVALL, B. A. “The knowledge-based economy: from the economics of knowledge to the learning economy”, in: OECD. *Employment and growth in the knowledge-based economy*. Paris: OECD, 2007. p. 11-32.

FORTUNA, Carlos. *Cidade, cultura e globalização.* Ensaios de sociologia. Oeiras: Celta, 1997.

FREEMAN C. apud CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 4 ed. Paz e Terra. São Paulo, 2000.

GALTON, F. *The Eugenic College of Kantsaywhere (1911).* Re-edited in *Journal Title: Utopian Studies*. Vol. 12. Issue 2. London, 2001. COPYRIGHT 2001 Society for Utopian Studies. Disponível em < http://www.questia.com> Acesso em 19/05/2010.

GODBOUT, Jacques T. *O Espírito da Dádiva*. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

GODOI, Adalto Felix. *Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais.* São Paulo: Ícone, 2008.

HAIG, S. “When the patient is a googler”. *Time*, nov. 8, 2007. Disponível em <www.time.com/time/health/article/0,8599,1681838,00.html> Acesso em 09/02/2010.

HOCH, D., FERGUSON, T. “*What I’ve learned from e-patients*”. *PLoS Medicine* 2(8):e206 doi:10.1371/jounal.pmed.0020206, Aug. 9th, 2005.

HOPKINS J.; CAMPBELL, S. B. *Development and Validation of a Scale to Assess Social Support in the Postpartum Period*. Archives of Women Mental Health, 2008 Feb. L11(1):57-65.

IBOPE - Instituto Brasileiro de Pesquisas e Estatística. Disponível em <http://www.ibope.com.br/calandraWeb/BDarquivos/sobre_pesquisas/tipos_pesquisa.html > Acesso em 05/05/2010.

ICROSSING. *How America searches: health and wellness*. Jan. 2008. Disponível em <http://www.icrossing.com/articles/How%20America%20Searches%20-%20Health%20and%20Wellness.pdf > Acesso em 02/02/2010.

JENKINS, Henry. *A Cultura da Convergência*. São Paulo: Aleph, 2009. p. 28.

JUPITER RESEARCH. Online Health: Assessing the risks and opportunity of social and One-to-one Media, 2007.
Disponível em < http://www.forrester.com/rb/Research/online_health/q/id/52144/t/2> Acesso em 14/01/2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL Disponível em <http://www.jointcommission.org/> Acesso em 09/03/2010.

LASHLEY, Conrad; MORRISON, Alison (org.) *Em busca da hospitalidade*. Perspectivas para um mundo globalizado. Barueri, SP: Manole, 2004.

LARA, Michael. *Brain twits of Michael Lara, MD:* musings on mind, brain and body in the age of Internet. Disponível em <http://mlaramd.typepad.com/michael_lara_md/2010/01/5-social-media-tools-physicians-can-use-to-become-better-doctors.html> Acesso em 09/03/2010.

LEFEBVRE, Henri. *A revolução urbana***.** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LI, Charlene; BERNOFF, Josh. *Groundswell*. Fenômenos sociais nos negócios. São Paulo: Campus-Elsevier, 2009.

LUCHIARI, Maria Tereza D. P. "A categoria espaço na teoria social", in: *Revista Temáticas, 4.* Campinas, jan.-jun. 1996. p. 191-238.

MANCE, E. *A revolução das redes*. Petrópolis: Vozes, 2001.

MANHATTAN RESEARCH, CYBERCITIZEN HEALTH 7.0. Disponível em <www.manhattanresearch.com/files/PRESS/cybercitizen_Health_v7_110107.pdf> Acesso em 02/03/2010.

MARTELETO, R. M. "Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação", in: *Revista Ciência da Informação*. Vol. 30, n. 1. Brasília: jan./abr. 2001.

MAUSS, Marcel. "Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas", in: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/Edusp, 1974.

MAYO, Elton. *The human problems of an industrial civilization.* Chapter III: "The Hawthorne experiment". Western Electric Company. London: Routledge, 2003. Disponível

em
<http://www.questia.com/read/107632070?title=The%20Human%20Problems%20of%20an%20Industrial%20Civilization > Acesso em 19/05/2010.

MEDICAL TOURISM ASSOCIATION. Disponível em
<http://www.medicaltourismassociation.com/press.html. > Acesso em 20/04/2009.

MOYA, I. *Imagens da hospitalidade: ideologia e encontro*. Um olhar sociológico. Dissertação de Mestrado em Hospitalidade. São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi, 2008.

NOTÍCIA CAPITAL. São Paulo: Medicina na rota do turismo. 17 fev. 2009. Disponível em < http://www.noticiacapital.com.br/index.php > Acesso em 07/04/2009.

NURSING ASSISTANT GUIDES, Medicine 3.0. Disponível em <http://nursingassistantguides.com/2009/25-excellent-social-media-sites-for-your-health/> Acesso em 10/03/2010.

OPEN SOCIAL. Disponível em < http://code.google.com/intl/pt-BR/apis/opensocial/> Acesso em 08/03/2010.

O'REILLEY T. *What is Web 2.0?* Disponível em < http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html> Acesso em 03/03/2010

PASSOS, Carlos Artur Krüger; LEMOS, Cristina; COCCO, Giuseppe. Apud LASTRES, Helena M. M.; ALBAGLI, Sarita. (org.) *Informação e globalização na era do conhecimento.* Rio de Janeiro: Campus, 1999

PNAD 2000. Disponível em
<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm> Acesso em 10/05/2010.

PORTAL BANCO DE SAÚDE. Disponível em <http://www.bancodesaude.com.br/sobre-banco-saude> Acesso em 12/05/2010.

PRAHALAD, C. K.; KRISHNAN, M. S. *A era da inovação*. São Paulo: Campus, 2008.

RAINIE, L.; KEETER, S. *How Americans use their cell phones*. Pew Internet & American Life Project, April, 3rd, 2006.

REVISTA HSM. São Paulo: *Cobertura de Eventos*, 28/08/2007- Disponível em<http://www.hsm.com.br/canais/coberturadeeventos/fmem2007/wchankim_pg02_280807.php>. Acesso em 13/02/2009

REVAHEALTH.COM. Disponível em <www.revahealth.com > Acesso em 10/03/2010.

SAYERS S. L.; RIEGEL, B.; PAWLOWSKY, S.; COYNE, J. C. "Social support and selfcare of patients with hert failure", in: *Annals of behavioral medicine*, Jan.-Feb. 2008; 35(1):70-9.

SELWYN, T.; FSADNI, C. *Tourism, culture and cultural conflict, sustainable tourism in Mediterranean Islands and small cities*. Malta: MedCampus, 1996.

SGANZERLLA, S. A. *A aplicação do marketing de relacionamento na produção da hospitalidade no ambiente hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Hospitalidade. São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi, 2006.

SUROWIECKI, James. *A sabedoria das multidões.* Rio de Janeiro: Record, 2006.

SURVEY MONKEY. Pesquisas online. Disponível em <www.surveymonkey.com> Acesso em 10/03/2010.

TERRY, Mark. *Telemedicine and e-Health*. July/Aug. 2009, 15(6): 507-510. doi:10.1089/tmj.2009.9955. Disponível em <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/tmj.2009.9955?prevSearch=allfield%253A%2528medical%2Bconnectivity%2529%2Band%2B%2528allfield%253A%2528medical%2529%2529&searchHistoryKey= > Acesso em 10/03/2010.

TWITTER.COM. Disponível em <http://Twitter.com/about> Acesso em 09/03/2010.
<www.Twitter.com/CDC_eHealth > Acesso em 09/03/2010.
<www.Twitter.com/CDCflu > Acesso em 09/03/2010.
<www.Twitter.com/CDCemergency > Acesso em 09/03/2010.

WHITE, R.; HOROVITZ, E. *Cyberchondria*. Studies of the escalation of medical concerns in web search. Nov. 2008. Disponível em <http://research.microsoft.com/apps/pubs/default.aspx?id=76529> Acesso em 09/03/2010.

WRONG DIAGNOSIS. Disponível em <http://www.wrongdiagnosis.com/sym/headache.htm > Acesso em 10/03/2010.

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO APLICADO

Questionário com questões relacionadas ao uso e comportamentos do usuário de redes sociais digitais com foco em saúde.

O questionário foi enviado pela Internet, através da ferramenta <www.SurveyMonkey.com > para amostragem de 160 estudantes de pós-graduação e MBA (Master in Business Administration) de instituições de ensino superior localizadas em São Paulo, dentre elas a Fundação Getúlio Vargas e a Fundação Instituto de Administração de uma população de 1.100 alunos atualmente matriculados, em abril de 2010 e as respostas coletadas e analisadas no final de maio de 2010. As questões propostas são as seguintes:

Hábitos de uso de Internet

1ª. Questão: Quantas horas por semana você utiliza a Internet?
- até 5h
- 6-10h
- 11-15h
- 16-20h
- 21-30h
- 31-40h
- 41 ou mais

2ª Questão: De quais equipamentos/acessórios você acessa a Internet?
- Desktop
- Notebook
- Celular
- Netbook
- Ipod
- Consoles (Wii, PSP, PS3)
- Tablet

Hábitos de uso de Redes Sociais Digitais

3ª Questão: Quais serviços on-line de rede social que você possui conta ou é cadastrado?

- Orkut
- *Twitter*
- YouTube
- Blogger/BlogSpot
- Facebook
- Flickr
- Yahoo Grupos
- MySpace
- Windows Live Space
- Word Press
- LinkedIn
-Wikipedia
- Last.fm
- Yammer
- Outros

4a. Questão: Destes serviços em que você possui cadastro, qual deles você mais utiliza?

- Orkut
- *Twitter*
- YouTube
- Blogger/BlogSpot
- Facebook
- Flickr
- Yahoo Grupos
- MySpace
- Windows Live Space
- Word Press
- LinkedIn
-Wikipedia
- Last.fm
- Yammer
- Outros

5a Questão: Dos serviços que voce apontou como mais utilizados, com qual frequencia voce os acessa?

- de 5 a 7 dias por semana
- de 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 vez a cada 15 dias
- 1 vez pod mês ou menos

6ª Questão: Que tipo de atividade você mais executa nestas redes sociais digitais?

- Ler notícias
- Divulgar o meu próprio conteúdo
- Acompanhar o blog de outros usuários
- Buscar informações de meu interesse
- Jogos
- Busca por preços e mercadorias
- Serviços

7ª Questão: Quais tipos de serviços você mais busca na redes sociais? (escolha 3)

- Lazer
- Esporte
- Negócios e atividades empresariais
- Saúde
- Informática
- Produtos e serviços
- Promoções
- Carreira
- Livros
- Encontrar amigos
- Networking
- outros

Redes Sociais na Saúde

8ª Questão: Se você já utilizou ou utiliza regularmente as Redes Sociais digitais para questões de saúde, qual é o principal objetivo na obtenção de informações?

- Como Paciente
- Como Cuidador
- Como Cliente

9ª Questão: Se você já utilizou ou utiliza regularmente as Redes Sociais digitais para questões de saúde, quais são as Razões principais pelas quais utilizaram a Internet para se conectarem com os outros?

-Para ver o que outros pacientes dizem a respeito do remédio ou do tratamento, ou profissionais de saúde, mas sem compartilhar as minhas experiências.
-Para pesquisar o conhecimento e experiência de outros pacientes e tomar decisões sobre os próximos passos a respeito da minha situação, probelma, ou doença.
-Para aprender habilidades ou obter treinamento que me ajude a lidar com minha condição da doença
-Para obter apoio emocional
-Para construir uma consciência em torno da doença ou da sua causa
-Para compartilhar meu conhecimento e experiência sobre remédio ou tratamento da minha doença
-Para compartilhar o meu conhecimento e experiência sobre uma questão de saúde
-Para encontrar recomendações de pacientes e opiniões sobre hospitais e outras opções de tratamento
-Para encontrar recomendações de pacientes e opiniões sobre hospitais e outros centros de tratamento
-Para encontrar recomendações de pacientes e opiniões sobre médicos
-Para sentir que eu pertenço a um grupo ou comunidade e estabelecer relacionamento com outras pessoas
-Nenhuma acima

10ª Questão: Dando uma nota de 1 a 5 (sendo 1, pouco confiável e 5 muito confiável), dê uma nota para a credibilidade dos conteúdos disponíveis nos seguintes serviços:

- Cobertura de notícias em revistas e jornais
- Cobertura de notícias em TV
- Cobertira de notícias em Portais da Web
- Resultados dos sites de busca
- Artigos em enciclopédias livres (tipo wikis)
- Site corporativo de empresas
- Informações obtidas nos Blogs
- Conteúdos de redes sociais digitais

- Conteúdo de redes digitais voltadas à saúde

11ª Questão: Se você costuma obter informações em redes sociais voltadas a saúde, voce:

- Confia na informação que obteve?
- Costuma checar com outras fontes que não sejam redes sociais digitais as informações obtidas na rede?
- Costuma entrar em mais de uma rede social digital especializada na área terapêutica do seu interesse?
- Posta informações sobre sua experiência pessoal sem receio de se expor?
- Você posta alguma resposta quando percebe que há informações incorretas no conteúdo do site?

12ª Questão: Você ja tomou decisão sobre procedimento de saúde a adotar baseado exclusivamente na fonte obtida dentro da Rede Social Digital de sua confiança?

- Não
-Sim
se sim, qual foi a sua decisão?
- Trocar de medicamento
- Adoção de medicamento pela primeira vez
- Pedir para o médico trocar o medicamento antigo pelo obtido na rede
- Trocar de médico
- Escolha de médico ou de um novo médico
- Troca de clínica de saúde
- Escolha de clínica de saúde
- Troca de hospital
- Escolha de novo hospital
- Adoção de novo plano de saúde
- Decisões jurídicas, ou judiciais
- Adoção de novo tipo de tratamento de saúde
- Mudança do tratamento de saúde que vinha seguindo anteriormente
- Viajar para outro país para conseguir procedimentos de saúde mais baratos
- Compartilhar os resultados obtidos com seu tratamento ou cirurgia,

13ª Questão: Você já utilizou o site de Rede Social Digital que oferece um ranking ou uma classificação da qualidade do serviço médico prestado, ou do profissional médico, ou do hospital e clínica a ser escolhida?
Não
Sim:
Se sim, qual? Você tomou alguma decisão baseado na informação obtida?

14ªQuestão : Você é fiel a alguma rede social digital voltada a saúde?

- Não
- Sim.

Se sim, porque?

- Necessidade de retribuir o que recebeu?
- Necessidade de manter o vínculo social com pessoas que passam ou passaram pelos mesmos problemas?
- Porque deseja ter uma contribuição social?
- Porque deseja que o site da rede social seja mantido com conteúdos confiáveis, transparentes e com oportunidade das pessoas postarem suas experiências?

15ª Questão: O que é mais importante para que você confie em uma rede social digital na área da saúde para poder se manter nela e indicá-la a outras pessoas?

16ª Questão: Você indicaria uma rede digital social na obtenção de informações sobre saúde? Qual ?

17ª Questão: Você se autodiagnostica com as informações obtidas nas redes sociais digitais de saúde?
Não
Sim
Se sim, você confia no autodiagnostico para se medicar, ou procura ajuda médica?

18ª Questão: Qual sugestão você daria para a melhoria da qualidade de conteúdo das redes sociais digitais?

ANEXO A – TABELA — ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – COMUNICAÇÃO

C7 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – COMUNICAÇÃO – Continuação
ACTIVITIES PERFORMED ONLINE – COMMUNICATION – Continuation
Percentual sobre o total de usuários de Internet[1]
Percentage over the total number of Internet users[1]

Percentual (%) *Percentage (%)*	Trocar mensagens de voz, usando programas como Skype/ videoconferência *Exchanging voice messages using software, such as Skype/ Video conferencing*	Criar ou atualizar blogs e/ou páginas na Internet (websites) *Creating or updating blogs and/or Internet pages (websites)*	Participar de listas de discussão ou fóruns *Engaging in discussion lists or forums*
TOTAL	**18**	**17**	**15**
REGIÕES DO PAÍS *REGION*			
Sudeste *Southeast*	18	19	17
Nordeste *Northeast*	16	14	11
Sul *South*	18	16	15
Norte *North*	18	17	12
Centro-Oeste *Center-West*	14	14	15
SEXO *GENDER*			
Masculino *Male*	19	17	17
Feminino *Female*	16	17	13
GRAU DE INSTRUÇÃO *SCHOOLING*			
Analfabeto/ Educação infantil *Illiterate/ Kindergarten*	6	5	5
Fundamental *Primary*	11	10	7
Médio *Secondary*	18	18	13
Superior *Tertiary*	26	25	28
FAIXA ETÁRIA *AGE*			
10 - 15	8	10	6
16 - 24	20	21	17
25 - 34	19	17	21
35 - 44	22	19	15
45 - 59	22	18	15
60 +	17	10	2
RENDA FAMILIAR *INCOME*			
< R$ 415,00	8	8	3
R$ 416,00 - R$ 830,00	11	11	8
R$ 831,00 - R$ 1.245,00	15	15	16
R$ 1.246,00 - R$ 2.075,00	19	20	18
R$ 2.076,00 - R$ 4.150,00	24	23	19
R$ 4.151,00 +	38	28	28
CLASSE SOCIAL *SOCIAL CLASS*			
A	37	30	31
B	24	22	21
C	15	15	12
DE	10	10	8
SITUAÇÃO DE EMPREGO *EMPLOYMENT STATUS*			
Trabalhador *Worker*	20	19	18
Desempregado *Unemployed*	17	14	13
Não integra a população ativa *Is not part of the active population*	12	13	10

Fonte (*Source*) NIC.br - set/nov (*sept/nov*) 2008

[1] Base: 8.207 entrevistados que usaram a Internet nos últimos três meses (amostra principal + *oversample* de usuários de Internet). Respostas múltiplas, estimuladas e rodiziadas. Entrevistas realizadas em área urbana.

[1] *Base: 8.207 interviewees who used the Internet within the past three months (main sample + oversample of Internet users). Multiple, stimulated and rotated answers. Interviews were conducted in urban areas.*

Fonte:Pesquisa sobre Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil – 2008
Comitê Gestor de Internet no Brasil
www.CGI.BR

ANEXO B – TABELA — PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS QUE USAM A INTERNET PARA BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE

voltar

C8 – PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS QUE USAM A INTERNET PARA BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE

PROPORTION OF INDIVIDUALS WHO USE THE INTERNET TO SEARCH FOR ONLINE INFORMATION AND SERVICES

Percentual sobre o total de usuários de Internet[1]
Percentage over the total number of Internet users[1]

Percentual (%) *Percentage (%)*	Sim *Yes*	Não *No*
TOTAL	**83**	**17**
REGIÕES DO PAÍS *REGION*		
Sudeste *Southeast*	84	16
Nordeste *Northeast*	81	19
Sul *South*	85	15
Norte *North*	80	20
Centro-Oeste *Center-West*	84	16
SEXO *GENDER*		
Masculino *Male*	84	16
Feminino *Female*	82	18
GRAU DE INSTRUÇÃO *SCHOOLING*		
Analfabeto/ Educação infantil *Illiterate/ Kindergarten*	63	37
Fundamental *Primary*	72	28
Médio *Secondary*	86	14
Superior *Tertiary*	94	6
FAIXA ETÁRIA *AGE*		
10 - 15	67	33
16 - 24	84	16
25 - 34	90	10
35 - 44	89	11
45 - 59	89	11
60 +	89	11
RENDA FAMILIAR *INCOME*		
< R$ 415,00	72	28
R$ 416,00 - R$ 830,00	76	24
R$ 831,00 - R$ 1.245,00	83	17
R$ 1.246,00 - R$ 2.075,00	87	13
R$ 2.076,00 - R$ 4.150,00	91	9
R$ 4.151,00 +	92	8
CLASSE SOCIAL *SOCIAL CLASS*		
A	95	5
B	89	11
C	81	19
DE	75	25
SITUAÇÃO DE EMPREGO *EMPLOYMENT STATUS*		
Trabalhador *Worker*	88	12
Desempregado *Unemployed*	85	15
Não integra a população ativa *Is not part of the active population*	73	27

Fonte (*Source*): NIC.br - set/nov (*sep/nov*) 2008

[1] Base: 8.207 entrevistados que usaram a Internet nos últimos três meses (amostra principal + *oversample* de usuários de Internet). Entrevistas realizadas em área urbana.

[1] *Base: 8.207 interviewees who used the Internet within the past three months (main sample + oversample of Internet users). Interviews were conducted in urban areas.*

Fonte:Pesquisa sobre Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil – 2008
Comitê Gestor de Internet no Brasil
www.CGI.BR

ANEXO C – TABELA — ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE

C9 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INTERNET – BUSCA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS ON-LINE

ACTIVITIES PERFORMED ONLINE – INFORMATION SEARCH AND ONLINE SERVICES

Percentual sobre o total de usuários de Internet[1]

Percentage over the total number of Internet users[1]

Percentual (%) *Percentage (%)*	Procurar informações sobre diversão e entretenimento *Searching for information on leisure and entertainment*	Procurar informações sobre bens e serviços *Searching for information on goods and services*	Procurar informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde *Searching for information on health and health services*
TOTAL	**60**	**50**	**33**
REGIÕES DO PAÍS *REGION*			
Sudeste *Southeast*	59	50	33
Nordeste *Northeast*	61	44	28
Sul *South*	64	56	33
Norte *North*	57	46	38
Centro-Oeste *Center-West*	63	54	39
SEXO *GENDER*			
Masculino *Male*	63	52	30
Feminino *Female*	57	48	36
GRAU DE INSTRUÇÃO *SCHOOLING*			
Analfabeto/ Educação infantil *Illiterate/ Kindergarten*	49	20	9
Fundamental *Primary*	55	29	16
Médio *Secondary*	60	53	33
Superior *Tertiary*	68	72	54
FAIXA ETÁRIA *AGE*			
10 - 15	58	17	10
16 - 24	68	50	32
25 - 34	59	64	42
35 - 44	53	67	43
45 - 59	52	65	49
60 +	46	63	54
RENDA FAMILIAR *INCOME*			
< R$ 415,00	49	31	15
R$ 416,00 - R$ 830,00	55	36	21
R$ 831,00 - R$ 1.245,00	60	48	32
R$ 1.246,00 - R$ 2.075,00	65	57	38
R$ 2.076,00 - R$ 4.150,00	64	66	50
R$ 4.151,00 +	74	68	51
CLASSE SOCIAL *SOCIAL CLASS*			
A	77	76	61
B	65	62	43
C	58	46	29
DE	55	33	17
SITUAÇÃO DE EMPREGO *EMPLOYMENT STATUS*			
Trabalhador *Worker*	61	60	39
Desempregado *Unemployed*	60	42	29
Não integra a população ativa *Is not part of the active population*	58	29	21

Fonte (*Source*): NIC.br - set/nov (*sep/nov*) 2008

[1] Base: 8.207 entrevistados que usaram a Internet nos últimos três meses (amostra principal + *oversample* de usuários de Internet). Respostas múltiplas, estimuladas e rodiziadas. Entrevistas realizadas em área urbana.

[1] *Base: 8.207 interviewees who used the Internet within the past three months (main sample + oversample of Internet users). Multiple, stimulated and rotated answers. Interviews were conducted in urban areas.*

Fonte:Pesquisa sobre Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil – 2008
Comitê Gestor de Internet no Brasil
www.CGI.BR